

REGIONE
ABRUZZO



Piano sociale regionale 2016-2018

PIANO SOCIALE REGIONALE

Integrazione, innovazione, sostenibilità

PROPOSTA DI PIANO AGGIORNATA AL 25-05-2016



Piano sociale regionale 2016-2018

Indice del Piano Sociale Regionale

Premessa	3
PARTE I - PROFILO SOCIALE REGIONALE	5
I.1. Evoluzione demografica.....	5
I.2. Dimensioni socio-economiche e territori	12
I.3. Bisogni sociali e di salute.....	18
I.4. L'organizzazione dei servizi	29
I.5. La spesa sociale e gli impatti della programmazione e degli investimenti.....	42
I.6. Divari e potenzialità della programmazione regionale e zonale.....	50
PARTE II - LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE INTEGRATA	53
II.1. Principi e priorità della programmazione sociale.....	53
II.2. La programmazione sociale e socio-sanitaria integrata dei servizi	61
II.3. La programmazione integrata e unitaria delle risorse	65
II.4. Le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia	69
II.5. Le politiche giovanili	71
II.6. Le politiche per le persone con disabilità.....	71
II.7. Le politiche per l'invecchiamento attivo.....	73
II.8. Le politiche integrate per l'inclusione sociale e l'immigrazione	73
II.9. Le politiche integrate per la non autosufficienza	74
II.10. Le politiche socio-sanitarie per le dipendenze	75
II.11. Le azioni regionali di innovazione sociale per la nuova governance del sistema	76
PARTE III - I PIANI SOCIALI DI AMBITO DISTRETTUALE.....	78
III.1. Dall'ambito sociale all'ambito distrettuale e le forme associative e di integrazione socio-sanitaria.....	78
III.2. Il processo di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale integrato.....	84
III.3. Indicazioni per l'articolazione dei Piani sociali di ambito distrettuale.....	89
III.4. La partecipazione alla programmazione da parte dei cittadini, delle organizzazioni sociali e sindacali	93
III.5. Il ruolo delle Aziende di Servizi alla Persona (ASP) nella programmazione locale	96
III.6. La co-progettazione con il terzo settore e l'innovazione sociale	97
III.7. Indirizzi applicativi per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO dei servizi	103
III.8. Standard comuni per i regolamenti di accesso negli ambiti distrettuali ai servizi	106
PARTE IV – IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO	109
IV.1. La politica della spesa e la costruzione di nuovo modello di programmazione locale per la gestione delle risorse.....	109
IV.2. La gestione integrata dei Fondi	116
IV.3. La gestione trasparente dei fondi: il bilancio sociale di ambito	119
IV.4. Sistema informativo socio-sanitario, monitoraggio e valutazione dei servizi	120

Premessa

Il Piano Sociale Regionale della Regione Abruzzo è un documento di analisi, indirizzi e proposte che nella prima parte (Profilo sociale) offre una fotografia della domanda sociale ed offerta di servizi nella nostra Regione e nelle parti successive utilizza tale fotografia per definire obiettivi di lavoro e proposte di miglioramento dell'attuale sistema di welfare.

E' bene rilevare che il Piano Sociale Regionale è frutto di un'ampia consultazione con tutti gli attori sociali avviata nell'ottobre 2014 con la presentazione delle "Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo", e ultimata nella primavera 2016 con i Tavoli di partecipazione provinciale e un dialogo condotto attraverso il sito abruzzosociale.it che ha visto la raccolta di oltre 500 contributi e proposte, provenienti da Comuni, altri soggetti istituzionali, Organizzazioni Sindacali, terzo settore, società civile e singoli cittadini.

Il Piano sociale regionale declina le priorità stabilite nel Documento di Economia e Finanza Regionale dell'Abruzzo 2016-2018, approvato dal Consiglio Regionale con Deliberazione C.R. 52/1 del 29.12.2015, che all'Area Tematica 3 (Crescita inclusiva) prevede tra l'altro:

- la ridefinizione della governance, finalizzata all'integrazione sociosanitaria, con lo sviluppo dell'organizzazione dei Distretti e l'integrazione con gli Ambiti sociali, la coincidenza ambiti-distretti;
- il miglioramento della qualità dei servizi socio-assistenziali ed educativi attraverso il regime di autorizzazione e accreditamento;
- lo sviluppo della partecipazione dei cittadini, delle famiglie, delle organizzazioni;
- una maggiore sostenibilità economico-finanziaria con la creazione di sinergie fra i diversi Fondi;
- il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e, in particolare, di quella domiciliare, anche attraverso il riordino dell'ADI;
- l'adozione di più efficaci strumenti di monitoraggio e controllo dei servizi e della spesa sociale;
- l'integrazione sociosanitaria nell'ambito dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nell'area della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze;
- il potenziamento del PUA, il rafforzamento delle professionalità sociali nell'Unità di Valutazione Multidimensionale, la revisione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Attraverso il Piano Sociale, la Regione Abruzzo si propone le seguenti finalità di ordine generale:

- promuovere e sostenere il rafforzamento di un **welfare "dei diritti"** caratterizzato da obiettivi essenziali di servizio, al fine di consentire progressivamente la soddisfazione dei diritti di cittadinanza;
- rafforzare un **welfare "comunitario e integrato"**, che investa risorse pubbliche anche attraverso forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, del lavoro e dell'inclusione sociale, e che stimoli la partecipazione attiva della società civile al benessere collettivo. In questa direzione il Piano propone anche un cambiamento significativo nei rapporti intercorrenti tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale;
- promuovere un **welfare "attivo"** che, oltre a fornire una base sicura ai cittadini

grazie alla assicurazione di livelli essenziali di prestazioni sociali e sociosanitarie, centralizzi i processi proattivi, ponga attenzione alla personalizzazione degli interventi e promuova crescita e cambiamento a partire dalle capacità individuali, accompagnando e sostenendo le singole persone, i gruppi di cittadini, gli attori della scena sociale e della società civile.

Sulla scorta di queste premesse, la Regione Abruzzo intende porre come strategia generale per la triennalità 2016/2018 il riordino e lo sviluppo del sistema territoriale integrato degli interventi e dei servizi in campo sociale e sociosanitario. Tale strategia, ambiziosa, ma essenziale e necessaria per il territorio, sarà perseguita con una modalità di sviluppo di tipo incrementale e interattivo, che vede la riforma dell'intero sistema come un traguardo possibile e raggiungibile attraverso passi anche piccoli ma progressivi, che nel corso del prossimo triennio possano consentire di procedere solidamente nella prospettiva dell'innovazione e del cambiamento.

In questa direzione il Piano presenta indirizzi di carattere più vincolante e prescrittivo (vedi obiettivi di servizio), ovvero aspetti che richiedono un adeguamento dei territori, e aspetti più di carattere stimolante e propositivo, che richiedono specifici investimenti nella direzione dell'auspicato cambiamento e innovazione (vedi sviluppo di nuovi servizi ed interventi).

Il Piano sociale regionale all'interno di tale quadro promuove ed assume le seguenti attenzioni:

- **Attenzione alla centralità della persona:** con il riconoscimento della personalizzazione degli interventi e con la partecipazione attiva delle persone stesse alla definizione di progetti individualizzati;
- **Rispetto e soddisfazione dei diritti:** attraverso la riduzione delle disparità sociali e il riconoscimento a tutte le persone del diritto di accesso al sistema di protezione sociale;
- **Sviluppo di forme di democrazia e cittadinanza attiva** orientate alla responsabilizzazione e alla costruzione, da parte dei cittadini e della società civile, di legami comunitari, che coniughino sussidiarietà e solidarietà.

Discende da qui la necessità di realizzare un'azione complessa e articolata che sia in grado di integrare e valorizzare tutte le misure messe in campo e tutte le risorse attivabili sia a livello regionale che territoriale.

Il Piano Sociale si pone pertanto come lo strumento di promozione di una programmazione strategica e integrata, fornendo indirizzi e stimoli e favorendo forme di coordinamento del sistema dei servizi e delle attività sociali e sociosanitarie. Il Piano si pone l'obiettivo di traghettare il sistema dei servizi verso la piena integrazione socio-sanitaria, anche con la prospettiva di giungere, al termine del triennio, ad un unico Piano regionale sociale e sanitario.

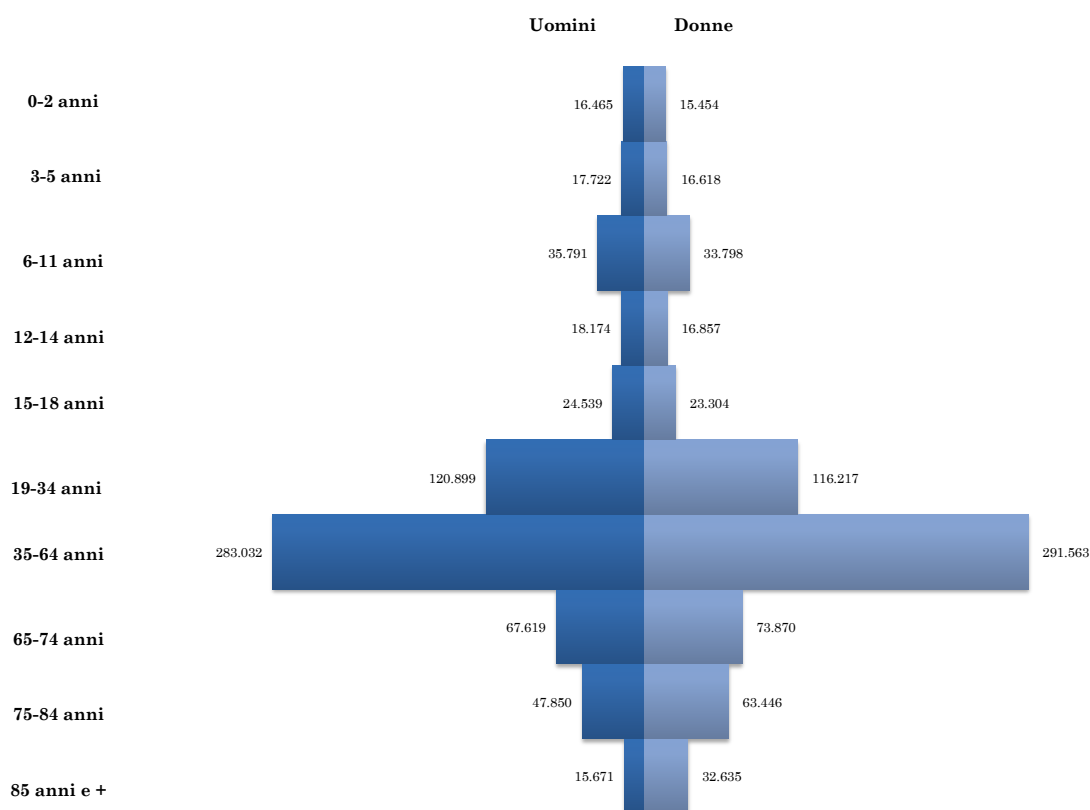
Il Piano sostiene inoltre il metodo dell'approccio sussidiario, quale strumento utile alla costruzione di un sistema sociale partecipato, e intende rafforzare la governance istituzionale ai diversi livelli, anche ripensando gli assetti organizzativi, gli strumenti di analisi dei bisogni e di valutazione dei risultati e il sistema di offerta; nell'ottica sopra richiamata dell'affermarsi di un welfare sociale attivo e imprenditivo, ovvero che investa le risorse pubbliche e al contempo stimoli la partecipazione attiva della società civile, verso il raggiungimento del benessere collettivo.

PARTE I - PROFILO SOCIALE REGIONALE

I.1. Evoluzione demografica

La popolazione residente in Regione Abruzzo al 1 gennaio 2015¹ conta la presenza di **1.331.574 abitanti**, di cui operando una distinzione per fasce d'età, come rappresentato graficamente nel dettaglio in Figura 1, il 16,4% sono in minore età, il 61% sono in età compresa tra i 19 e i 64 anni, il 22,6% sono anziani over 65enni. La stima ISTAT al 1° gennaio 2016 registra in 1.327.000 il numero dei residenti in Abruzzo con una flessione di circa 4000 abitanti rispetto al 2015 sulla quale ha inciso un incremento del 7,1 di decessi (circa 1015 in più nel 2015 rispetto al 2014). Il tasso di crescita naturale si colloca al 1° gennaio 2016 al -3,9 per mille.

Figura 1 - La popolazione residente in Regione Abruzzo – Dettaglio per genere e classi di età - Dati al 1 gennaio 2015



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Se si analizza questo quadro nei prossimi decenni², si può osservare con maggior precisione un fenomeno noto, ovvero **una progressiva e continua crescita della**

¹ Vedi Istat – Statistiche popolazione residente al 1° gennaio 2015 (<http://demo.istat.it>).

² Fonte dati: Demo Istat – Previsioni popolazione residente – Scenario centrale.

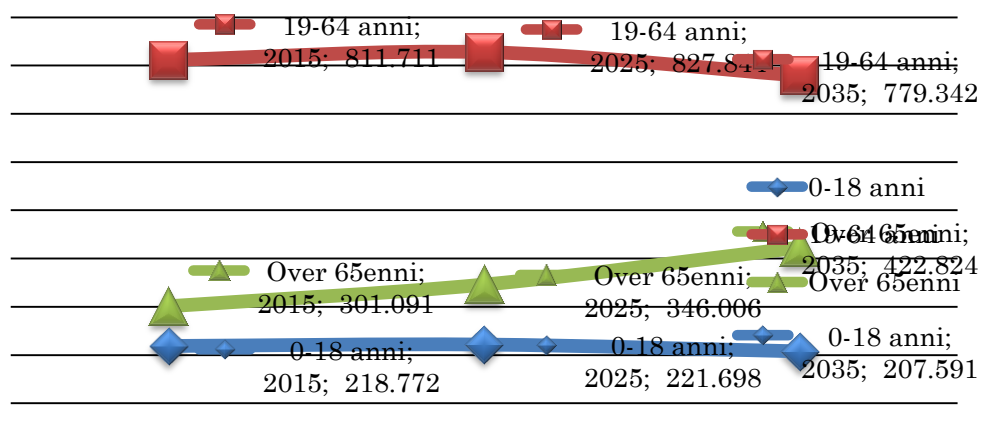
popolazione over 65enne pari al + 40,4% nel 2035, crescita che si accompagna ad una continua diminuzione delle nascite e conseguente erosione sia delle fasce di popolazione più giovane che di coloro in età lavorativa.

Tavola 1. Previsioni di crescita della popolazione residente in Regione Abruzzo. Anni 2015-2035

	<i>Variatione</i> 2015-2025	<i>Variatione</i> 2025-2035	<i>Variatione</i> 2015-2035
0-18 anni	1,3	- 6,4	- 5,1
19-64 anni	2,0	- 5,9	- 4,0
Over 65enni	14,9	22,2	40,4
Totale Regione Abruzzo	4,8	1,0	5,9

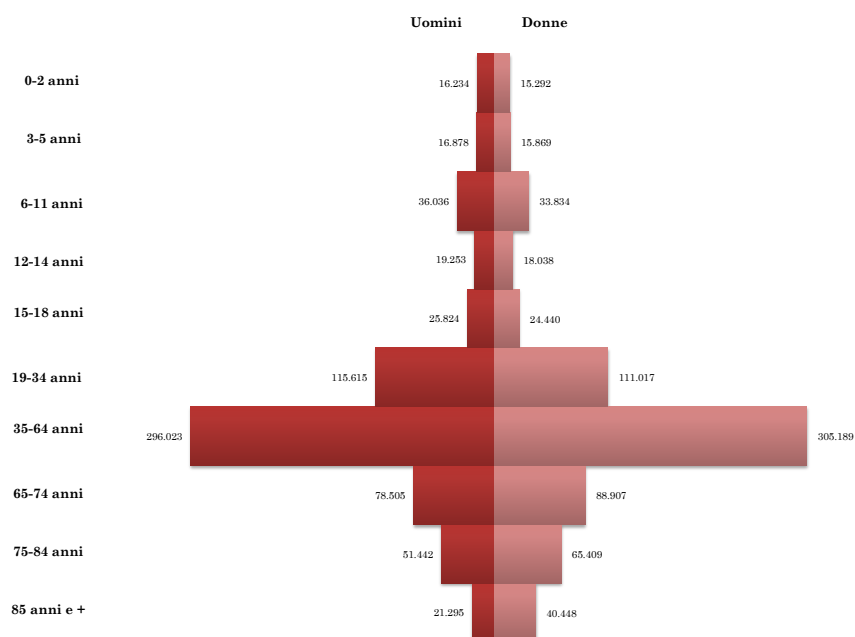
Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Figura 2 - Previsioni di crescita della popolazione residente in Regione Abruzzo. Anni 2015-2035



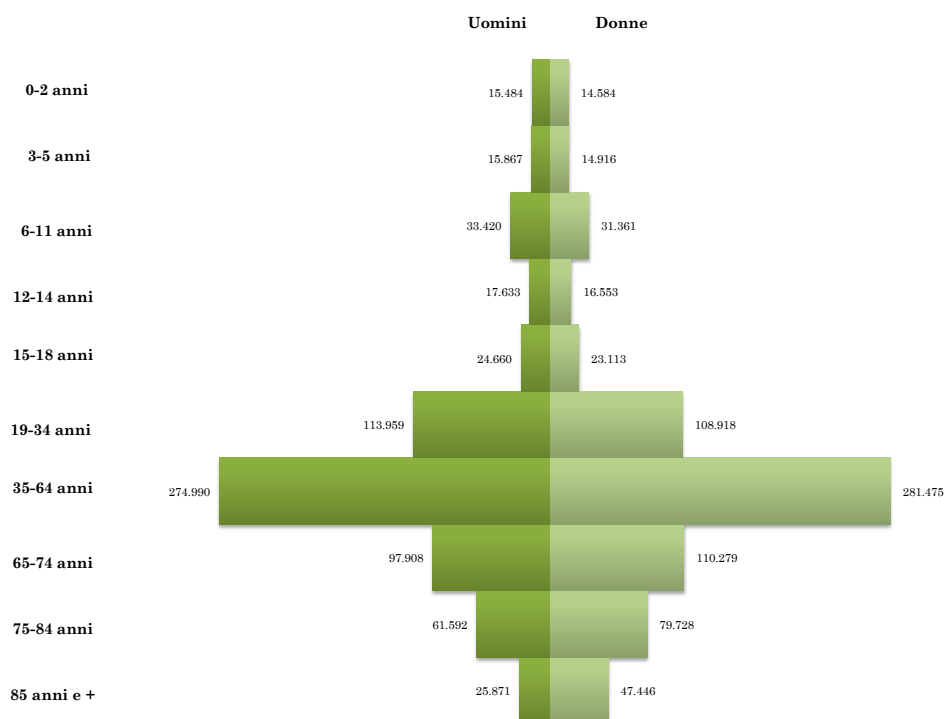
Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Figura 3 - La popolazione residente in Regione Abruzzo – Dettaglio per genere e classi di età – Previsione Anno 2025



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

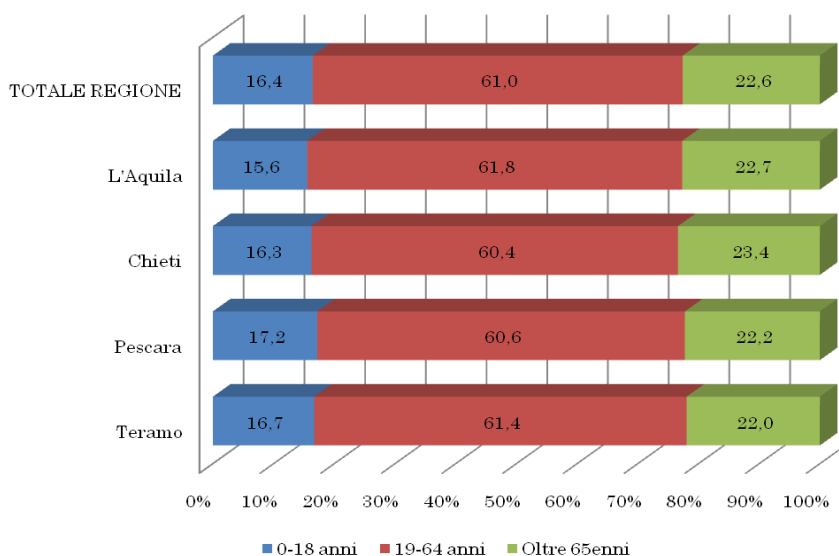
Figura 4 - La popolazione residente in Regione Abruzzo – Dettaglio per genere e classi di età – Previsione Anno 2035



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Se osserviamo il quadro attuale della popolazione residente ma nella sua distribuzione nel dettaglio per Provincia, si mette in evidenza come in **Provincia di Pescara** si registra una maggior incidenza di popolazione in minore età mentre è la **Provincia di Chieti** quella con una maggiore presenza di anziani.

Figura 5 - La popolazione residente in Regione Abruzzo per principali classi di età. Dettaglio per Provincia – Valori % al 1 gennaio 2015



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Tavola 2 - La popolazione residente in Regione Abruzzo per principali classi di età. Valori assoluti per Provincia – Dati al 1 gennaio 2015

Provincia	0-18 anni	19-64 anni	Oltre 65enni	Totale
L'Aquila	47.437	188.298	69.149	304.884
Chieti	63.873	237.058	91.832	392.763
Pescara	55.548	195.439	71.772	322.759
Teramo	51.914	190.916	68.338	311.168
Totale Regione Abruzzo	218.772	811.711	301.091	1.331.574

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Proseguendo nella nostra analisi vediamo che, complessivamente, **il numero di famiglie residenti in Regione Abruzzo³ è pari a 554.710** per un numero medio di componenti pari a 2,4, dato che complessivamente non mette in evidenza significative differenze nel dettaglio per Provincia ad eccezione di L'Aquila dove si registra un valore medio di 2,3.

Tavola 3 - Le famiglie residenti in Regione Abruzzo. Dettaglio per Provincia – Dati al 31 dicembre 2014

Provincia	N. di famiglie	N. componenti medio per famiglia	Totale
L'Aquila	130.324	2,34	304.884
Chieti	161.999	2,42	392.763
Pescara	134.284	2,40	322.759
Teramo	128.103	2,43	311.168
Totale Regione Abruzzo	554.710	2,40	1.331.574

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Il dettaglio della popolazione residente di origine straniera

La popolazione di origine straniera residente in Regione Abruzzo vede un numero di presenze al 1 gennaio 2015 pari a **86.245 abitanti** regolarmente soggiornanti, **corrispondente al 6,5% sul totale della popolazione**, valore inferiore rispetto alla media registrata a livello nazionale ma superiore al dato per ripartizione geografica.

Tavola 4 - La popolazione straniera residente in Regione Abruzzo. Un confronto con il dato nazionale e per ripartizione geografica – Dati al 1 gennaio 2015

AMBITI	Totale popolazione	Popolazione straniera	% stranieri sul totale
<i>Regione Abruzzo</i>	1.331.574	86.245	6,5
Nord-ovest	16.138.643	1.725.540	10,7
Nord-est	11.661.160	1.252.013	10,7
Centro	12.090.637	1.275.845	10,6
Sud	14.149.806	541.844	3,8
Isole	6.755.366	219.195	3,2
Italia	60.795.612	5.014.437	8,2

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

³ Fonte: www.demo.istat.it al 31 dicembre 2014.

Dall'analisi del dettaglio per le principali classi di età, possiamo constatare **la forte prevalenza di abitanti di origine straniera in età lavorativa** (75,7% contro il 61% degli italiani).

Tavola 5 - La popolazione straniera residente in Regione Abruzzo. Confronto presenze per principali classi di età – Dati al 1 gennaio 2015

Classi d'età	Totale popolazione Regione Abruzzo	% sul totale per fascia d'età	Popolazione di origine straniera	% sul totale per fascia d'età
0-18 anni	218.772	16,9	17.876	20,7
19-64 anni	811.711	61,9	65.268	75,7
Over 65enni	301.091	21,2	3.101	3,6
Totale	1.331.574	100,0	86.245	100,0

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

È una popolazione, inoltre, la cui distribuzione per Provincia fa registrare qualche piccolo scostamento rispetto alla media regionale con L'Aquila e Teramo con valori leggermente superiori (rispettivamente + 1,5 e + 1,2).

Tavola 6 - La popolazione straniera residente in Regione Abruzzo. Dettaglio per Provincia – Dati al 1 gennaio 2015

Provincia	Popolazione straniera	Totale popolazione	% sul totale	Scostamento rispetto alla media regionale del 6,5%
L'Aquila	24.357	304.884	8,0	1,5
Chieti	20.195	392.763	5,1	-1,4
Pescara	17.753	322.759	5,5	-1,0
Teramo	23.940	311.168	7,7	1,2
Totale Regione Abruzzo	86.245	1.331.574	6,5	

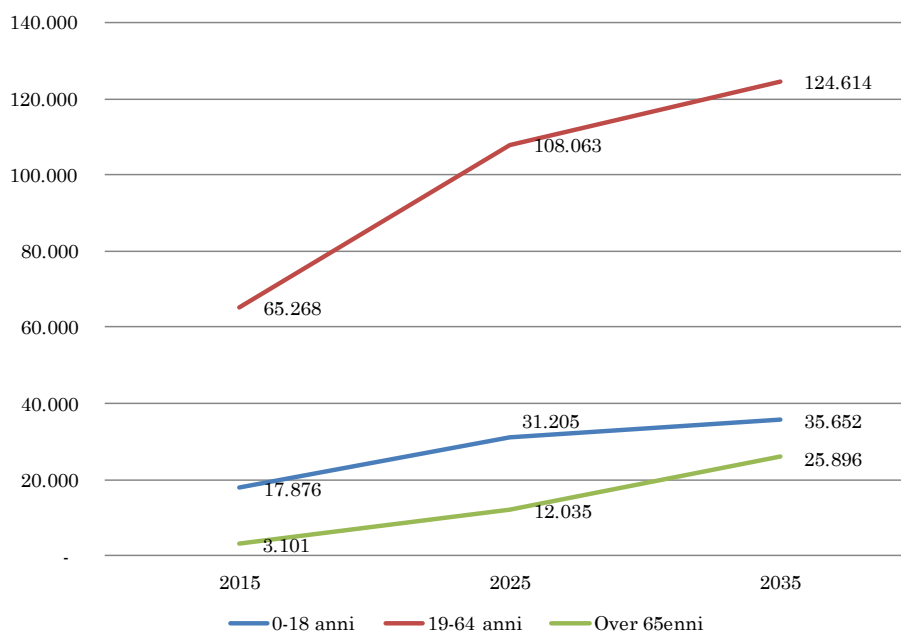
Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Infine, come osservato per il totale della popolazione residente, uno sguardo alle proiezioni demografiche relative alla popolazione di origine straniera⁴ per gli anni 2025 e 2035.

Complessivamente, l'incremento previsto per il 2025 sarà pari al +75% e al +116% per il 2035, **aumento che riguarderà in modo particolare la quota di ultra 65enni**, come ben visibile in Figura 7.

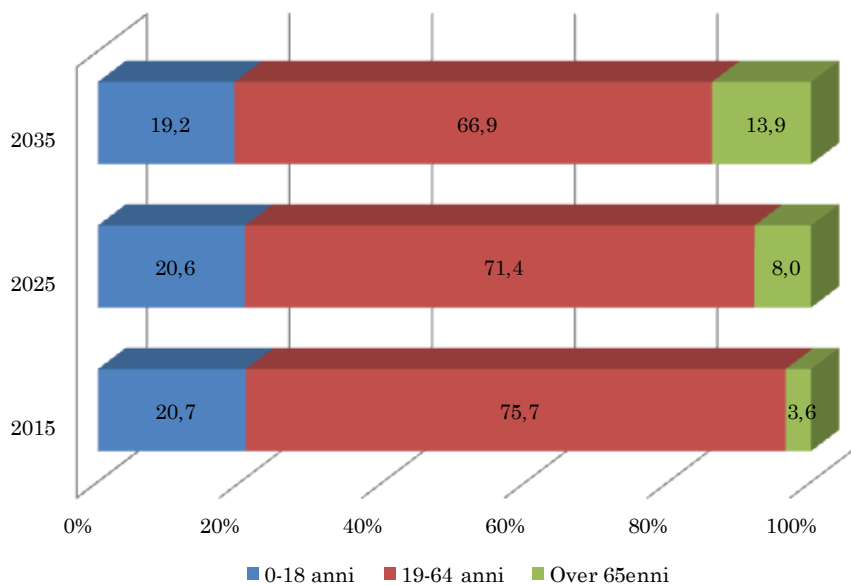
⁴ Fonte dati: Demo Istat – Previsioni popolazione straniera residente – Scenario centrale.

