

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

Gli obiettivi di salute considerano i problemi da affrontare con lo scopo di ridurli o superarli tenendo conto delle priorità di bisogno.

L'attenzione principale di chi opera per obiettivi di salute è rappresentata dalle misure di efficacia da conseguire e dalle strategie istituzionali, professionali e comunitarie per raggiungere i risultati attesi in ogni ambito territoriale. La verifica degli obiettivi di salute si basa su indicatori di bisogno e su come essi risultano modificabili positivamente a seguito delle azioni di piano regionale e della programmazione locale.

1.1. Famiglia

1.1.1. Il quadro di riferimento

In Abruzzo vivono 456.000 famiglie. Di queste, 149.000 - pari al 32,7% - hanno almeno un figlio minore (226.000). Anche in Abruzzo la natalità è fortemente diminuita negli ultimi tre decenni. Se si confronta la coorte 15-29 anni (250.000 residenti) con quella 0-14 (181.000), si evidenzia un saldo negativo del 27,6%.

Famiglie in
una società
che invecchia

Il numero di separazioni e di divorzi è in aumento anche in Abruzzo, con una conseguente crescita delle famiglie monogenitoriali: attualmente sono circa 8.000 e rappresentano il 6,7% delle famiglie (8,4% in Italia). Si tratta per lo più di famiglie composte dalla madre con figli a carico, spesso con difficoltà di reinserimento sul mercato del lavoro, con problemi di reddito e con esigenze di cura che difficilmente possono essere affrontate dal singolo genitore.

L'invecchiamento della popolazione è crescente, con un indice di vecchiaia pari a 137,5, contro 124,8 per l'Italia.

Le Province più giovani sono quelle di Pescara e di Teramo. Il diverso grado di invecchiamento contrappone due aree della regione: le province dell'interno, che segnalano quasi tutte (escluso l'ambito di Avezzano) un grado di invecchiamento superiore a quello medio italiano, e le province della costa, che invece sono in genere più giovani della media (eccetto Pescara). Gli ambiti territoriali più giovani sono, in ordine decrescente: Costa Sud, Tordino, Montesilvano, Costa Sud 1, Area Metropolitana Pescara, Foro Alento, Avezzano, Costa Sud 2, Teramo, Vastese.

Vi sono ambiti in cui i minori di 15 anni costituiscono una quota rilevante della popolazione (circa 16,5% nella Costa Sud e nell'Area Metropolitana Pescara) e ambiti in cui la popolazione in quell'età è solo del 10-11% (Montagna Aquilana, Aventino, Alto Vastese). In questi ultimi l'indice di vecchiaia supera nettamente il 200%, per effetto congiunto dello spopolamento e dell'invecchiamento.

Per valutare il carico educativo delle famiglie con minori, basta mettere in relazione il numero di minori da 0 a 14 anni con quello delle persone che vivono nell'età di mezzo 30-59. In ordine decrescente, il carico maggiore di minori si registra negli ambiti territoriali di: Fino-Vomano (41,1), Vestina, Area Metropolitana Pescara, Valle Roveto, Costa Sud, Costa Sud 2. Il più basso si registra nella Montagna Aquilana (29,4). Vi sono in sostanza notevoli differenze, in termini di carico minore, tra i diversi ambiti territoriali.

Il carico
assistenziale
delle famiglie

In Abruzzo 89.000 bambini con meno di 15 anni (la metà di tutti) vengono affidati ad altri dalle famiglie almeno qualche volta alla settimana (4 su 5 ai nonni).

In Provincia dell'Aquila vi sono due persone tra 60 e 74 anni per ogni bambino tra 0 e 9 anni. Negli ambiti Montagna Aquilana, Aventino, Alto Vastese, vi sono addirittura tra 2,5 e 3 persone nella terza età per ogni bambino. Al contrario, le zone che sono meno dotate della "risorsa terza età" sono: Costa Sud 1, Costa Sud, Foro Alento, Montesilvano, Area Metropolitana Pescara. Quest'ultimo ambito e la Costa Sud si caratterizzano per avere un alto numero di minori in rapporto all'età di mezzo e meno disponibilità di persone nella terza età che possano integrare l'impegno genitoriale.

Il carico sociale gravante sulle famiglie può essere meglio compreso se si considera congiuntamente il carico derivante dall'accudimento dei figli e quello connesso all'assistenza degli anziani. Ogni 10 persone collocate nell'età intermedia (30-59 anni) vi sono in Abruzzo quasi 6 per-

sone che, per la minore età o per la probabile non completa autonomia (persone con 75 e più anni), hanno bisogno di aiuto.

La differenza tra le province non è accentuata. È davvero molto forte, invece, la differenza tra ambiti territoriali. Mentre nell'ambito di Montesilvano vi sono 46 persone che hanno bisogno di aiuto ogni 100 collocate nell'età intermedia, nella Montagna Aquilana tale numero arriva ad essere di 78 ogni 100. Questo, a parità di altre condizioni, produce senza dubbio situazioni di carico familiare molto differenziate, di cui tener conto nei piani di zona.

Differenze
territoriali

La natura di tale carico è qualitativamente diversa da ambito ad ambito. Così, mentre nell'ambito Vestina esso appare molto alto, ma dovuto primariamente alla presenza di minori (40 minori contro 27 ultrasettantacinquenni ogni 100 persone in età intermedia), nella Montagna Aquilana o nell'Alto Vastese e nella Valle Pellicina il carico riconducibile agli anziani supera quello dovuto ai minori. Nella Montagna Aquilana, ad esempio, vi sono 29 minori contro 48 ultrasettantacinquenni ogni 100 persone in età intermedia.

In sintesi, nel valutare il carico delle famiglie occorre tener presente che ogni 4 adulti vi sono da 2 a 3 persone di cui questi si devono occupare, seppure in forme diverse e con impegni temporali diversi.

La distribuzione del carico assistenziale non è simmetrica all'interno delle famiglie, ma grava fortemente sulla donna e può diventare molto pesante, in particolare per le donne occupate.

Il miglioramento della situazione occupazionale ha aumentato il numero di coppie con minori in cui entrambi i coniugi sono occupati. Tra queste, sono 13.000 quelle che hanno almeno un figlio in età 0-2 (2,6% del totale delle famiglie) e 37.000 (7,7%) quelle che hanno almeno un figlio in età 3-13.

Prese nel loro insieme, dunque, vi sono 50.000 famiglie con minori di anni 14 in cui entrambi i coniugi lavorano, pari al 10,3% del totale delle famiglie. Si tratta di una quota superiore alla media italiana (9,8%), anche se più bassa di quella che si registra in regioni del nord economicamente più sviluppate (in Veneto, ad esempio, è del 12,2%). Si può stimare che il 42-43% delle famiglie con minori di anni 14 abbia entrambi i genitori occupati. A questi va aggiunto un altro 6-7% di famiglie in cui vi è un solo genitore, quasi sempre, di necessità, occupato. In sostanza nelle famiglie con minori tutti i genitori sono occupati in un caso su due.

Tutto ciò si riflette in carichi di lavoro pesanti, soprattutto per le donne occupate. In Abruzzo quelle che lavorano per più di 60 ore la settimana

(sommando il lavoro domestico a quello retribuito) sono il 53,1% del totale delle occupate e raggiungono il 59,7% nel caso abbiano figli in età 3-13 anni. I dati relativi ai maschi sono, rispettivamente, 22,3% e 22,2%.

Per completare il quadro della situazione della famiglia con minori vanno sottolineati i diversi modelli di solidarietà comunitaria caratterizzanti la famiglia con anziani rispetto alla famiglia con minori, che emergono se si confronta la situazione abruzzese con quella delle altre regioni italiane.

Se si considerano le famiglie con anziani al proprio interno ma senza minori di anni 14, si nota che sono molte quelle che hanno ricevuto aiuti gratuiti dall'esterno (qualsiasi cosa ciò voglia dire: parentela non convivente, vicinato, volontariato o servizi gratuiti), pari al 21,2% e 33,6% se con un solo componente, tanto che solo una regione in Italia (il Molise) manifesta valori più elevati (la media italiana è del 16,0%). Ciò conferma la percezione diffusa che in Abruzzo agiscano ancora, soprattutto nelle aree dell'interno, consistenti risorse comunitarie e che ciò, pur nel pesante contesto demografico, contribuisca per ora a ridurre le problematiche dell'assistenza alla quarta età.

Se però si considera la famiglia con figli minori di anni 14 e senza anziani al proprio interno, l'Abruzzo appare ben al di sotto delle medie nazionali, precisamente al 17° posto della graduatoria per Regioni. Questo anche se la quota delle famiglie che ricevono apporti gratuiti dall'esterno non è molto diversa da quella vista per gli anziani (21,5%).

Ne consegue che mentre la società abruzzese sembra ben disposta ad aiutare la famiglia anziana lo è assai meno, in termini comparati, nei confronti della famiglia con minori.

Gli amministratori locali, infatti, pur assegnando una priorità maggiore ai bisogni posti dalla condizione anziana, riconoscono che, data l'offerta esistente, il grado di copertura dei bisogni espressi dalla famiglia con minori è quello più basso (come evidenziato nel "Rapporto intermedio", approvato con Delib. GR n. 758 del 7 agosto 2001).

L'attuazione del Piano Sociale Regionale 1998-00 e dei piani di zona ha consentito di compiere significativi passi avanti verso la definizione di livelli essenziali di servizi e interventi sociali per la famiglia. Ma la valutazione evidenzia i seguenti problemi:

- gli interventi di sostegno alla famiglia e alle capacità genitoriali sono ancora limitati;

Indicazioni
emergenti
dalla
valutazione
del precedente
Piano

- mancano iniziative volte ad attivare risorse comunitarie solidaristiche e di auto-mutuo aiuto specificatamente rivolte alle famiglie con minori;
- manca un quadro organico e omogeneo di interventi rivolti alle famiglie povere;
- le risorse impiegate per intervenire sulle situazioni di disagio conclamato sono ancora preponderanti rispetto a quelle finalizzate a sostenere azioni di carattere promozionale e preventivo;
- il precedente Piano sociale regionale ha prodotto uno scarso impatto sui servizi educativi per la prima infanzia (è stato raggiunto solo lo 0,8% dei bambini nella fascia 0-3 anni);
- lo sforzo compiuto per ridurre gli interventi che “separano” i minori, rispetto a quelli che cercano di mantenerli nel contesto familiare non ha ancora modificato il quadro, anche per le difficoltà di estendere l’affido familiare;
- l’obiettivo di una distribuzione territoriale dei servizi più equilibrata ha conseguito risultati importanti, ma deve essere completato.

1.1.2. Obiettivi di salute, azioni e strategie

- | | |
|--|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> – Sostenere le scelte procreative; – sostenere e valorizzare le funzioni genitoriali; – alleviare i disagi delle famiglie con gravi carichi assistenziali. | Obiettivi |
| <ul style="list-style-type: none"> – Ampliare le possibilità di conciliazione tra tempo di lavoro e tempo di cura (indicatore: quota di persone occupate che utilizzano le possibilità previste dalla legge sui congedi parentali); – potenziare i servizi socio educativi per la prima e la seconda infanzia, in particolare avvicinando la quota di bambini che usufruiscono di asilo nido o di altre forme di cura e custodia a quella media dell’Italia centrale, cioè portando la quota di bambini in età 0-2 accuditi da strutture socio educative per la prima infanzia dall’attuale 15% di coloro che hanno entrambi i genitori occupati al 20%; – potenziare gli interventi domiciliari rivolti alle famiglie con persone non autosufficienti in ogni ambito territoriale; – stimolare la cooperazione tra famiglie (auto-mutuo aiuto) e l’associazionismo sociale e il volontariato; – favorire una migliore integrazione tra famiglie, scuola e servizi. | Azioni |

Per quanto riguarda l'obiettivo specifico di garantire ai minori il diritto a restare nella propria famiglia o, qualora ciò non sia possibile, a vivere in contesti di carattere familiare, è anzitutto necessario:

- ridurre del 30% il numero dei minori che vivono in istituto, a partire da quelli collocati fuori regione;
 - aumentare del 20% la quota di minori in affido rispetto al totale dei minori che hanno bisogno di soluzioni alternative rispetto alla famiglia di origine in attuazione alla legge 149/2001;
 - aumentare del 20% la quota di minori collocati in strutture di carattere familiare.
-
- Sviluppare i servizi di sostegno alle famiglie con minori in condizioni di difficoltà perché possano gestire adeguatamente le funzioni genitoriali; Strategie
 - promuovere diverse modalità di affido familiare, quali ad esempio diurne, notturne, per periodi brevi;
 - qualificare l'offerta dei centri diurni, anche in collaborazione con le parrocchie;
 - accrescere l'offerta di risposte di accoglienza temporanea di carattere familiare;
 - integrare l'assistenza economica con altre risorse di sostegno e con percorsi di accompagnamento della famiglia in difficoltà;
 - potenziare e qualificare il servizio sociale di ambito;
 - qualificare gli interventi di mediazione familiare;
 - sperimentare nuove soluzioni per riunificare con le loro famiglie i minori allontanati.