Figura 6 - La popolazione straniera residente in Regione Abruzzo per principali classi di età- Dettaglio per classi di età – Previsione anni 2025 e 2035



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Figura 7 - La popolazione straniera residente in Regione Abruzzo per principali classi di età- Dettaglio per classi di età – Previsione anni 2025 e 2035



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

La tavola 7 propone in un unico quadro sinottico la rilevazione dei principali indicatori socio-demografici della regione Abruzzo negli ultimi dieci anni con un'analisi di dettaglio degli ultimi cinque anni di vigenza del precedente Piano sociale regionale (2011-2015).

Tavola 7 – Quadro riepilogativo dei principali indicatori socio-demografici in Abruzzo

	2005	2011	2012	2013	2014	2015
INDICE DI VECCHIAIA (VALORI PERCENTUALI) - AL 1° GENNAIO	156,1	164,4	167,6	170	172,5	176,2
TASSO DI NATALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	8,7	8,7	8,5	8,2	7,9	n.d.
TASSO DI MORTALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	10,5	10,9	11,1	10,9	10,8	n.d.
INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE (VALORI PERCENTUALI) - AL 1° GENNAIO	53	52,7	53,3	53,9	54,2	54,9
INDICE DI DIPENDENZA DEGLI ANZIANI (VALORI PERCENTUALI) - AL 1° GENNAIO	32,3	32,8	33,4	34	34,3	35
CRESCITA NATURALE (PER MILLE ABITANTI)	-1,8	-2,2	-2,5	-2,7	-2,9	n.d.
TASSO DI CRESCITA TOTALE (PER MILLE ABITANTI)	3	0,4	4,7	16,2	-1,8	n.d.
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA - FEMMINE	84,1	84,5	84,6	84,8	85,1	n.d.
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA - MASCHI	78,2	79,1	79,6	79,8	80,2	n.d.
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI - FEMMINE	21,4	22,1	21,9	22,1	22,4	n.d.
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI - MASCHI	17,5	18,3	18,5	18,7	18,8	n.d.
TASSO DI NUZIALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	4,2	2,9	3,1	3,1	3,2	n.d.
ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE - AL 1° GENNAIO	43,2	44,4	44,6	44,7	44,9	45,2
SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO (PER MILLE ABITANTI)	2,6	2,3	3,4	2,2	1,7	n.d.
SALDO MIGRATORIO INTERNO (PER MILLE ABITANTI)	2,1	0,3	1,3	-0,3	-0,5	n.d.
SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO (PER MILLE ABITANTI)		-1	2,5	17	-0,1	n.d.
SALDO MIGRATORIO TOTALE (PER MILLE ABITANTI)	4,7	2,6	7,2	18,9	1,1	n.d.
POPOLAZIONE 0-14 ANNI AL 1° GENNAIO (VALORI PERCENTUALI) - AL 1° GENNAIO	13,5	13,1	13	13	12,9	12,8
POPOLAZIONE 15-64 ANNI (VALORI PERCENTUALI) - AL 1° GENNAIO	65,4	65,5	65,2	65	64,9	64,6
POPOLAZIONE 65 ANNI E PIÙ (VALORI PERCENTUALI) - AL 1° GENNAIO	21,1	21,5	21,8	22,1	22,2	22,6
NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA	1,23	1,35	1,34	1,3	1,33	n.d.

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Una rapida lettura e analisi della tabella sugli indicatori di sintesi *evidence based* disegna chiaramente una fotografia sulle tendenze in atto nella Regione Abruzzo:

- **l'indice di vecchiaia** dal 2005 al 2015 ha avuto un incremento di 20 punti percentuali **da 156,1 a 176,2%**, segno del **progressivo invecchiamento della popolazione abruzzese**;
- **il tasso di natalità è diminuito da 8,7 bambini nati ogni 1000 abitanti nel 2005 a 7,9 nel 2014**, segnale di un deciso decremento delle nascite, mentre **il tasso di mortalità si è incrementato da 10,5 a 10,8**; dal confronto di tali dati emergono due esiti negativi: il tasso di **crecita naturale diminuito da -1,8 nel 2005 a -2,9 nel 2014** e quello di crescita naturale passato da +3 nel 2005 a -1,8 nel 2014; tali dati confermano la diminuzione delle nascite, **portando in negativo il tasso di crescita naturale ma anche quello totale**, nonostante il ricambio con la popolazione immigrata;
- il progressivo invecchiamento della popolazione e il decremento del numero dei giovani portano anche all'**incremento dell'indice di dipendenza strutturale da 53 nel 2005 a 54,9%** nel 2015 e dell'indice di dipendenza degli anziani da 33 a 35, segno che i bambini e gli anziani gravano sempre più sulla fascia intermedia adulta di popolazione in età da lavoro, aumentando il carico sociale ed economico;
- **i dati relativi alla speranza di vita sono, invece, tutti positivi**: le femmine sono passate da **84,1** del 2005 a **85,1** del 2014 con un aumento di un anno in dieci anni, mentre gli uomini hanno incrementato di due anni la speranza di vita alla nascita passando da 78,2 a 80,2; positiva anche la speranza di vita per i 65enni, che la incrementano di un anno, in linea con la media nazionale; conseguentemente anche l'età media della popolazione cresce da 43,2 del 2005 al 45,2 del 2015;
- **il saldo migratorio con l'estero** resta positivo per l'ingresso degli immigrati nella popolazione abruzzese, anche se passa da 2,6 del 2005 a 1,7 del 2014 (in

particolare, negli ultimi tre anni si è dimezzato per effetto della crisi economica che ha anche rallentato il processo immigratorio);

- il **tasso di nuzialità** scende, invece, di 1 punto, da 4,2 a 3,2.

Gli indicatori segnalano, quindi, che le tendenze demografiche in atto in Abruzzo sono quelle di un **deciso incremento del tasso di vecchiaia** (186,6 provincia dell'Aquila, 185 Chieti, 168,6 Teramo, 164,3 Pescara), di gran lunga superiore a quello medio nazionale (157%), che colloca l'Abruzzo fra le prime 9 Regioni italiane.

Il deciso **calo del tasso di natalità** porta alla tendenza alla decrescita della popolazione, sebbene si registri un andamento altalenante negli ultimi anni con una significativa percentuale di variabilità demografica.

Infine, ad integrazione del quadro provinciale fin qui tratteggiato, possiamo evincere dalla Tabella seguente alcuni ulteriori dati:

- è la **Provincia di Pescara** a registrare il tasso di natalità più elevato;
- se non si evidenziano particolari differenze dall'indice di dipendenza strutturale, **L'Aquila** e **Chieti** (rispettivamente con 186,6 e 185,0) risultano, tuttavia, le province con l'indice di vecchiaia più elevato rispetto alla media regionale.

Tabella 8 - Alcuni indicatori di sintesi per Provincia

Provincia	Tasso di Natalità ⁵	Indice Vecchiaia ⁶	Indice Dipendenza strutturale ⁷
L'Aquila	7,7	186,6	53,5
Chieti	7,7	185,0	56,3
Pescara	8,3	164,3	55,7
Teramo	8,0	168,6	53,8
Totale Regione	7,9	176,2	54,9

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

I.2. Dimensioni socio-economiche e territori

Nel formulare politiche di intervento nella Regione Abruzzo, soprattutto in campo sociale, appare necessario tener conto delle differenze territoriali presenti. Ad una prima lettura dei dati medi regionali, l'Abruzzo si presenta come una regione con bassa densità territoriale, con 123 ab. per kmq rispetto ad una media, per l'intero territorio nazionale, di 201 (dati Annuario ISTAT 2015). Esaminando però la distribuzione rispetto ai 305 comuni presenti in regione, appare evidente la presenza di forti polarizzazioni territoriali con una netta differenza fra: le zone costiere e sub-costiere, quelle montane interne, l'Aquilano ed i centri maggiori della Marsica. In particolare è evidente la concentrazione urbana della cosiddetta "Area Metropolitana Chieti-Pescara". L'area composta dalla somma dei territori dei comuni di Pescara, Montesilvano, Francavilla al Mare, Silvi, Cappelle sul Tavo, Spoltore, Chieti, San Giovanni Teatino, pur essendo formata da comuni rientranti in tre province diverse (Teramo, Pescara, Chieti) vede una forte interconnessione tra essi e soprattutto la concentrazione del **23% dell'intera popolazione** abruzzese in una

⁵ Il **tasso di natalità** è dato dal rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

⁶ L'**indice di vecchiaia** è dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

⁷ L'**indice di dipendenza strutturale** è dato dal rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

superficie che rappresenta solo **il 2% dell'intero territorio regionale**, con una densità media di 1.323 ab. per Km² e con punte superiori ai 2000 ab. per km² (Pescara 3.531; Montesilvano 2.272) [Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati urbistat 2015].

Le diversa densità abitativa territoriale va considerata per ciò che essa rappresenta in termini di servizi e “stili di vita” degli abitanti di un determinato territorio. Una forte indicazione in tal senso ci è data dalla distribuzione territoriale come letta in base ai **Gruppi di sistemi locali per caratteri socio-demografici e dell'insediamento residenziale elaborata dall'Istat** nel Rapporto annuale 2015. In base a tale analisi è possibile determinare, in Abruzzo, almeno quattro aree ben definite. In particolare: nella suddetta area metropolitana si rileva l'unica presenza, nella ripartizione territoriale Mezzogiorno, di una concentrazione – in termini di servizi e stili di vita – tipica delle “città del Centro Nord”; nell'interno della regione si evidenzia la forte presenza di aree “cuore verde”; nella Marsica vi sono caratteri tipici del cosiddetto “altro Sud”; l'area costiera a nord vede la presenza di aree da “città diffusa”.

Secondo le definizioni del citato Rapporto annuale, le “città del Centro-Nord”, presenti nel sistema della cosiddetta area metropolitana Chieti-Pescara, presentano una struttura demografica tipica e una dinamica specifica, essendo caratterizzate da una popolazione mediamente più anziana, con pochi bambini e nuclei familiari di dimensione ridotta (35% monocomponenti). Di contro la variazione di popolazione risulta superiore rispetto a quella italiana per via della presenza di popolazione straniera superiore alla media. In tali territori il tasso di occupazione è superiore di quattro punti rispetto a quello medio nazionale, i tassi di disoccupazione femminile e totale sono più contenuti e il lavoro precario è meno diffuso.

I territori della “città diffusa” propri della costa nord della regione, vedono una dimensione demografica media più contenuta rispetto a quella delle città del centro nord, con popolazione più distribuita sul territorio e una densità delle aree extra-urbane più che doppia rispetto alla media. Si tratta di luoghi di residenza tipici di un modello insediativo a elevato consumo di suolo, con consistenti flussi giornalieri di pendolarismo. La popolazione del raggruppamento presenta una struttura, per età, meno anziana rispetto al precedente gruppo urbano, ma la caratteristica saliente è la *performance* del mercato del lavoro, con valori, per tutti gli indicatori, migliori della media nazionale che si associano a una maggiore presenza di imprenditori. Queste condizioni attirano flussi consistenti di stranieri (10% ca. della popolazione residente, l'incidenza più elevata tra i gruppi individuati), che contribuiscono alla crescita demografica complessiva (+11,1% in un decennio).

I sistemi locali definiti “cuore verde” coprono più di due terzi dell'intero territorio regionale (intera zona centrale interna e costa meridionale). Essi si caratterizzano per una densità di popolazione particolarmente contenuta (<90 ab. per km²) e caratteristiche di ruralità (bassa incidenza delle superfici dei centri abitati ed elevata estensione media delle località extra-urbane) e vedono uno sbilanciamento verso le classi di popolazione anziana e tassi di disoccupazione inferiori ai valori medi, e la presenza di pensionati, soprattutto nell'interno, è molto alta. La popolazione del gruppo, nell'ultimo decennio, è cresciuta meno della media, anche perché in queste zone è, in genere, più contenuto l'apporto della popolazione straniera.

I sistemi locali “altro Sud”, presenti nella zona ovest della regione sono contraddistinti da forme di relazioni familiari tradizionali e con nuclei numerosi. Vedono una maggiore

incidenza media di popolazione giovane e un migliore indice di ricambio della popolazione attiva. Gli indicatori del mercato del lavoro del raggruppamento sono più bassi della media nazionale. I territori non sono compromessi da eccessiva edificazione, e spesso sono di elevato pregio storico-paesaggistico e naturalistico. Vengono in generale definiti territori del “Sud che spera”.

In ultimo va notato come, a ridosso dell’area metropolitana e dell’ovest della regione vi siano due zone che, seppur di modesta entità e soprattutto scarsamente popolate e quindi poco significative a livello generale, non rientrano nelle quattro categorie appena descritte, bensì nei sistemi definiti “Mezzogiorno interno”, caratterizzati da bassissima densità (74 ab. per kmq), tipici di aree interne e composti da territori che si stanno spopolando da decenni (-3,1 per cento solo nell’ultimo anno, e quota di abitazioni non occupate superiore al 60%). La popolazione in queste zone è strutturalmente anziana e il mercato del lavoro appare asfittico, instabile e a ridotto orientamento al pendolarismo.

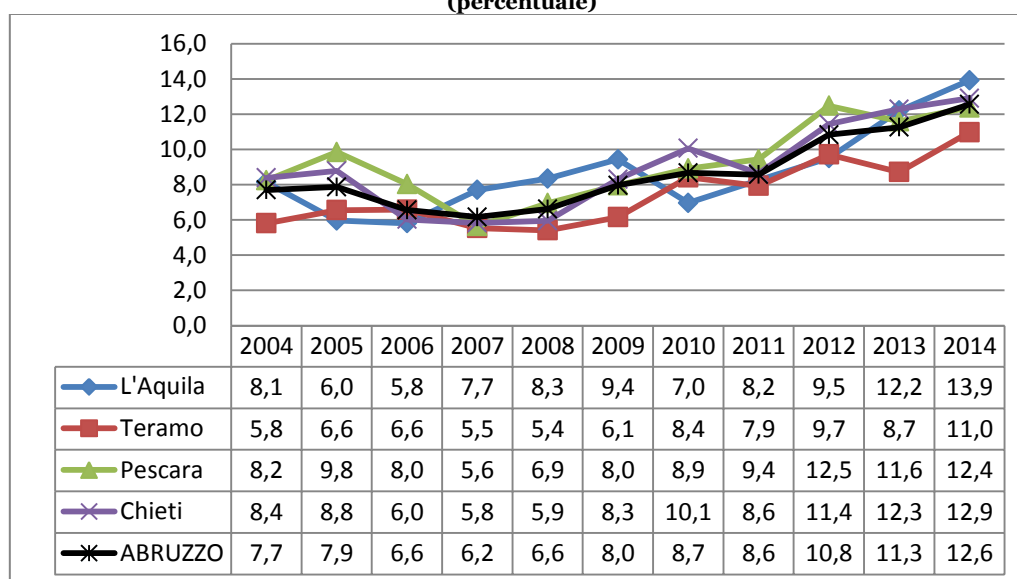
In sintesi l’Abruzzo si caratterizza per strutture socio-demografiche decisamente migliori della media dei territori del Mezzogiorno e con caratteristiche in parte più simili al Centro che non al Sud Italia. È opportuno però considerare che, qualsiasi attività di programmazione debba essere declinata tenendo conto della presenza di almeno tre zone nettamente distinte.

1. Un **Centro-Nord costiero** (dove risiede quasi un terzo dell’intera popolazione abruzzese su un territorio inferiore al 10% del totale) più dinamico con forte presenza di famiglie mononucleari, migliori condizioni del mercato del lavoro, tassi positivi di crescita della popolazione in buona parte dovuti ad una cospicua presenza di stranieri (che nella zona della costa nord si avvicina al 10% della popolazione residente).
2. Una **estesa zona centrale interna**, corrispondente a più di due terzi dell’intero territorio, caratterizzata da popolazione contenuta e un’età media decisamente più alta della media e da scarso ricambio generazionale che però vede condizioni generali di vita decisamente migliori della media.
Appare opportuno sottolineare che la maggior parte di essa (l’intera fascia centrale e buona parte della zona meridionale) è caratterizzata dalla forte presenza di aree protette, visto che l’Abruzzo con i suoi 3.871 Kmq di Parchi si contraddistingue per la più alta incidenza di superficie territoriale protetta coprendo il 35,7% della superficie regionale (dati Annuario ISTAT 2015) con caratteristiche quindi del tutto peculiari, rispetto alla media dei sistemi locali “cuore verde” soprattutto in termini di densità di popolazione e scarsa presenza di insediamenti fortemente urbanizzati.
3. Una **terza zona con caratteri più simili alle regioni del Mezzogiorno**, seppur con dati medi decisamente migliori, sia per quel che riguarda la composizione e la numerosità delle famiglie, sia per quel che riguarda la presenza di aree interne a forte rischio di spopolamento.

Indipendentemente dalle differenze socio-economiche presenti nelle diverse zone della regione, è opportuno sottolineare come l’impatto della crisi, sulla crescita economica dell’Abruzzo sia stato marcato. Il tasso di crescita delle imprese, che prima della crisi segnava valori intorno all’1%, ha subito un declino costante negli anni della crisi (Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT), impattando sull’offerta di lavoro presente in regione. Il tasso di disoccupazione (Fig. 8) vede infatti un deciso aumento a partire dal 2008.

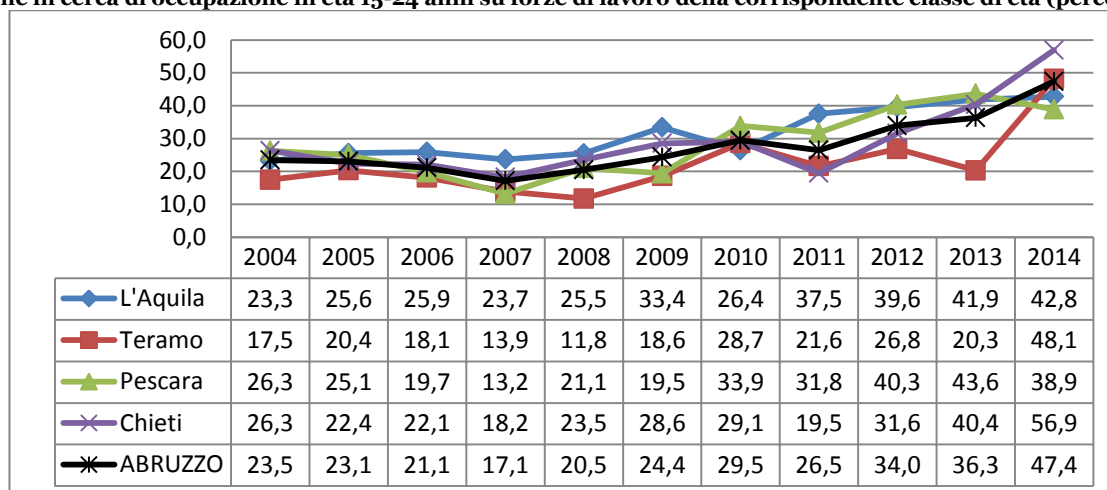
Se poi andiamo ad analizzare nel dettaglio, sempre evidenziando anche le differenze per provincia, i dati relativi alla disoccupazione giovanile (Fig. 9), questi destano non poche preoccupazioni in termini di *trend* negativo. Se la differenza tra dato medio nazionale e dati medi provinciali è nell'ordine di un punto percentuale, quella relativa ai tassi di disoccupazione giovanile, e femminile in particolare, vede una netta differenza ponendo l'Abruzzo nel raggruppamento delle regioni del Mezzogiorno e soprattutto sollevando questioni rilevanti rispetto al prossimo futuro delle giovani abruzzesi, visto che la disoccupazione giovanile femminile in Abruzzo è nettamente superiore al 50% con punte del 60% nelle province di L'Aquila e Teramo (Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT).

Figura 8 - Tasso di disoccupazione per provincia
Persone in cerca di occupazione in età 15 anni e oltre sulle forze di lavoro nella corrispondente classe di età (percentuale)



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

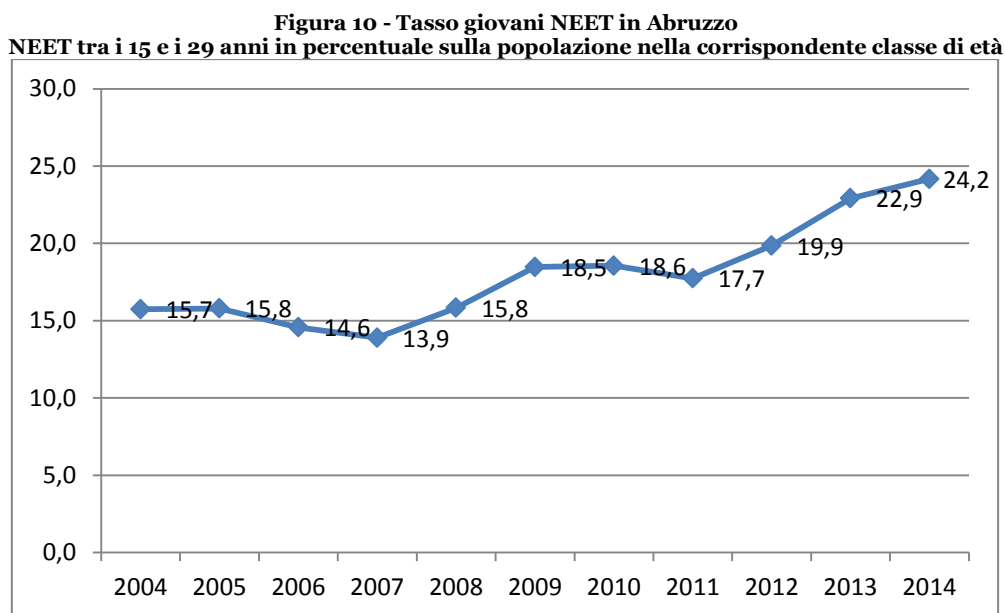
Figura 9 - Tasso di disoccupazione giovanile per provincia
Persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze di lavoro della corrispondente classe di età (percentuale)



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

La situazione relativa alla disoccupazione non è esplosiva perché “regge” l’occupazione degli over 54 che, tra il 2011 e il 2014, ha visto addirittura una crescita media di oltre 10 punti percentuali attestandosi intorno al 48% (Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT), ma tale dato evidenzia ancora di più il netto isolamento dei giovani, la cui

frustrazione ed esclusione appare ancor più evidente se andiamo ad analizzare la crescita dei NEET, cioè dei giovani non occupati né inseriti in un percorso regolare di istruzione/formazione (Fig. 10).



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

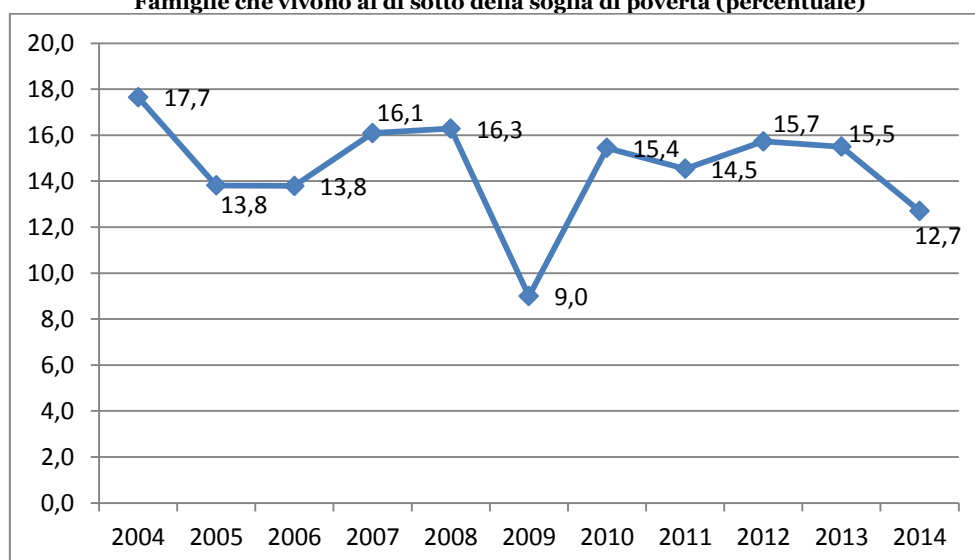
La diffusione di condizioni di precarietà e di impoverimento (in particolare per giovani e donne) – a seguito dell’instaurarsi della difficile congiuntura economica – anche tra coloro che in precedenza sembravano al riparo da tali rischi, è evidenziata anche dai dati forniti sull’occupazione lavorativa. Secondo i dati ISTAT sulla rilevazione delle forze di lavoro, nel 2014 **il tasso di inattività** (popolazione tra i 15 e i 64 anni, potenzialmente attiva, ma che per varie ragioni non lavora né cerca un’occupazione) in Abruzzo è **risultato pari al 38,1%**, con forte prevalenza dell’ **inattività femminile** (49,0% contro il 27,1% maschile) avvicinando l’Abruzzo alle regioni del Mezzogiorno, che fanno registrare tassi che superano il 40%, mentre il Nord si conferma la parte più attiva della penisola con tassi di inattività che non superano il 31,6%.

L’attuazione del programma “Garanzia Giovani” in Abruzzo ha cercato di affrontare su base strutturale l’esclusione dei NEET dal mercato del lavoro, mettendo in campo circa 31 milioni di euro. Al 22 gennaio 2016 risultano circa 31.000 i NEET iscritti al programma, di cui 16.559 presi in carico nella fase di accoglienza e orientamento, 1.736 in tirocinio extracurricolare, 2.140 in tirocinio con i fondi del D.L. 76/2013, 161 in Servizio Civile, 419 con il bonus occupazionale, 41 in tirocinio transnazionale e 6 in mobilità professionale transnazionale.

La logica conseguenza di un mercato del lavoro in crisi (soprattutto nell’offerta di occasioni di lavoro per giovani) non può che essere (oltre che una riduzione dell’indice di natalità) un generale impoverimento medio delle famiglie, con un aumento delle fasce a rischio di povertà ed esclusione sociale. Infatti, nonostante l’incoraggiante dato relativo al 2014, più del 12% delle famiglie abruzzesi vive al di sotto della soglia di povertà (Fig. 11) così come, anche se con una speranza di inversione di tendenza dal 2012, **più di un quarto dell’intera popolazione abruzzese è a rischio di povertà o esclusione sociale, pari nel 2013 a circa 350.000 persone** (Fig. 12), mentre sono **118.932 le persone con grave situazione di deprivazione materiale. L’ISTAT stima anche in 51.177**

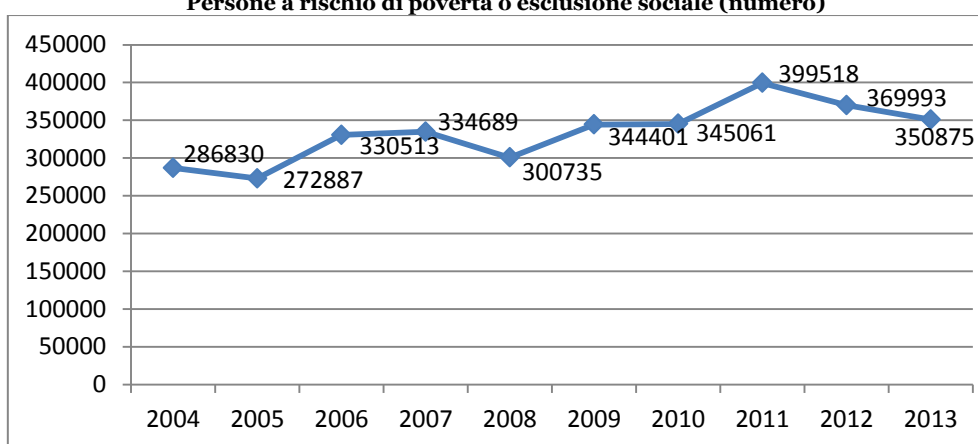
i bambini abruzzesi in situazione di povertà e in 18.349 i bambini con grave deprivazione materiale (dato quasi triplicato negli ultimi 15 anni).

Figura 11 - Indice di povertà regionale (famiglie) in Abruzzo
Famiglie che vivono al di sotto della soglia di povertà (percentuale)



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Figura 12 - Persone a rischio di povertà o esclusione sociale in Abruzzo
Persone a rischio di povertà o esclusione sociale (numero)



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Le manovre di spesa che si sono succedute in questi ultimi anni hanno impattato in modo significativo sul nostro sistema di protezione sociale, che, pur rimanendo un valido strumento di copertura, soprattutto dei grandi rischi, richiede di essere integrato con risorse private. Da una recente ricerca del Censis sul rapporto tra gli italiani e il welfare, il 94,2% delle famiglie dichiara di essere molto o abbastanza preoccupata che ulteriori incrementi di spesa per il welfare a proprio carico possano minacciare seriamente la tenuta del reddito familiare. La riduzione di copertura pubblica offerta dal welfare ai rischi derivanti dal processo di ampliamento e differenziazione dei bisogni, oltre a comportare l'esposizione finanziaria crescente e diretta da parte delle famiglie, in particolare quelle più fragili, determina anche nuovi e più ampi vuoti di intervento, specialmente laddove i bisogni stessi sono meno consolidati o meno visibili.

L'incidenza della **povertà relativa** delle famiglie abruzzesi, come si è visto, è di poco superiore alla media nazionale, attestandosi nel 2014 sul valore del 12,7% e diminuendo di 1,6 punti percentuali rispetto al 2010. Tale dato resta comunque preoccupante sia perché,

seppur nettamente inferiore alla media della circoscrizione Mezzogiorno, è il doppio della media delle circoscrizioni Nord e Centro (Tav. 8) e soprattutto perché significa che in Abruzzo 70.448 famiglie possono spendere meno della soglia di povertà calcolata nell'importo di 1.041 Euro mensili per una famiglia di due componenti.

Tavola 8 - Indicatori di povertà relativa in Abruzzo e per ripartizione geografica. Anni 2010-2014, valori percentuali

	2010	2011	2012	2013	2014
ABRUZZO	14,3	13,4	16,5	15,5	12,7
Mezzogiorno	23,0	23,3	26,2	26,0	21,1
Centro	6,3	6,4	7,1	7,5	6,3
Nord	4,9	4,9	6,2	6,0	6,0
ITALIA	11,0	11,1	12,7	12,6	10,3

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Incide sul fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale il ruolo svolto dalla **famiglia** e la contestuale tendenza verso l'incremento del peso percentuale delle famiglie monoparentali e di piccole dimensioni, fenomeno che emerge con chiarezza anche in Abruzzo, in linea con i dati nazionali. Il CRESA, in particolare, ha rilevato che tra il 2010-2011 e il 2014-2015 le famiglie unipersonali sono passate dal 22,5% al 29,9% del totale, sopravanzando le famiglie di due persone (scese dal 26,2% al 24,9%). Si contraggono, al contrario, i pesi percentuali delle famiglie composte da 4 (dal 22,0% al 18,9%) e 5 e più individui (dal 9,2% al 4,8%) (*CRESA, Economia e società in Abruzzo – Rapporto 2014*).

Anche in Abruzzo, in linea con il resto del Paese, è quindi in atto un processo di semplificazione e riduzione della dimensione familiare, che ha come conseguenza l'indebolimento della tradizionale capacità di risposta della famiglia stessa alle situazioni di crisi, tipica della realtà italiana e abruzzese dove la famiglia rimane un imprescindibile "agente sociale", in particolar modo in presenza di fenomeni critici quali la disoccupazione, specie quella giovanile. Tale funzione di "agente sociale", oltre che dalla riduzione in termini di dimensione, è oggi resa più difficoltosa anche per via della riduzione delle risorse destinate a sostenere l'attuale sistema di welfare e dall'incremento della domanda di assistenza.

I.3. Bisogni sociali e di salute

I bisogni sociali in Abruzzo possono, in prima battuta, essere letti validamente attraverso le seguenti fonti informative⁸:

- dati epidemiologici, da diverse fonti, relativi alla presenza di persone con dipendenze, disabili, persone con patologie psichiatriche, anziani;
- dati relativi ad alcuni indicatori BES (ISTAT, *Il benessere equo e sostenibile*, 2015), che fotografano i principali bisogni di salute in Abruzzo;
- dati sui **comportamenti relativi alla salute e all'utilizzo dei servizi sanitari** secondo le caratteristiche demografiche e socio-economiche dei cittadini abruzzesi raccolti dalle indagini ISTAT su *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*⁹ e le *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*¹⁰.

⁸ Tra le altre fonti informative segnaliamo il Report 2013 "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo" diffuso dall'Agenzia Sanitaria Regionale e il "Bilancio Sociale 2014" della Direzione Regionale INPS Abruzzo.

⁹ Vedi <http://www.istat.it/it/archivio/156420>.

¹⁰ Vedi <http://www.istat.it/it/archivio/5471>.

Ulteriori informazioni relative ai bisogni sociali sono inoltre stati rilevati dalla stessa Regione Abruzzo che, nell'ambito del P.O. FSE, ha prodotto un report, redatto da una "Long List" di esperti con una "Analisi dei fabbisogni sociali della Regione Abruzzo" riferita all'anno 2013-2014.

Dall'analisi delle fonti sopra menzionate si rileva che le **persone con disabilità** in Abruzzo, secondo le stime Istat 2013, sono pari a 5,6 ogni 100 abitanti. **In valore assoluto il dato, rapportato al 2015, è di 74.568 persone con disabilità.**

I disabili iscritti al Collocamento mirato nel 2013 erano 8.895, a fronte di soli 180 avviamenti al lavoro (Fonte: Ministero del Lavoro). Le persone con limitazioni funzionali che dichiarano di non poter fare il lavoro desiderato sono il 19%; sono invece il 25,4% le persone con limitazioni funzionali che hanno difficoltà ad uscire di casa anche per la presenza di barriere; il 23,8% quelle che hanno difficoltà ad accedere ai servizi; il 27,8% quelle che hanno difficoltà a prendere i mezzi pubblici di trasporto (Istat, 2015).

Nell'anno scolastico 2014-2015 il numero degli studenti disabili in Abruzzo è stato di 6.241 pari a 3,3 studenti su 100 rispetto a una media nazionale di 2,7 (Fonte: MIUR). Gli ambiti sociali abruzzesi hanno dichiarato nel 2013 di seguire 1.316 studenti con il servizio di assistenza scolastica specialistica (dato rilevato dall'indagine sui fabbisogni sociali, finanziato con il P.O. FSE). La stima epidemiologica dei bambini con autismo è di circa 1 ogni 100/140, per cui in Abruzzo possono essere stimati in circa 1500-2000 i minori con disturbo dello spettro autistico.

In questo scenario, il dato sulle **pensioni di invalidità e le indennità di accompagnamento e comunicazione** vigenti al 1° gennaio 2015 offre un quadro ricognitivo sulle persone con disabilità di **77.259** unità (circa 1000 in più rispetto al 2012), dato che si avvicina molto alla stima epidemiologica prima formulata (74.568). Di queste **8.178 sono ciechi civili, 1.468 sordomuti, 56.241 invalidi totali e 11.372 invalidi parziali.**

Il totale delle pensioni di invalidità è pari a 34.742, di cui, 19.267 donne (55,4%) e 15.475 (44,6%) uomini. Nella seguente Tavola 9 sono sintetizzati i dati sulle diverse prestazioni erogate dall'INPS (dati 2014 estratti dal Bilancio Sociale 2014 della Direzione Regionale INPS Abruzzo). Essi evidenziano il "peso" delle prestazioni rivolte agli invalidi totali, complessivamente 56.241 pari al 72,8% sul totale delle prestazioni.

Tavola 9 - Prestazioni agli invalidi civili-dettaglio – Regione Abruzzo – Anno 2014

Tipo di prestazione		Indennità		Pensione		Totale	
Categoria	Sottocategoria	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile
Ciechi civili	Pensione ciechi assoluti			1.392	271,71	1.392	271,71
	Pensione ciechi parziali			2.439	244,10	2.439	244,10
	Indennità ventesimisti	2.643	199,87			2.643	199,87
	Indennità di accompagnamento ai ciechi	1.704	863,13			1.704	863,13
	Totale	4.347	459,87	3.831	254,13	8.178	363,49
Sordomuti	Pensione ai sordomuti			421	249,88	421	249,88
	Indennità di comunicazione	1.047	251,17			1.047	251,17
	Totale	1.047	251,17	421	249,88	1.468	250,80
Invalidi totali	Pensione di inabilità			11.965	272,98	11.965	272,98
	Indennità di accompagnamento a invalidi totali	44.276	501,33			44.276	501,33
	Totale	44.276	501,33	11.965	272,98	56.241	452,75
Invalidi parziali	Assegno di assistenza			7.952	285,48	7.952	285,48
	Indennità di frequenza	3.315	289,50			3.315	289,50
	Indennità di accompagnamento a invalidi parziali	105	503,98			105	503,98
	Totale	3.420	296,09	7.952	285,48	11.372	288,67
Totale generale		53.090		24.169		77.259	

Fonte: Direzione Regionale INPS Abruzzo

Secondo i dati dell’Agenzia sanitaria regionale prese dalle schede di dimissione (SDO) nel 2014, i **ricoveri in Psichiatria** sono stati 3.064 con una degenza media di 11 giorni. Nell’anno 2013 gli ambiti sociali abruzzesi hanno dichiarato (Analisi dei fabbisogni sociali, P.O. FSE) di aver **preso in carico 579 utenti con disagio mentale** nei propri servizi sociali.

La percentuale di over 65, in Abruzzo è cresciuta di 1,5 punti percentuali negli ultimi 10 anni passando dal 21,1 del 2005 al 22,6 del 2015 (dati ISTAT). Tale fetta della popolazione, pari a 300.935 abitanti, non può più essere considerata come un insieme omogeneo ma – come rilevato dall’indagine 2012-2013 “Passi d’argento” su salute e invecchiamento attivo in Abruzzo – può essere ulteriormente suddivisa (Tav. 10), tenendo conto delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona.

Tavola 10 - Popolazione abruzzese con 65 e più anni, per sottogruppi. Anno 2013 - Val. %

<i>Condizione</i>	<i>Perc.</i>
Con disabilità	19%
A rischio di disabilità	19%
In buona salute, ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa	24%
In buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa	38%

Fonte: Salute e invecchiamento attivo nella Regione Abruzzo – Progetto “Passi d’argento” – Indagine 2012-2013

L’indagine realizzata nelle ASL abruzzesi su un campione di 1586 anziani evidenzia che **il 19% degli over 65 anni risulta avere limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana, il 19% è a rischio di disabilità, il 24% è in buona salute, ma ha un alto rischio di malattia cronico-degenerativa.** Soltanto il 38% degli anziani over 65 anni sono in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa.

Dalla Relazione annuale al Parlamento dell’anno 2015 sulle Dipendenze, elaborata dal Dipartimento Antidroga, si evince che, nel 2014 in Abruzzo, **le persone con problemi di dipendenza assistite nei SER.D. sono state 4203, di cui 3359 già in carico e 844 di nuovi casi.** Di questi 21 risultano anche HIV positivi (0,6%) su un totale di testati pari a 2662. Dal 2000 al 2013 i **le diagnosi di AIDS in Abruzzo sono state 220.** Secondo le stime di prevalenza sono 4,6 su 1000 residenti in Abruzzo (nella fascia 15-64 anni) le persone che necessitano di trattamento per uso di oppiacei. Un dato rilevante riguarda i minori in trattamento per l’uso di sostanze: nel 2014 erano 137 in strutture residenziali, 65 in strutture semiresidenziali e 63 a regime ambulatoriale, per un totale di 265.

Il rapporto ISTAT *BES 2015* fotografa i principali indicatori di benessere della popolazione italiana. Sulla base di questi dati, è possibile ricostruire un sintetico profilo dei bisogni di salute degli abruzzesi, sintetizzati nella Tavola 11.

Tavola 11 – Indicatori di salute in Abruzzo – Anno 2012-2014

	Dato Abruzzo	Media nazionale
Speranza di vita alla nascita (2013)	82,2	82,2
Speranza di vita in buona salute alla nascita (2013)	58,8	58,2
Indice di stato fisico (2013)	51,3	51,2
Indice di stato psicologico (2013)	49,0	49,1
Tasso di mortalità infantile (2012)	40,2	30,0
Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto (2012)	0,6	0,8
Tasso standardizzato per tumori (2012)	7,8	8,9
Tasso standard. mortalità per demenze e malattie sistema nervoso (2012)	30,9	27,3
Speranza di vita senza limitazioni in attività quotidiane a 65 anni (2013)	8,6	9,2
Eccesso di peso. Tasso standardizzato per età (2014)	48,4	44,6
Fumo. Tasso standardizzato per età (2014)	21,2	20,0
Alcol. Tasso standardizzato per età (2014)	17,1	15,8
Sedentarietà. Tasso standardizzato per età (2014)	43,8	39,7
Alimentazione. Tasso standardizzato per età (2014)	17,3	18,1
Composito salute (2013)	102,0	102,6

Fonte: Elaborazione Centro Studi-IRS su dati ISTAT, *BES 2015 - Il benessere equo e sostenibile in Italia*, 2015

L’analisi degli indicatori segnala un sostanziale allineamento della regione Abruzzo ai dati della media nazionale italiana, con alcuni scostamenti significativi:

- **il tasso di mortalità infantile è più elevato di 10,2 punti**, dato sul quale la Regione sta intervenendo con le misure di messa in sicurezza dei Percorsi Nascita;
- **il tasso standardizzato di tumori inferiore di circa 1,1 rispetto alla media italiana** (7,8 contro l’8,9), forse favorito dalla tutela dell’ambiente in diversi territori;

- il **tasso standardizzato di mortalità connesso alle demenze più alto di 3,6 punti rispetto alla media nazionale** (30,9 contro il 27,3), dato che segnala la forte incidenza di malattie neurodegenerative nella popolazione anziana;
- la speranza di vita alla nascita senza limitazioni nelle attività quotidiane oltre i 65 anni inferiore alla media nazionale;
- **tutti i tassi legati a stili di vita inadeguati per Eccesso di peso, Fumo, Alcol, Alimentazione, Sedentarietà risultano superiori alla media nazionale**, segnale evidente della necessità di intervenire con strumenti di prevenzione e di cambiamento culturale rispetto ai comportamenti e alle abitudini degli abruzzesi.

Oltre all'effettiva analisi dei dati epidemiologici, appare opportuno analizzare anche lo stato di salute "dichiarato" dei cittadini abruzzesi e vedere quanto collima con lo stato di salute "effettivo". Considerato che analizziamo gli aspetti di benessere, sia sociali che sanitari, in termini di indicatori rispetto alla percezione di Qualità della Vita (QoL), l'analisi degli scostamenti tra effettivo e percepito incide non poco sul benessere dei cittadini.

Rispetto alla percezione del proprio stato di salute, il 66% degli intervistati afferma di sentirsi "Bene" o "Molto bene". Tali valori, tuttavia, decrescono progressivamente con il crescere dell'età per cui, nel dettaglio relativo agli over 65 (Tav. 5), si evidenzia qualche elemento di criticità: **un anziano su cinque, infatti, afferma di stare "Male" o "Molto male" (rispettivamente il 16,1% e il 4,9%)**. Sono percentuali inferiori a quanto registrato nella circoscrizione "Mezzogiorno", ma comunque superiori al dato nazionale.

Tavola 12 - Persone di 14 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato - regione Abruzzo e media nazionale. Anno 2013 (per 100 persone della stessa zona)

	Persone di 14 anni e più					Persone di 65 anni e più						
	Molto male	Male	Né bene né male	Bene	Molto bene	Totale	Molto male	Male	Né bene né male	Bene	Molto bene	Totale
Abruzzo	1,7	6,3	26,1	47,4	18,6	100,0	4,9	16,1	46,9	28,0	4,0	100,0
Italia	1,4	6,0	25,6	48,1	18,9	100,0	4,3	15,9	46,8	30,0	3,1	100,0

Fonte: ISTAT

L'indagine ISTAT ha raccolto informazioni più dettagliate in merito a: *malattie croniche dichiarate, presenza di limitazioni funzionali, tipologie di invalidità, ricoveri ospedalieri, trattamenti riabilitativi*.

I dati relativi alle **malattie croniche** (Tav. 13 e 14), letti in chiave comparata con quelli nazionali, mostrano che:

- le principali problematiche di salute presenti sono connesse a *artrosi/artite* (197,1 persone ogni 1.000), *ipertensione arteriosa* (182,7‰), *malattie allergiche* (141,9‰);
- nella comparazione con i dati relativi al "Mezzogiorno" e al dato nazionale gli abruzzesi presentano valori maggiori di *osteoporosi* (88,3‰) e disturbi respiratori quali *bronchite cronica ed enfisema* (50,9‰)

Tavola 13 - Popolazione regione Abruzzo e media nazionale secondo le malattie croniche dichiarate. Anno 2013 (per 1000 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Malattie allergiche	Diabete	Celiachia	Ipertensione arteriosa	Infarto del miocardio	Angina pectoris	Altre malattie del cuore	Ictus, emorragia cerebrale	Bronchite cronica, enfisema	Asma bronchiale	Insufficienza renale cronica	Malattie della tiroide
Abruzzo	141,9	65,7	4,6	182,7	19,3	7,7	36,7	12,7	50,9	49	17,2	45,5

Italia	136	57	5	174	19	6,8	40	14	38	42	12,5	51
--------	-----	----	---	-----	----	-----	----	----	----	----	------	----

Fonte: ISTAT

Tavola 14 - Popolazione regione Abruzzo e media nazionale secondo le malattie croniche dichiarate. Anno 2013
(per 1000 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Artrosi, artrite	Osteoporosi	Disturbi del comportamento alimentare	Ansietà cronica	Depressione	Cirrosi epatica	Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia)	Cefalea o emicrania ricorrente	Parkinsonismo	Alzheimer, demenze senili
Abruzzo	197,1	88,3	4,4	32,9	42,1	2,5	14,4	112,4	3,9	11,5
Italia	166	72	5	31	43,8	2,7	16,4	107,7	4,1	9,3

Fonte: ISTAT

Il dato relativo alla presenza di malattie croniche sembra mettere in evidenza in Abruzzo una **maggiore propensione alla multi-cronicità**: il 16% dichiara, infatti, di avere tre o più malattie croniche (contro il 14,4% del dato nazionale), valore che per gli over 65enni è pari al 46,6% (contro il 42,7% a livello nazionale).

Tavola 15 - Popolazione nella regione Abruzzo e media nazionale per presenza di malattie croniche dichiarate. Anno 2013
(per 100 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Totale		Persone di 65 anni e più	
	Persone con almeno una malattia cronica grave (a)	Persone con tre o più malattie croniche	Persone con almeno una malattia cronica grave (a)	Persone con tre o più malattie croniche
Abruzzo	15,9	16,0	45,4	46,6
Italia	15,2	14,4	44,8	42,7

Fonte: ISTAT

Complessivamente, nel 2013 sono stati **75.000 gli abitanti della regione Abruzzo che hanno dichiarato di subire delle limitazioni funzionali e 128.000 coloro che hanno dichiarato di avere almeno un'invalidità** tra le seguenti: motoria, mentale, cecità, sordità, sordomutismo.

Le Tavole 16 e 17 offrono il dettaglio dei dati raccolti da cui si evince come, **nel dichiarato, la condizione dei cittadini abruzzesi presenti maggiori problematicità rispetto al dato nazionale.**

Tavola 16 - Popolazione nella regione Abruzzo e media nazionale per tipologia di limitazioni funzionali dichiarate. Anno 2013
(per 100 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazioni funzionali			
		Confinamento	Limitazioni nelle funzioni	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito e parola
Abruzzo	6,0	2,7	4,2	2,3	1,8
ITALIA	5,6	2,5	3,4	2,7	1,5

Fonte: ISTAT

Tavola 17 - Persone che hanno dichiarato di essere affette da invalidità motoria, insufficienza mentale, malattia mentale, cecità, sordomutismo, sordità nella regione Abruzzo e media nazionale. Anno 2013 (per 1000 persone della stessa area geografica)

TERRITORIO	Tipo di invalidità					
	Invalidità motoria	Insufficienza mentale	Malattia mentale	Cecità	Sordomutismo	Sordità
Abruzzo	39,1	13,5	14,5	9,6	1,1	18,9
ITALIA	34,8	10,8	11,3	5,4	1,0	17,4

Fonte: ISTAT

Il **3,2% dei cittadini abruzzesi intervistati ha dichiarato di essere stato ricoverato in una struttura ospedaliera almeno una volta nei tre mesi**

precedenti l'intervista, percentuale che non si discosta in modo significativo dalla media nazionale (pari al 2,9%) ma che **registra valori maggiori relativamente al numero medio di notti per ricovero: 8,4% rispetto al 7,1% del dato nazionale**. Tra le motivazioni prevalenti (Tav. 12) il dato più alto è relativo alla necessità di sottoporsi a interventi chirurgici (37,5% dei casi), e il maggior scarto rispetto alla media nazionale si ha per cure mediche con 2,3 punti in più.

Tavola 11 - Ricoveri, persone con almeno un ricovero e notti di ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista per nella regione Abruzzo e media nazionale. Anno 2013 (per 100 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Numero di ricoveri	Persone con almeno un ricovero	Notti di ricovero	
			Numero medio per ricovero	Numero medio per persona ricoverata
Abruzzo	3,6	3,2	8,4	9,4
ITALIA	3,2	2,9	7,1	7,9

Fonte: ISTAT

Nonostante il dato medio sui ricoveri sia ancora superiore alla media nazionale va comunque rilevato che, come evidenziato dall'Agenzia Sanitaria Regionale relativamente all'assistenza ospedaliera, negli ultimi anni vi è stato comunque un **"eccezionale calo dei ricoveri"**. Dal 2005 al 2013 il tasso standardizzato di ricovero è diminuito del 36%¹¹, senza far registrare un aumento importante nel numero di ricoveri effettuati fuori regione. In particolare diabete e malattie infettive, registrano tassi di ricovero nettamente inferiori alla media nazionale, mentre permangono più elevati i tassi di ospedalizzazione per disturbi dell'apparato digerente, traumatismi/avvelenamenti e patologie cardiovascolari. Tale riduzione, precisa l'ASR, è frutto delle strategie volte alla razionalizzazione della spesa e al miglioramento dell'appropriatezza degli stessi visto che i dati relativi alla mortalità non subiscono significative variazioni.

Tavola 18 - Persone con almeno un ricovero nei 12 mesi precedenti l'intervista secondo i motivi dell'ultimo ricovero, nella regione Abruzzo e media nazionale Anno 2013 (per 100 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Almeno un ricovero	MOTIVO DEL RICOVERO						
		Cure mediche	Incidente/ infortunio	Parto o nascita	Accertamenti controllo stato di salute	Intervento chirurgico	Riabilitazione	Altro
Abruzzo	9,4	26,4	7,3	15,6	19,3	37,5	1,3	2,0
ITALIA	8,9	24,1	8,8	18,1	18,0	36,7	2,0	1,4

Fonte: ISTAT

I dati positivi in termini di razionalizzazione degli interventi sanitari vedono però sottolineato anche il fatto che cresce il numero di abruzzesi che hanno dichiarato di aver dovuto rinunciare a fare degli accertamenti rispetto al proprio stato di salute o a sottoporsi a trattamenti di riabilitazione. Tra le motivazioni esplorate dall'indagine ISTAT, vi sono: il costo eccessivo, la lista d'attesa, la scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, gli orari disponibili), l'impossibilità ad assentarsi dal lavoro o problemi legati alla conciliazione del lavoro di cura di altri familiari.

In particolare la situazione economica ha dato anche vita al fenomeno della **"povertà sanitaria"**, termine questo usato per indicare le conseguenze della scarsità di reddito sull'accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli utenti a causa del mancato intervento del SSN. Il Rapporto 2014 dell'Osservatorio donazione farmaci rileva come tra chi fatica a sostenere le spese per curare la sua salute e chiede aiuto alle

¹¹ Si precisa che nel 2005 il tasso di ospedalizzazione per tutte le cause era pari a 278,3 x 1.000 abitanti mentre nel 2013 lo stesso tasso era pari a 178,1.

organizzazioni non profit figurano in maggior parte i cittadini stranieri (56,3%), esclusi dal servizio SSN, ma anche molti cittadini italiani (con una maggiore incidenza di anziani rispetto alla popolazione straniera). L'Abruzzo, con una spesa di quasi 18 euro sostenuta dalle famiglie povere, a fronte degli oltre 81 euro di quelle non povere, si colloca fra le regioni dove il gap è minore (-63,41 euro). In queste regioni, tuttavia, si deve segnalare per le famiglie povere un'incidenza della spesa sanitaria superiore alla media (dall'1,8% al 2,5-2,7%), per ragioni riconducibili alla incomprimibilità delle spese sanitarie necessarie pur in presenza di un minor reddito disponibile, così come ad una minor efficacia della copertura sanitaria per le fasce economicamente più svantaggiate.

Significativo è il fenomeno della **rinuncia a prestazioni sanitarie** (*foregone care*), perché rivela una domanda di assistenza alla quale il servizio sanitario pubblico non riesce a dare adeguata risposta per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta. L'Abruzzo, con una percentuale inferiore al 14%, si trova al quinto posto nell'elenco delle regioni a più alto rischio di rinuncia dopo Calabria, Sardegna, Puglia e Lazio. Gli squilibri tra le regioni possono tradursi facilmente in un aumento della spesa a carico delle famiglie attraverso l'introduzione di ticket e di quote di compartecipazione, con conseguente aggravio di spesa che incide soprattutto sulle famiglie con i redditi più bassi e con persone disabili o anziane, costrette a rinunciare o a rinviare le prestazioni sanitarie. Situazione questa che, oltre a comportare un rischio di sottoconsumo sanitario pericoloso per le condizioni di salute della popolazione, rischia anche di alimentare le disuguaglianze sociali, sfavorendo i nuclei familiari più deboli e incidendo sulla natura stessa del sistema di welfare. Il 9,7% degli intervistati ha dovuto almeno una volta, nel corso dell'ultimo anno, rinunciare ad una visita e nel 66,2% dei casi **la motivazione legata alla rinuncia era economica** (Tav. 19). Motivazione economica che riguarda anche la rinuncia a trattamenti di riabilitazione, dichiarata dal 73,6% degli intervistati rispetto al 64,4% della media nazionale (Tav. 20).

Tavola 19 - Popolazione e persone di 65 anni e più che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno rinunciato a una visita specialistica per motivo nella regione Abruzzo e media nazionale. Anno 2013 (per 100 persone della stessa area geografica)

TERRITORIO	Popolazione						
	Almeno una rinuncia (b)	Motivo della rinuncia					
		Non potevo pagarla costava troppo	Lista di attesa lunga	Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi)	Non potevo assentarsi dal lavoro	Doveva accudire i figli o altre persone	Altro
Abruzzo	9,7	66,2	26,3	9,5	8,4	3,5	4,9
ITALIA	7,5	57,4	30,0	8,3	11,5	5,9	7,0

Fonte: ISTAT

Tavola 20 - Persone che nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno rinunciato a trattamenti di riabilitazione per motivo di rinuncia nella regione Abruzzo e media nazionale. Anno 2013 (per 100 persone della stessa area geografica)

TERRITORIO	Almeno una rinuncia (a)	MOTIVO DELLA RINUNCIA					
		Non potevo pagarla costava troppo	Lista di attesa lunga	Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi)	Non potevo assentarsi dal lavoro	Doveva accudire i figli o altre persone	Altro
Abruzzo	3,0	73,6	13,6	10,6	9,3	3,5	10,4
ITALIA	2,4	64,4	15,4	13,5	11,8	7,4	8,1

Fonte: ISTAT

Per quel che riguarda poi l'analisi di quei bisogni che, per via delle loro peculiarità, difficilmente possono essere rilevati attraverso analisi epidemiologiche e statistiche è

importante rilevare che le Caritas abruzzesi sono impegnate da anni nella raccolta di dati relativi ai flussi di utenza presso la rete dei Centri di ascolto diffusi in tutte le diocesi. Inizialmente con un proprio sistema di monitoraggio sostenuto dalla Regione Abruzzo (Gemino) e successivamente con l'utilizzo di OsPoweb, che ha ripreso le funzionalità già sperimentate con il sistema informativo regionale. Dall'analisi di questi dati è possibile rilevare **alcune dimensioni della povertà e dei senza fissa dimora**. Nell'ambito del documento redatto dall'Alleanza contro la povertà dell'Abruzzo si desume che, nel corso degli ultimi dieci anni, i Centri di ascolto della Caritas abruzzese hanno accolto 17.903 persone. Il numero delle persone è risultato in crescita fino al picco del 2011 (2400 assistiti) attestandosi poi, negli anni successivi, su una media di ca 2200 persone più o meno equamente distribuite per sesso.