1.2. Infanzia, adolescenza e giovani

1.2.1. Il quadro di riferimento

La popolazione minorile complessiva in Abruzzo è di 228.516 unità: 56.184 bambini (fascia 0-4 anni), 63.036 bambini (fascia 5-9), 66.097 ragazzi (fascia 10-14) e 43.199 ragazzi (fascia 15-17 anni) (Annuario Statistico Italiano, Istat, 1999). Gli indici di scolarizzazione (Ministero della Pubblica Istruzione, 2000) hanno un andamento positivo:

- L'Aquila presenta un indicatore di scolarizzazione di 63,91 e si colloca al 7° posto a livello nazionale;
- Pescara presenta un indicatore di 40,71 e si colloca al 18° posto;

- Chieti ha un indicatore di 26,70 e si colloca al 33° posto;
- Teramo ha un indicatore di 22,16 e si colloca al 36° posto.

Per i diversi gradi di insegnamento la situazione è la seguente.

- *Scuola materna*: 721 scuole con 37.142 bambini iscritti, pari al 97,5% della popolazione in età 3-5 anni. A livello nazionale la media è del 93,5%.
- *Scuola elementare*: 538 scuole con 64.513 alunni. I licenziati sono il 99,6% degli esaminati. I ripetenti sono lo 0,2% degli alunni. La dispersione scolastica nelle elementari è pari allo 0,04% (inferiore al tasso nazionale, pari allo 0,08%) considerando i ritirati, i non valutati per assenze dovute a motivi di salute, per interruzioni di cui non si conosce la causa, perché mai frequentanti.
- *Scuola media inferiore*: 254 scuole con 42.390 alunni. I licenziati sono il 99,3% (di poco superiore a quello nazionale). Il tasso di ripetenza è del 4,0% (inferiore a quello nazionale): 6,1% in prima media, 3,9% in seconda e 2,1% in terza. Il tasso di dispersione nelle medie inferiori è stabile da alcuni anni, pari allo 0,38% (notevolmente inferiore al tasso nazionale, pari allo 0,87%).
- *Scuole superiori*: 168 scuole con 66.558 studenti, pari al 83,7% della fascia d'età corrispondente (superiore a quello italiano pari a 75,7%). Il tasso di maturi è pari a 94,8% (di poco superiore a quello nazionale). Il tasso di ripetenza è del 7,6% per i maschi, del 4,9% per le femmine.

I minori stranieri nelle scuole sono l'1,5%, in maggior parte europei.

Nel complesso, il disagio scolastico per motivi di ripetenza o dispersione interessa circa 11mila bambini e ragazzi, pari al 7,6%.

Tab. 1 – Confronto tra l'Abruzzo e l'Italia

	<i>Tasso ripetenza per 100 alunni</i>			<i>Percentuale di "dispersi" sul totale degli studenti di pari età</i>		
	<i>Abruzzo</i>	<i>Italia</i>	<i>Numero alunni</i>	<i>Abruzzo</i>	<i>Italia</i>	<i>Numero alunni</i>
Scuola elementare	0,2	0,4	129	0,04	0,08	26
Scuola media inf.	4,0	4,7	1.695	0,38	0,87	161
Scuola media sup.	7,6	8,2	5.034	6,0	6,7	3.993
<i>Totale</i>			<i>6.858</i>			<i>4.180</i>

Fonte Istat – Ministero dell'Istruzione

Nel 1998 in Abruzzo ci sono state 1.077 separazioni e 471 divorzi (8,8%). Il tasso di separazione nei matrimoni è del 20%, di poco inferiore alla media nazionale (22%). Anche se non sono disponibili dati precisi sul numero dei minori abruzzesi coinvolti in situazioni di separazione e divorzio dei propri genitori, si può stimare che essi siano circa 750, tenendo conto che su base nazionale ci sono figli minori coinvolti nel 52% dei casi di separazioni e nel 35% dei casi di divorzi.

Il disagio
e le violenze
in famiglia

Nel 1999, 7 minori di 14 anni sono stati oggetto di delitti di violenza sessuale denunciata. Il numero complessivo per il periodo 1985-1999 ammonta a 86.

Nel corso del 1998 l'Autorità Giudiziaria competente per il territorio abruzzese ha emesso 59 provvedimenti di urgenza a protezione dei minori. Per poco più della metà di questi minori si è reso necessario un allontanamento dalla famiglia. I provvedimenti di regolamentazione della potestà fra genitori sono stati 384.

Provvedimenti
dell'autorità
giudiziaria

Nel complesso, la prima indagine regionale sui servizi per l'infanzia e l'adolescenza realizzata nel 1998 indicava che erano 1.035 i minori sottoposti a provvedimenti civili dell'Autorità Giudiziaria seguiti dai servizi sociali: 161 a L'Aquila, 526 a Pescara, 150 a Chieti e 198 a Teramo.

Nel 1998 i minori allontanati dalle famiglie e collocati in strutture residenziali educativo-assistenziali avevano un'età più bassa rispetto alla media nazionale. Fra questi il numero dei minori stranieri era inferiore alla media nazionale. Sui provvedimenti incidono maggiormente le dichiarazioni di stato di abbandono e di adottabilità e sono meno presenti interventi civili della giustizia minorile.

Minori
allontanati
dalla famiglia

L'indagine indica inoltre in 321 i minori collocati fuori dalla famiglia d'origine per i quali i comuni erogano una retta. Ad essi vanno aggiunti 102 minori in affidamento familiare, per un totale di 423 minori fuori dalla famiglia. La distribuzione per province è indicata nella seguente tabella.

Tab. 2 – Distribuzione minori allontanati dalla famiglia per provincia (1998)

	<i>L'Aquila</i>	<i>Teramo</i>	<i>Pescara</i>	<i>Chieti</i>	<i>Totale</i>
In istituto	75	71	90	85	321
In affidamento	11	16	45	30	102
<i>Totale</i>	<i>86</i>	<i>87</i>	<i>135</i>	<i>115</i>	<i>423</i>

Fonte Regione Abruzzo

I dati sulla criminalità generale in Abruzzo, riferiti all'anno 1999, indicano in 33.430 il numero dei delitti compiuti in regione. Il tasso di criminalità (totale dei delitti compiuti ogni 100.000 abitanti) dell'ultimo quadriennio (1996-1999) è di 2.500-2.600: l'Abruzzo si colloca nelle parti basse della graduatoria, insieme alle Marche, al Molise e alla Basilicata.

Devianza e criminalità

Per l'anno 1999 il dettaglio delle fattispecie criminose mette in evidenza 5 omicidi e 27 tentati omicidi, 726 lesioni dolose, 44 violenze sessuali, 17.879 furti. Fra questi l'incidenza dei minori (817) è descritta nella successiva tabella.

Tab. 3 – Minori denunciati per provincia (1999)

	<i>Numero delitti Denunciati</i>	<i>Numero di persone denunciate</i>	<i>Numero di minorenni denunciati</i>
Provincia di L'Aquila	12.920	3.790	167
Provincia di Teramo	14.029	3.852	174
Provincia di Pescara	16.087	3.209	206
Provincia di Chieti	14.581	3.214	270
<i>Totale Abruzzo</i>	<i>57.617</i>	<i>14.065</i>	<i>817</i>

Fonte Istat

Diversamente dal dato generale, il tasso di devianza minorile (numero di minori denunciati in rapporto al numero dei minori residenti per 100.000) è pari a 3,5, a fronte di un tasso medio nazionale di 2,4. L'analisi della distribuzione dei delitti a carico di minori in Abruzzo vede decisamente al primo posto la tipologia dei delitti contro il patrimonio (41%), seguita da quella contro la persona (37%) e da quella contro l'economia (20%). Tra gli 817 minorenni denunciati vi sono 124 ragazze e circa un centinaio di stranieri, in prevalenza provenienti dalla ex-Jugoslavia.

A fronte di un numero annuo di circa 70 suicidi e 60 tentativi di suicidio registrati complessivamente in Italia, in regione l'entità dei suicidi tra minorenni è 1,49% (quella nazionale è 0,73%). Il tasso di suicidio per centomila abitanti della stessa età tra i minorenni abruzzesi è di 0 per il 1998 e di 0,43 nel 1999. I dati nazionali sono 1,2 per il 1998 e 0,21 per il 1999.

Tentativi di suicidio e suicidi

Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza, il dato disponibile è del 1997: 70 i casi dichiarati, che hanno interessato ragaz-

Interruzioni di gravidanza tra le minorenni

ze con più di quindici anni. Pertanto questo fenomeno va attentamente monitorato per prevenirlo e ridurre il suo andamento.

Delle 152.000 persone dipendenti da sostanze illecite sottoposti a interventi terapeutici presso i servizi pubblici per tossicodipendenti, nel 1999 gli abruzzesi sono 2.779 (1,8% del totale). Questo dato colloca la regione Abruzzo al quattordicesimo posto nella graduatoria delle regioni.

Tossicodipendenze

Il tasso regionale di tossicodipendenza tra i 15 e i 54 anni è di 39,4 tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti (il dato nazionale è 47,2).

I minori in trattamento presso i Ser.T, nel corso del 2000, sono stati 92 (il 2,7% del totale degli utenti dei servizi abruzzesi). Di questi, oltre l'84% è di sesso maschile e la quasi totalità ha più di 15 anni.

Il raffronto con i dati nazionali evidenzia una significativa diffusione delle dipendenze fra i giovani abruzzesi, in particolare un numero inferiore di minori (2,7% contro 3,1%), ma un numero maggiore di giovani tra i 20 e 29 anni (50% contro il 40%).

Nel 2000 i minori tossicodipendenti segnalati per la prima volta al Servizio Tossicodipendenza sono stati 48, di cui 40 maschi, quasi tutti sopra i 15 anni. La maggiore concentrazione del fenomeno è nelle aree di Pescara e Chieti (oltre il 60% dei tossicodipendenti in trattamento in regione). Le analisi evidenziano la crescita di comportamenti trasgressivi, una forte frattura generazionale, la propensione alle scommesse, ai giochi d'azzardo, alla guida spericolata o in stato di ebbrezza, ai rapporti sessuali non protetti, a una scarsa considerazione per la propria salute e per quella degli altri.

Le droghe illegali più usate sono quelle stimolanti e allucinogene, con larga diffusione della cocaina, in particolare tra i giovani benestanti.

I problemi sui quali occorre concentrare gli sforzi nel triennio sono prioritariamente:

Problemi prioritari

- l'insufficiente tutela dei minori in situazione di disagio e difficoltà sociale e psicologica;
- la fragile socializzazione degli adolescenti e dei giovani;
- le criticità nell'aggregazione tra gli adolescenti;
- il debole senso di cittadinanza dei bambini e degli adolescenti;
- la difficile transizione verso l'età adulta.

1.2.2. Obiettivi di salute, azioni e strategie

- Rafforzare nelle istituzioni e nelle comunità abruzzesi i fattori protettivi naturali che permettono di offrire a bambini e adolescenti opportunità di sostegno e crescita, integrando l'azione delle famiglie;
- rafforzare la capacità di fronteggiare le situazioni di crisi familiare e individuale, soprattutto per quanto riguarda l'età infantile e l'età adolescenziale;
- individuare le situazioni sociali da potenziare e gli interventi da attivare, al fine di accrescere nella comunità locale la capacità di diagnosi precoce delle situazioni di disagio.