Circa la metà degli assistiti è stata in carico alla **Caritas diocesana di Pescara-Penne (9.148 persone in totale nel corso degli anni), che copre un'area di servizio di dimensione metropolitana**. Quest'ultima ha fornito una serie di dati di dettaglio rispetto ai bisogni rilevati nell'anno 2015 (Tav. 21), in cui gli assistiti sono stati 2360. A livello di genere si registra una prevalenza di uomini (56,1%), rispetto alle donne: gli italiani sono il 55,4% e gli stranieri il 44,6%. Il 92,6% ha problemi di povertà economica, mentre il 19,1% (451) è senza fissa dimora. I problemi di lavoro e la disoccupazione riguardano il 76,3% degli utenti (i disoccupati sono più del 68%), mentre le problematiche abitative investono il 45%, i problemi familiari il 39,1%, le dipendenze il 22,5%, i problemi di salute il 17,3%.

I dati forniscono un'utile fotografia della multidimensionalità del bisogno delle persone in situazione di povertà nell'area metropolitana Chieti-Pescara e confermano la necessità di servizi di presa in carico globale e multidimensionali, capaci di favorire un'inclusione a tutto campo (percorsi di inserimento lavorativo, programmi di inclusione alloggiativa, percorsi integrati di presa in carico sanitaria, redditi di inserimento, etc.).

Tavola 21 - Principali indicatori monitorati da Caritas Pescara sul totale degli assistiti – Anno 2015

<i>Indicatori di bisogno</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>
Totale assistiti	2360	100
Maschi	1324	56,1
Femmine	1036	43,9
Cittadinanza italiana	1307	55,4
Cittadinanza non italiana	1053	44,6
Senza fissa dimora	451	19,1
Povertà /problemi economici	2185	92,6
Problemi di occupazione/lavoro	1801	76,3
Problematiche abitative	1063	45,0
Problemi familiari	923	39,1
Dipendenze	530	22,5
Problemi di salute	408	17,3
Bisogni in migrazione/immigrazione	390	16,5
Detenzione e giustizia	381	16,1
Problemi di istruzione	286	12,1
Altri problemi	172	7,3
Handicap/disabilità	104	4,4
Nessun reddito	1389	58,9
Reddito insufficiente	584	24,7
Indebitamento	63	2,7
Disoccupazione	1626	68,9
Lavoro nero/lavoro minorile	40	1,7
Licenziamento/perdita del lavoro	39	1,7
Mancanza di casa	519	22,0
Accoglienza provvisoria	311	13,2

Fonte: Fondazione Caritas di Pescara

La domanda sociale espressa dagli assistiti dai Centri Caritas (Tav. 22) evidenzia che l'86,6% richiede beni e servizi materiali di pronta emergenza, il 58,7% un alloggio, il 63,6% un lavoro, il 32,8% un sussidio economico. È emblematico che rispetto al mero sussidio economico le persone in situazione di povertà richiedano prioritariamente casa e lavoro, che sono le due misure necessarie per la sostenibilità a lungo termine di una condizione di vita inclusiva.

Tavola 22 - Principali richieste dell'utenza Caritas sul totale degli assistiti – Anno 2015

	V.A.	%
BENI E SERVIZI MATERIALI		
Mensa, pacchi viveri, mobili, vestiario, empori, alimenti per neonati, ecc.	2043	86,6
ALLOGGIO		
Pronta e prima accoglienza, accoglienza a lungo termine, casa famiglia, ecc.	1386	58,7
LAVORO		
Tempo pieno, part time, stagionale, con vitto e alloggio, ecc.	1502	63,6
SUSSIDI ECONOMICI		
per bollette, microcredito, affitto, spese sanitarie, mutuo, alimenti, ecc.	775	32,8
ORIENTAMENTO		
a servizi socio sanitari, per problemi lavorativi, per problemi abitativi, ecc.	212	9,0
SCUOLA		
corsi di lingua italiana, corsi di formazione professionale, materiale didattico, ecc.	146	6,2
SANITÀ		
Farmaci, analisi, visite mediche, ecc.	104	4,4
COINVOLGIMENTO		
di enti pubblici, di parrocchie, di gruppi laici di volontariato, ecc.	103	4,4

Fonte: Fondazione Caritas di Pescara

Il Rapporto AGAR di Caritas Pescara e "On the road" rileva che tra il 2013 e il 2014 sono state circa 200-300 le persone che si prostituivano all'aperto (outdoor) nella sola area metropolitana di Pescara ed un numero di circa 200 le persone che si prostituivano in case o centri (indoor). Vittime di tratta e sfruttamento della prostituzione sono altresì presenti su media e larga scala nell'area della Val Vibrata e, in genere, in tutta la fascia costiera abruzzese. Sempre l'Associazione "On the road", che gestisce l'Help Center per le persone senza fissa dimora "Train de vie" alla stazione di Pescara, ha registrato nell'ultimo anno (dal 13 febbraio 2015 al 13 febbraio 2016) 505 utenti.

Il Banco alimentare Abruzzo indica in circa 240 gli enti convenzionati e in 38.000 le persone assistite in Abruzzo per fabbisogni alimentari (dati aggiornati al 2013), circa 1/3 di quelle persone che l'ISTAT stima in grave deprivazione familiare nella regione.

Il **terremoto dell'Aquila** ha prodotto un forte impatto sociale su tutto il territorio del cratere, con una ricaduta notevole di presa in carico per i servizi sociali comunali. Il Comune dell'Aquila ha mappato tale incremento con i dati riportati nella successiva Tavola 23:

Tavola 23 - Flusso di utenza dei servizi sociali di accesso nel Comune dell'Aquila dal 2008 al 2013

Utenti Comune di L'Aquila	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Servizio sociale professionale	340	900	920	950	650	650
Segretariato sociale	398	617	552	810	1063	1080

Fonte: Comune di L'Aquila

Un dato più preoccupante è che **la popolazione ancora assistita nel Progetto Case al 15 gennaio 2016 è pari 9213 persone, e quella nei MAP (Moduli Abitativi Provvisori) è pari a 2211**, segno di una grande difficoltà a ristabilire il tessuto sociale originario. Tuttavia a livello demografico si registra una sostanziale tenuta: tra la fine del

2008 e la fine del 2014, la popolazione residente nel Comune dell'Aquila è scesa "solo" di 3.184 unità, passando da 73.414 a 70.230.

L'Istituto Superiore di Sanità ha dedicato uno specifico rapporto nel 2013 circa gli effetti del sisma sulla salute degli aquilani. Il rapporto mostra come siano aumentati, rispetto al periodo pre-sisma, i ricoveri per infarto, il consumo di alcol, tabacco e cannabis, la frequenza del disturbo post-traumatico da stress.

L'Abruzzo è una regione che accoglie **8 istituti di detenzione**, alcuni dei quali di rilevante dimensione, dove è più marcato il sovraffollamento. **Al 31 gennaio 2016 le persone detenute in Abruzzo sono pari a 1678**, su una capienza regolamentare di 1583 (Fonte: Ministero della Giustizia). Le donne detenute sono 70, mentre gli stranieri sono 228. I detenuti tossicodipendenti sono 296. I detenuti residenti in Abruzzo e in carcere alla data del 31.12.2015 sono 659. I detenuti usciti dagli Istituti Penitenziari abruzzesi ex L.199/2010 (cd. svuotacarceri) dall'entrata in vigore fino al 31 gennaio 2016 sono stati pari a 653.

La **violenza sulle donne è un fenomeno in costante emersione in Abruzzo**, almeno rispetto al numero delle denunce e delle segnalazioni, frutto anche del lavoro avviato dai Centri antiviolenza regolati dalla L.R. 31/2006. Secondo la recente indagine Istat (Tav. 24), **le donne vittime di violenza fisica e sessuale in Abruzzo sono circa 1 su tre (33,5%)**, due punti sopra la media nazionale.

Tavola 24 - Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza dal partner o da un non partner. Anno 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

CARATTERISTICHE DELLA DONNA	Corso della vita - totale														
	Violenza fisica o sessuale					Violenza fisica					Violenza sessuale				
	Partner o ex partner (a)	Partner attuale (b)	Ex partner (c)	Non partner (d)	Totale	Partner o ex partner (a)	Partner attuale (b)	Ex partner (c)	Non partner (d)	Totale	Partner o ex partner (a)	Partner attuale (b)	Ex partner (c)	Non partner (d)	Totale
Abruzzo	17,0	8,9	21,2	24,6	33,5	14,9	7,8	18,9	12,8	22,3	7,5	3,2	9,6	18,3	22,6
Totale Italia	13,6	5,2	18,9	24,7	31,5	11,6	4,1	16,4	12,4	20,2	5,8	2,0	8,2	17,5	21,0

Fonte: Istat, 2015

Nel 2014 **le donne che hanno subito violenza sono 8,3 su 100, un valore quasi doppio rispetto alla media nazionale (4,5)**. Tale dato è sufficiente per rendere evidente la dimensione del fenomeno nella regione Abruzzo.

Tavola 25 - Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza dal partner o da un non partner. Anno 2014 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

CARATTERISTICHE DELLA DONNA	Negli ultimi dodici mesi								
	Violenza fisica o sessuale			Violenza fisica			Violenza sessuale		
	Partner o ex partner (a)	Non Partner (b)	Totale	Partner o ex partner (a)	Non Partner (b)	Totale	Partner o ex partner (a)	Non Partner (b)	Totale
Abruzzo	3,8	4,7	8,3	3,3	1,7	4,9	1,4	3,1	4,5
Totale Italia	2,0	2,8	4,5	1,6	1,3	2,7	0,7	1,6	2,2

Fonte: Istat, 2015

Nel solo mese di gennaio 2016 sono arrivate dall'Abruzzo 39 telefonate di donne in situazione di violenza al numero nazionale 1522. A dicembre 2015 erano state 26. Secondo i dati del Centro Antiviolenza di Pescara "Ananke" sono state 483 le donne vittime di violenza assistite fra novembre 2014 e ottobre 2015. Nell'anno 2013 gli ambiti sociali abruzzesi hanno dichiarato (Analisi dei fabbisogni sociali, P.O. FSE) di aver ricevuto 405 segnalazioni di violenza sui bambini e sulle donne.

Negli ultimi anni, le separazioni e i divorzi in Abruzzo sono più di 3 ogni 10 matrimoni, un numero più che raddoppiato rispetto al 1995. Molte delle separazioni presentano un'alta conflittualità familiare.

La *Relazione del Presidente della Corte d'Appello di L'Aquila in occasione della inaugurazione dell'anno giudiziario 2016* segnala anche **un deciso incremento dei delitti di stalking a Teramo, Chieti e Pescara** (ad esempio, a Teramo con 105 nuove iscrizioni, oltre a 33 per sfruttamento sessuale).

Nella stessa Relazione sono riportati anche i dati relativi ai procedimenti che riguardano **la tutela dei minorenni nell'anno 2015**: presso il Tribunale per i minori dell'Aquila sono **813 le volontarie giurisdizioni aperte a tutela di minori a rischio di violenza con 36 dichiarazioni di adottabilità** (29 di genitori noti e 7 di bambini non riconosciuti dai genitori). **Le adozioni nel 2015 sono state 39 internazionali e 22 nazionali**. A fronte di questo limitato numero di bambini adottati, ci sono ancora 732 procedure aperte di famiglie disponibili alle adozioni nazionali e internazionali. 4 sono stati, invece, i procedimenti aperti per sottrazione di minori. Sono, in generale, in diminuzione i minorenni che commettono reati, sebbene nel 2015 si registrino 17 minorenni autori di violenza sessuale. In questo quadro diventano importanti il rilancio delle attività delle **12 Equipe territoriali per le adozioni** e l'implementazione delle **Linee guida regionali in materia di affidamento familiare**.

I.4. L'organizzazione dei servizi

L'analisi di dotazione e organizzazione dei servizi e interventi in Abruzzo nel campo dei servizi sociali può essere letta per macrolivelli di servizio, secondo il modello della Conferenza Stato-Regioni del luglio 2011 che vede:

1. Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale (accesso, presa in carico e pronto intervento sociale);
2. Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio (assistenza domiciliare e servizi di prossimità);
3. Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia (asili nido e servizi integrativi; centri di aggregazione);
4. Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità (comunità, centri semiresidenziali e residenze);
5. Misure di inclusione sociale e sostegno al reddito.

Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale

Presenti in ognuna delle zone sociali della regione, i servizi sociali di base costituiscono il *front line* principale di risposta ai bisogni della popolazione e di fronteggiamento della domanda e delle possibili emergenze e hanno costituito, fin dal primo Piano sociale regionale, un livello essenziale di servizio diffuso su tutto il territorio.

I dati sull'utenza dei servizi sociali evidenziano che, complessivamente, nel 2012, **gli interventi di consulenza e di informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché le attività di supporto alle persone in difficoltà, erogati a livello comunale, hanno intercettato 19.908 utenti**, quota in valori assoluti pressoché stabile negli ultimi 5 anni (gli utenti nel 2008 risultavano 19.307) e pari al 3,5% sul totale

del numero di famiglie presenti in Abruzzo¹². Al momento non sono disponibili dati recenti più aggiornati.

In ogni caso, come mostrato nei paragrafi successivi, la spesa per questo Macrolivello di servizio, che nel Piano sociale 2011-2013 ricomprendeva il Segretariato Sociale, il Servizio sociale professionale, il Pronto Intervento sociale (PIS), il PUA (per la parte sociale) e i servizi di contrasto al *child abuse*, è pari soltanto al 10% della spesa totale complessiva dei servizi. Nella sola Provincia di Pescara gli utenti del PIS sono stati 1090 nel 2013.

Nell'Analisi dei fabbisogni condotta dalla Regione nel 2013-2014, molti ambiti rilevano che l'imposizione degli stessi LIVEAS e standard a tutti i territori indistintamente non tiene conto delle notevoli differenze nei bisogni dei territori, così come rilevati dai servizi per l'accesso e la presa in carico, chiedendo di lasciare maggiore libertà di individuazione dei fabbisogni ai Piani di zona dei servizi sociali.

Una criticità rilevata da molti ambiti è altresì riferita alla mancata integrazione fra Segreteria sociale e Punto Unico di Accesso, alla condivisione dei dati e al contempo alla insufficiente dotazione di personale sanitario nel PUA.

Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio

Il primario obiettivo del sostegno alla domiciliarità e della riduzione dell'istituzionalizzazione ha visto progressi che vanno consolidati e fatti crescere. Le tipologie di bisogni complessi, oggi emergenti, rendono su questo terreno ineludibile investire in prassi di integrazione socio-sanitaria, proprio per creare condizioni ottimali nei percorsi di cura dei principali utenti del sistema, liberando altre energie da offrire alle persone con fragilità diverse e al *caregiving* familiare che si appoggia ancora fortemente sul mercato privato della cura.

Il Sistema di assistenza domiciliare sanitario (SIAD) erogato dalle ASL (Tav. 26), le cui informazioni sono state recentemente riportate in *Studio sulle cure domiciliari (2015)* dell'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo, ha visto, nel solo 2014, oltre undici mila prese in carico.

Tavola 26 - Numero di prese in carico erogate in SIAD per ASL - Anno 2014

Utenti presi in carico	
L'Aquila - Avezzano - Sulmona	3.615
Chieti - Lanciano - Vasto	2.363
Pescara	2.691
Teramo	2.711
Totale Regione	11.380

Fonte: Dati elaborati dal Dipartimento per la Salute e il Welfare – Regione Abruzzo

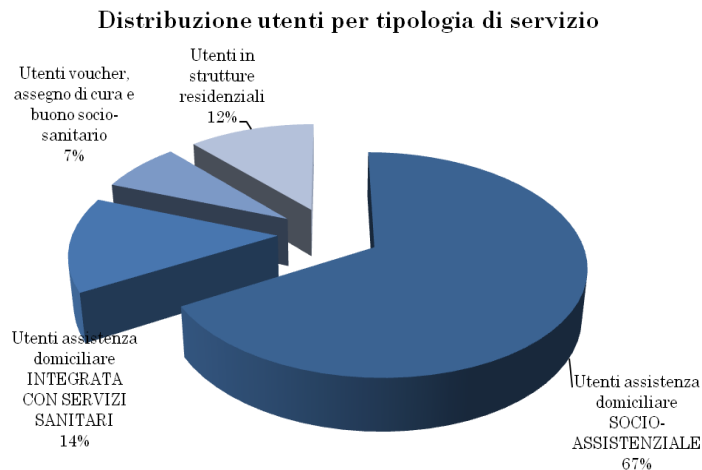
I servizi di assistenza domiciliare di tipo sociale, possono essere analizzati articolandoli per tipologia di bisogno. I **dati sull'utenza di alcuni servizi sociali** offerti dall'indagine condotta annualmente dall'ISTAT sulla spesa sociale dei Comuni¹³ relativa al 2012, ultimo aggiornamento disponibile, possono essere confrontati con i dati relativi al 2008, così da offrire una lettura anche longitudinale rispetto ai cambiamenti intercorsi.

¹² Dato calcolato sul totale delle famiglie residenti in Regione Abruzzo al 31 dicembre 2012 pari a 562.624 (vedi <http://demo.istat.it/>).

¹³ Cfr. ISTAT, *Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, dati relativi agli anni 2008-2012.

La Figura 13 mostra come nel 2012 la maggior parte degli utenti intercettati dai comuni abruzzesi (il 67%) rientra all'interno della voce "Assistenza domiciliare socio-assistenziale", mentre le altre tipologie di servizi offerti (residenzialità e assegni di cura) accolgono percentuali sensibilmente inferiori.

Figura 13 - Gli utenti di alcuni servizi sociali comunali – distribuzione per tipologia di servizio – Anno 2012



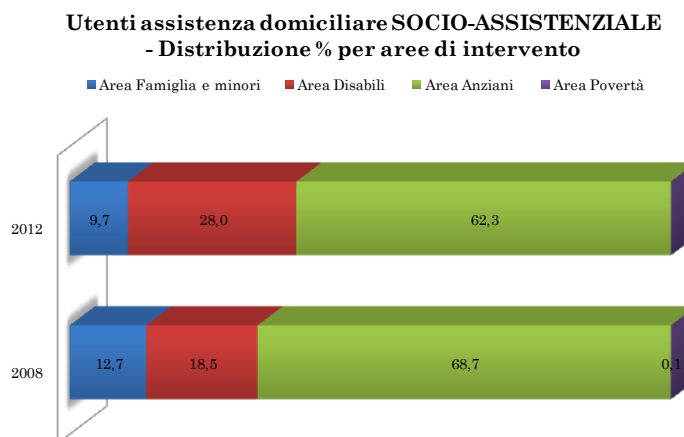
Fonte dati: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT (*La spesa sociale dei Comuni italiani, 2015*)

All'interno di ciascuna di queste tipologie di servizio è poi possibile osservare il quadro relativo alla categoria di target raggiunta e alla variazione intercorsa nel quinquennio oggetto di analisi.

È interessante mettere in evidenza un dato che trova conferma anche per le altre tipologie di servizi, **ovvero un incremento in termini percentuali dell'incidenza dell'utenza dell'area disabilità sul totale dell'utenza raggiunta:**

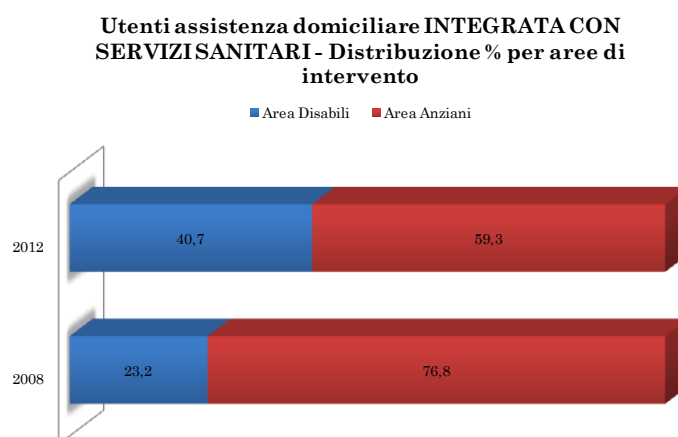
- per l'**assistenza domiciliare socio-assistenziale** dal 2008 gli utenti per l'area Disabili crescono dal 18,5% al 28%, mentre diminuiscono quelli per l'area Famiglia e minori e per l'area Anziani, rispettivamente passando dal 12,7% al 9,7% e dal 68,7% al 62,3% (Fig. 14);
- per l'**assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari** l'utenza dell'area Disabili è cresciuta dal 23,2% al 40,7% (Fig. 15).

Figura 14 - Dettaglio utenti assistenza domiciliare socio-assistenziale – Distribuzione per area di intervento – Anni 2008-2012



Fonte dati: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Figura 15 - Dettaglio utenti assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – Distribuzione per area di intervento – Anni 2008-2012



Fonte dati: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

La Tavola 27, riporta il dettaglio relativo ai valori assoluti degli utenti raggiunti nel quinquennio 2008-2012 dai servizi domiciliari.

Tavola 27 - Utenti dell'assistenza domiciliare – Distribuzione per tipologia di servizio
Valori assoluti e variazione anni 2008-2012

	2008	2012	Variazione 2008-2012
Assistenza domiciliare erogata dai Comuni SOCIO-ASSISTENZIALE			
<i>Area Famiglia e minori</i>	1.192	578	-51,5
<i>Area Disabili</i>	1.731	1.670	-3,5
<i>Area Anziani</i>	6.431	3.717	-42,2
Assistenza domiciliare erogata dai Comuni INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI			
<i>Area Disabili</i>	308	512	+ 66,2
<i>Area Anziani</i>	1.021	746	-26,9

Fonte dati: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

I servizi domiciliari per minori (assistenza domiciliare educativa) sono attivi in circa due terzi dei Comuni e hanno seguito, nel 2012, un totale di 578 utenti a fronte di quasi 19787 del totale nazionale ed un 3678 nella circoscrizione Mezzogiorno (Fonte Istat, La spesa sociale dei comuni italiani, 2015). Rapportati ai minori residenti, si tratta di 2,8 per mille contro il 2 per mille, quindi una accoglienza leggermente superiore nei valori medi.

Rispetto all'area delle disabilità, a sostegno della permanenza a domicilio, una prestazione monetaria nazionale quale l'indennità di accompagnamento gioca un ruolo rilevante. Grazie ad una rielaborazione dei dati INPS/ISTAT relativa alle indennità erogate nell'anno 2012, è possibile dedurre anche il numero delle persone con disabilità grave che percepiscono indennità: in Abruzzo sono **14.337 i disabili sotto i 64 anni che ricevono un'indennità** (1,4 % del totale nella stessa fascia di età) e **40.560 i disabili e anziani non autosufficienti over 65 anni** (14 % del totale nella stessa fascia di età), per un totale di **54.897 indennità erogate (4,2%)**. La disabilità grave colpisce quindi circa 4 persone ogni 100, dato che colloca l'Abruzzo al 4° posto fra le Regioni con la più alta percentuale di percettori di indennità di accompagnamento (dopo Umbria, Calabria, Sardegna). **Ad incidere maggiormente sul dato è proprio la presenza di anziani non autosufficienti.**

Negli anni tali beneficiari sono leggermente calati (Tav. 28), non già perché è diminuito il numero di anziani non autosufficienti, ma per ragioni plausibilmente legate a diverse modalità di valutazione della disabilità all'interno delle Commissioni di valutazione delle Asl e dello stesso Inps.

Tavola 28 - Beneficiari anziani percettori di indennità di accompagnamento: % sulla popolazione ultra 65enne.

	2010	2013	Variazione 2010-2013
Abruzzo	14,9	13,8	-1,1
Italia	12,7	12,0	-0,7

Fonte: Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quinto Rapporto*, Maggioli 2015.

Negli anni sulla disabilità si è molto puntato nella regione Abruzzo sullo sviluppo di progettualità, anche efficaci ma limitate temporalmente, a scapito della infrastrutturazione di servizi stabili nel tempo, come risulta dal quadro dell'offerta che è possibile delineare in queste pagine.

A fronte di una ridotta capacità ricettiva nelle strutture residenziali per disabili, i servizi di assistenza domiciliare sociale mostrano dimensioni relativamente significative: in Abruzzo **i disabili seguiti al proprio domicilio nel corso del 2012 sono stati 1.670, pari all'1,25 per mille abitanti, contro lo 0,64 per mille della media complessiva italiana** (fonte: ISTAT 2013). Appare però necessario esplorare intensità e caratteristiche degli interventi, dato che tali informazioni non sono ancora omogeneamente disponibili sull'intero territorio regionale.

Per quanto riguarda i SAD – servizi di assistenza domiciliare sociale dei Comuni – la dotazione abruzzese risulta in linea con quella italiana, purtroppo bassa; nel 2012 ne ha usufruito l'1,3% degli anziani, con una spesa media annua per utente inferiore alla media nazionale (1.796 euro contro 2.090). Segno di una intensità del servizio leggermente inferiore: sappiamo infatti che l'assistenza domiciliare sociale viene erogata solitamente per un numero limitato di accessi e di ore settimanali, mediamente tra le tre e le cinque, raramente di più.

Nell'anno 2013 gli ambiti sociali abruzzesi hanno dichiarato (Analisi dei fabbisogni sociali Regione Abruzzo, realizzata con i fondi PO FSE 207-2013) di aver assistito 4.590 anziani con l'assistenza domiciliare sociale, di cui circa metà non autosufficiente.

Il sistema di offerta per gli anziani è prevalentemente investito dalla presa in carico delle persone non autosufficienti, per le quali il modello della residenzialità è stato progressivamente ridimensionato e ricondotto verso la domiciliarità. Il primario obiettivo della domiciliarità e della riduzione dell'istituzionalizzazione ha conosciuto progressi importanti. Tuttavia, la tipologia di bisogno complesso che emerge, rende ineludibile investire in prassi di integrazione socio-sanitaria proprio per creare condizioni ottimali dei percorsi di cura dei principali utenti del sistema, liberando altre energie da offrire alle persone con altre fragilità.

Per quanto riguarda l'ADI, l'assistenza socio-sanitaria erogata dalle ASL si registra un tasso di copertura maggiore rispetto alla media italiana (Tav. 29).

Tavola 29 - Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) e incidenza costo ADI (%)

Anziani in carico ADI	2005	2010	2011	2012
Abruzzo	1,8	5,0	4,7	4,9
Italia	2,9	4,1	4,1	4,3
Incidenza sulla spesa sanitaria	1,1	1,3	1,2	2,5

Fonte: DPS, Obiettivi di Servizio

Nel corso del 2012 (ultimo anno disponibile) ha usufruito di ADI il 4,9% degli anziani abruzzesi (contro il 4,3% in Italia), evidenziando una crescita costante negli anni. In termini assoluti parliamo di circa 14.000 anziani, seguiti in ADI per un numero medio di 34 ore nell'anno, contro una media nazionale di 21. Quindi, sia come copertura, sia come intensità la regione Abruzzo offre un servizio di ADI a favore degli anziani migliore della media nazionale.

È comunque evidente la limitatezza di questi servizi in rapporto alle dimensioni, crescenti, del bisogno. I servizi domiciliari sociali (SAD), che negli anni hanno progressivamente ridotto la propria incisività, vanno rilanciati. Due direzioni risultano importanti. Primo, il sostegno ai *caregiver*: con attività di orientamento, formazione e tutoring, in raccordo con i soggetti del privato sociale. Secondo, lo sviluppo di una offerta di servizi più omogenea sul territorio.

Appare opportuno pensare ad una rete di aiuti domiciliari, ADI e SAD, che valorizzi i servizi più consolidati, li connetta con interventi e progetti innovativi, che faccia sintesi in termini di governo di sistema, tra il quadro dei bisogni e quello delle risposte. Una rete che metta in relazione aiuti diversi: assistenza di base con quella specialistica, trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, pratiche burocratiche. Secondo il modello “*One stop shop*”, che integra le risposte e semplifica i percorsi per il cittadino utente. Una rete che si adatta a bisogni diversi, che richiedono forte specializzazione ma anche aiuti semplici e a bassa complessità.

Il mercato privato della cura domiciliare

Anche in Abruzzo è cresciuta negli anni la presenza del lavoro privato di cura: le assistenti familiari, meglio note come “badanti”. Benché meno rilevante rispetto in particolare alle regioni del Nord, e in riduzione negli ultimi anni, quello della badante costituisce una risposta importante e diffusa. Il progetto speciale “Transcare”, finanziato nell'ambito del precedente POR FSE 2007-2013, ha fornito un quadro comparativo del fenomeno anche in Abruzzo, come si evince dal relativo Rapporto finale, formando 100 assistenti familiari.

In Abruzzo i lavoratori domestici – categoria che comprende anche le colf – non comunitari, donne in otto casi su dieci, regolarmente registrati all'Inps, sono diminuiti tra il 2012 e il 2014, passando da 4.564 a 3.820¹⁴. Sappiamo però che buona parte delle assistenti familiari lavora irregolarmente, senza un contratto di lavoro. In base ai parametri di stima che è stato sviluppato negli anni (si veda il sito Qualificare.info), **possiamo stimare in Abruzzo la presenza di almeno 16.000 badanti**: regolari e irregolari, straniere e italiane.

¹⁴ Cfr. Idos, *Dossier statistico immigrazione*, ottobre 2015.

Si tratta di una stima che è il risultato di una procedura affinata negli anni, che unisce fonti ufficiali e fonti informali e che utilizza i dati Inps relativi ai lavoratori domestici, i dati sui cittadini stranieri residenti (Istat) e su quelli irregolarmente soggiornanti (Ismu), nonché la testimonianza di molti interlocutori nei Centri di ascolto della Caritas, nei sindacati, nelle associazioni, nel volontariato, nella cooperazione sociale, nei servizi impegnati nell'orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo.

Sedicimila badanti: benché in leggera contrazione rimane una cifra importante che si lega strettamente ad alcuni cambiamenti in atto. In particolare:

1. *Aumento del lavoro di cura intra-familiare.* La maggiore assunzione in proprio della cura è una dinamica che comprende un numero crescente di famiglie, sotto il peso di redditi in recessione e la presenza di disoccupati in molti nuclei. Tale tendenza non sarà però sostenibile sul lungo periodo, stante l'aumento del numero di anziani e la diminuzione dei *caregiver* familiari che le proiezioni demografiche prospettano.
2. *Aumento del lavoro a ore rispetto alla coresidenza.* L'accresciuta disponibilità delle famiglie a farsi carico dell'assistenza porta a richiedere più frequentemente un aiuto ad ore (per diverse famiglie la crisi economica ha determinato la riduzione, se non addirittura la rinuncia, all'assistenza domiciliare: Datanalysis, *Gli anziani over 75 e le badanti*, Rapporto di ricerca, 2013). Questa preferenza si sposa con la diminuzione delle assistenti familiari disposte alla coresidenza, in atto già da alcuni anni, legata al processo di progressivo insediamento nella società italiana.

Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia

L'Abruzzo presenta una buona diffusione sul territorio dei servizi per l'infanzia, considerevole se comparata con il resto dell'Italia e soprattutto con il Mezzogiorno. Secondo i dati Istat 2013, **il 60% dei Comuni abruzzesi ha servizi per l'infanzia attivi, rispetto ad una media nazionale di 54 e al 33 del Mezzogiorno.**

Eppure, questa distribuzione sul territorio non porta con sé a una dotazione significativa. Nel 2012 sono stati 3267 i bambini che frequentavano l'asilo nido o un servizio integrativo (in lieve diminuzione dal 2008 in poi). L'offerta di servizi, sulla base degli indicatori nazionali, segnala per l'Abruzzo il ritardo nello sviluppo degli **asili nido: solo 9,2 posti disponibili ogni 100 bambini nella fascia 0-2 anni, contro una media italiana del 21,8** (Tav. 30). L'apparente paradosso di una buona diffusione nei Comuni, ma di una scarsa dotazione complessiva, è motivato dalla limitata dotazione media, in termini di capienza, dei servizi sul territorio.

Tavola 30 - Utenti dei nidi di infanzia e dei servizi integrativi e relativa copertura sulla popolazione 0-2 anni

	Nidi di infanzia	% copertura 0-2 anni
Abruzzo	9,2	9,2
Italia meridionale e insulare	9,2	10,7
Italia	20,1	21,8

Fonte: Elaborazione Istituto degli Innocenti per monitoraggio piano Nidi - dati al 31.12.2014.

Come segnala il "Rapporto di monitoraggio del Piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia" dell'Istituto degli Innocenti (dati a fine 2014), tra il 2008 e il 2012 il numero dei posti e il tasso di copertura dei servizi educativi per la prima infanzia, sia pubblici sia privati, è aumentato notevolmente in Italia tra il 2008 e il 2009, nel 2010 vi è stato invece un notevole calo di entrambi i valori, che poi hanno ripreso ad aumentare leggermente negli anni successivi, fino a registrare una lieve riduzione nel 2014. Per quanto riguarda il tasso di copertura, occorre segnalare che il suo andamento è in parte dovuto alla diminuzione della popolazione 0-2 anni dopo il 2010.

Il potenziamento e la riqualificazione del sistema dei nidi d'infanzia in Abruzzo rimane dunque in ritardo. Vi sono realtà nelle quali il sistema nido d'infanzia è assente o altamente carente, rappresentando un freno all'efficacia delle politiche familiari e socio-economiche locali.

Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità

In tema di residenze, i dati (Tav. 31) mostrano una progressiva efficacia delle politiche di de-istituzionalizzazione, che hanno portato il numero complessivo delle persone istituzionalizzate da 10.139 nel 2009 a 6.276 nel 2012, grazie soprattutto alla forte riduzione degli anziani in strutture (da 7262 a 4362).

Tavola 31 - Posti operativi in Abruzzo per la residenzialità di persone vulnerabili nei presidi socio-sanitari

Target di utenza prevalente	minori (0-17 anni)	disabili	dipendenze	adulti (18-64 anni)	immigrati, stranieri	anziani (65 anni e più)	ospiti con problemi di salute mentale	multiutenza	Totale
2009	255	1073	378	121	65	7262	767	219	10139
2010	187	866	52	99	39	5041	549	545	7377
2011	207	725	40	104	38	4781	740	265	6900
2012	143	563	35	81	104	4362	670	318	6276

Fonte: Centro Studi Sociali-IRS su elaborazione dati ISTAT

Considerato complessivamente, il sistema di offerta è prevalentemente investito dalla presa in carico di anziani non autosufficienti, per i quali il modello della residenzialità è parzialmente ricondotto verso la domiciliarità, mentre appaiono da potenziare i servizi per la famiglia e i servizi socio-educativi (Tav. 32).

Tavola 32 - Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, posti letto, ospiti per tipologia di utenza e Regione presenti il 31 dicembre 2013 (valori assoluti e ogni 100.000 abitanti)

Regione	Presidi residenziali	Totale posti letto	Ospiti			
			Minori	Adulti	Anziani	Totale
Abruzzo v.a.	154	5.129	179	864	4.085	5.129
Abruzzo perc. ogni 100.000 abitanti	11,5	384,5	86,3	104,2	1.377,1	384,5
ITALIA	20,2	632,5	173,1	189,4	2.141,0	604,6

Fonte: Istat, *Indagine sui presidi assistenziali socio sanitari*, 2015

Tuttavia l'ISTAT rileva che soltanto 410 su 5.129 sono posti a carattere familiare, mentre 4.715 posti sono a carattere comunitario. Soltanto l'8% dei posti si basa, pertanto, su un modello di cure familiare, contro il 92% che ha un carattere comunitario e istituzionalizzante. La maggior parte di questi posti letto ha poi un carattere socio-sanitario (3675 posti, pari al 71,7%), mentre solo 6 posti sono per le emergenze e 1096 per l'accoglienza abitativa.

Relativamente alla vasta area di bisogno riguardante il disagio minorile e le strutture di accoglienza in essere, in particolare residenziali, per minori, a fine 2012 (Tav. 33) le strutture per famiglie e minori ospitavano 536 soggetti, circa un decimo del complessivo della capienza delle regioni meridionali. Il tasso di presa in carico di minori in strutture residenziali risulta relativamente contenuto in Abruzzo: 86 soggetti per 100.000 minori residenti, contro una media italiana di 173.

Tavola 33 - Minori ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per genere, cittadinanza e Regione presenti il 31 dicembre 2013 (valori per 100.000 abitanti di età compresa tra 0 e 17 anni)

Regione	Maschi	Femmine	Totale	di cui Stranieri*		
				Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	83,4	89,4	86,3	195,6	168,9	182,9
Sud	118,5	87,7	103,5	1.062,4	299,6	697,0
ITALIA	199,4	145,3	173,1	823,2	416,6	627,9

*Per quanto riguarda la popolazione straniera, il tasso per 100.000 abitanti minori è riferito solo a questa popolazione.

Fonte: Istat, *Indagine sui presidi assistenziali socio sanitari*, 2015

I disabili e i malati psichiatrici ricoverati in strutture in Abruzzo erano 1.148 nel 2012 e 795 nel 2013, mentre gli anziani non autosufficienti erano 2.819. Si tratta di dimensioni in linea con l'Italia meridionale (104 contro 109 posti per 100.000 residenti), ma inferiore alla media italiana di 189 (Tav. 33). Oltre metà dei ricoverati sono ricompresi nella fascia di età tra i 45 e i 64 anni.

Tavola 33- Adulti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per genere, cittadinanza e Regione presenti il 31 dicembre 2013 (valori per 100.000 abitanti di età compresa tra 18 e 64 anni)

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	137,2	71,5	104,2
ITALIA	236,2	143,3	189,4

Fonte: Istat, *Indagine sui presidi assistenziali socio sanitari*, 2015

Almeno 58.000 dei 300.000 ultra 65enni presenti in Abruzzo vivono problemi di autosufficienza. Dalle ultime informazioni disponibili, contenute nel quinto *Rapporto sulla Assistenza ai non autosufficienti* del Network per la non autosufficienza, gli anziani ospiti in strutture residenziali sono in numero contenuto e in diminuzione, come già visto precedentemente, negli ultimi anni se rapportati al totale degli over 65 (1,5% contro una media nazionale del 2,3%): in termini assoluti parliamo di circa 4.300 anziani ricoverati.

A fronte di una domanda, anche di tipo residenziale, in crescita (pensiamo alle situazioni dove diventa oggettivamente non più possibile una vita autonoma nel proprio contesto di vita), è lecito interrogarsi se tale calo sia da accogliere positivamente o se, viceversa, costituisca una crescente carenza nelle possibilità offerte dal sistema dei servizi. Tra le regioni meridionali, l'Abruzzo è quella meglio dotata di posti letto per anziani in struttura residenziale ma la media è nettamente inferiore a quella nazionale (Tav. 34).

Tavola 34 - Dotazione di posti letto per anziani ultra 65enni in presidi residenziali.

	Posti letto in Presidi residenziali (% su popolazione > 65)			Utenti > 65 non autosufficienti (% su pop. >65) (2012)
	2010	2012	Differenza 2010-2012	
Abruzzo	1,8	1,5	-0,3	1,0
Italia	2,5	2,3	-0,2	1,7

Fonte: Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quinto Rapporto*, Maggioli 2015, elaborazioni su dati Istat, 2014 e 2015

Infine, i posti letto per persone affette da dipendenza in Abruzzo sono 284, di cui 19 nel pubblico e 265 nel privato (Relazione al Parlamento, anno 2015).

Inclusione sociale

I Servizi sociali professionali degli Ambiti hanno registrato un notevole incremento della domanda di inclusione sociale negli anni del precedente Piano sociale, che sono coincisi con la difficile congiuntura economica globale e locale. Tuttavia, a differenza del terzo Piano sociale 2007-2009, il quarto Piano ha visto venir meno l'Area Inclusione Sociale, che

è stata rimessa alla progettazione di alcuni interventi finanziati con il Fondo Sociale Europeo (FSE), che hanno avuto un impatto altalenante sia in termini economici che di servizi.

Nel 2015 la Regione Abruzzo ha stanziato circa 3 milioni di euro dal FSE con l'iniziativa "Abruzzo Inclusivo", per finanziare 8 progetti presentati da raggruppamenti di Enti di Ambito Sociale, potendo così sperimentare un nuovo modello di intervento di inclusione multidimensionale su una platea di oltre 500 persone svantaggiate. Tale iniziativa sarà ripresa anche con l'implementazione dei Fondi del P.O.-FSE 2014-2020.

Un'altra misura di inclusione sociale è stata realizzata con l'abbattimento dei vincoli per l'inserimento delle persone svantaggiate e disabili nelle aziende attraverso i tirocini formativi attuato con la revisione delle relative Linee guida regionali.

In Abruzzo risultano attualmente accolti, in strutture pubbliche e private, **un migliaio di profughi, di cui almeno 300 giunti nel 2015**. Nella regione si contano una cinquantina di strutture temporanee di accoglienza, gestite da realtà del terzo settore, mentre per quanto riguarda la presenza di immigrati nell'ambito dello SPRAR, in Abruzzo sono assegnati 130 posti di accoglienza.

Inizialmente vi sono state delle resistenze da parte di diversi Comuni verso l'accoglienza, ma si sono poi registrate esperienze interessanti di solidarietà crescente e di inclusione attiva come testimoniano le esperienze avvenute a Sulmona, nel Chietino e nel Teramano.

Secondo i dati forniti dall'indagine Istat sui presidi assistenziali socio sanitari, in Abruzzo, al 10.10.2015 risultano attive 51 strutture temporanee CAS pari a circa il 2% del totale nazionale (3090). In queste sono stati accolti (dati Ministero del Lavoro sempre al 10.10.2015) 27 minori pari allo 0,3 del totale nazionale.

La presenza immigrata investe ancora in misura crescente il territorio regionale e il trend di crescita annuo è rilevante benché non ancora allineato al dato nazionale. È fondamentale in questo frangente intervenire in un'ottica di prevenzione, sensibilizzando i contesti produttivi e d'istruzione per sviluppare accoglienza e integrazione valorizzando le risorse che l'immigrazione porta con sé.

Anche per gli immigrati in condizioni di difficoltà, come per gli altri segmenti di popolazione abruzzese riconducibili all'area del disagio sociale, occorre promuovere azioni di formazione e inserimento in settori di reale occupabilità, al fine di favorire opportunità reali di integrazione nel mercato del lavoro e contrastare il rischio di emarginazione.

Una rete in espansione e riconversione

Il sistema dei macoolivelli di servizio è generato grazie alla rete dei servizi sociali nella regione Abruzzo, che nel corso di questi anni ha seguito un processo di crescita, di trasformazione e di riconversione.

Occorre, innanzitutto, rilevare che la *governance* degli Ambiti sociali durante il Piano sociale 2011-2013 è stata particolarmente difficoltosa a seguito del processo di abolizione delle Comunità montane, in quanto molti Enti di ambito sociale delle zone interne erano identificati proprio in tali comunità, che sono state sottoposte al commissariamento, costringendo il sistema locale, programmatico e di erogazione dei servizi, ad operare con grande precarietà. Alcuni di questi ambiti si sono rifunzionalizzati individuando un Comune capofila come EAS, altri sono rimasti in attesa di una ridefinizione normativa riprogettando ipotesi di gestione attraverso lo strumento dell'unione dei Comuni. Anche la ridefinizione dell'assetto delle Province, che prima avevano un ruolo di supporto, monitoraggio ed accompagnamento alla programmazione sociale secondo la L. 328/2000, ha fatto venir meno le funzioni di un altro soggetto importante del sistema, sul quale era stato, ad esempio, articolato l'Osservatorio sociale regionale.

La legge di trasformazione (L.R. 17/2011) delle IPAB in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP), dopo il complesso iter di formazione delle nuove entità giuridiche ancora non del tutto attuato, ha consentito la razionalizzazione gestionale dei patrimoni destinati a finalità sociali con la creazione di **6 ASP** (2 all'Aquila, 2 a Teramo, 1 a Chieti, 1 a Pescara), che stanno muovendo i primi passi proprio in questi ultimi mesi. Il loro ruolo dovrà essere sempre più valorizzato all'interno dei Piani di zona dei servizi sociali sia nella fase di programmazione che di gestione anche attraverso l'utilizzo dei beni patrimoniali e dei fabbricati per l'infrastrutturazione sociale.

Lo sviluppo di una rete territoriale di servizi fra Servizi sociali comunali, Istituzioni scolastiche, Aziende ASL, Consultori familiari, Distretti sanitari, Uffici di esecuzione penale esterna e Uffici dei servizi sociali per minorenni del Ministero della Giustizia, Organizzazioni del privato sociale, è stato per lo più affidato a singole collaborazioni inter-istituzionali e inter-professionali, ma non ha avuto un coordinamento centrale di sistema e un investimento di energie tale da rendere strutturale la rete. Il nuovo Piano sociale regionale dovrà puntare sul processo di co-progettazione e di sistematizzazione delle reti e delle collaborazioni.

Volontariato e Terzo Settore

Volontariato e terzo settore hanno avuto storicamente un ruolo rilevante nella erogazione dei servizi di welfare regionale. Tale rilevanza è sostenuta dai numeri, di cui riportiamo qui una sintesi, e da tante dimensioni più qualitative e specifiche inerenti le attività, le funzioni, l'apporto che volontariato e terzo settore abruzzese hanno giocato e giocano, nelle loro diverse componenti.

Le associazioni iscritte al Registro del volontariato sono 530, con una particolare concentrazione su Chieti e L'Aquila (Tav. 35). Nelle diverse componenti prevalenti di intervento, il comparto sociosanitario e quello sociale sono quelli che raggruppano la maggioranza di esperienze, con una particolare concentrazione nelle province di L'Aquila e Pescara, dove tuttavia, negli ultimi anni, si osserva un decremento nella iscrizione di nuove associazioni all'Albo regionale. L'istituzione del Registro regionale delle **Associazioni di promozione sociale** (L.R. 11/2012) ha consentito il riconoscimento e l'iscrizione di **37 organizzazioni** (dato al 31.12.2014).

Tavola 35 - Associazioni di volontariato iscritte al Registro regionale al 31.12.2014.

Provincia	Socio sanitario	Sicurezza sociale	Culturale	Protezione civile	Totale
L'Aquila	78	28	21	29	156
Pescara	59	51	12	9	131
Teramo	46	32	4	11	93
Chieti	60	37	21	32	150
TOTALE	243	148	58	81	530

Fonte: Ufficio Pari Opportunità – Giunta regionale d'Abruzzo

In termini di partecipazione della popolazione ad attività di volontariato, l'Abruzzo evidenzia un tasso di partecipazione inferiore alla media italiana: solo **l'8,3% degli ultra 14enni hanno svolto tali attività nel 2012, contro una media nazionale dell'11,9%** (dati Istat 2014). Ancora una volta, l'Abruzzo si colloca in posizione più contenuta rispetto alla media italiana, ma meglio rispetto ad diverse altre regioni meridionali quali la Puglia (6,3%) e la Campania (6,5%). Infatti, tradotto in termini di valore assoluto sono 127 mila i volontari attivi in Abruzzo. **L'Ufficio di Servizio Civile della Regione Abruzzo** ha dato un contributo notevole nello sviluppo della partecipazione al volontariato con finanziamento di centinaia di progetti di servizio civile in questi anni e **67 enti accreditati** per lo svolgimento dei progetti. Particolare importanza

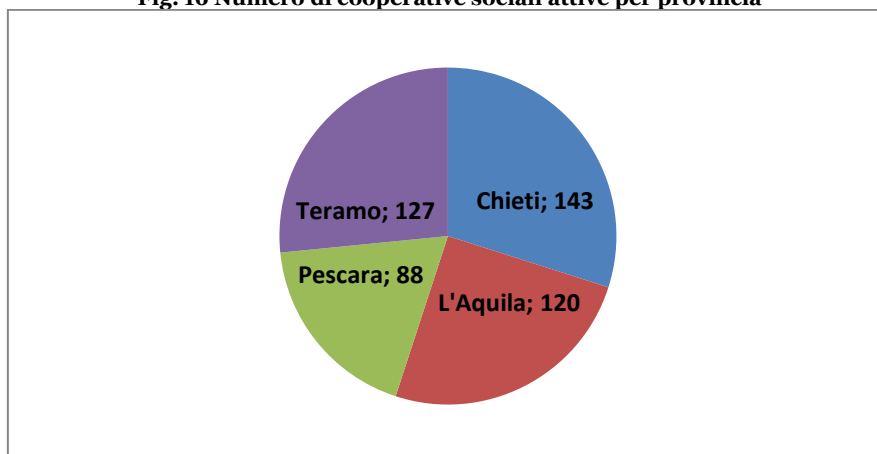
nel dare impulso al volontariato in Abruzzo rivestono i **4 Centri di Servizi per il Volontariato** istituiti in ciascuna Provincia. Nel 2013 è stato istituito in Abruzzo anche il **Forum Terzo Settore**.

Considerando l'accezione più ampia di terzo settore, come quel settore istituzionale che risponde ai fallimenti del mercato che non hanno trovato risposta da parte del pubblico (o comunque non in maniera esaustiva), è necessario andare a considerare – dopo aver analizzato l'impegno del volontariato – le diverse realtà più “imprenditoriali”. In tal senso va evidenziato che **il numero di addetti alle imprese e alle istituzioni non profit che svolgono attività a contenuto sociale (per 1.000 abitanti) è inferiore alla media nazionale: 11,6 contro 17**, segno di un ambito di attività che ha ancora dei buoni margini di sviluppo e di iniziativa.

Nel considerare le realtà più “imprenditoriali” del terzo settore, come è noto, un elemento centrale è costituito dalle cooperative sociali (ex L. 381/91) che non solo rispondono a fallimenti del mercato non risolti dal pubblico, ma che nel corso degli ultimi anni hanno assunto un ruolo sempre maggiore nella fornitura di servizi alla persona (in particolare per quelle di tipo A) in “collaborazione” con il pubblico, che si rivolge ad esse nella esternalizzazione di alcuni servizi, nello schema della *co-production*.

In Abruzzo risultano iscritte all'Albo regionale **536 cooperative sociali, pari al 2%** del totale delle aziende private presenti e al 27% del totale delle cooperative presenti in regione (Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati AIDA). Delle 536 cooperative sociali iscritte, 478 sono in piena attività mentre 58 (11%) sono in liquidazione. Per quel che riguarda le cooperative sociali in piena attività (Fig. 16) esse hanno, considerando le diverse estensioni territoriali e il numero di comuni presenti nelle diverse province, più o meno una distribuzione equa sul territorio.

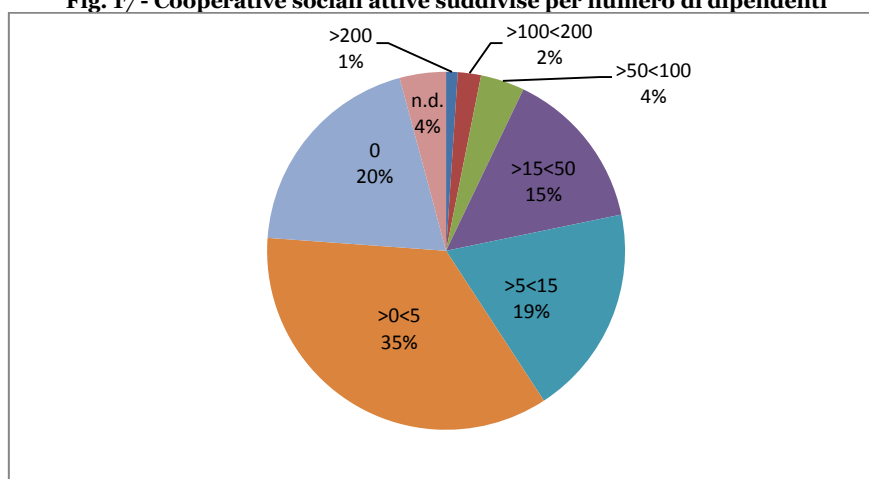
Fig. 16 Numero di cooperative sociali attive per provincia



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati AIDA

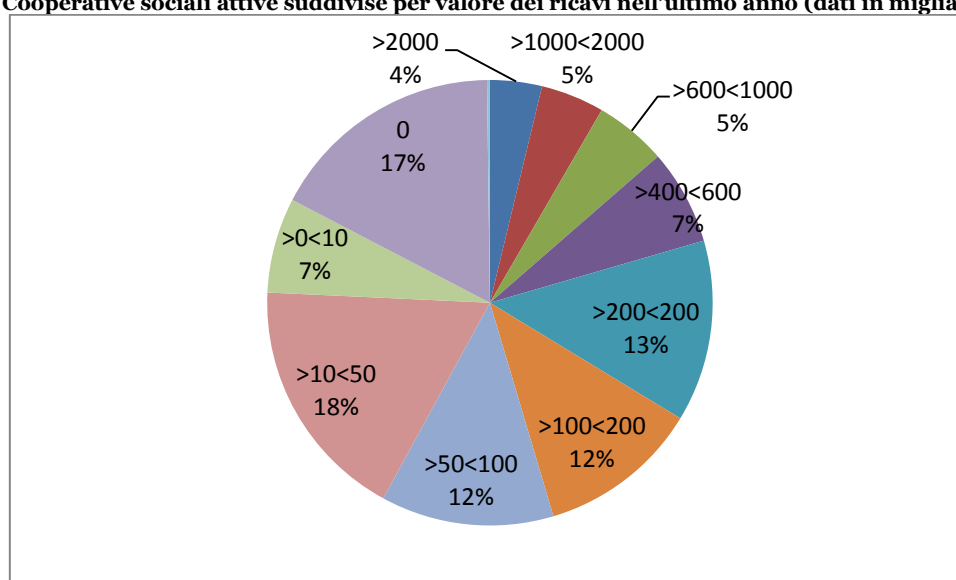
Oltre che la suddivisione territoriale, anche le dimensioni, misurate sia in base al numero di addetti (Fig. 17) che per ricavi nell'ultimo anno (Fig. 18) sembrano evidenziare un alto numero di piccole realtà territoriali, visto che il 20% di esse non ha lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e il 17% non ha avuto ricavi nel 2014, mentre il 35% ha meno di 5 addetti e il 37% ha ricavi inferiori a centomila euro, un 7% ha ricavi inferiori addirittura a 10.000 euro e solo il 7% ha più di 50 dipendenti con il 9% che ha ricavi superiori al milione di euro.