Obiettivi per una maggiore tutela e promozione dei minori in situazione di disagio

- Attivazione di percorsi per dare voce a genitori, bambini e adolescenti in ordine alla percezione dei fattori protettivi;
- attivazione di percorsi di ricerca-formazione degli adulti, in particolare di genitori e adulti che svolgono funzioni educative a livello di volontariato (sociale, religioso, sportivo, culturale), per riconoscere i fattori protettivi naturali e potenziarne le competenze di lettura dei segnali di disagio e di relazione educativa con bambini e adolescenti;
- attivazione di percorsi di valutazione perché le famiglie e i soggetti del territorio conoscano e utilizzino le opportunità esistenti nel territorio.

Azioni

Coinvolgimento delle realtà associative vicine alle famiglie, dei soggetti del territorio, delle parrocchie, dei servizi pubblici, delle organizzazioni del terzo settore. Vanno fatte convergere esperienze, disponibilità, professionalità (sociali, educative, sanitarie) e volontà di cooperare al fine di creare le condizioni per una crescita globale della capacità di tutela e promozione dell'infanzia e dell'adolescenza.

Strategie

La criticità del sistema di socializzazione è riconoscibile nel processo di condivisione intergenerazionale di valori, cultura e norme sociali. Il senso di estraniamento territoriale e la percezione di essere cittadini del mondo al di là dello spazio locale e delle proprie radici costituiscono terreno fertile per l'indifferenza nei confronti della propria storia e del proprio contesto territoriale, soprattutto tra gli adolescenti e i giovani. Per questo è necessario:

Obiettivi per una migliore socializzazione culturale

- aumentare negli adolescenti e nei giovani la capacità di uscire dalla centralità del presente e di ripensare la storia locale dando valore al proprio futuro;
- aumentare negli adolescenti e nei giovani la capacità di considerare la cultura e le norme sociali come opportunità di crescita personale e collettiva, in una dimensione di dialogo e confronto intergenerazionale.

- Favorire lo sviluppo di situazioni di confronto tra generazioni, in una prospettiva di ricerca condivisa su tematiche connesse allo sviluppo locale;
- approfondire le prospettive aperte dal confronto tra locale e globale con percorsi itineranti nella regione, basati su incontri e iniziative diverse (teatrali, musicali, di altra natura), che permettano l'incontro e il dialogo tra generazioni;
- invitare i giovani abruzzesi, nelle scuole e nelle università, a sviluppare percorsi di ricerca che favoriscano la riflessione sulla cultura locale e sulle sue potenzialità.

Azioni

Progetti condivisi tra enti locali, associazioni culturali locali e regionali, università e centri di studio, soggetti produttivi.

Strategia

Le informazioni raccolte evidenziano da un lato, nel mondo degli adulti, una diffusa preoccupazione sui pericoli delle esperienze aggregative che gli adolescenti abruzzesi vivono, e dall'altro, negli adolescenti, considerazioni di segno contrario. Si tratta di mettere in atto azioni capaci di affrontare questa contraddizione. È perciò necessario:

Obiettivi per una migliore aggregazione degli adolescenti e dei giovani

- aumentare la partecipazione degli adolescenti a forme di aggregazione di tipo sportivo, culturale e di solidarietà sociale;
- aumentare per le aggregazioni informali la possibilità di essere riconosciute come interlocutori locali significativi.
- Attività volte a promuovere le esperienze associative nel territorio, attraverso strumenti e materiali (da distribuire nelle scuole e nei luoghi di incontro degli adolescenti), in diversi formati: cartacei, video, telematici;
- attività con aggregazioni informali di adolescenti e giovani, al fine di favorire la capacità di comunicazione con il mondo degli adulti e delle istituzioni.

Azioni

Caratterizzare le diverse iniziative in termini di alleanze strategiche con il mondo delle associazioni operanti nel territorio, avendo attenzione a potenziarne le capacità, coinvolgendole sin dall'inizio come partner e non come destinatari delle azioni. A questo scopo ogni ambito è chiamato ad essere luogo di progettazione e confronto, garantendo funzioni facilitanti l'incontro e la collaborazione.

Strategia

Il ridotto numero di esperienze di consultazioni giovanili e di consigli comunali dei ragazzi esistenti nel territorio e la scarsa valorizzazione dei consigli provinciali degli studenti evidenziano la necessità di favorire azioni finalizzate a un maggiore senso di appartenenza al contesto territoriale e a un maggiore protagonismo. Per questo è necessario aumentare le situazioni di protagonismo dei bambini, degli adolescenti e dei giovani nella vita municipale e nella vita della comunità.

Obiettivi per un maggiore protagonismo dei bambini, degli adolescenti e dei giovani

- Lavoro culturale con le istituzioni scolastiche e civiche, affinché comprendano le potenzialità intrinseche al protagonismo dei bambini, degli adolescenti e dei giovani e creino condizioni favorevoli al potenziamento delle esperienze già in atto e l'avvio di nuove;
- lavoro culturale con i bambini, gli adolescenti e i giovani per sviluppare un senso di fiducia nella partecipazione attiva alla vita locale.

Azioni

Forte lavoro di coinvolgimento delle istituzioni scolastiche e delle amministrazioni locali, affinché operino per promuovere esperienze di protagonismo giovanile nel territorio.

Strategia

Il problema dell'inserimento lavorativo delle giovani generazioni costituisce per la società abruzzese una questione nodale. Si protraggono le situazioni di dipendenza psicologica ed economica dalla famiglia. Questo rende complessa la costruzione di un'identità adulta anche a trent'anni e oltre. A fronte di questi problemi il nuovo servizio civile può rappresentare un'opportunità di positiva transizione verso l'età adulta e la responsabilizzazione comunitaria. Per questo è necessario:

Obiettivi per una migliore transizione verso l'età adulta

- diminuire il tempo per il passaggio dalla frequenza scolastica alla vita lavorativa dei giovani abruzzesi, favorendo un maggiore raccordo tra scuola, università e mondo del lavoro;

- diminuire il tasso di disoccupazione giovanile, privilegiando lo sviluppo di situazioni di lavoro effettivo e non fittizio;
- promuovere il nuovo servizio civile come opportunità per sperimentarsi in situazioni di servizio alla comunità e di sviluppo di nuove competenze.
- Potenziamento dell'orientamento scolastico, universitario, Azioni professionale e occupazionale;
- sostegno alla creazione di nuova imprenditorialità giovanile;
- promozione, a cura della regione e degli enti locali, del nuovo servizio civile, così da evidenziarne le possibilità intrinseche di crescita umana e professionale.

Monitoraggio delle potenzialità economiche del territorio. Potenziamento del sistema di orientamento privilegiando i colloqui individuali di sostegno, le attività di orientamento per piccoli gruppi, la gestione di strumenti informativi e diagnostici, gli incontri con operatori del mondo economico. Strategia

Buona parte di questi obiettivi e delle azioni conseguenti richiede una forte integrazione fra diversi settori implicati nelle politiche attive del lavoro che dovranno garantire le necessarie risorse, anche finanziarie, per la loro efficace attuazione.

1.3. Disabilità

1.3.1. Il quadro di riferimento

Le persone disabili nella regione sono 41.356, con un calo del 12,8% rispetto al 1991.

Tab. 4 - Disabili rilevati dal Ministero dell'Interno

	Regione Abruzzo	Italia
Anno 1991	47.430	1.245.048
Anno 1998	41.356	1.356.710
Differenza	- 6.074 (-12,8%)	111.662 (+9,0%)

Fonte: elaborazione CNCA su dati Ministero Interno 1998. Rapporto handicap in Italia, 2000

I disabili assistiti nel 1998 erano 41.356, di cui 36.926 invalidi (89,3%), 3.364 ciechi (8,1%), 1.066 sordomuti (2,6%). Di questi,

30.742 fruivano anche di diritto all'indennità di accompagnamento in quanto invalidi al 100%.

In Abruzzo il rapporto percentuale degli assistiti rispetto alla popolazione residente è del 3,74% e le pensioni assistenziali per invalidi civili sono il 36,4 per mille abitanti.

Sul versante delle prestazioni sanitarie la Regione Abruzzo erogava nel 1998 servizi sanitari e sociosanitari a 1.913 portatori di handicap con menomazioni stabilizzate o progressive determinanti svantaggio sociale (ai sensi dell'art. 3, comma 1, L. 104/92) e a 2.112 (ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92), cioè a persone con gravi disabilità. I costi sanitari sostenuti dalla Regione per la riabilitazione sono ammontati a L. 74.500.992.784 nel 1999 e a L. 99.191.997.183 nell'anno 2000.

La condizione delle persone disabili, con particolare riferimento a quelle in condizioni di maggiori gravità, quali ad esempio i disabili mentali, richiede nella nuova programmazione locale un'attenzione particolare soprattutto nella promozione di una cultura sociale che superi i rischi di esclusione sociale, a favore di una cultura che sostenga processi di integrazione e di cittadinanza sociale. In tale ottica risulta decisivo il sostegno alla famiglia quale ambito prioritario di assistenza e cura delle persone disabili, in particolare con disabilità mentale. Molto spesso, infatti, i processi di esclusione sociale passano anche attraverso processi di esclusione delle famiglie, che sono continuamente assorbite nella cura e nell'assistenza o addirittura nella percezione di forme di abbandono istituzionale e sociale.

1.3.2 Obiettivi di salute, azioni e strategie

La condizione di disabilità rappresenta uno degli ambiti prioritari di integrazione sociosanitaria in cui i processi di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale richiedono un forte investimento in termini formativi, organizzativi ed economici, al fine di fornire livelli di risposta tali da garantire l'esigibilità dei diritti sociali.

Nell'area materno infantile nascono meno soggetti portatori di handicap, ma quelli che nascono sono spesso più gravi e molte disabilità si manifestano successivamente alla nascita.

L'ambiente di vita e la rete relazionale costituiscono lo scenario nel quale promuovere l'approccio unitario e la presa in carico globale della persona, con un metodo interdisciplinare personalizzato.

Tutto questo deve avvenire in un contesto di continuità terapeutica, dentro un sistema che vede agire una rete integrata di responsabilità e risorse finalizzata a:

Obiettivi

- attivare risorse e interventi per il contrasto di ciò che induce handicap, menomazioni e disabilità, con particolare riferimento ai rischi in ambiente domestico e nei luoghi di lavoro;
- ridurre gli incidenti stradali e conseguente contrasto delle disabilità acquisite;
- migliorare le condizioni abitative producenti handicap, con particolare riguardo alle persone anziane.

- Programmi di prevenzione degli incidenti stradali;
- educazione alla sicurezza anche nei luoghi di lavoro;
- educazione al valore della salute propria e degli altri;
- riduzione dei fattori ambientali producenti handicap;
- verifica della qualità dell'integrazione nella scuola;
- verifica dell'accessibilità delle scuole (barriere, sussidi didattici, ecc.).

Azioni

Si tratta di azioni che necessitano di un agire integrato tra diversi attori istituzionali e sociali. Strategia

I piani di zona, anche in attuazione degli obiettivi emersi dalla I Conferenza nazionale sull'handicap e tradotti nel piano di azione nazionale per l'accessibilità dei disabili alla cittadinanza piena, devono prevedere obiettivi dimensionati sui bisogni territoriali in modo coerente con la più generale programmazione locale di ambito, in modo da promuovere: integrazione scolastica effettiva (per non essere diversi tra eguali), il diritto al lavoro, per proporsi con proprie abilità e risorse, l'autonomia nelle diverse fasi della vita (con risposte domiciliari basate su progetti personalizzati).

Interventi specifici per l'autonomia che affrontano i problemi legati al ciclo di vita della famiglia che si prende cura del disabile, cioè "durante noi" e "dopo di noi", affrontando gravi carichi assistenziali, quali, ad esempio, quelli derivanti dalla disabilità mentale: Promuovere l'autonomia

- il diritto al lavoro, cioè il proporsi progettuale come abili risorse;
 - censimento delle esperienze che dimostrano che l'integrazione lavorativa è possibile;
 - promuovere l'incontro tra domanda e offerta, nonché l'accoglienza nel posto di lavoro.
- il vivere la disabilità negli adulti: con gli obiettivi dell'autonomia nel "dopo di noi";

- promuovere servizi di aiuto domiciliare alla persona disabile per una vita indipendente;
- sostenere le famiglie che assumono carichi assistenziali di affiancamento alla persona disabile;
- promuovere progetti per il "dopo di noi," in modo da favorire l'autonomia possibile.