Fig. 17 - Cooperative sociali attive suddivise per numero di dipendenti



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati AIDA

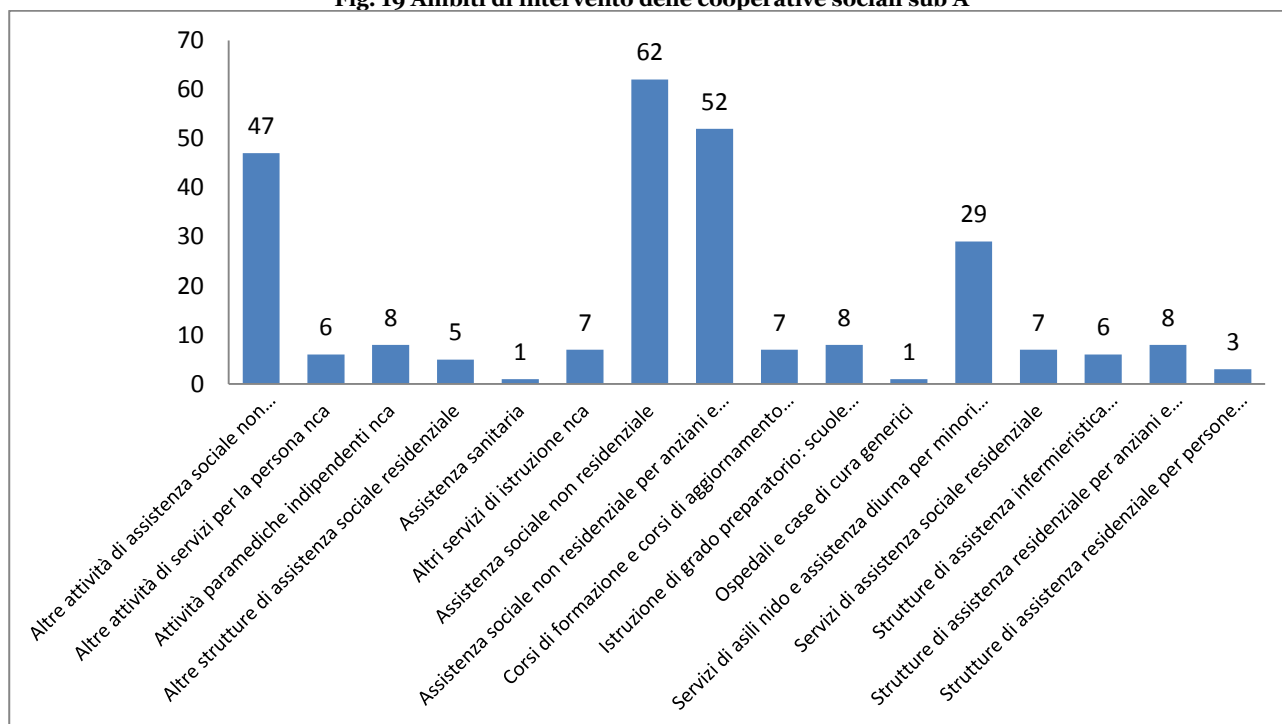
Fig. 18 - Cooperative sociali attive suddivise per valore dei ricavi nell'ultimo anno (dati in migliaia di euro)



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati AIDA

Per quel che riguarda i settori nei quali sono impegnate le cooperative sociali presenti in Abruzzo, andando a considerare i codici ATECO, il 67% delle cooperative rientra nel comparto delle cooperative sociali di tipo A con una distribuzione (tra i diversi ambiti di intervento) che vede una netta prevalenza dei servizi di assistenza sociale non residenziale (Fig. 19).

Fig. 19 Ambiti di intervento delle cooperative sociali sub A



Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati AIDA

Oltre alle cooperative sociali sono presenti in Abruzzo anche 8 imprese sociali (una delle quali è in liquidazione) impegnate nella istruzione e formazione (4); nell'assistenza sociale non residenziale (2); nei servizi ad altre realtà del sociale (2). Tre di esse hanno avuto, nel 2014 ricavi superiori ai 200mila euro (ed in un caso superiore al milione), le altre hanno avuto ricavi inferiori ai 20mila euro. Per quel che riguarda il numero di lavoratori impiegati, 4 di esse non hanno lavoratori stabili contrattualizzati, mentre le altre hanno tutte meno di 10 lavoratori (elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati AIDA).

1.5. La spesa sociale e gli impatti della programmazione e degli investimenti

Le risorse investite dalla Regione Abruzzo per le politiche sociali nel periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale 2011-2013, prorogato al 2016, afferiscono a diverse fonti di finanziamento, quali:

1. Fondo Sociale Regionale (FSR), finanziato sulla base della L.R. 135/1996, suddiviso in quota destinata ai Comuni singoli, in quota per gli Ambiti territoriali sociali (compreso il fondo per minori in istituto) e in quota per interventi diretti e le Azioni di sistema;
2. Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), interamente devoluto agli Ambiti per il finanziamento per i Piani di zona dei servizi sociali;
3. Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNNA), interamente devoluto agli Ambiti per il finanziamento per i Piani Locali per la Non Autosufficienza (PLNA), strumento complementare e sussidiario del Piano di zona;
4. Fondi derivanti dagli ex FAS ed ex PAIN, utilizzati negli anni 2011-2015 a compensazione dei minori trasferimenti nazionali e regionali (nel periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale si è registrata, in particolare negli anni 2011-2013, una sensibile diminuzione sia del Fondo Nazionale Politiche Sociali che del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze);
5. Fondi derivanti dal Fondo Sociale Europeo per la gestione dei servizi di inclusione

- sociale (non quantificati nelle tavole successive);
6. Fondi ex FAS e FSC per gli obiettivi di servizio, trasferiti per i servizi di asilo nido (non computati nelle tavole successive).

La Tavola 36 evidenzia le risorse complessivamente investite dalla Regione Abruzzo nel quinquennio per un totale di € **117.643.568,67**, cui vanno aggiunte le risorse stanziare dai Comuni (tale dato è disponibile attualmente solo per l'anno 2014). La Tavola mostra anche il definanziamento subito nell'anno 2012 quando i Fondi FNPS e FNNA sono stati quasi azzerati dallo Stato; per tali somme la Regione ha trovato una sostanziale compensazione con i Fondi ExPAIN, che sono stati ripartiti ma che alla data del 31.12.2015 erano ancora da erogare. Nonostante il calo dei trasferimenti nazionali, le risorse aggiuntive messe a disposizione con altri strumenti di finanziamento hanno reso possibile un finanziamento su valori sostanzialmente costanti.

Tavola 36 - Quadro riepilogativo delle risorse investite per il finanziamento dei Piani di zona e dei Piani locali per la non autosufficienza

2011	2012	2013	2014	2015	Ex-Pain*	Totale
24.727.891,29	9.473.109,29	23.160.000,00	25.411.120,33	24.971.447,76	9.900.000,00	117.643.568,67

*Fondi ripartiti fra gli ambiti ma non ancora erogati a parziale compensazione dei minori finanziamenti statali del 2012
Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati Osservatorio sociale Regione Abruzzo

Nella Tavola 37 sono riportati i fondi trasferiti dalla Regione a ciascun ambito sociale nel quinquennio 2011-2015 per la gestione dei servizi generali da parte dei Comuni singoli, per la gestione dei servizi del Piano sociale, per la gestione del Fondo per le Non Autosufficienze, secondo i criteri stabiliti dalla politica della spesa del Piano sociale regionale 2011-2013 e dell'Atto di indirizzo per i Piani Locali per la Non Autosufficienza.

Regione Abruzzo - Assessorato alle Politiche sociali

Tavola 37 - Quadro riepilogativo dei fondi trasferiti dalla Regione Abruzzo agli ambiti sociali nel periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale 2011-2013 e relative proroghe

Ambito sociale	2011	2012	2013	2014	2015*	Fondi ex-Pain **	Totali***
1 - TORDINO	602.704,00	239.744,00	626.745,00	694.880,00	692.597,00	278.668,00	3.135.338,00
2 - VIBRATA	1.129.242,00	451.333,00	1.069.309,00	1.173.614,00	1.174.482,00	455.028,00	5.453.008,00
3 - FINO-VOMANO	575.944,00	198.675,00	502.262,00	548.726,00	545.444,00	216.877,00	2.587.928,00
4 - LAGA	407.955,00	134.642,00	411.175,00	445.704,00	439.755,00	195.934,00	2.035.165,00
5 - TERAMO	716.202,00	321.624,00	813.214,00	901.526,00	880.350,00	356.317,00	3.989.233,00
6 - GRAN SASSO	539.379,00	208.541,00	493.462,00	538.312,00	527.179,00	202.986,00	2.509.859,00
7 - COSTA SUD 1	635.109,00	256.493,00	650.860,00	719.772,00	703.607,00	284.384,00	3.250.225,00
8 - COSTA SUD 2	538.364,00	219.130,00	577.883,00	642.942,00	636.303,00	257.359,00	2.871.981,00
9 - ALTO ATERNO	598.808,00	253.733,00	546.620,00	602.585,00	581.275,00	208.824,00	2.791.845,00
10 - L'AQUILA	1.051.501,00	633.921,00	1.222.677,00	1.298.151,00	1.304.286,00	443.914,00	5.954.450,00
11 - MONTAGNA AQUILANA	563.460,00	170.020,00	442.455,00	476.302,00	461.587,00	190.957,00	2.304.781,00
12 - MARSICA	1.043.402,00	354.208,00	841.747,00	924.396,00	904.386,00	354.196,00	4.422.335,00
13 - SIRENTINA	530.973,00	173.710,00	426.292,00	465.306,00	444.919,00	177.563,00	2.218.763,00
14 - VALLE ROVETO	430.928,00	154.316,00	409.368,00	447.074,00	440.549,00	180.307,00	2.062.542,00
15 - VALLE DEL GIOVENCO	501.376,00	156.862,00	429.391,00	470.934,00	460.032,00	193.515,00	2.212.110,00
16 - AVEZZANO	568.305,00	263.362,00	650.727,00	718.060,00	705.364,00	280.754,00	3.186.572,00
17 - VALLE PELIGNA	777.905,00	211.825,00	535.869,00	585.845,00	573.412,00	231.057,00	2.915.913,00
18 - SULMONA	373.309,00	167.634,00	443.822,00	491.684,00	482.800,00	198.469,00	2.157.718,00
19 - SANGRO AQUILANO	548.776,00	154.768,00	432.039,00	473.684,00	461.362,00	195.419,00	2.266.048,00
20 - AVENTINO	546.171,00	151.642,00	430.277,00	474.749,00	462.249,00	198.080,00	2.263.168,00
21 - SANGRO	851.962,00	218.797,00	539.243,00	587.154,00	574.584,00	229.145,00	3.000.885,00
22 - LANCIANO	504.774,00	227.128,00	587.333,00	648.846,00	627.144,00	258.982,00	2.854.207,00
23 - BASSO SANGRO	868.190,00	306.477,00	744.738,00	823.659,00	802.888,00	317.045,00	3.862.997,00
24 - VASTESE	520.845,00	249.803,00	627.450,00	690.939,00	688.777,00	274.788,00	3.052.602,00
25 - ALTO VASTESE	798.307,00	210.047,00	541.775,00	586.611,00	567.972,00	237.961,00	2.942.673,00
26 - COSTA SUD	449.826,00	184.293,00	462.234,00	515.514,00	492.007,00	198.641,00	2.302.515,00
27 - MAIELLETTA	405.623,00	133.252,00	386.687,00	425.560,00	409.677,00	179.451,00	1.940.250,00
28 - ORTONESE	784.699,00	279.301,00	689.948,00	755.820,00	738.225,00	297.764,00	3.545.757,00
29 - FORO-ALENTO	1.106.542,00	417.905,00	988.431,00	1.098.382,00	1.089.862,00	415.156,00	5.116.278,00
30 - CHIETI	750.938,00	321.282,00	793.634,00	864.422,00	851.629,00	346.948,00	3.928.853,00
31 - PESCARA	1.544.973,00	697.855,00	1.650.248,00	1.787.349,00	1.776.825,00	709.896,00	8.167.146,00
32 - MONTESILVANO	613.600,00	310.226,00	764.618,00	853.638,00	847.314,00	329.675,00	3.719.071,00
33 - AREA M. PESCARESE	937.335,00	381.788,00	925.727,00	1.033.220,33	1.019.213,00	394.021,00	4.691.304,33
34 - VESTINA	954.794,00	326.028,00	748.979,00	811.971,00	792.734,00	306.674,00	3.941.180,00
35 - MAIELLA-MORRONE	955.670,29	332.744,29	752.761,00	833.789,00	810.658,76	303.245,00	3.988.868,34
Totale in EURO	24.727.891,29	9.473.109,29	23.160.000,00	25.411.120,33	24.971.447,76	9.900.000,00	117.643.568,67

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati Osservatorio sociale Regione Abruzzo

*La quota relativa al PLNA 2015 è stata assegnata ma non ancora erogata

** I Fondi ex-Pain saranno utilizzati dagli ambiti sociali territoriali per la copertura delle spese sostenute nel periodo 2° semestre anno 2011 - anno 2014; sono stati assegnati ma non ancora erogati

*** Quota A.1 + A2 Inclusion sociale + A2s Interventi speciali + A3 Fondo minori + B1 Piano di zona + B2 Gestione associata + PLNA

La Tavola 38 riporta, invece, il Quadro delle risorse investite nei Piani di zona per l'anno 2014, come risultanti dai rendiconti forniti dagli ambiti sociali. Tali dati sono riferibili all'ultimo anno disponibile. Il totale delle risorse investite ammonta a oltre 58 milioni di euro, di cui 35 milioni a carico dei bilanci comunali (circa il 60%) del totale (in Italia, come si vedrà, la media di finanziamento diretto da parte dei Comuni è del 67,2%). La Tavola evidenzia anche un rilevante differenziale delle somme direttamente investite dai Comuni (ultima colonna), dove la percentuale di finanziamento si attesta per alcuni a livelli minimi.

Tavola 38 - Quadro riepilogativo risorse investite per i Piani di zona e i Piani Locali per la Non Autosufficienza – Anno 2014

Ambito sociale	Quota trasferita Fondo Nazionale Politiche Sociali	Quota trasferita Fondo Sociale Regionale	Quote fondi propri dei Comuni	Altre risorse	Risorse Piani di Zona	Quota trasferita FNNA	Totale risorse per piani di zona e Piani locali per la non autosufficienza	% Fondi propri dei Comuni su totale risorse
1 – TORDINO*	271.557,00	136.511,00	2.164.739,00	664.324,00	2.572.807,00	235.360,00	2.808.167,00	77%
2 – VIBRATA	361.948,00	243.466,00	1.858.645,00	264.682,00	2.464.059,00	380.693,00	2.844.752,00	65%
3 - FINO-VOMANO	176.994,00	191.547,00	186.640,66	30.000,00	555.181,66	181.225,00	736.406,66	25%
4 – LAGA	159.455,00	73.743,00	58.299,50	5.879,27	291.497,50	160.800,00	452.297,50	13%
5 – TERAMO	243731,00	216.795,50	998.090,33	0,00	1.458.616,83	301.215,00	1.759.831,83	57%
6 - GRAN SASSO	205.728,00	96.184,12	158.587,88	27.206,06	460.500,00	169.513,00	630.013,00	25%
7 - COSTA SUD 1*	230.792,00	211.945,00	1.328.517,16	88.387,18	1.771.254,16	240.223,00	2.011.477,16	66%
8 - COSTA SUD 2*	210.758,00	128.346,00	1.912.356,42	81.519,00	2.251.460,42	218.388,00	2.469.848,42	77%
9 - ALTO ATERNO	172.723,00	86.496,00	59.403,53	0,00	318.622,53	175.189,00	493.811,53	12%
10 - L'AQUILA	344.523,00	591.551,00	2.335.244,00	395.200,00	3.271.318,00	362.077,00	3.633.395,00	64%
11 – M. AQUILANA	160.168,00	49.105,00	76.346,00	414.310,00	285.619,00	157.927,00	443.546,00	17%
12 - MARSICA	286.026,00	191.829,00	150.848,45	126.000,00	628.703,45	298.028,00	926.731,45	16%
13 – SIRENTINA*	150.025,00	62.938,00	122.406,90	16.000,00	335.369,90	149.125,00	484.494,90	25%
14 - VALLE ROVETO	149.714,00	91.318,00	175.517,53	53.000,00	416.549,53	151.265,00	567.814,53	31%
15 VALLE GIOVENCO	158.927,00	82.416,00	140.725,58	67.000,00	382.068,58	160.720,00	542.788,58	26%
16 – AVEZZANO*	227.729,00	219.918,00	747.816,14	79.514,46	1.195.463,14	236.697,00	1.432.160,14	52%
17 - VALLE PELIGNA	189.423,00	135.139,67	236.457,33	46.980,00	561.020,00	193.557,00	754.577,00	31%
18 – SULMONA*	163.769,00	159.484,00	940.775,22	159.135,23	1.264.028,22	168.163,00	1.432.191,22	66%
19 SANGRO AQUIL.	162.437,00	80.015,00	195.583,00	0,00	438.035,00	163.138,00	601.173,00	33%
20 - AVENTINO	202.111,00	146.372,00	382.412,00	0,00	730.895,00	165.077,00	895.972,00	43%
21 - SANGRO	186.334,00	210.921,99	511.598,13	24.000,00	908.854,12	190.670,00	1.099.524,12	47%
22 – LANCIANO*	210.163,00	138.838,00	2.268.387,88	0,00	2.617.388,88	218.203,00	2.835.591,88	80%
23 - BASSO SANGRO*	266.041,02	298.234,01	1.499.769,66	146.992,40	2.064.044,69	268.218,00	2.332.262,69	64%
24 - VASTESE	222.108,00	238.938,00	1.749.746,60	0,00	2.210.792,60	230.747,00	2.441.539,60	72%
25 - ALTO VASTESE*	191.348,00	102.243,00	158.589,00	0,00	452.180,00	195.718,00	647.898,00	24%
26 - COSTA SUD	196.493,00	157.349,00	888.146,71	0,00	1.241.988,71	169.647,00	1.411.635,71	63%
27 - MAIELLETTA	148.317,00	108.804,72	348.911,46	32.192,00	606.033,18	150.132,00	756.165,18	46%
28 – ORTONESE*	239.118,00	152.584,00	451.068,00	0,00	842.770,00	248.819,00	1.091.589,00	41%
29 - FORO-ALENTO*	337.374,00	385.325,00	2.020.893,00	0,00	2.743.592,00	354.760,00	3.098.352,00	65%
30 – CHIETI	336.102,00	318.952,00	2.503.863,43	1.383,00	3.158.917,43	287.313,00	3.446.230,43	73%
31 – PESCARA	553133,00	663.269,00	4.900.472,60	0,00	6.116.874,60	582.658,00	6.699.532,60	73%
32 – MONTESILVANO*	269.602,00	114.038,00	1.460.187,76	17.093,52	1.843.827,76	282.027,00	2.125.854,76	69%
33 –A. M. PESCARESE	321.273,33	255.174,75	1.343.236,07	0,00	1.919.684,15	337.368,00	2.257.052,15	60%
34 – VESTINA*	245.183,26	186.351,91	562.682,43	0,00	994.217,60	255.013,00	1.249.230,60	45%
35-MAIELLA-MORR.	246.363,00	330.789,00	500.295,00	38.524,00	1.077.447,00	256.327,00	1.333.774,00	38%
Totale in EURO	8.197.490,61	6.856.931,67	35.397.259,36	2.779.322,12	50.451.681,64	8.296.000,00	58.747.681,64	60%

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati Osservatorio sociale Regione Abruzzo

*Gli Ambiti contrassegnati dall'asterisco hanno computato anche il costo dei servizi di asilo nido, a differenza di tutti gli altri ambiti. Questo produce un incremento della spesa e della quota di cofinanziamento non valorizzata dagli altri Ambiti e Comuni. Per gli ambiti Tordino (€ 945.074,00), Costa Sud 2 (€ 592.875,12), Lanciano (€ 862.924,62) e Montesilvano (€ 314.166,42), tale computo incide in modo significativo. Occorre tenere conto di questo dato in quanto influenza la comparazione e la quota di finanziamento a carico dell'ambito.

Oltre alle entrate derivanti dai trasferimenti pubblici gli Ambiti segnalano nel 2014 una somma a carico degli utenti pari a circa 1,2 milioni di euro, ovvero circa il 2% per cento del costo totale del servizio. Un dato su cui riflettere, rispetto ad un sistema di accesso ISEE ad oggi spesso disapplicato.

Per quel che riguarda la **spesa sociale e gli impatti sulla programmazione**, secondo l'indagine ISTAT-MEF, la spesa sociale dei Comuni in Abruzzo nell'anno 2012 (Tav. 39) è stata pari a circa 80 milioni di euro con una spesa pro-capite di € 61,1, uno dei valori più bassi a livello nazionale (media nazionale di 117,3), che relegano l'Abruzzo al quartultimo posto fra le Regioni. Per spesa sociale nell'indagine ISTAT si intende, oltre a quella investita nei Piani di zona, anche gli altri costi sostenuti direttamente dai Comuni per tutti i servizi di rilevanza sociale.

Tavola 39 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati – Regione Abruzzo Anno 2012 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Spesa (a)		Spesa pro-capite (b)
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Abruzzo	80.014.005	1,1	61,1
ITALIA	6.982.391.861	100,0	117,3

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

La spesa sociale complessiva per l'assistenza sostenuta dai Comuni in Italia nel 2012 risulta di poco inferiore ai 7 miliardi, con una riduzione rispetto all'anno precedente dello 0,6%. La spesa sostenuta dai comuni abruzzesi ammonta a 80.014.005 euro.

Fra il 2010 e il 2012 la spesa sociale generale dei Comuni è diminuita di 10 milioni di euro (Tavola 40), segnando una pesante battuta d'arresto rispetto alla crescita nel periodo precedente. I maggiori investimenti sono stati nell'area Famiglia e minori (44,7%; su cui incide però anche la spesa per gli asili nido), nell'area Disabili (27,9%) e nell'area Anziani (19,1%), mentre appare sottofinanziata, anche rispetto ai valori della media nazionale, l'area più generale dell'inclusione sociale (Immigrati, Povertà, etc.).

Tavola 40 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza – Regione Abruzzo - Anno 2012

ABRUZZO	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	Totale
2010	37.422.710	25.071.215	311.026	18.179.760	666.718	5.266.410	3.604.473	90.522.312
2011	34.683.278	23.730.859	253.460	16.567.502	544.117	4.041.347	3.624.151	83.444.714
2012	35.804.396	22.309.172	336.989	14.123.481	732.070	3.248.032	3.459.865	80.014.005
% 2012	44,7	27,9	0,4	17,7	0,9	4,1	4,3	100,0
Media Italia 2012	40,0	24,3	0,5	19,1	2,8	7,7	5,6	100,0

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

In Abruzzo il concorso alla spesa degli 80 milioni di euro (Tav. 41) avviene per il 19,4% grazie al Fondo Nazionale per le politiche sociali, per il 10,1% grazie al Fondo sociale regionale.

Tavola 41 - Spesa sociale dei comuni singoli e associati per fonte di finanziamento – Regione Abruzzo - Anno 2012

	Fondo indistinto per le politiche sociali	Fondi regionali vincolati per le politiche sociali	Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o da Unione europea	Altri trasferimenti da enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie dei comuni	Risorse proprie degli enti associativi	Totale
Abruzzo	19,4	10,1	2,6	4,4	3,3	59,8	0,4	100,0
ITALIA	8,0	16,5	2,7	2,1	1,4	67,2	2,1	100,0

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

I Comuni abruzzesi concorrono con il 59,8% delle risorse (dato sostanzialmente confermato anche nel 2014, come evidenziato nella Tav. 41), contro una media nazionale del 67,2%. L'Abruzzo, anche in questo caso, è una delle Regioni in cui i Comuni partecipano meno alla spesa sociale.

Un'analisi della spesa su base provinciale (Tavola 42) evidenzia, invece, che la spesa pro-capite nella Provincia dell'Aquila è di € 51,00, segnalando quindi una forte disparità rispetto alle altre province. La provincia con la spesa sociale pro-capite più alta è Teramo (€ 69,00).

Tavola 42 - Spesa sociale dei comuni singoli e associati per Provincia – Regione Abruzzo - Anno 2011

		Totale Spesa Sociale	Spesa pro-capite
Totale Regione Abruzzo		€ 83.444.714	€ 62
Province	L'Aquila	€ 15.938.071	€ 51
	Teramo	€ 21.456.724	€ 69
	Pescara	€ 19.982.100	€ 62
	Chieti	€ 26.067.819	€ 66

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati ISTAT

Il quadro complessivo che emerge è quello di una Regione che ha prodotto una serie di conquiste in termini di servizi alla persona, ma che si trova oggi ad **una svolta importante sia per il decremento dell'investimento in spesa sociale sia per la soluzione di nodi critici derivanti dai ritardi strutturali, dovuti ad una governance intermittente del sistema e dei suoi strumenti di gestione. La spesa relativa ai Piani di zona dei servizi sociali nell'ultima annualità disponibile, l'anno 2014, come risultante dai Rendiconti presentati nell'anno 2015**, è stata analizzata (Tav. 43) offrendo il quadro riepilogativo della spesa complessiva, suddivisa nelle tre Aree oggetto di rendicontazione:

1. Livelli essenziali, come stabiliti dal PSR 2011-2013;
2. Aree specifiche di bisogno;
3. Costi amministrativi.

Tavola 43 - Quadro riepilogativo della spesa complessiva per i Piani di zona 2014. Rendiconti 2014

Ambito sociale	Livelli essenziali	Livelli essenziali (%)	Aree di bisogno	Aree di bisogno (%)	Costi amministrativi	Costi amministrativi (%)	Totali
1 - TORDINO*	2.785.684,29	86,05%	390.081,26	12,05%	61.365,45	1,90%	€ 3.237.131,00
2 - VIBRATA	2.638.378,00	96,69%	75.956,00	2,78%	14.407,00	0,53%	€ 2.728.741,00
3 - FINO-VOMANO	500.834,11	85,59%	84.347,55	14,41%	0,00	0,00%	€ 585.181,66
4 - LAGA	278.048,15	86,18%	27.385,16	8,49%	17.219,35	5,34%	€ 322.652,66
5 - TERAMO	1.769.892,03	99,86%	2.500,00	0,14%	0,00	0,00%	€ 1.772.392,03
6 - GRAN SASSO	379.012,18	77,71%	59.668,91	12,23%	49.024,97	10,05%	€ 487.706,06
7 - COSTA SUD 1*	1.787.373,97	96,11%	62.533,37	3,36%	9.734,00	0,52%	€ 1.859.641,34
8 - COSTA SUD 2*	2.233.005,11	95,84%	96.885,91	4,16%	0,00	0,00%	€ 2.329.891,02
9 - ALTO ATERNO	284.843,93	88,54%	0,00	0,00%	36.867,00	11,46%	€ 321.710,93
10 - L'AQUILA	3.303.227,62	86,73%	478.000,00	12,55%	27.332,00	0,72%	€ 3.808.559,62
11 - MONT. AQUILANA	661.129,02	79,96%	162.288,00	19,63%	3.397,90	0,41%	€ 826.814,92
12 - MARSICA	390.827,50	62,48%	222.915,00	35,64%	11.775,00	1,88%	€ 625.517,50
13 - SIRENTINA*	371.463,94	86,12%	47.080,00	10,91%	12.796,00	2,97%	€ 431.339,94
14 - VALLE ROVETO	376.573,60	77,78%	97.032,52	20,04%	10.517,00	2,17%	€ 484.123,12
15 - VALLE GIOVENCO	322.087,79	74,88%	97.010,46	22,55%	11.029,00	2,56%	€ 430.127,25
16 - AVEZZANO*	1.001.306,53	84,00%	180.019,66	15,10%	10.653,12	0,89%	€ 1.191.979,31
17 - VALLE PELIGNA	472.095,72	77,65%	124.596,28	20,49%	11308,00	1,86%	€ 608.000,00
18 - SULMONA*	1.184.602,68	83,24%	194.061,77	13,64%	44.499,00	3,13%	€ 1.423.163,45
19 - SANGRO AQUILANO	368.166,11	84,05%	57.555,89	13,14%	12.313,00	2,81%	€ 438.035,00
20 - AVENTINO	512.792,75	70,16%	172.956,81	23,66%	45.145,04	6,18%	€ 730.894,60
21 - SANGRO	693.457,97	74,45%	179.620,28	19,28%	58.392,88	6,27%	€ 931.471,13
22 - LANCIANO*	2.501.481,86	95,57%	98.108,62	3,75%	17.798,40	0,68%	€ 2.617.388,88
23 - BASSO SANGRO*	1.805.038,28	81,64%	364.746,63	16,50%	41.252,17	1,87%	€ 2.211.037,08
24 - VASTESE	1.790.988,20	81,01%	401.866,40	18,18%	17.938,00	0,81%	€ 2.210.792,60
25 - ALTO VASTESE*	418.311,25	92,51%	0,00	0,00%	33.868,75	7,49%	€ 452.180,00
26 - COSTA SUD	1.047.148,43	84,31%	175.511,60	14,13%	19328,68	1,56%	€ 1.241.988,71
27 - MAIELLETTA	565.870,56	71,78%	212.323,56	26,93%	10.163,00	1,29%	€ 788.357,12
28 - ORTONESE*	657.864,00	78,06%	130.000,00	15,43%	54.906,00	6,51%	€ 842.770,00
29 - FORO-ALENTO*	2.290.962,07	83,50%	392.169,99	14,29%	60.461,92	2,20%	€ 2.743.593,98
30 - CHIETI	2.713.721,09	85,87%	416.579,34	13,18%	30.000,00	0,95%	€ 3.160.300,43
31 - PESCARA	5.768.952,93	94,31%	337.921,67	5,52%	10.000,00	0,16%	€ 6.116.874,60
32 - MONTESILVANO*	1.473.524,82	78,78%	335.868,22	17,96%	60.928,24	3,26%	€ 1.870.321,28
33 - A. M. PESCARESE	1.560.245,80	81,28%	344.056,23	17,92%	15.382,12	0,80%	€ 1.919.684,15
34 - VESTINA*	1.059.803,49	94,52%	29.632,03	2,64%	31.824,50	2,84%	€ 1.121.260,02
35 - MAIELLA-MORRONE	1.041.704,26	92,34%	64.498,74	5,72%	21.910,00	1,94%	€ 1.128.113,00
TOTALE IN EURO	47.010.420,04	87,06%	6.115.777,86	11,33%	873.537,49	1,62%	€ 53.999.735,39

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati Osservatorio sociale Regione Abruzzo

*Gli Ambiti contrassegnati dall'asterisco hanno computato anche il costo dei servizi di asilo nido, a differenza di tutti gli altri ambiti. Questo produce un incremento della spesa e della quota di cofinanziamento non valorizzata dagli altri Ambiti e Comuni. Per gli ambiti Tordino (€ 945.074,00), Costa Sud 2 (€ 592.875,12), Lanciano (€ 862.924,62) e Montesilvano (€ 314.166,42), tale computo incide in modo sensibile.

La tavola evidenzia che la maggiore spesa dei Piani di zona è volta a coprire il funzionamento dei Livelli essenziali per l'87,6% del totale (in valore assoluto oltre 47 milioni di euro), l'11,33% (in valore assoluto 6 milioni di euro) per la copertura di specifiche aree di bisogno, l'1,62% (in valore assoluto circa 800 mila euro) per la copertura dei costi amministrativi.

La Tavola 44 consente di leggere la spesa sociale dei Piani di zona all'interno dei Livelli essenziali di servizio, riferiti sempre all'anno 2014.

Tavola 44 - Quadro riepilogativo della spesa (effettivamente impegnata) per i Livelli essenziali di servizio per i Piani di zona. Rendiconti 2014.

Ambito sociale	Area Servizi generali	Area Servizi generali (%)	Area Minori, giovani e famiglia	Area Minori, giovani e famiglia (%)	Area Anziani	Area Anziani (%)	Area Diversamente abili	Area Diversamente abili (%)	Livelli essenziali di assistenza sociale - Totali
1 - TORDINO	157.710,34	5,66%	1.238.686,00*	44,47%	254.948,33	9,15%	1.134.339,62	40,72%	2.785.684,29
2 - VIBRATA	187.137,00	7,09%	1.073.003,00	40,67%	239.043,00	9,06%	1.139.195,00	43,18%	2.638.378,00
3 - FINO-VOMANO	80.413,30	16,06%	92.330,03	18,44%	165.670,68	33,08%	162.420,10	32,43%	500.834,11
4 - LAGA	135.000,00	48,55%	58.897,82	21,18%	17.602,53	6,33%	66.547,80	23,93%	278.048,15
5 - TERAMO	0,00	0,00%	477.845,70	27,00%	129.548,74	7,32%	1.162.497,59	65,68%	1.769.892,03
6 - GRAN SASSO	105.520,11	27,84%	70.847,53	18,69%	38.531,92	10,17%	164.112,62	43,30%	379.012,18
7 - COSTA SUD 1	117.906,92	6,60%	526.328,70*	29,45%	438.991,18	24,56%	704.147,17	39,40%	1.787.373,97
8 - COSTA SUD 2	88.930,25	3,98%	1.066.561,33*	47,76%	184.312,57	8,25%	893.200,96	40,00%	2.233.005,11
9 - ALTO ATERNO	52.438,72	18,41%	36.859,20	12,94%	41.157,13	14,45%	154.388,58	54,20%	284.843,93
10 - L'AQUILA	126.186,00	3,82%	1.376.000,00	41,66%	450.000,00	13,62%	1.351.041,62	40,90%	3.303.227,62
11 - MONT. AQUILANA	60.029,90	9,08%	43.275,72	6,55%	211.053,88	31,92%	346.769,52	52,45%	661.129,02
12 - MARSICA	107.200,00	27,43%	100.000,00	25,59%	143.597,50	36,74%	40.030,00	10,24%	390.827,50
13 - SIRENTINA	66.697,90	17,96%	72.388,30*	19,49%	91.811,92	24,72%	140.565,82	37,84%	371.463,94
14 - VALLE ROVETO	80.000,00	21,24%	37.000,00	9,83%	108.000,00	28,68%	151.573,60	40,25%	376.573,60
15 - VALLE d.GIOVENCO	56.552,96	17,56%	15.337,60	4,76%	122.895,48	38,16%	127.301,75	39,52%	322.087,79
16 - AVEZZANO	14.092,54	1,41%	428.514,34*	42,80%	240.646,00	24,03%	318.053,65	31,76%	1.001.306,53
17 - VALLE PELIGNA	106.452,88	22,55%	64.179,17	13,59%	58.675,76	12,43%	242.787,91	51,43%	472.095,72
18 - SULMONA	36.000,00	3,04%	340.289,35*	28,73%	345.279,71	29,15%	463.033,62	39,09%	1.184.602,68
19 - SANGRO AQUILANO	92.306,29	25,07%	75.541,55	20,52%	60.296,16	16,38%	140.022,11	38,03%	368.166,11
20 - AVENTINO	54.728,11	10,67%	84.716,03	16,52%	246.983,32	48,16%	126.365,29	24,64%	512.792,75
21 - SANGRO	63.755,55	9,19%	75.096,49	10,83%	294.285,70	42,44%	260.320,23	37,54%	693.457,97
22 - LANCIANO	65.469,91	2,62%	1.200.514,80*	47,99%	410.984,97	16,43%	824.512,18	32,96%	2.501.481,86
23 - BASSO SANGRO	197.105,27	10,92%	430.206,49*	23,83%	673.321,86	37,30%	504.404,66	27,94%	1.805.038,28
24 - VASTESE	333.328,00	18,61%	369.436,80	20,63%	422.988,80	23,62%	665.234,60	37,14%	1.790.988,20
25 - ALTO VASTESE	86.953,75	20,79%	92.108,24	22,02%	152.270,34	36,40%	86.978,92	20,79%	418.311,25
26 - COSTA SUD	140.898,79	13,46%	205.083,81	19,58%	248.758,74	23,76%	452.407,09	43,20%	1.047.148,43
27 - MAIELLETTA	78.047,65	13,79%	29.350,81	5,19%	85.016,11	15,02%	373.455,99	66,00%	565.870,56
28 - ORTONESE	94.000,00	14,29%	116.864,00*	17,76%	282.000,00	42,87%	165.000,00	25,08%	657.864,00
29 - FORO-ALENTO	438.299,78	19,13%	559.631,45*	24,43%	424.200,09	18,52%	868.830,75	37,92%	2.290.962,07
30 - CHIETI	83.000,00	3,06%	1.075.712,09	39,64%	358.000,00	13,19%	1.197.009,00	44,11%	2.713.721,09
31 - PESCARA	339.000,00	5,88%	2.750.886,50	47,68%	929.371,15	16,11%	1.749.695,28	30,33%	5.768.952,93
32 - MONTESILVANO	239.999,75	16,29%	515.825,43*	35,01%	290.207,72	19,69%	427.491,92	29,01%	1.473.524,82
33 - A. M. PESCARESE	226.657,73	14,53%	666.938,55	42,75%	194.531,26	12,47%	472.118,26	30,26%	1.560.245,80
34 - VESTINA	216.404,42	20,42%	163.374,13*	15,42%	277.840,75	26,22%	402.184,19	37,95%	1.059.803,49
35 - MAIELLA-MORR.	200.621,95	19,26%	106.399,92	10,21%	368.599,97	35,38%	366.082,42	35,14%	1.041.704,26
TOTALE IN EURO	4.528.845,77	9,63%	15.636.030,88	33,26%	9.001.423,27	19,15%	17.844.120,12	37,96%	47.010.420,04

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Sociali-IRS su dati Osservatorio sociale Regione Abruzzo

*Gli Ambiti contrassegnati dall'asterisco hanno computato anche il costo dei servizi di asilo nido, a differenza di tutti gli altri ambiti. Questo produce un incremento della spesa e della quota di cofinanziamento non valorizzata dagli altri Ambiti e Comuni. Per gli ambiti Tordino (€ 945.074,00), Costa Sud 2 (€ 592.875,12), Lanciano (€ 862.924,62) e Montesilvano (€ 314.166,42), tale computo incide in modo sensibile.

La Tavola evidenzia:

1. un più marcato investimento di spesa sull'Area della Disabilità verso la quale confluiscono quasi **il 38% delle risorse complessive** (oltre 17 milioni di euro);
2. un'area dei **servizi essenziali per i minori e la famiglia che assorbe circa il 33% delle risorse** (oltre 15 milioni di euro);
3. un'area dei **servizi per gli anziani per la quale si investe circa il 19% delle risorse** (9 milioni);
4. un investimento per i **Servizi generali (Servizi per l'accesso: Segretariato sociale, Servizio Sociale Professionale, Pronto intervento sociale, etc.) limitato a meno del 10%** (circa 4,5 milioni di euro), cui devono aggiungersi tuttavia i costi sostenuti direttamente dai Comuni per il servizio sociale professionale non rendicontati nel Piano di zona, ma direttamente a carico del Comune.

Il quadro della spesa evidenzia il maggiore carico per l'area della Disabilità (cui devono aggiungersi anche le risorse per i Piani Locali per la Non Autosufficienza – circa 8 milioni annui - e quelle per la Vita Indipendente, non ricomprese nei 17 milioni). **Occorre altresì**

rilevare che nell'anno 2014 l'INPS nell'ambito dell'iniziativa Home Care Premium ha erogato in favore degli Ambiti sociali la somma di oltre 2 milioni di euro per l'assistenza domiciliare di dipendenti pubblici con disabilità e loro familiari.

Risulta, d'altra parte, debole l'area dei servizi essenziali per l'accesso e la presa in carico, che dovrebbero governare l'intero sistema dei servizi sociali, con evidenti ripercussioni sul monitoraggio e sull'efficacia degli interventi. In realtà occorre rilevare che molti Comuni provvedono a tali funzioni con personale dipendente interno (ad esempio, assistenti sociali assunti a tempo indeterminato) che non sono calcolati fra i costi rendicontati.

L'analisi di ulteriori dati, le cui tabelle sono rese disponibili sul sito dell'Osservatorio sociale regionale, mostra che per l'area disabilità i maggiori oneri vanno all'assistenza scolastica specialistica (10 milioni), all'assistenza domiciliare (4,6 milioni) e ai centri diurni (2 milioni). Per l'area Minori e Famiglia il maggior costo è sostenuto per il pagamento delle rette delle Comunità (8 milioni) e per i centri diurni (2,6 milioni). Per l'area Anziani il maggiore costo è per l'assistenza domiciliare (6,4 milioni). Per i servizi generali, il Servizio sociale professionale incide per 1,9 milioni e il Segreterato sociale per 1,3 milioni, mentre per il Pronto intervento sociale la spesa è di 700 mila euro.

Se la spesa per le **persone con disabilità** si aggira intorno ai **30 milioni di euro annue per i servizi** gestiti dagli Ambiti sociali e dai Comuni, **i costi sostenuti dall'INPS per le indennità e le pensioni di invalidità in Abruzzo si aggirano intorno ai 385 milioni di euro all'anno**, a riconferma che **il sistema dei trasferimenti economici in Abruzzo per le persone con disabilità è più di dieci volte maggiore di quello dei servizi**.

I.6 Divari e potenzialità della programmazione regionale e zonale

Risale al 1998 l'ultima legge sulle politiche sociali in Abruzzo, la legge regionale 22, anticipatrice rispetto a quanto si sarebbe poi stabilito a livello nazionale con la l. 328/00. Eppure la Regione ha sofferto negli anni rallentamenti, criticità che ne hanno frenato lo sviluppo in termini di politiche dei servizi, nonostante numerosi atti normativi e, da ultimo, le Linee guida per la riforma "Il sociale per crescere".

Questo Profilo sociale ci consegna elementi importanti per costruire una nuova programmazione dei servizi radicata nei cambiamenti, le risorse presenti, le criticità. L'attuale difficile fase che i servizi alla persona stanno attraversando rappresenta, forse, il momento buono per rilanciare la programmazione in modo non idealistico, ma con occhi disincantati. Utilizzando ciò che l'esperienza ha messo a frutto, il capitale sociale e metodologico che si è costruito, a partire dalle dinamiche in atto e dai cambiamenti in corso.

La programmazione dei servizi ha seguito una parabola di sviluppo, di maturità e di evoluzione. Si sono precisati gli strumenti della programmazione, sono cresciute le esperienze di sperimentazione di progetti, che hanno rappresentato ambiti di comunicazione e confronto.

La programmazione sociale passa soprattutto attraverso i Piani distrettuali sociali, con un compito che è, tra gli altri, la ricomposizione delle risposte, facendosi promotrice di connessioni, collegamenti, con uno sguardo ampio sui problemi nelle diverse fasi della vita, sui temi della vita individuale, familiare e associata. E' questa una delle principali

scommesse che il nuovo Piano intende lanciare. A partire dai dati di realtà che questo profilo ci restituisce e che riassumiamo nella tavola che segue. La scansione è quella che abbiamo utilizzato nell'analisi del sistema di offerta per macro livelli di servizio.

Tavola 45 – Confronto fra domanda sociale e offerta dei servizi in Abruzzo

Macro-livello	Domanda	Offerta
1. Accesso e presa in carico da parte della rete assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> La percentuale di utenti che accede ai servizi sociali comunali risulta essere pari al 3,5% considerato sul totale delle famiglie È in crescita il dato relativo alle persone con disabilità, in gran parte (il 73%) trattasi di invalidi totali Il dato relativo alla presenza di malattie croniche sembra mettere in evidenza in Abruzzo una maggiore propensione alla multi-cronicità La continua e progressiva crescita della popolazione over 65enne (+ 40,4% nel 2035 secondo le proiezioni ISTAT) evidenzia una tendenza all'aumento del carico sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Presenza diffusa di segretariato sociale e servizio sociale professionale sul territorio e negli Ambiti sociali, sebbene le risorse del Sistema di accesso risultano ancora molto contenute (10% del totale della spesa sociale) Stabilità delle attività di informazione e presa in carico sociale negli ultimi 5 anni Limitata spesa sociale dedicata ai primi accessi (PUA e PIS) e ai servizi di accesso e accompagnamento
2. Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> La maggior parte degli utenti intercettati dai servizi sociali comunali rientra all'interno della voce "Assistenza domiciliare socio-assistenziale" I servizi domiciliari risultano, tuttavia, usufruiti da una quota ancora minoritaria di popolazione target soddisfacendo così solo una porzione ristretta della domanda 	<ul style="list-style-type: none"> Buona (se paragonata con l'Italia) dotazione di servizi domiciliari per minori e disabili, discreta quella per il Sad per anziani, buona quella in Adi Presenza del mercato privato della cura (badanti) ampiamente deregolato
3. Servizi a carattere comunitario e per la prima infanzia	<ul style="list-style-type: none"> La domanda potenziale è rappresentata da 31.919 bambini in età 0-2 anni, pari al 2,4% sul totale della popolazione È un dato che le più recenti stime ISTAT prevedono, tuttavia, in diminuzione: -1,2% nel 2025 e -5,8% nel 2035 Il tasso di natalità è, infatti, diminuito da 8,7 bambini nati ogni 1000 abitanti nel 2005 a 7,7 nel 2015: la diminuzione delle nascite non riesce più a compensare il dato sulle persone decedute, nonostante il ricambio con la popolazione immigrata 	<ul style="list-style-type: none"> Limitata capacità ricettiva negli asili nido Disomogenea dotazione di asili nido sul territorio Presenza di servizi integrativi, la cui consistenza rimane da valutare Discreta diffusione dei Centri diurni per minori, disabili e anziani
4. Servizi a carattere residenziale	<ul style="list-style-type: none"> Nell'ambito delle strutture residenziali gestite dai servizi sociali comunali, i principali utenti raggiunti si trovano all'interno dell'area "famiglie e minori" e "anziani" L'utenza per l'"area disabili" assorbe una quota di utenza minoritaria, seppur comunque in continua crescita 	<ul style="list-style-type: none"> La capacità ricettiva nei servizi residenziali è sensibilmente calata negli ultimi anni, per tutte le utenze Il sistema delle residenze in Abruzzo è in grado di accogliere solo in parte una domanda in crescita (anziani) Servizi intermedi (comunità protette, dopo di noi, ecc.) hanno ancora una limitata diffusione
5. Inclusione sociale e sostegno ai redditi	<ul style="list-style-type: none"> Aumento della domanda di inclusione sociale intercettata dai Servizi sociali di base L'Istat ha calcolato che quasi un terzo della popolazione abruzzese nel 2014 (29,5%) è a rischio di povertà o esclusione sociale. Pesa il dato sulla povertà minorile. I dati confermano una multidimensionalità del bisogno delle persone in situazione di povertà che richiede la necessità di servizi con una presa in carico "globale" 	<ul style="list-style-type: none"> Misure di sostegno alla povertà e ai redditi molto frammentate nei territori per regole di accesso e funzionamento Interventi ancora legati più a "progetti" (a termine) che a servizi, stabili e garantiti Rilevante impegno del terzo settore Crescente intervento di inclusione dei profughi e rifugiati.

Altri elementi di criticità senza voler essere completi possono essere così indicati:

1. Una certa **frammentazione territoriale e programmatica**: le 35 zone sociali, che ora diventano "Ambiti distrettuali sociali", hanno rappresentato a lungo un elemento di frammentazione per la programmazione dei servizi, anche nella misura in cui ciascuna zona ha definito regolamenti e sistemi di accesso ai servizi diversificati o non li ha proprio definiti creando disuguaglianze nella fruizione dei servizi. Accanto a questo, la frammentazione delle programmazioni ha rischiato di burocratizzare e di disperdere o sovrapporre risorse (ad esempio, le programmazioni sganciate dal Piano di zona come i Piani locali per la non autosufficienza, gli interventi di erogazione diretta della Regione verso particolari tipologie di utenti, il Piano per la famiglia, tutti strumenti che non sempre risultavano coerenti con le strategie della programmazione sociale locale).
2. Una certa, e forse crescente, **distanza tra bisogni della popolazione e servizi**, un fatto che già veniva evidenziato nelle Linee guida regionali per la riforma delle politiche sociali, presentate a fine 2014. Il che riguarda sia il basso tasso di copertura dei servizi rispetto alla domanda potenziale di interventi, in particolare nell'area della non autosufficienza, sia la difficoltà ad adeguare e innovare i servizi operanti alle nuove caratteristiche del bisogno, in particolare delle famiglie con figli piccoli.
3. Una **integrazione sociosanitaria** ancora limitata, che con la nuova zonizzazione dovrebbe essere favorita in termini di nuove possibilità, nuovi canali, nuovi strumenti e un nuovo raccordo istituzionale-organizzativo, accanto ad azioni mirate al consolidamento della rete delle collaborazioni inter-istituzionali.
4. **Il ricorso, frequente, all'investimento su progetti**, anziché servizi, ossia su percorsi, anche innovativi e sperimentali, che hanno avuto il merito di aprire nuove strade e nuove modalità di raccordo tra pubblico e privato, che hanno allargato il perimetro dei servizi, ma non hanno consentito un consolidamento delle risposte.
5. **Un sistema informativo sociale debole**, frammentato, poco funzionale alla gestione e al governo dei servizi, a istruire decisioni di sistema, che certamente va fatto avanzare nella direzione di accrescere le informazioni sulla efficacia ed efficienza dei servizi alla persona, e quindi di mantenere un costante collegamento tra servizi e bisogni, valutandone corrispondenze, distanze, processi di vicinanza e di possibile allontanamento.

Le potenzialità della programmazione sociale nella Regione vengono oggi soprattutto dal nuovo processo di zonizzazione territoriale, che porterà a ridurre la frammentazione programmatica attribuendo maggiori responsabilità sia in materia sociale che socio-sanitaria alla Conferenza dei Sindaci e ai Comitati dei Sindaci di Distretto.

PARTE II - LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE INTEGRATA

II.1. Principi e priorità della programmazione sociale

Il Piano sociale regionale è strumento di programmazione strategica e integrata del welfare sociale.

Come già accennato in premessa, **il welfare regionale intende svilupparsi anche come un welfare comunitario** in grado di realizzare una **rete di opportunità e di garanzie orientate allo sviluppo umano e al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie, all'esercizio di una cittadinanza attiva nel pieno rispetto del principio di equità, dei diritti e della centralità della persona.**

La Regione Abruzzo intende, pertanto, perseguire per la triennalità 2016/2018 una strategia generale orientata a riformare l'attuale sistema di welfare sociale e sociosanitario.

Si tratta di una strategia, ambiziosa, ma essenziale e necessaria che non intende porsi come "libro dei sogni" o illusione irrealizzabile, ma come percorso, strada da perseguire con una modalità di sviluppo di tipo incrementale e interattivo.

La Regione Abruzzo propone, pertanto, attraverso quanto declinato nelle diverse parti del Piano, una visione di riforma dell'intero sistema. Tale riforma appare come un traguardo possibile e raggiungibile attraverso passi anche piccoli ma progressivi, che nel corso del prossimo triennio possano consentire di procedere solidamente nella prospettiva dell'innovazione e del cambiamento.

Per queste ragioni la seconda parte del Piano è costruita presentando un mix tra indirizzi di carattere più vincolante e prescrittivo (vedi obiettivi di servizio) e aspetti più di carattere stimolante e propositivo, che richiedono specifici investimenti nella direzione dell'auspicato cambiamento e innovazione (vedi sviluppo di nuovi servizi ed interventi).

La strategia complessiva di riforma del welfare, orientata a perseguire simultaneamente obiettivi di omogeneizzazione territoriale e di promozione di innovazione e cambiamento è sostenuta dalla essenziale valorizzazione di forme di **integrazione territoriale**, che promuovono la gestione associata dei Comuni attraverso ambiti coincidenti, per la funzione programmatica, con i distretti sanitari.

Sul versante della governance, strategia prioritaria del Piano è di consolidare e migliorare l'attuale assetto, attraverso il **rilancio dei processi partecipativi e concertativi di territorio**, in grado di **mobilitare risorse comunitarie, di sviluppare reti e partnership significative** e di dare vita a forme virtuose di cooperazione tra gli Enti Locali e tra i comparti (in primis quello sociale e quello sanitario) e tra ente pubblico e terzo settore.

Tutto ciò può essere concretizzato attraverso le 5 direzioni di sviluppo già previste dalle “*Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo*”, alle quali hanno dato il contributo almeno 100 organizzazioni e persone:

1. La nuova governance pubblica delle politiche sociali;
2. Un nuovo ruolo per il terzo settore e le professioni sociali;
3. Il rilancio della programmazione e gestione integrata sociosanitaria;
4. La specializzazione delle risposte e i livelli essenziali;
5. La riqualificazione della spesa.

In particolare, si identificano tre aree su cui il Piano intende investire:

- la **nuova governance pubblica delle politiche sociali** avrà come elemento di novità la riorganizzazione territoriale con la **coincidenza ambiti – distretti sanitari**, che migliorerà in modo determinante la programmazione territoriale sociosanitaria integrata e darà un ruolo più forte alla Conferenza dei Sindaci. La nuova governance sarà rinforzata attraverso Uffici di Piano come aree di management integrato e interventi formativi di accompagnamento affinché si possa realizzare un’effettiva programmazione territoriale;
- si intende **rafforzare il ruolo del terzo settore e della società civile**, riqualificando e valorizzando le risorse della cooperazione sociale, dell’associazionismo, del volontariato, delle professioni, grazie allo sviluppo di pratiche di accreditamento e coprogettazione. Lo sviluppo di forme di coprogettazione (D.p.c.m. 30/03/2001) consentirà di costruire rapporti di partenariato integrativo e non sostitutivo dell’intervento pubblico, con attenzione a nuove regole di rappresentanza nei tavoli di lavoro. Il rilancio del sistema di accreditamento dei servizi sociali consentirà inoltre di sviluppare un sistema aperto di miglioramento della qualità dell’offerta;
- la **connessione tra gli attori** vuole essere un punto qualificante della nuova programmazione regionale, molte volte invocata nelle osservazioni sulle *Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo*. Anzitutto tra sociale e sanitario, ma anche tra il sociale e la scuola, il mondo del lavoro, della formazione, delle politiche per la casa, della giustizia, e di quella minorile, in particolare. Connessioni produttive, finalizzate a sostenere percorsi di inserimento, coesione e aiuto alla persona. Questo sarà un punto qualificante di valutazione del nuovo Piano regionale e dei Piani di ambito. Anche nella direzione di far crescere attenzione verso l’area del “quotidiano problematico”, del disagio non ancora conclamato, della fascia dei quasi-poveri che interessa una quota assai rilevante della popolazione. Come evidenziato nel profilo sociale, più di un quarto dell’intera popolazione abruzzese è a rischio di povertà o esclusione sociale, pari nel 2013, a circa 350.000 persone. A favore di esse occorre far crescere interventi di prevenzione delle fragilità e di tipo promozionale.

L’analisi svolta per la determinazione del profilo sociale ha evidenziato, tra gli altri aspetti, le seguenti criticità sulle quali è necessario intervenire, indipendentemente dalle specificità territoriali:

1. invecchiamento progressivo della popolazione;
2. bassi tassi di natalità;
3. tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche;
4. difficoltà di integrazione (soprattutto lavorativa) delle giovani generazioni;
5. incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza;
6. aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione;
7. *trend* in crescita delle malattie neurodegenerative;

8. persistenza, nonostante i buoni risultati conseguiti nelle precedenti programmazioni, di uno scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità a partire da quella nel mercato del lavoro che vede tassi più bassi della media nazionale.

Come detto in precedenza è indispensabile, nell'ottica di riforma del welfare sociale e sociosanitario abruzzese, avere ben presenti tali criticità nella costruzione delle nuove politiche sociali sociosanitarie, pur nella consapevolezza che i problemi affrontati non potranno essere "magicamente" risolti in tempi brevi.

E' importante che tale consapevolezza sia di stimolo per non dimenticare o accantonare le criticità, ma per costruire, progressivamente e incrementalmente, progetti, interventi e politiche che procedano verso il fronteggiamento ineludibile di tali problemi.

I prossimi anni ci diranno se tale processo di riforma avrà avuto successo e se le realtà locali saranno riuscite a promuovere una migliore soddisfazione dei diritti di cittadinanza, compresi quelli dei cittadini più fragili e vulnerabili.

Per garantire la coerenza del Piano sociale regionale con i Piani sociali di ambito distrettuale è fondamentale utilizzare un sistema di definizione degli obiettivi tarati sulle problematiche rilevate nell'analisi iniziale per giungere a prospettive di cambiamento e di miglioramento sociale capaci di essere continuamente monitorati attraverso specifici indicatori al fine di poter riorientare le politiche verso una maggiore efficacia negli esiti a favore delle persone destinatarie.

Appare, quindi, necessario, considerando le finalità della nuova programmazione, iniziare anche a rilevare, in maniera diversa, non solo le dimensioni e caratteristiche dei servizi e il relativo costo, ma anche il loro impatto, avendo come obiettivo generale quello del **miglioramento continuo della qualità degli stessi**, considerando sia gli output che l'incidenza degli stessi in termini prospettici. In questo senso gli obiettivi della nuova programmazione, in termini di promozione del benessere e della salute, possono essere definiti secondo uno schema di riferimento in cui evidenziare:

1. i campi di intervento,
2. gli assi tematici di riferimento per i Piani sociali di ambito distrettuale,
3. gli obiettivi previsti,
4. gli output intesi come elenco dei possibili servizi e interventi, ulteriormente integrabili a livello di Ambito distrettuale;
5. i risultati attesi dalla loro applicazione,
6. le conseguenti azioni per il miglioramento continuo del benessere.

Nei successivi paragrafi seguirà un approfondimento degli strumenti per attuare gli obiettivi, declinando ulteriormente gli output, ovvero le politiche, gli interventi, le azioni e i servizi in relazione ai gruppi di destinatari.