Per raggiungere questi obiettivi va promossa la presa in carico comunitaria dei problemi, valorizzando l'apporto del volontariato, dell'associazionismo solidale, delle parrocchie, della solidarietà di vicinato.

- appropriarsi della libertà di movimento nella comunità e nel territorio più ampio;
 - investire per l'attuazione delle norme per abbattere le barriere architettoniche;
 - promuovere la realizzazione di ambienti urbani e di strutture edilizie capaci di garantire mobilità alla persona disabile;
 - adeguare i mezzi per una mobilità libera del disabile sui mezzi pubblici.
 - favorire maggiori opportunità nell'accesso allo sport e al turismo.
- libertà di conoscere e di accedere alle fonti di informazione:
 - facilitare l'accesso a banche dati sulle norme, sui servizi esistenti, sui progetti innovativi, sulle opportunità disponibili;
 - facilitare la conoscenza sulle innovazioni tecnologiche, sugli ausili, sui servizi telematici facilitanti autonomia e comunicazione.

Questi obiettivi possono essere meglio conseguiti con programmi che vedono le associazioni di persone disabili parti attive e responsabili nella definizione dei risultati attesi e delle necessarie responsabilizzazioni per conseguirli.

1.4. Anziani

1.4.1. Il quadro di riferimento

Gli anziani in Abruzzo sono 252.178 (Istat, 2000), di cui il 57,9% femmine e il 42,1% maschi, residenti per il 31% nella provincia di Chieti. La maggior parte di essi gode di buona salute e rappresenta

una risorsa importante per le famiglie e le comunità locali, da promuovere e valorizzare.

L'analisi dei bisogni ha indicato l'invecchiamento della popolazione, insieme al problema della solitudine dell'anziano aggravata dalle condizioni di limitata autonomia e di non autosufficienza, come la questione prioritaria a cui dare risposte sociali e sociosanitarie nei diversi ambiti territoriali.

L'entità dei bisogni connessi alla non autosufficienza è rappresentata nella successiva tabella, che evidenzia come questo problema interessi il 2,8% (28.890 persone) della popolazione di età compresa tra 65 e 84 anni. In particolare, si stima che siano circa 4.000 le persone anziane con problemi di non autosufficienza grave o comunque tale da compromettere più di una ADL (cioè le attività della vita quotidiana connesse al lavarsi, vestirsi, mangiare, essere autonomi nelle funzioni fisiologiche, muoversi nella propria casa). Nella tabella è indicata la distribuzione del bisogno con riferimento agli ambiti territoriali provinciali.

La disabilità
negli anziani

Tab. 5 – Anziani disabili per provincia (stima su dati 2000, anziani 65-84 anni)

	<i>L'Aquila</i>	<i>Teramo</i>	<i>Pescara</i>	<i>Chieti</i>	<i>Totale</i>
Anziani con lieve disabilità	5.413	4.927	4.976	7.121	22.438
Anziani con moderata disabilità	558	508	513	734	2.311
Anziani con severa disabilità	348	317	320	458	1.445
Anziani non autosufficienti	650	592	598	856	2.696

Fonte elaborazione su dati Italian longitudinal study on ageing - Cnr

Gli anziani che vivono soli in Abruzzo sono circa 53.000 (Istat 1998). Delle 1.698 famiglie povere residenti nel Mezzogiorno (Istat 2000), il 23,2% è rappresentato da persone sole con più di 65 anni e il 32,8% da coppie con almeno un ultrasessantacinquenne.

Povertà

Come già detto in precedenza, l'invecchiamento della popolazione è crescente con un indice di vecchiaia pari a 137,5, contro 124,8 per l'Italia. Le Province più giovani sono quelle di Pescara e di Teramo. I territori interni presentano (escluso l'ambito di Avezzano) un grado di invecchiamento superiore a quello medio italiano.

Negli ambiti Montagna Aquilana, Aventino, Alto Vastese l'indice di vecchiaia supera nettamente il 200%, per effetto congiunto dello spopolamento e dell'invecchiamento.

Il Piano Sociale Regionale aveva indicato l'attivazione di alcuni servizi da garantire nel triennio 1998-2000 in tutti gli ambiti territoriali, tra cui il servizio di assistenza domiciliare integrata. La verifica delle attività realizzate nel triennio 1999/2001 evidenzia i seguenti risultati:

Indicazioni
emergenti
dalla valuta-
zione del PSR
98-00

- in 22 su 35 ambiti territoriali (pari al 62,8%) è stato attivato il servizio di assistenza domiciliare e/o assistenza domiciliare integrata;
- in 7 su 35 ambiti territoriali (pari al 20 %) il servizio di assistenza domiciliare e/o assistenza domiciliare integrata è in corso di realizzazione;
- in 4 ambiti territoriali il servizio di assistenza domiciliare e/o assistenza domiciliare integrata, pur essendo previsto dal piano di zona, non è stato realizzato;
- in 2 ambiti territoriali non è disponibile il dato.

In vista della nuova programmazione locale è indispensabile consolidare questi risultati, estendendoli agli ambiti carenti. Nello stesso tempo è necessario sviluppare un sistema complessivo di servizi e interventi rivolti agli anziani.

1.4.2. Obiettivi di salute, azioni e strategie

- Promuovere la partecipazione attiva degli anziani alla vita della comunità;
- incentivare le forme di auto mutuo aiuto finalizzate a garantire la permanenza a casa degli anziani;
- promuovere stili di vita per l'invecchiamento in buona salute e per la prevenzione della perdita di autonomia;
- promuovere il ruolo positivo delle famiglie sostenendole nel lavoro di cura dell'anziano non autosufficiente.

Obiettivi

- Promuovere la cittadinanza attiva degli anziani;
- Facilitare l'espressione delle domande delle persone anziane e delle famiglie, così da meglio rappresentarle a livello istituzionale e sociale;
- Promuovere la partecipazione degli anziani e dei loro rappresentanti nella progettazione e nella valutazione delle risposte, sia a

Azioni

livello di programmazione strategica (piani di zona) sia a livello di programmi specifici;

- Promuovere la condivisione delle responsabilità nelle soluzioni, valorizzando l'auto-organizzazione e l'associazionismo delle persone anziane.

Valorizzare la cultura positiva dell'età anziana, incentivando azioni volte a favorire il ruolo attivo delle persone anziane e il rapporto di reciprocità fra generazioni, basato su una solidarietà che sappia valorizzare il potenziale di ciascuna età della vita.

Strategie

Qualificare la concertazione territoriale per la promozione e la tutela dei diritti. In particolare, per quanto attiene alla promozione della partecipazione sociale degli anziani vanno valorizzate:

- le formazioni sociali non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria rivolta agli anziani;
- il volontariato impegnato nella tutela e promozione dei diritti delle persone anziane;
- le organizzazioni sindacali dei pensionati maggiormente rappresentative;
- le proposte culturali per gli anziani realizzate dall'università della terza età e della libera età.

Nella gestione dei percorsi assistenziali gli operatori e i servizi devono migliorare la loro capacità di coinvolgimento attivo dell'anziano e della famiglia nel processo assistenziale, a partire da un'adeguata informazione e condivisione degli obiettivi e delle modalità di intervento, così da garantire maggiore efficacia ai progetti personalizzati.

2. GLI OBIETTIVI DI SISTEMA

Gli obiettivi di sistema sono quelli finalizzati a definire i caratteri fondamentali della rete dei servizi, a fare in modo che l'offerta di servizi sia distribuita nel territorio in termini di equità e di corrispondenza ai bisogni. Per questo va organizzata in modo da ridurre le disuguaglianze nell'accesso che penalizzano soprattutto i soggetti deboli, facilitare il riequilibrio territoriale delle risposte, promuovere forme di collaborazione tra ambiti finalizzate a garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche nelle aree svantaggiate.

2.1 Infanzia e famiglia

Il Piano sociale regionale 1998-2000 aveva posto tra i suoi obiettivi qualificanti la realizzazione in ogni ambito del segretariato sociale e di un servizio socio-psico-educativo per l'infanzia e l'adolescenza. La situazione attuale

L'attuazione del *segretariato sociale* sarà considerata nella sezione 3 (livelli essenziali di assistenza).

Il *servizio socio-psico-educativo per l'infanzia e l'adolescenza* è stato costituito in 24 ambiti (68,6%); in altri 11 (31,4%) è in fase di costituzione. Mentre negli ambiti ricompresi in alcune Ausl l'obiettivo è stato già raggiunto (Pescara) o è in corso di raggiungimento (Avezzano-Sulmona, Chieti), in altri ambiti si sono incontrate maggiori difficoltà (Lanciano Vasto e Teramo).

Lavoro per progetti integrati: è presente in una minoranza degli ambiti territoriali. La maggioranza di quelli esistenti è concentrata negli ambiti della provincia di Teramo.

Affido familiare: la crescita del numero di minori affidati è ancora modesta. Le maggiori difficoltà sono nell'aquilano. Gli sforzi di potenziamento danno risultati ancora parziali.

Adozione: la Regione ha istituito 12 équipe territoriali per l'adozione nazionale e internazionale per rispondere ai bisogni dei territori afferenti a L'Aquila, Avezzano, Sulmona, Pescara, Montesilvano, Spoltore, Chieti, Lanciano, Vasto, Teramo, Giulianova, Roseto degli Abruzzi.

Istituti educativo assistenziali: il numero di minori accolti è diminuito da 327 a 177.

Comunità alloggio: da 1 (a Pescara) sono state portate con i piani di zona a 4. Esistono anche 4 *comunità educative* con 81 minori. Le comunità alloggio e quelle educative sono presenti in alcuni ambiti ri-

compresi nel territorio di 3 Ausl (Teramo, Pescara, L'Aquila). Ne rimangono ancora privi gli ambiti del territorio delle Ausl di Chieti, di Avezzano-Sulmona e di Lanciano-Vasto. Mancano nella Regione esperienze di *Comunità di tipo familiare*.

Il Piano sociale precedente prevedeva l'attivazione di "*centri aperti*" a livello di ambito territoriale e di *centri diurni* a livello provinciale (o subprovinciale). Con i primi si indicavano strutture a valenza educativa, ricreativa e socializzante, con i secondi si intendevano strutture a valenza educativa e riabilitativa per soggetti che necessitino di aiuto intensivo e di percorsi personalizzati.

È difficile valutare l'effettiva presenza dei centri diurni. Le statistiche esistenti li sommano ai centri aperti giungendo a individuarne 56 con ben 5.866 utenti¹.

L'analisi dei piani di zona indica che l'attivazione di centri diurni è avvenuta in 6 ambiti (3 nel territorio dell'Ausl di Avezzano-Sulmona, 2 in quello di Chieti, 1 nell'area di Lanciano-Vasto).

Il precedente piano sociale prevedeva la sperimentazione di *interventi di assistenza educativa domiciliare e territoriale*. Rientrano in questa categoria i *servizi di sostegno alla genitorialità*, che appaiono poco sviluppati in Regione: 2 esperienze con un centinaio di utenti. Vi rientrano anche i *servizi domiciliari per minori*. Interventi di tal genere esistono in 19 ambiti territoriali, più di quanto il piano sociale si proponeva. Hanno però coinvolto un numero limitato di utenti (205).

Asili nido: esistono in 54 comuni per un totale di 60 nidi. A questi si aggiungono 11 servizi integrativi all'asilo nido. Gli utenti degli asili nido nell'anno 2000 sono stati 1.763: rappresentano circa il 6% della popolazione in età 0-2 anni, una quota di un paio di punti percentuali più bassa di quella media delle regioni dell'Italia centrale.

Esistono in tutta la Regione solo 2 *servizi di pronta accoglienza* per minori, entrambi dislocati sul territorio dell'Ausl de L'Aquila.

¹ I dati sono presi dalla prima indagine regionale dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza. Se si guarda la distribuzione per provincia, si nota però che mentre in Provincia di Chieti, ad esempio, ogni centro diurno ha in media 139 minori, nelle province dell'Aquila e di Pescara il numero scende a una trentina.

- Estendere l’offerta di posti in asili nido e di servizi alternativi, come i nidi famiglia e i micronidi, in modo da accrescere di almeno il 20% le attuali disponibilità (che sono di circa 2.000 posti).
- Consolidare, sviluppare e qualificare gli interventi predisposti dai servizi socio-psico-educativi per l’infanzia e l’adolescenza, configurandoli sempre più anche come centri per le famiglie con minori²:
 - attuare questi servizi in tutti gli ambiti territoriali;
 - sviluppare l’intervento direttamente rivolto alle famiglie allo scopo prioritario di rafforzarne le capacità genitoriali, promuovendo spazi genitori e/o sportelli di ascolto delle famiglie;
 - estendere gli interventi di mediazione familiare, da condurre in collaborazione con le Ausl;
 - sviluppare, quantomeno in alcuni ambiti territoriali, in collaborazione con le province, funzioni volte a promuovere il solidarismo sociale verso le famiglie con minori e ad attivare risorse comunitarie finalizzate all’auto-mutuo aiuto delle famiglie.
- Sviluppare gli interventi domiciliari di tipo educativo e assistenziale:
 - progressiva estensione a tutti gli ambiti territoriali (dagli attuali 19);
 - raddoppio del bacino di utenza (attualmente in media 11 utenti per servizio).
- Potenziare e qualificare l’offerta di centri diurni, e meglio specificare le loro funzioni:
 - estensione dei centri diurni (intesi nel senso di centri aperti) a tutti gli ambiti territoriali (attualmente i centri diurni mancano in una decina di ambiti);
 - creazione di centri diurni in collaborazione con le parrocchie e le scuole;
 - formazione di competenze educative da impegnare nei centri diurni.
- Potenziare gli affidi familiari:

Obiettivi e
azioni

² Secondo le “Linee guida per l’adozione del Piano di zona dei servizi sociali” (art.6 L. R. 22/1998) essi possono articolarsi in: sostegno al minore in condizioni di disagio e disadattamento; sostegno alla famiglia nelle sue funzioni educative; attività direttamente orientate verso il minore con l’obiettivo di favorirne lo sviluppo; attività rivolte a favorirne l’inserimento scolastico e formativo.

- incrementare del 20% i minori accolti in affido familiare;
- potenziare la collaborazione con i consultori familiari, l'associazionismo sociale e il volontariato.
- Dare risposte qualificate alle domande di adozione familiare:
 - valutare la qualità del servizio offerto, tramite monitoraggio delle adozioni realizzate e l'appropriatezza degli interventi professionali;
 - inserire nel corso del triennio le équipes territoriali tra i servizi di ambito o inter-ambito, all'interno della programmazione dei piani di zona, con allocazione delle relative risorse a seguito dell'adeguamento della normativa regionale vigente;
 - promuovere la collaborazione tra le diverse istituzioni competenti nella materia.
- Sviluppare l'offerta di comunità alloggio:
 - almeno una comunità per gli ambiti presenti nel territorio di ogni Ausl.
- Implementazione di azioni specifiche per le famiglie e le persone in stato di povertà:
 - uniformare i sistemi di accertamento del reddito: promuovere l'utilizzo dell'ISEE per l'accesso all'assistenza economica;
 - uniformare le prestazioni economiche rivolte alle persone e alle famiglie povere;
 - garantire progetti personalizzati di accompagnamento delle persone e delle famiglie in condizioni di povertà;
 - prevedere nei piani di zona azioni di contrasto alla povertà.
- Azioni specifiche per i minori immigrati:
 - progetti locali per l'integrazione sociale dei bambini immigrati nella comunità, favorendo l'inserimento scolastico, da condurre in collaborazione con le istituzioni scolastiche e le Province;
 - iniziative specifiche vanno previste nei territori in cui si registra la maggiore presenza di immigrati (6.500 in provincia de L'Aquila su un totale di 12.600 e nella zona costiera compresa tra Pescara e Martinsicuro).

Per realizzare questi obiettivi è necessario tener conto che molte iniziative promosse da una molteplicità di soggetti soffrono di una forte carenza di integrazione, in particolare quando ciascuno di essi opera per

Strategie

proprio conto, all'interno di progettualità specifiche. È quindi necessario aumentare l'integrazione tra istituzioni pubbliche e organizzazioni del terzo settore, al fine di accrescere le possibilità di un intervento efficace di fronte alle molteplici esigenze, costruendo spazi di condivisione e di valutazione partecipata delle esperienze.

2.2. Disabilità

A seguito della Lr 22/98 e del Piano Sociale Regionale per i Servizi Sociali 1998-2000 doveva essere attuata: La situazione attuale

- la sperimentazione di nuclei valutativi integrati in ogni ambito territoriale: 1 è stato realizzato (Costa Sud) e 6 sono in fase di attuazione;
- l'attivazione del Sad/Adi in ogni ambito in collaborazione con Ausl:
 - 18 sono stati realizzati (Vibrata, Laga, Teramo, Gran Sasso, Costa Sud 1, Costa Sud 2, Montagna Aquilana, Avezzano, Valle Peligna, Sulmona, Sangro Aquilano, Aventino, Costa Sud, Ortonese, Chieti, Pescara, Montesilvano, Vestina);
 - 3 in fase di attuazione;
- la sperimentazione di centri socio-riabilitativi diurni:
 - 13 sono stati realizzati (Vibrata, Costa Sud 2, Marsica 1 e 2, Valle Roveto, Valle del Giovenco, Avezzano, Vastese, Ortonese, Chieti, Pescara, Montesilvano, Maiella-Morrone);
 - 2 in fase di attuazione;
- Sono inoltre stati realizzati altri progetti (15) e 7 sono in fase di attuazione.

La distribuzione delle risposte di riabilitazione è descritta nella successiva tabella.

Tab. 6 - I Presidi e Centri di riabilitazione extraospedalieri

PROVINCIA	PRESIDI / CENTRI DI RIABILITAZIONE	UTENTI ASSISTITI
TERAMO 7 per 726 utenti	Centro Piccola Op. Charitas – Giulianova Centro Primavera – Scerne di Pineto Centro Sanstefar – Alba Adriatica Centro Sanstefar – Atri Centro Sanstefar – Roseto d. Abruzzi Centro Sanstefar – S. Egidio alla Vibrata Centro Sanstefar – Teramo	232 35 60 100 117 40 142
L'AQUILA 2 per 240 utenti	Centro Sanstefar – Castel di Sangro Centro Sanstefar – L'Aquila	110 130
CHIETI	Fond. P.A. Mileno – Vasto Marina	306

PROVINCIA	PRESIDI / CENTRI DI RIABILITAZIONE	UTENTI ASSISTITI
9 per 1953 utenti	Centro S. Caterina CIF – Francavilla al M. Centro Sanstefar – Casalbordino Centro Sanstefar – Chieti Centro Sanstefar – Chieti Stazione Centro Sanstefar – Lanciano Centro Sanstefar – San Salvo Centro Sanstefar – Vasto Centro Sanstefar – Villa S. Maria	781 60 125 115 216 80 140 130
PESCARA 4 per 662 utenti	Centro Paolo VI – Pescara Villaggio Fanciullo D. Orione – Pescara Centro Sanstefar – Montesilvano Centro Sanstefar – Pescara	85 252 180 145
TOTALE	22	3.581

Fonte: Dati ARIS, Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari, Roma 1997.

Per quanto riguarda l'area della scolarità e dell'integrazione scolastica dei disabili, gli alunni in situazione di handicap nell'A.S. 1999/2000 erano 3.505 (1,72% sul totale). Lo stesso anno i docenti statali su posti sostegno erano 1.506.

Per quanto riguarda l'integrazione, sono vigenti 4 accordi di programma per ognuna delle 4 province, ai sensi degli artt. 13 e seguenti della L. 104/92.

Obiettivi

Vanno realizzati in ogni ambito interventi di aiuto personale, servizi di accoglienza per emergenze e risposte socioassistenziali diurne.

Per quanto riguarda la rete dei servizi socioassistenziali, va privilegiata la riabilitazione integrata territoriale/domiciliare e la rete dei servizi socioassistenziali.

Vanno realizzate risposte residenziali di tipo comunitario quali comunità alloggio e altre residenze assistite.

Si tratta inoltre di promuovere la solidarietà di vicinato, le risposte all'emergenza per brevi periodi, i ricoveri di "sollevio" per la famiglia e tutte le forme utili a mantenere il disabile il più a lungo possibile nella sua casa.

Vanno assicurati percorsi riabilitativi efficaci e appropriati all'interno delle strutture e dei servizi individuati dalle "Linee guida ministeriali per l'attività di riabilitazione" (*Conferenza Stato Regioni 7.5.1998*).

A ogni persona disabile va garantito quanto previsto dall'art. 14 della L. n. 328/00, comma 2, e cioè un progetto individuale che comprenda, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di

riabilitazione a carico del servizio sanitario, i servizi alla persona da garantire a carico del fondo sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di eventuali condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

2.3 Anziani e persone non autosufficienti

Il principale obiettivo di sistema è caratterizzare la rete di offerta secondo le diverse tipologie di servizi per meglio collegare i bisogni alle risposte.

La scelta preferenziale è la cura della persona anziana e della persona con disabilità che riducono l'autonomia personale all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuta, nel rispetto della sua individualità e della sua storia personale. Tale scelta risponde sia a valenze culturali, che nel nostro Paese riconoscono alla famiglia una funzione di cura, di punto di riferimento e di protezione nel tempo, che affettive, attraverso il rapporto con i propri spazi vitali e le proprie memorie.

L'assistenza a domicilio può essere realizzata con diverse modalità di risposta a "bisogni":

Assistenza a
domicilio

- L'*assistenza domiciliare* è l'insieme delle prestazioni e degli interventi che rispondono a bisogni di tipo sanitario o a bisogni di tipo sociale sulla base di un piano di assistenza multiprofessionale. L'assistenza domiciliare, nell'ambito di un programma assistenziale, può articolarsi in: aiuto domestico, pasti a domicilio, assistenza infermieristica, accesso a domicilio del medico di medicina generale, assistenza riabilitativa.
- L'*assistenza domiciliare integrata* è l'insieme degli interventi che richiedono una capacità di azione unitaria e interattiva di diverse figure professionali e che rispondono a bisogni specifici di tipo sociosanitario sulla base di un piano unitario di assistenza. Comprende interventi complessi a elevato contenuto sociosanitario, anche con l'apporto di competenze specialistiche, basati sulla valutazione multidimensionale con strumenti omogenei su scala regionale; sull'elaborazione di un piano di assistenza personalizzato; sulla predisposizione di un programma di attuazione e sulla verifica periodica del piano di assistenza.

Ogni forma di *assistenza residenziale* deve riferirsi al modello familiare, con un ambiente caratterizzato sia da attrezzature adeguate che da arredi, strutture e ritmi di vita tipici di un'organizzazione familiare.

Le residenze devono avere dimensioni che favoriscano il mantenimento di rapporti interpersonali e con la famiglia, salvaguardando il legame della persona ricoverata con il proprio territorio.

L'anziano solo e la persona con ridotta autonomia o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio devono poter usufruire di servizi residenziali più o meno assistiti a seconda del suo grado di autonomia, a seguito di valutazione multidimensionale e relativa predisposizione di un piano individualizzato di assistenza soggetto a periodica verifica.

Tra le possibili risposte, si distinguono le seguenti.

- *Alloggi con servizi di supporto*: comprendono tutte le possibili soluzioni abitative assistite per persone in condizione di ridotta autonomia.
- *Residenza assistenziale*: è struttura residenziale sociale con prestazioni sanitarie. Accoglie, in modo permanente, temporaneo o a ciclo diurno, persone in condizioni di ridotta autonomia non altrimenti assistibili a domicilio.
- *Residenza sanitaria assistenziale*: è struttura residenziale a valenza sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, allocata nell'ambito-distretto. Accoglie, in modo permanente o temporaneo, persone anziane non autonome e non altrimenti assistibili a domicilio. Accoglie anche a ciclo diurno persone non altrimenti assistibili, per recuperare o mantenere il potenziale funzionale.

2.4. Requisiti essenziali del sistema di offerta

I requisiti essenziali per un'efficace realizzazione del sistema locale dei servizi alla persona sono: il segretariato sociale, l'accesso unitario, la valutazione professionale e multidimensionale del bisogno, la priorità ai soggetti deboli, il lavoro sociale per progetti personalizzati, le carte per la cittadinanza sociale, il pronto intervento sociale.

2.4.1 Qualificare il segretariato sociale

Vari bisogni, che potrebbero essere affrontati positivamente dal sistema. Il problema dei servizi, rimangono invariati per mancanza di orientamento idoneo a

facilitare la conoscenza delle risposte di cui la persona e la famiglia avrebbero diritto.

La conformazione del territorio regionale, la numerosità dei comuni, le difficoltà di collegamento, l'invecchiamento della popolazione, lo spopolamento della montagna non facilitano le relazioni fra le persone, le famiglie e i servizi. Rischiano di essere penalizzati soprattutto i soggetti più deboli: anziani fragili, famiglie in difficoltà, persone disabili.

La Regione Abruzzo ha affrontato questo problema nel Piano sociale regionale 1998-2000, indicando che ogni ambito territoriale doveva garantire il segretariato sociale. 29 ambiti hanno avviato il segretariato sociale e nei restanti il servizio è in fase di attuazione. I Comuni presso cui è stato realizzato sono 186 (su 305), 17 a gestione pubblica e 146 privata (per 23 comuni la forma di gestione non è ancora ben definita).

La difficoltà di utilizzazione dei servizi non dipende solo dalla carenza di informazioni, ma anche dagli ostacoli che rendono difficile l'accesso. Proprio per questo il Piano sociale nazionale 2001-2003 dice:

"Le Regioni e gli Enti locali sviluppano specifiche azioni affinché coloro che hanno più bisogno e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato non vengano esclusi o, comunque, non siano ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'accesso ai servizi e agli interventi specificamente loro dedicati e a quelli universalistici."

Sempre il Piano sociale nazionale indica le funzioni e le modalità gestionali da privilegiare.

"In particolare l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, capacità di accompagnamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi. È quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni. A questo scopo occorre in particolare evitare che proprio i cittadini più fragili e meno informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto a fronte di barriere organizzative e burocratiche che comunque vanno rimosse per ridurre le disuguaglianze nell'accesso".

Per garantire questi requisiti di qualità il segretariato deve essere configurato come porta unitaria di accesso a tutti i servizi di ambito. Per que-

sto deve essere radicato nella comunità con le diverse risorse che questa esprime. Deve inoltre essere ben identificabile, i locali devono essere attrezzati con arredi e setting operativi che assicurino riservatezza e rapporti personalizzati con le persone. Il servizio deve inoltre essere accessibile, con orari di apertura che tengano conto dei ritmi di vita della famiglia. Deve essere accessibile anche a distanza: per telefono, e-mail e sportello telematico.

La funzione professionale di segretariato sociale risponde al bisogno di informazione dei cittadini con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza sociale. È quindi strumento per far conoscere tutte le risorse della comunità, pubbliche, del terzo settore e del volontariato, a pagamento e a titolo gratuito.

Per sua natura il segretariato sociale non è risposta ai problemi della persona, ma ne prepara le condizioni e la mette in condizione di orientarsi, di approfondire il bisogno e di decidere le soluzioni più adeguate.

La funzione di accesso ai servizi sociali e sociosanitari è complementare rispetto a quella di Segretariato sociale e ne rappresenta la naturale prosecuzione quando, oltre a un bisogno informativo, si evidenzino problemi di natura sociale e sociosanitaria.

La funzione di osservatorio garantita dal segretariato sociale risponde all'esigenza di avere uno strumento idoneo a capire come evolvono i bisogni, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. A questo obiettivo il segretariato sociale può dare un contributo sistematico, raccogliendo i dati relativi alla domanda e alle modalità di risposta ai bisogni, come specificato nell'apposito atto di indirizzo applicativo della Giunta regionale, previsto nel successivo paragrafo 7 della Sezione 3 "Governo delle informazioni e valutazione partecipata".

Insieme con il segretariato è indispensabile mettere in atto azioni concrete, a livello di ambito, finalizzate alla creazione del punto unico di accesso all'intera rete dei servizi alle persone e alle famiglie. Il punto unico di accesso è una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sociale e sociosanitario in modo unitario e integrato. È definito come una modalità organizzativa dell'ambito, concordata con il distretto. I caratteri fondamentali dei percorsi assistenziali vengono individuati con riferimento alla valutazione multidimensionale, alla definizione del progetto personalizzato di assistenza, alle modalità di integrazione sociosanitaria, alla continuità assistenziale degli interventi, alle forme di collaborazione

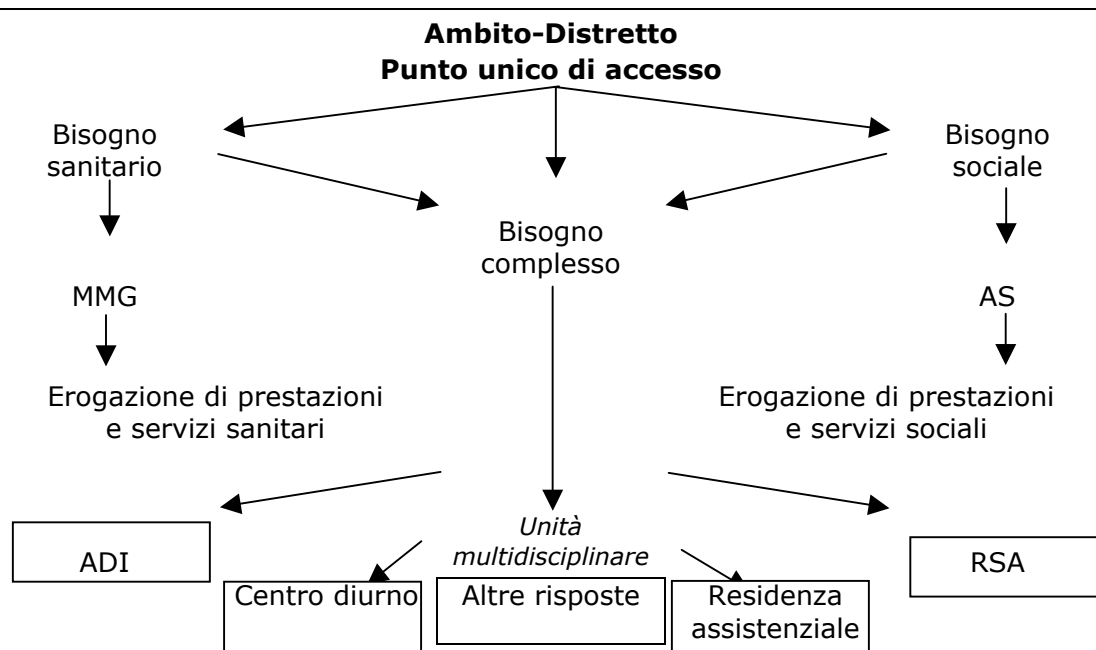
Sperimentazione del "punto unico di accesso all'intera rete dei servizi"

tra operatori sociali e sanitari, alla collaborazione con la famiglia, alla valutazione evolutiva degli esiti.

Il modello a cui riferirsi è descritto nella successiva figura.

Qualificare l'accesso al sistema di interventi e servizi sociali

Persona - Famiglia - Assistente sociale (As) - Medico di medicina generale (Mmg)



L'unità multidisciplinare è composta dall'assistente sociale, il medico di medicina generale e da altri professionisti in ragione della natura del bisogno.

2.4.2 Valutazione professionale e interprofessionale del bisogno

La valutazione professionale del bisogno a cura del servizio sociale o di una unità multidisciplinare è condizione per accedere alla rete di risposte sociali: domiciliari, intermedie e residenziali.

Il contratto fra la persona e il servizio per l'attuazione del progetto personalizzato è un elemento importante della qualità di processo della presa in carico. A seconda degli interlocutori può trovare diverse modalità di esplicitazione: da un accordo verbale a un accordo scritto, evitando di burocratizzare il rapporto di aiuto. Va considerato un patto fra l'utente, la sua famiglia e il servizio in cui le parti s'impegnano a realizzare le azioni previste dal progetto. Tramite la negoziazione sulla modalità per affrontare il problema, il servizio passa da un lavoro *per* e *sulla* persona a un lavoro *con* la persona e la persona.

L'attuazione di questa prospettiva richiede una forte capacità di collaborazione tra ambiti sociali e distretti sanitari, che si traduca in soluzioni da sperimentare collaborativamente nel territorio come meglio descritto nell'azione innovativa "soluzioni che garantiscano l'integrazione sociosanitaria a livello istituzionale, gestionale, professionale" di cui alla successiva Sezione 3, paragrafo 4.

Il servizio sociale di ambito è il riferimento primario per la valutazione professionale del bisogno e per la definizione del progetto personalizzato. Quando il bisogno ha caratteri tali da richiedere l'intervento di più professionalità sociali e sociosanitarie, il servizio sociale attiva l'unità multidisciplinare.

L'*unità multidisciplinare* valuta i bisogni del cittadino portatore di un bisogno complesso che necessita di una risposta assistenziale integrata. È finalizzata alla valutazione multidimensionale, alla definizione del problema e del piano personalizzato di assistenza, all'attuazione e alla sua periodica verifica.

L'unità multidisciplinare per garantire continuità assistenziale

L'unità multidimensionale utilizza la valutazione multidimensionale quale metodo per l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza, individuando prestazioni, operatori, tempi e risorse e stabilendo le verifiche sugli esiti e sulla qualità delle prestazioni. Le verifiche debbono coinvolgere anche la persona e il suo nucleo familiare per un riscontro sulla qualità e l'efficacia.

Per garantire *continuità assistenziale* alla fase di ricovero ospedaliero, soprattutto nel caso di anziani fragili, deve essere prevista precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, l'attivazione delle figure professionali, sociali e sociosanitarie, e dei servizi dell'ambito e del distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'organizzazione dei percorsi di dimissione appropriata e concordata.

Su queste basi in ogni ambito territoriale la rete delle risposte, tenendo conto delle prestazioni comunque da erogare ai sensi dell'art. 22 comma 4 della L. n. 328/2000, è impegnata a:

- garantire che la valutazione del bisogno e la definizione del progetto personalizzato di assistenza sia attuata dal servizio sociale professionale e, nel caso di bisogno complesso, da un'unità multidisciplinare;
- incrementare il servizio di assistenza domiciliare integrata, prevedendo per ogni ambito territoriale la sua gestione unitaria con

l'Ausl nelle fasi di valutazione delle domande, di predisposizione dei progetti personalizzati, della loro attuazione e valutazione;

- realizzare almeno un centro diurno, polifunzionale, in ogni ambito, per garantire interventi sociosanitari e di socializzazione e per il sollievo alle famiglie;
- attivare in ogni ambito territoriale almeno 1 posto letto per 10.000 abitanti destinato all'accoglienza temporanea di persone non autosufficienti, quale sollievo alle famiglie che assistono a domicilio e quale risposta a situazioni che richiedono pronta accoglienza;
- operare perché la continuità assistenziale diventi un metodo stabile di operare dei servizi sociali e sociosanitari.

2.4.3 Lavoro sociale per progetti personalizzati

Un requisito di qualità di sistema è rappresentato dalla capacità di ogni ambito territoriale di garantire interventi basati sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati, cioè redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali e tali da evidenziare la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, la sua durata, i relativi costi.

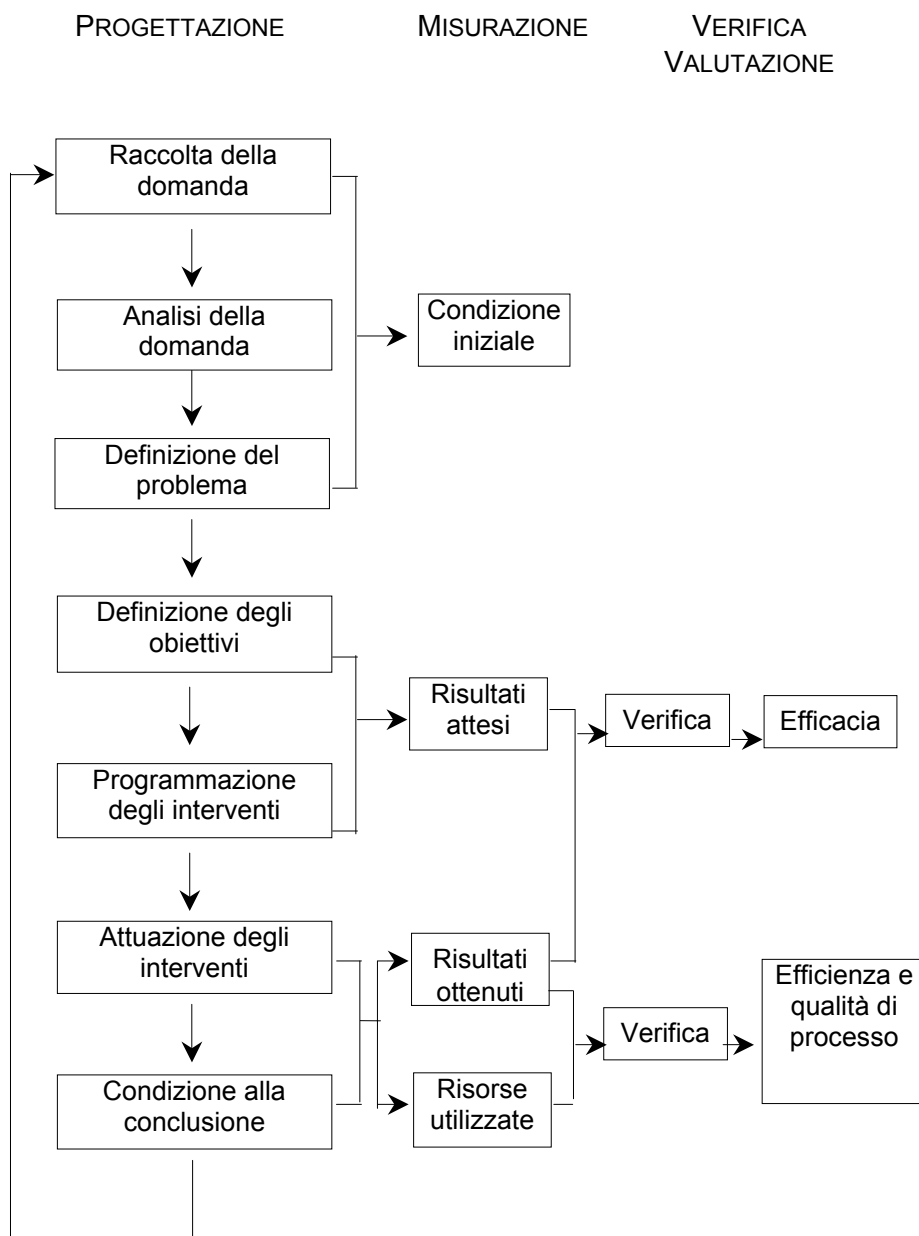
Ai fini della determinazione della *natura del bisogno* vanno considerate le funzioni psicofisiche, la natura delle attività della persona e gli eventuali ostacoli e limitazioni, le modalità di partecipazione alla vita sociale, i fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

L'*intensità assistenziale* è stabilita in base alle fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato.

La *complessità* dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

La predisposizione del progetto personalizzato si articola nelle fasi descritte nella successiva figura.

Fig. 1. Fasi del lavoro sociale per progetti personalizzati



In ogni ambito va garantita una raccolta omogenea di informazioni sulla base di parametri indicati dalla Regione con successive disposizioni per il monitoraggio della domanda e la documentazione dei progetti di intervento.

La messa a disposizione delle informazioni da parte degli ambiti all'Osservatorio sociale regionale, oltre che garantire il buon funzionamento del sistema informativo, è condizione per l'erogazione dei fondi destinati a finanziare l'attuazione dei piani di zona.

2.4.5 Priorità ai soggetti deboli

Per rendere compatibili universalismo e selettività è necessario prevedere in ogni ambito meccanismi di regolazione dell'accesso ai servizi basati sulla valutazione della condizione economica dei richiedenti.

La legge 328/00 prevede all'art. 2, comma 3, che "i soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze ... accedano prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi sociali".

All'art. 25 si afferma che "ai fini dell'accesso ai servizi ... la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal d.lgs 109/1998, come modificato dal d.lgs 130/2000", ovvero mediante l'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee).

L'utilizzo dell'Isee deve garantire equità nell'accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie (per la parte sociale), tenendo presente la condizione economica dei beneficiari. La verifica dei mezzi è strumento per regolare l'accesso ai servizi e per definire la misura della compartecipazione alla copertura della spesa da parte del beneficiario.

Per quest'ultimo aspetto l'applicazione dell'Isee rappresenta il passaggio da sistemi tariffari a scaglioni a sistemi tariffari continui, condizione necessaria per evitare situazioni non eque, per cui un cittadino con una situazione economica di poco superiore al limite previsto dalla soglia si trova a pagare tanto quanto il cittadino con una situazione economica di poco inferiore al limite superiore dello scaglione.

Il Piano sociale promuove l'applicazione dell'Isee sulla base dei seguenti criteri:

- prevedere un'applicazione sperimentale dello strumento, nonché la predisposizione di un sistema di monitoraggio finalizzato alla valutazione dei risultati conseguiti per non generare situazioni di disuguaglianza;
- definire in modo trasparente le procedure applicative, secondo la metodologia della programmazione locale, anche con il coinvolgimento di rappresentanti degli utenti;
- garantire un'informazione capillare circa il funzionamento dell'Isee, rivolta sia agli utenti che agli operatori, e in particolare sui criteri di accesso alle prestazioni e sul sistema tariffario.

L'obiettivo che il Piano sociale si pone per il prossimo triennio è l'applicazione dell'Isee in tutti gli ambiti, mediante adozione di regolamenti per l'accesso.

In sede di applicazione va inoltre promossa l'integrazione tra valutazione professionale del bisogno e valutazione amministrativa della possibilità di concorrere alla spesa dei servizi, avendo attenzione alle situazioni nelle quali la compartecipazione è richiesta per più interventi erogati dallo stesso ente gestore.

2.4.6 Dalla carta dei servizi alla carta per la cittadinanza

In ogni ambito va garantito quanto previsto dal Piano sociale nazionale 2001-2003, e cioè la carta dei servizi sociali, intesa e realizzata come "carta per la cittadinanza sociale", in attuazione dell'art. 13 della L. 328/00. Essa non deve limitarsi a regolamentare l'accesso ai servizi riproducendo la logica dei soggetti erogatori, ma deve concentrarsi sulle persone che hanno bisogno di accedere ai servizi.

Pertanto, la carta dei servizi sociali deve caratterizzarsi come percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva. Il termine "cittadinanza" si collega strettamente all'incontro tra diritti e doveri sociali.

Fra i suoi contenuti fondamentali la carta dovrà prevedere:

- le condizioni per un patto di cittadinanza sociale a livello locale;
- i percorsi e le opportunità sociali disponibili;
- la mappa delle risorse istituzionali e sociali;
- i livelli essenziali di assistenza;
- gli standard di qualità da rispettare;
- le modalità di partecipazione dei cittadini;
- le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti deboli;
- gli impegni e i programmi di miglioramento;
- le regole da applicare in caso di mancato rispetto degli standard.

A questo obiettivo è indirizzata una delle azioni innovative previste nella successiva sezione 3 del Piano, che è dedicata alle strategie per qualificare il sistema di welfare regionale. L'adozione della carta per la cittadinanza sociale da parte degli erogatori è inoltre una delle condizioni necessarie per l'accreditamento.

2.4.7 Pronto intervento sociale

L'attuazione del pronto intervento sociale previsto dalla L. 328/00 chiede ad ogni regione e ai rispettivi ambiti sociali di garantire al loro interno una sistematica e tempestiva capacità di fronteggiare le emergenze personali e familiari. Possono riguardare bambini maltrattati e abusati,

comportamenti autodistruttivi nelle diverse età della vita, conflitti familiari con esiti violenti, interventi di urgenza a seguito di provvedimenti dell'autorità giudiziaria, primo soccorso in presenza di eventi improvvisi e traumatici, flussi migratori non prevedibili.

Le risposte possono differenziarsi in diverse tipologie di intervento, sia sotto forma di servizi strutturati a questo scopo sia sotto forma di soluzioni flessibili mirate a garantire flessibilità ed efficacia alle azioni. In particolare il pronto intervento deve essere realizzato a livello di ambito o per aree più vaste, tale cioè da coinvolgere due o più ambiti, su base convenzionale, in modo tale da garantire sostenibilità economica e qualità al processo di pronto intervento.

Le soluzioni operative possono prevedere:

- a) *nel caso di minori*, famiglie disponibili all'accoglienza temporanea di bambini in stato di abbandono nonché di bambini vittime di abuso, maltrattamento e violenza; strutture di accoglienza a carattere comunitario idonee a garantire pronto intervento anche nei casi di prescrizioni o di misure cautelari del tribunale per i minorenni;
- b) *nel caso di persone adulte e anziane*, famiglie disponibili all'accoglienza temporanea, strutture di accoglienza a carattere comunitario in grado di garantire ricoveri immediati e di breve periodo, strutture residenziali con posti riservati alla pronta accoglienza in attesa di successiva sistemazione;
- c) *nel caso di persone con bisogni particolari*, strutture in grado di garantire pronto intervento per emergenze ambientali e meteorologiche riferite ai bisogni delle persone senza fissa dimora, risposte di pronto intervento per minori e persone immigrati, risposte per altre emergenze causate da calamità naturali.

Il pronto intervento è coordinato su scala di ambito o di area più vasta da una unità operativa in grado di facilitare il collegamento tra le risposte immediate e la successiva presa in carico del problema da parte della rete dei servizi locali.

3. LA PROGRAMMAZIONE LOCALE

3.1 Il piano di zona

Il Piano di Zona è strumento di programmazione strategica per la gestione unitaria dei servizi alla persona. È finalizzato a:

- *realizzare nel territorio il sistema integrato dei servizi sociali a livello locale*, con il coinvolgimento della comunità e dei cittadini, attraverso le forme di partecipazione previste dalla legge, per l'individuazione degli obiettivi e delle priorità da perseguire nel periodo di validità del piano;
- *dare priorità ai bisogni*, cioè considerare prioritariamente i problemi e i bisogni emergenti dal territorio, in modo che la definizione degli obiettivi sia coerente con quanto indicato dal Piano sociale regionale con riferimento a risultati attesi di salute e di sistema;
- *qualificare la spesa per il raggiungimento degli obiettivi fissati*, attraverso la mobilitazione e l'attivazione di tutte le risorse disponibili nel contesto territoriale, anche prevedendo la partecipazione di soggetti sociali che concorrono con risorse proprie alla realizzazione del sistema dei servizi;
- *definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun soggetto coinvolto* nella realizzazione degli obiettivi e degli interventi, anche tenendo conto degli indirizzi del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 14/2/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie";
- *prevedere iniziative di formazione e aggiornamento* degli operatori e delle persone coinvolte nel sistema dei servizi.

Esso attua a livello locale gli indirizzi e gli obiettivi di politica sociale previsti dal Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

3.2 Strategie per la realizzazione del piano di zona

- *Attivazione di azioni "responsabilizzanti"*, in cui sono coinvolti tutti i soggetti sociali rappresentativi della comunità locale e riconosciuti come parte attiva nella realizzazione della rete degli interventi e dei servizi sociali. In tale ottica, nel processo di elaborazione del Piano di Zona una particolare attenzione deve essere rivolta al coinvolgimento attivo di tutti i soggetti elencati dal comma 4 dell'art. 1 della L. 328/00.

- *Focalizzare l'attenzione sui bisogni dei cittadini e della comunità locale* e sulle condizioni per rendere esigibili i diritti sociali. A questo scopo vanno evitati e contrastati gli atteggiamenti di autoreferenzialità in quanto la definizione degli obiettivi va finalizzata al soddisfacimento dei bisogni e alla valorizzazione delle risorse di ogni ambito territoriale.
- Definire nella fase di programmazione e di pianificazione le condizioni metodologiche che consentano di effettuare *valutazioni di processo e di esito*.
- *Definizione chiara ed esplicita del sistema delle responsabilità*, delle modalità di gestione delle risorse, anche con individuazione di un soggetto referente per il piano di zona.

I piani di zona devono dare priorità alle aree di bisogno indicate nella sezione 1 del Piano sociale regionale. A questo scopo dovranno essere indicati i servizi e gli interventi assicurati in ogni ambito.

La programmazione dovrà inoltre prevedere i livelli essenziali idonei a dare risposta ai bisogni.

3.3 Fasi metodologiche per la predisposizione del Piano di Zona

La predisposizione del piano di zona ai sensi della L. 328/2000 e del DPR 204/2001 comporta la successione delle seguenti fasi di lavoro:

- a) **Avvio e definizione del processo programmatico** per la predisposizione del piano di zona, dei soggetti titolati a partecipare e dei compiti e delle funzioni assegnate a ciascun soggetto. Il sindaco è il soggetto che promuove e cura la formazione del piano di zona.

Negli ambiti territoriali formati da più Comuni, la titolarità di tale funzione compete alla Conferenza dei Sindaci, di cui fanno parte tutti i sindaci dei comuni appartenenti all'ambito, oltre al rappresentante politico dell'Ente di Ambito Sociale, qualora tale ente – individuato con le modalità di seguito indicate – fosse soggetto diverso da uno dei Comuni dell'ambito territoriale di riferimento. La Conferenza dei Sindaci, nella sua prima seduta, provvede a stabilire le norme di procedura per le proprie riunioni ed attività ed individua al suo interno, nelle forme ritenute più opportune, il soggetto referente, il quale svolge le funzioni di coordinatore dei lavori.

La responsabilità di avviare il processo di programmazione spetta, negli ambiti formati da un solo Comune, al sindaco del Comune stesso, mentre in quelli pluricomunali essa compete all'ente gestore a suo tempo individuato ai sensi dell'art. 5 della L.R. 22/1998, ovvero – in caso d'inerzia – al Comune di maggiore dimensione demografica.

Il sindaco, o la Conferenza dei Sindaci, provvedono a definire preliminarmente:

- a. Tempi, modalità e procedure per il coordinamento istituzionale sulle linee di indirizzo del piano di zona.
- b. Modalità per la concertazione da concludere, specie 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.
- d. La composizione, la nomina e gli indirizzi di carattere generale per l'attività del Gruppo di Piano.
- e. Negli ambiti pluricomunali, la Conferenza dei Sindaci deve anche provvedere a formulare la proposta di individuazione dell'Ente di Ambito sociale, da sottoporre all'approvazione dei comuni dell'ambito.

L'Ente di Ambito Sociale (EAS) è il soggetto istituzionale che rappresenta l'ambito territoriale sociale e che esercita, in nome e per conto di tutti i comuni dell'ambito, la funzione amministrativa in materia sociale, assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso. Per ciò che attiene, in particolare, alla formazione ed attuazione del piano di zona, l'Ente di Ambito Sociale riceve i finanziamenti regionali statali di competenza dell'intero ambito territoriale e ne è responsabile anche politicamente. La scelta dell'Ente di Ambito Sociale deve essere deliberata dai consigli comunali di tutti i Comuni dell'ambito, anche in caso di conferma dell'ente gestore già individuato ai sensi dell'art. 5 della L.R. 22/1998. La deliberazione

di scelta dell'Ente di Ambito Sociale costituisce provvedimento urgente e improrogabile ai sensi dell'art. 38, comma 5 d.lgs n. 267/2000. Detti provvedimenti costituiscono allegato del piano di zona.

Il **Gruppo di Piano** è lo strumento operativo del sindaco (o della Conferenza dei Sindaci) per la predisposizione del piano di zona. Di esso fanno parte politici, tecnici e rappresentanti dei soggetti istituzionali e della comunità locale nelle sue diverse espressioni (volontariato, cooperazione, comitati, associazioni di promozione sociale, ecc.). Al fine di facilitare l'integrazione sociosanitaria, del gruppo di piano fa parte almeno un rappresentante dell'Azienda USL.

I politici componenti del gruppo di piano garantiscono una costante informazione ai sindaci e orientano le decisioni in ordine alla predisposizione della proposta di piano di zona.

b) Verifica dei risultati raggiunti con la precedente programmazione.

Il gruppo di piano realizza una verifica dei risultati raggiunti con la precedente programmazione sociale e sociosanitaria nel territorio di riferimento distinguendo i risultati descrivibili in termini di miglioramento del sistema di offerta dai risultati descrivibili in termini di efficace riduzione dei fattori di disagio sociale presenti nel territorio. La verifica dei risultati è redatta in forma di rapporto che viene sottoposto alla Conferenza dei Sindaci.

- c) **Analisi dei bisogni della comunità locale.** Essa viene realizzata verificando anche i cambiamenti avvenuti rispetto alla precedente programmazione in termini di bisogni ed è attuata con riferimento a variabili e indicatori quali: la composizione della popolazione; bisogni età correlati (minori, adolescenti, adulti, anziani); bisogni derivanti da patologie, menomazioni e handicap (derivanti da dipendenze da sostanze, disabilità, non autosufficienza, disagio mentale...); bisogni connessi a situazioni di povertà, disoccupazione, esclusione sociale; bisogni connessi al disagio abitativo; bisogni connessi a problemi familiari quali separazioni conflittuali con ricadute negative sui figli minori; bisogni connessi a problemi familiari derivanti da gravi carichi assistenziali; bisogni connessi a solitudine ed emarginazione; bisogni connessi a forme di devianza sociale; bisogni connessi all'immigrazione e all'integrazione sociale; bisogni educativi che investono la famiglia, le agenzie di socializzazione e la scuola;

bisogni connessi alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Nell'analisi dei bisogni vanno considerati preliminarmente i bisogni prioritari indicati nella Sezione I del presente Piano sociale. I risultati dell'analisi dei bisogni vanno caratterizzati con indicatori quantitativi e qualitativi in modo da facilitare successive azioni di verifica e valutazione.

- d) **Analisi delle risposte esistenti** in termini di interventi e di risorse messe in campo dai diversi soggetti. L'analisi dell'offerta deve considerare le tipologie di prestazioni, i centri di offerta, gli ostacoli nell'accesso ai servizi, i centri di spesa, l'integrazione delle risposte, l'organizzazione delle responsabilità, i volumi di prestazioni in rapporto ai bisogni, le modalità di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, le figure professionali presenti. La mappa dell'offerta va declinata con riferimento ai servizi rivolti alla generalità dei cittadini, domiciliari, residenziali. Vanno inoltre individuati i caratteri della spesa (entità di finanziamento, flussi di spesa, tipologie di costi) nel rispetto di quanto a tale specifico riguardo sarà indicato nello "schema del piano di zona" (Allegato A). Nel delineare la mappa dell'offerta vanno espresse valutazioni in ordine alla sua distribuzione nel territorio, alla congruenza con i bisogni, alla capacità di soddisfare i livelli essenziali di assistenza, alla equità nell'accesso. L'analisi dei servizi si sviluppa a partire dalla rilevazione delle seguenti informazioni:

Natura del servizio	
Bisogni considerati	
Tipologia di destinatari	
Numero di destinatari	
Organizzazione (personale, strutture, ...)	
Tipologia di prestazioni erogate	
Quantità di prestazioni erogate	

Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria vanno analizzati i seguenti livelli:

Istituzionale	Presenza, oltre a Comuni, Azienda Usl, Provincia ed Aziende pubbliche di servizi alla persona (ex Ipab), di altri soggetti istituzionali che abbiano definito protocolli d'intesa o accordi di programma relativi a diversi settori di intervento
Gestionale	Definizione di processi di selezione dei produttori e delle modalità di accreditamento, evitando la delega da parte dell'ente pubblico a procedure di appalto al ribasso dei costi.
Professionale	Presenza di gruppi di integrazione distrettuale Modalità di collaborazione con altri servizi e professionalità (Ser.T., Dipartimento Salute Mentale, Medici di medicina generale...)
Comunitari	Presenza di Consulte o altre modalità di partecipazione che garantiscano il ruolo attivo dei cittadini o delle loro associazioni. Presenza di progetti di sviluppo di comunità e di promozione delle reti sociali.

e) ***Definizione degli obiettivi da perseguire con il nuovo piano di zona in rapporto alle singole aree di intervento.***

Il gruppo di piano sintetizza in un *rapporto di analisi* i risultati delle azioni di cui ai precedenti punti c) e d) (analisi dei bisogni e dell'offerta) e che contiene, quindi, la descrizione della situazione di partenza, cioè della base conoscitiva che rappresenta il parametro sul quale poter successivamente misurare i risultati conseguiti in termini di cambiamenti realizzati. Nello stesso rapporto sono evidenziate le proposte di intervento prioritario relativamente ai bisogni e all'offerta. Il rapporto è sottoposto al sindaco o alla Conferenza dei Sindaci che, in sede di approvazione, individuano le priorità per la redazione del piano di zona e indicano anche le risorse disponibili per il finanziamento dei livelli essenziali e per il conseguimento degli obiettivi di piano.

f) ***Stesura del piano di zona.***

Il piano di zona, redatto a cura del gruppo di piano conformemente allo schema predisposto dalla Giunta Regionale (Allegato

A: Schema del Piano di zona dei servizi sociali), è articolato con riferimento ai seguenti contenuti:

- verifica dei risultati ottenuti con la precedente programmazione;
- obiettivi di salute, obiettivi di organizzazione e di miglioramento del sistema di offerta;
- azioni per il raggiungimento dei diversi obiettivi e i relativi tempi;
- responsabilità necessarie per la loro attuazione;
- risorse finanziarie;
- indicatori di verifica.

Nella definizione degli obiettivi e dei risultati attesi vanno prioritariamente definite le condizioni per garantire i livelli essenziali di assistenza e tenendo conto delle priorità indicate dal piano sociale regionale.

In particolare, il piano di zona deve definire i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, dell'Azienda USL, degli altri soggetti partecipanti all'accordo di programma che approvano il piano. Nei criteri di ripartizione devono essere indicate anche le risorse vincolate al raggiungimento di specifici progetti d'intervento.

Al piano di zona è allegato il documento di sintesi dell'analisi dei bisogni e dell'offerta di cui al precedente punto e).

g) **Approvazione del piano di zona.**

Il piano di zona, su iniziativa del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci, viene adottato con accordo di programma. Se ritenuto opportuno, la proposta di piano di zona può essere preliminarmente recepita dai consigli comunali.

All'accordo partecipano, oltre ai soggetti pubblici, anche le aziende pubbliche di servizi alla persona (ex Ipab) 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 sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il piano di zona è trasmesso nel termine di 120gg dalla pubblicazione del presente piano alla Giunta Regionale che, nel termine di 60 giorni dal ricevimento, ne verifica la compatibilità con quanto indicato dal piano sociale regionale. La verifica regionale di compatibilità è condizione per l'erogazione dei finanziamenti a tale scopo previsti dal successivo paragrafo sulla politica della

spesa, nonché per aver titolo a partecipare alle azioni innovative di cui alla sezione 3. 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 manifesta non attuazione dei livelli essenziali di assistenza. Della mancata approvazione del piano di zona viene data pubblica notizia nelle forme ritenute opportune dalla Giunta regionale.

Nell'arco del triennio potranno essere apportate integrazioni motivate al piano di zona nel caso l'evoluzione dei bisogni e l'insorgenza di emergenze sociali lo richiedano. Le modifiche vanno sottoposte alla Giunta Regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di attivazione delle modifiche stesse.

Il triennio di riferimento per l'attuazione dei piani di zona e per l'applicazione delle connesse disposizioni in materia di politica della spesa, decorre dall'anno 2003.