Tavola 46 – Quadro riepilogativo degli obiettivi di promozione del benessere sociale e di salute del Piano sociale 2016-2018

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
INVECCHIAMENTO PROGRESSIVO DELLA POPOLAZIONE	ASSE 6	Ritardo dell'insorgenza della non autosufficienza	<ul style="list-style-type: none"> - servizi di terapia occupazionale per anziani - servizi di comunità e di vicinato per contrastare il decadimento psicofisico - servizi di attività motoria per la terza età - servizi per una maggiore inclusione degli anziani nel “mondo digitale” 	Favorire un “invecchiamento attivo” della popolazione e prevenire la non autosufficienza	Sviluppo di servizi innovativi e riorientamento delle esperienze di aggregazione verso azioni di <i>active ageing</i>
	ASSE 1				
BASSI TASSI DI NATALITÀ	ASSE 7	Incremento del tasso di natalità	<ul style="list-style-type: none"> - incrementare l’offerta di servizi per la prima infanzia - servizi per favorire tempi di lavoro e cure familiari per i genitori - favorire politiche di “utilizzo consapevole” del part time lavorativo - servizi innovativi per il sostegno alla genitorialità e alle famiglie - servizi di comunità e di mutuo aiuto fra famiglie - servizi di facilitazione e supporto per le giovani famiglie immigrate con figli - servizi di supporto ai neo-genitori di bambini con gravi patologie 	Promuovere servizi e interventi di supporto e accompagnamento per le famiglie con bambini, specie nella prima infanzia, e favorire il ricambio di popolazione	<p>Potenziamento di tutti i servizi sociali e sanitari a supporto della maternità e della paternità</p> <p>Adozione di una specifica strategia integrata per l’inversione del tasso di natalità, specie nelle aree interne</p> <p>Facilitazione di accesso ai servizi per le giovani coppie</p>
	ASSE 4				

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
TASSI SUPERIORI ALLA MEDIA NAZIONALE RISPETTO ALLA PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE	ASSE 2	Riduzione del tasso relativo all'insorgenza di malattie croniche e invalidanti	<ul style="list-style-type: none"> - servizi per favorire de-istituzionalizzazione e deospedalizzazione - servizi innovativi e qualificati di assistenza domiciliare integrata - interventi integrati per il recupero e lo sviluppo dell'autonomia personale - servizi di convenzione e mutuo aiuto per la distribuzione di farmaci 	Offrire servizi territoriali integrati sociosanitari per la cura e la prevenzione delle malattie croniche e riqualificare la domiciliarità	Massimizzare l'integrazione sociosanitaria in tutti i servizi per gli anziani e le persone con disabilità
	ASSE 1				
	ASSE 6				
DIFFICOLTÀ DI INTEGRAZIONE (SOPRATTUTTO LAVORATIVA) DELLE GIOVANI GENERAZIONI	ASSE 4	Riduzione del numero dei giovani privi di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo dei servizi e delle prestazioni secondo l'esperienza intrapresa con Garanzia Giovani - servizi di "tutoraggio" per bambini e giovani che vivono in famiglie in difficoltà o povere - servizi di comunicazione e supporto per favorire la partecipazione a percorsi di inserimento lavorativo - servizi co-gestiti fra scuole superiori e ambiti distrettuali - servizi di supporto per permettere una maggiore partecipazione dei giovani a rischio di esclusione ad attività extrascolastiche (sport, musica, recitazione, etc.) - servizi di supporto per favorire la partecipazione dei giovani a corsi abilitanti rispetto a skill di base (PC, inglese di base, etc.) 	Favorire l'inclusione delle giovani generazioni	Percorsi specifici per adolescenti e giovani a rischio di esclusione nei Piani di ambito e nei Progetti FSE
	ASSE 3				
	ASSE 1				

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
INCIDENZA DOPPIA, RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE, DEI CASI DI VIOLENZA SULLE DONNE E I BAMBINI	ASSE 3	Diminuzione del numero delle violenze	<ul style="list-style-type: none"> - incrementare i servizi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria - messa in rete dei Consultori e dei Centri antiviolenza con i servizi di piano - adeguamento dei Centri antiviolenza agli standard previsti dalla Conferenza Stato-Regioni (Atto 146/2014) - servizi di supporto per favorire la denuncia della violenza subita e l'emersione - servizi integrati sociosanitari di accompagnamento e presa in carico delle vittime - rafforzamento delle equipe per le adozioni e sviluppo dell'affidamento - servizi di mediazione per la prevenzione dei conflitti familiari - interventi di presa in carico degli adulti maltrattanti - rafforzare i servizi anti-discriminazione e di supporto alle vittime di tratta e sfruttamento 	Favorire l'empowerment delle donne vittime o a rischio di violenza e rafforzare la protezione e la cura delle vittime di violenza	Sviluppo di specifici protocolli e raccordi fra servizi sociali, sanitari, giudiziari, e servizi anti-violenza per donne e bambini
	ASSE 1				
	ASSE 4				

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTÀ ED ESCLUSIONE	ASSE 3	Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione	<ul style="list-style-type: none"> - servizi integrati di sostegno al reddito - servizi innovativi per nuclei familiari multiproblematici - servizi di inclusione specifici per adulti con fragilità - servizi di sostegno per famiglie in temporanea difficoltà economica per evitare l'acuirsi delle problematicità - maggiori servizi informativi rispetto alla presenza di servizi di supporto presenti sul territorio - integrazione trasversale con i servizi di volontariato e di comunità al fine di aumentare l'efficacia dell'azione realizzando interventi ad hoc - servizi di mutuo aiuto e di comunità per i minori di famiglie in difficoltà - sviluppare servizi capaci di mettere in atto interventi integrati che pongano al centro la persona e la famiglia a rischio di esclusione - servizi per l'integrazione delle persone di etnia rom - servizi per l'inclusione sociale, sanitaria e abitativa delle persone migranti e senza fissa dimora - interventi di accompagnamento personalizzato per le persone che escono dalla detenzione 	Favorire l'inclusione sociale delle famiglie e delle persone in difficoltà	Disegnare una strategia multidimensionale di contrasto alla povertà ed esclusione, utilizzando tutti gli strumenti finanziari disponibili in sinergia con tutte le realtà territoriali
	ASSE 1				

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
TREND IN CRESCITA DELLE MALATTIE NEURODEGENERATIVE	ASSE 2	Rafforzare la rete sociosanitaria di cura e ritardare la progressione delle malattie	<ul style="list-style-type: none"> - servizi di supporto familiare e della persona efficaci e professionali - servizi di assistenza domiciliare integrata che evitino una ospedalizzazione impropria e garantiscano, fino a quando è possibile, una vita in casa - servizi di “sollevio” per evitare eccessivi carichi di stress per i caregiver che assistono persone affette da malattie neurodegenerative - servizi semiresidenziali per persone con malattie neurodegenerative 	Favorire il più possibile e fino a quando è possibile un elevato livello di qualità della vita in ambiente domestico	Massimizzare l'integrazione sociosanitaria in tutti i servizi per gli anziani e realizzare servizi innovativi di cura, prevenzione, formazione, anche nell'ambito del Piano di prevenzione sanitaria Riqualificare l'assistenza domiciliare sociale e integrata
	ASSE 6				
	ASSE 1				
SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	ASSE 5	Sviluppare una rete di servizi per la disabilità in grado di avviare l'applicazione della Convenzione ONU in Abruzzo in tutti i suoi aspetti	<ul style="list-style-type: none"> - servizi di formazione e supporto per favorire il più possibile la vita autonoma di persone con disabilità o con patologie mentali - servizi di supporto per una vera integrazione all'interno del mondo della scuola - servizi capaci di sviluppare piani diagnostico-terapeutici-assistenziali integrati; - servizi per il dopo di noi e la micro-residenzialità - servizi di “sollevio” per evitare eccessivi carichi di stress per i caregiver che assistono persone con disabilità - interventi per potenziare il finanziamento dei progetti di vita indipendente e piena integrazione 	Favorire l'empowerment delle persone con disabilità	Riqualificazione dei servizi per la disabilità attraverso una rafforzata integrazione sociosanitaria e sviluppo di servizi innovativi multidimensionali di integrazione sociale
	ASSE 1				
	ASSE 2				
	ASSE 3				

II.2. La programmazione sociale e socio-sanitaria integrata dei servizi

La Commissione Politiche sociali della Conferenza Stato Regioni ha predisposto, nel luglio 2011, un Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Il documento prevede un'articolazione dei livelli essenziali in 5 Macrolivelli, 9 obiettivi di servizio, Linee di intervento, Tipologia di integrazione sociale o sociosanitaria, Target di riferimento. I Macrolivelli e gli Obiettivi di servizio di questo documento sono stati poi ripresi nei Decreti di riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali e nei relativi allegati. Tali macrolivelli e obiettivi entrano, quindi, direttamente nella programmazione di spesa del fondo nazionale, che in Abruzzo è stato trasferito quasi integralmente agli ambiti per la gestione dei Piani di ambito distrettuale, e costituiscono il modello di riferimento per la classificazione dei costi in sede di monitoraggio e rendicontazione.

La strategia di programmazione dei servizi sociali del Piano Sociale Regionale 2016-2018 segue questo modello di pianificazione sistemica, che rappresenta altresì un vincolo ai fini del monitoraggio e della rendicontazione. I Piani sociali di ambito distrettuale prevedono una strategia attuativa dei Macrolivelli (ML) e degli obiettivi di servizio così articolata:

- ML1) servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale** (Accesso, Presa in carico, Pronto Intervento Sociale);
- ML2) servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio** (Assistenza domiciliare, Servizi di prossimità);
- ML3) servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia** (Asili nido e altri servizi per la prima infanzia)
- ML4) servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità** (Comunità per minori e per persone con fragilità);
- ML5) misure di inclusione – sostegno al reddito** (Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia).

I Macrolivelli e gli Obiettivi di servizio sono dettagliatamente elencati con le rispettive linee di intervento nella tavola 47.

Il Profilo sociale ha evidenziato le maggiori criticità nei diversi livelli di servizio. La prescrizione di livelli essenziali di servizio sociali con uguali standard e volumi su tutto il territorio regionale, a prescindere delle specificità delle comunità e dei territori, ha spesso ingessato la spesa su servizi non sempre in linea con gli effettivi bisogni. Molti ambiti sociali hanno segnalato in diverse sedi l'esigenza di una maggiore flessibilità programmatica da devolvere ai territori.

Ferma restando la garanzia della disponibilità dei primi 8 obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio regionale, così come definiti dalla Conferenza Stato-Regioni, il Piano sociale regionale 2016/2018 intende demandare agli ambiti distrettuali sia le modalità organizzative del sistema di offerta dei servizi nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, che saranno progressivamente emanati, sia la quantificazione dei volumi commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio e agli assi tematici strategici disegnati nei Piani sociali di ambito.

E' necessario che i Piani di ambito, oltre a migliorare le performance quantitative, compiano uno sforzo di **innovazione, riqualificazione e riconversione dei servizi erogati verso il miglioramento continuo** dei livelli qualitativi dell'assistenza.

Tavola 47 – Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali

MACROLIVELLO	OBIETTIVI DI SERVIZIO	LINEE DI INTERVENTO	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	TARGET DI RIFERIMENTO
SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO	Azioni di sistema (Punto unico di accesso) Segretariato sociale	SI	Popolazione
	PRESA IN CARICO	Servizio sociale professionale		Popolazione
		Funzioni sociali per la VMD	SI	Persone con bisogni complessi
	Funzioni sociali per affido/adozioni minori	SI	Minori	
PRONTO INTERVENTO SOCIALE	Interventi per emergenza sociale		Persone con grave emarginazione	
SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	ASSISTENZA DOMICILIARE	Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare		Adulti, Anziani e Disabili in condizione di fragilità
		Assistenza tutelare OSS (ADI)	SI	Persone non autosufficienti
		Misure di sostegno alla N. A. e disabilità grave		Anziani e disabili non autosufficienti
	Assistenza Educativa Domiciliare		Minori in famiglie con disagio	
SERVIZI DI PROSSIMITÀ	Interventi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)		Famiglie, Anziani, Disabili	
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE COMUNITARIO E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	Asili nido e servizi innovativi prima infanzia		Minori 0-36 mesi
		Centri di aggregazione e polivalenti		Minori Adolescenti/giovani Anziani e disabili
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ	COMUNITÀ/ RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ	Comunità educativo-assistenziali	SI	Minori allontanati dalla famiglia Minori stranieri non accompagnati
		Centri semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi	SI	Disabili gravi Anziani non autosufficienti
		Residenze per anziani	SI	Ultra 65enni
		Residenze sociosanitarie per non autosufficienti	SI	Ultra 65enni non autosufficienti Disabili gravi
		Strutture per disabili privi di sostegno familiare	SI	Disabili gravi soli
MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/ MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA	Trasporto per fruire dell'assistenza sociosanitaria a e socio riabilitativa (Disabili gravi e Anziani NA)	SI	Disabili gravi Anziani Non Autosufficienti
		Misure di sostegno al reddito per il contrasto alla povertà (+)		Persone e nuclei al di sotto della soglia di povertà assoluta
	MISURE NAZIONALI INCLUSIONE/ SOSTEGNO AL REDDITO	Assegni per Invalidità civile, sordità, sordomutismo		Invalidi civili ciechi e sordomuti
		Indennità di accompagnamento		Invalidi civili incapaci di compiere attività quotidiane e/o deambulare
		Assegno sociale		Ultrassantacinquenni in condizioni di povertà
Assegni maternità, Nuclei familiari con 3 figli		Madri e Famiglie numerose		

Fonte: Commissione Politiche sociali, Conferenza Stato-Regioni, 2011

Gli **8 obiettivi essenziali (OE) di servizio del sistema integrato da garantire su tutto il territorio regionale** e in tutti i Piani sociali di ambito distrettuale con i relativi **obiettivi di miglioramento** per il triennio, sono:

OE1 - ACCESSO

- 1) Rafforzare la cooperazione fra Comuni e ASL per lo sviluppo dei **Punti Unici di Accesso** integrati e diffusi sul territorio, assicurando un'adeguata presenza della componente sociale fra gli operatori del PUA e garantendo una maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, specie nelle aree montane, anche attraverso l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario fra ECAD e ASL-DSB;
- 2) Specializzare il ruolo dei **Segretariati sociali** sia nei compiti di informazione, prima accoglienza, orientamento ai servizi, accettazione ed elaborazione della domanda, sia nell'accompagnamento all'accesso, quali snodi territoriali operanti in stretto raccordo con i PUA e con il Servizio sociale professionale;
- 3) Regolamentare l'accesso al sistema dei servizi con specifici **regolamenti di accesso**, validi su tutto il territorio di ciascun Ambito distrettuale, alle prestazioni sociali agevolate, garantendo equità e trasparenza.

OE 2 - PRESA IN CARICO

- 1) Ridefinire il ruolo e l'assetto ottimale del **Servizio sociale professionale** quale pilastro dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali locali con compiti attivi di coordinamento dei servizi e di regia dell'erogazione, del monitoraggio e del controllo dei piani individualizzati di intervento, e che deve essere affidato personale stabile direttamente dipendente dall'ente locale, compatibilmente con la normativa vigente in materia di personale dipendente degli enti locali;
- 2) Potenziare il ruolo del servizio sociale all'interno delle **Unità di Valutazione Multidimensionale**, dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale, con definizione di protocolli comuni per i piani prestazionali condivisi e prevedendo l'inserimento anche di figure specialistiche in presenza di soggetti in età pediatrica;
- 3) Ridefinire e rilanciare il ruolo delle **Equipe per le adozioni** e raccordo con le linee guida in materia di maltrattamento sui minori, favorendo una più incisiva integrazione fra le professionalità sociali, sanitarie, giudiziarie, che presiedono i processi di protezione dei minori in situazioni di disagio.

OE 3- PRONTO INTERVENTO SOCIALE

- 1) Organizzare un servizio attivo o attivabile a domanda di **pronto intervento sociale**, in rete con le organizzazioni di contrasto alla povertà e sperimentando forme di istruttoria pubblica e di co-progettazione;
- 2) Favorire il superamento delle emergenze sociali rafforzando la connessione degli interventi del PIS con servizi di inclusione strutturati (OE8).

OE 4 - ASSISTENZA DOMICILIARE

- 1) Incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura;
- 2) Sviluppare l'integrazione dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale (attualmente circa 5000 utenti) con l'assistenza domiciliare sanitaria (circa 11000 utenti) attraverso piani individualizzati e integrati di presa in carico e specifici protocolli operativi fra Ambito distrettuale e Distretti;
- 3) Potenziare l'assistenza domiciliare educativa in favore delle famiglie multiproblematiche con minori quale misura per la prevenzione del disagio e del

maltrattamento.

OE 5 - SERVIZI DI PROSSIMITÀ

- 1) Sperimentare servizi comunitari basati sul “welfare generativo” e sul “welfare relazionale e comunitario” in favore di anziani, disabili e famiglie differenziati sia nelle aree interne che nelle aree metropolitane, in forte collaborazione con il terzo settore, anche con l'utilizzo della co-progettazione.

OE 6 - ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E CENTRI DI AGGREGAZIONE E POLIVALENTI

- 1) Consolidare la rete degli asili nido esistenti attraverso la riqualificazione dell'offerta e la maggiore flessibilità organizzativa;
- 2) Sviluppare servizi educativi innovativi, specie nelle aree montane e interne, per piccoli gruppi di bambini nella prima infanzia, in grado di fornire risposte personalizzate e flessibili con costi contenuti;
- 3) Riqualificare gli interventi dei centri diurni socio-aggregativi per minori, disabili e anziani.

OE 7 - COMUNITÀ/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ

- 1) Promuovere lo sviluppo di una rete di microresidenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili, superando i modelli istituzionalizzanti, sia secondo un approccio di piccola comunità protetta che di comunità a valenza sociosanitaria integrata per i bisogni più complessi;
- 2) Favorire la fruizione di servizi diurni sociosanitari in collaborazione fra Aziende ASL e Ambiti distrettuali.

OE 8 - INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA

- 1) Garantire su tutto il territorio regionale lo sviluppo di misure di sostegno al reddito accompagnate da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale;
- 2) Assicurare il servizio di trasporto per l'accesso a strutture sociosanitarie e sanitarie per persone con disabilità.

A livello di servizi l'integrazione sociosanitaria dovrà mettere al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, che dovrà essere progettato, gestito, monitorato, informatizzato e costantemente aggiornato a cura sia degli operatori sociali che sanitari, consentendo anche la partecipazione dell'utente e della sua famiglia. A tal fine il Distretto sanitario deve poter rendere disponibile tutta la relativa documentazione all'operatore del Servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale, prevedendo anche la gestione informatizzata e condivisa del documento, con acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche. Nei casi di non autosufficienza di minori e di adulti, il PAI deve configurarsi anche come Progetto di vita e non soltanto come mero strumento di erogazione dei servizi (cfr. art. 14 della L. 328/2000).

Le aree di **integrazione dei servizi sociali e sanitari** sono principalmente individuate nell'ambito dei **servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali**, nell'area della **non autosufficienza**, della **disabilità**, della **salute mentale adulta e dell'età evolutiva**, dell'**assistenza ai minori** e delle **dipendenze**, dell'**immigrazione** e dei **senza fissa dimora**.

L'attuazione di percorsi efficaci e continuativi di integrazione sociosanitaria richiede la messa in campo di un insieme coerente e coordinato di azioni diverse, in grado di creare connessioni, collaborazioni e allineamento tra il settore delle cure sanitarie e quello dell'assistenza.

I tre livelli di azione integrata individuati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, istituzionale, gestionale e professionale, rappresentano ancor oggi il giusto quadro di riferimento nel quale collocare le scelte necessarie per poter dare risposta concreta ai bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale (D.Lgs. 229/1999).

In Abruzzo, il percorso verso l'integrazione sociosanitaria è segnato da risultati significativi e da nodi ancora da sciogliere. I punti di forza sono soprattutto afferenti ai livelli gestionali e professionali di integrazione. Si possono ricordare, senza pretesa di completezza, le numerose sperimentazioni attuate a livello territoriale attraverso progetti-obiettivo congiunti fra Ambiti territoriali e Distretti sanitari, finalizzati spesso alla lettura dei bisogni complessi; la valorizzazione e diffusione del Punto unico di accesso, individuato come risorsa a disposizione dei cittadini e degli operatori sia sociali che sanitari; l'attenzione riservata alle cure domiciliari integrate, concretizzata con la D.G.R. n. 224/2007 e il conseguente modello di "cartella domiciliare integrata"; lo sviluppo dei Piani locali per la non-autosufficienza, predisposti grazie al raccordo gestionale e professionale tra sanità e sociale; gli effetti della L.R. 5/2008 in materia di sistema delle cure domiciliari.

Gli aspetti critici da affrontare appartengono soprattutto al livello dell'integrazione istituzionale, del quale fanno parte le diverse scelte finalizzate a promuovere e facilitare le collaborazioni fra le istituzioni chiamate ad organizzarsi per conseguire obiettivi comuni di salute. Spesso i vuoti di integrazione si possono spiegare proprio con l'assenza o l'incompletezza delle indicazioni attuative per i livelli istituzionali, destinate a precisare le rispettive responsabilità e le funzioni da svolgere nella realizzazione e verifica delle azioni di integrazione sociosanitaria, che questo Piano affronta introducendo strumenti quali la Conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS) e la Convenzione socio-sanitaria.

II.3. La programmazione integrata e unitaria delle risorse

Una strategia-chiave del Piano sociale regionale 2016-2018 è il **coordinamento della programmazione** e la **progressiva integrazione fra i sistemi** che concorrono al benessere sociale e di salute delle persone.

Le tre **direttrici strategiche** della nuova stagione delle politiche sociali in senso ampio sono:

1. **il coordinamento fra gli strumenti di programmazione** sia a livello regionale che a livello locale con la definizione di veri **Piani sociali di ambito distrettuale**, che diventano contenitori pluridimensionali di strategie più ampie della sola pianificazione dei servizi sociali e che hanno la capacità di identificare lo scenario sociale e il contesto comunitario in cui si andranno a collocare tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute per il prossimo triennio;
2. **il coordinamento fra i sistemi e la loro progressiva integrazione**, anche attraverso apposite modifiche normative, quali fattori chiave che concorrono alla cura della persona e allo sviluppo sociale, ovvero il sistema dei servizi e degli

interventi sociali (cardine del Piano sociale di ambito distrettuale), il sistema sociosanitario e sanitario, il sistema dell'istruzione, della formazione e del lavoro, il sistema dell'abitare, i sistemi socio-economici territoriali, etc.;

3. **la gestione integrata delle risorse finanziarie**, che, pur nella specificità delle programmazioni di settore e dei vincoli di spesa, segue una programmazione coerente con le scelte del Piano sociale regionale e di ambito distrettuale.

Il Piano sociale regionale definisce l'attuazione delle tre direttrici strategiche.

Il **coordinamento fra gli strumenti di programmazione** si realizza attraverso la definizione delle scelte strategiche del Piano regionale nei seguenti ambiti:

- **la definizione degli obiettivi essenziali di servizio** (cfr. § II.2) da garantire su tutto il territorio regionale, che i singoli ambiti distrettuali, sulla base dei rispettivi profili sociali locali e delle scelte strategiche coerenti con il Piano sociale regionale, dimensioneranno alla luce degli effettivi fabbisogni zionali;
- **le linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza** attuati con il sostegno del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, superando l'attuale sistema annuale basato sull'atto di indirizzo regionale, per la gestione delle risorse per la Vita Indipendente di cui alla L.R. 57/2012 e degli interventi per i minori con malattie rare e disabilità gravissime;
- **gli indirizzi per la gestione coordinata degli interventi di inclusione sociale, ricomprendenti le azioni previste nell'Obiettivo Tematico 9 del P.O. FSE 2014-2020 della Regione Abruzzo**, che prevederanno il coordinamento locale degli interventi nell'Ente Capofila di ambito sociale, le azioni che saranno sviluppate dal PON FSE "Inclusione sociale" e dai fondi stanziati con la legge di stabilità 2016 per il Piano di contrasto alla povertà, gli interventi di cui alla L.R. 29/2006 per il sostegno alimentare alle persone in povertà); in questo ambito saranno attuate in Abruzzo le **Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta**, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 05.12.2015;
- **gli indirizzi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia e per il contrasto alla violenza domestica**, declinando le priorità previste dalla L.R. 95/95, dalla L.R. 31/2006 sui centri antiviolenza, dalle risorse per il piano nazionale contro la violenza sessuale e di genere;
- **le priorità programmatiche per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia** sulla base delle risorse stanziati dal piano governativo del 2015 (DGR 105/2016), dai fondi relativi agli obiettivi di servizio del Fondo di Sviluppo e Coesione e dalle altre risorse specifiche;
- **gli indirizzi programmatici per favorire la piena partecipazione sociale delle persone con disabilità**, in attuazione della Convenzione ONU delle persone con disabilità;
- **le linee guida per la programmazione coordinata del Piano delle attività territoriali (PAT) dei Distretti sanitari**, previsto anche dalla L.R. 5/2008, e del **Piano sociale di ambito distrettuale**, anche attraverso la loro coincidenza temporale e gli atti di raccordo;
- **gli indirizzi per la partecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali e sociosanitari** secondo fasce proporzionali di reddito e con soglie di esclusione.

A livello regionale, il **Piano sociale regionale coordinato e integrato** promuove la progressiva riunificazione di tutti gli strumenti di pianificazione sociale, accompagnata da un contestuale adeguamento delle normative di settore. In particolare, il Piano propone:

- **un nuovo disegno strategico delle politiche per la famiglia**, che diventano parte integrante del Piano sociale regionale e di ambito distrettuale, con la conseguente necessità di revisione della L.R. 95/95 e la previsione della devoluzione delle altre risorse ai Piani sociali di ambito;
- **il superamento di tutte le forme di erogazione economica diretta della Regione ai singoli utenti beneficiari finali dei servizi e delle prestazioni sociali** e il trasferimento delle relative competenze agli Ambiti distrettuali; la Regione non può, infatti, essere considerata un ente di accesso ai servizi sociali e alle prestazioni, che devono essere demandati integralmente agli Ambiti distrettuali; con questa strategia dovrà essere avviata la revisione della L.R. 57/2012, demandando agli ambiti la selezione dei beneficiari del contributo collegato alla Vita Indipendente e al tempo stesso di tutte le forme collegate a benefici economici agli utenti;
- il superamento dell'Atto di indirizzo e del Piano Locale della Non Autosufficienza di durata annuale e **l'inserimento delle azioni per la non autosufficienza nel Piano sociale regionale e nel Piano sociale di ambito distrettuale**;
- **il raccordo e la programmazione coordinata con il P.O. FSE 2014-2020 per le azioni dell'Obiettivo Tematico 9 per l'inclusione sociale**. Il Piano FSE prevede, infatti, che "la strategia regionale di inclusione attiva deve basarsi su una **forte integrazione e creare sistema tra i diversi attori pubblici e privati che operano in tale contesto, superando le tante frammentazioni esistenti e sviluppando un sistema di valutazione che consenta di verificare gli impatti delle politiche attivate**. Si tratta di rafforzare i diritti di cittadinanza attraverso la costruzioni di reti solidali tra Regione, Comuni, ASL, Servizi per il lavoro e le diverse associazioni e organizzazioni del terzo settore che collaborino in modo sistematico per elevare i livelli di protezione sociale, combattere le vecchie e nuove forme di esclusione sociale e consentire a tutti i cittadini di sviluppare le proprie potenzialità. Tali reti, che dovranno avere la regia territoriale pubblica presso gli Enti di ambito sociale, vanno costruite anche al fine di rafforzare le capacità di intercettare tale categoria di soggetti che spesso sfuggono alle rilevazioni ufficiali o non vengono raggiunti dalle campagne informative e di comunicazione anche per difficoltà di accesso alle stesse".

Tutti i beneficiari delle specifiche misure di finanziamento pubblico del sistema delle politiche sociali e sociosanitarie sono chiamati a programmare gli interventi secondo una strategia interna ai Piani sociali dell'ambito distrettuale, indipendentemente dal fatto che sia il Piano a fornire le risorse o siano altri interventi settoriali. Infatti, la regia degli interventi territoriali pubblici che impattano sulle politiche sociali va assicurata in capo all'Ambito distrettuale e al suo strumento principale di programmazione per garantire coerenza degli investimenti, raccordo interistituzionale, effettiva governance della sussidiarietà.

Un importante contributo di strategia integrata di pianificazione delle politiche sociali viene proprio dall'**ASSE 2 – INCLUSIONE SOCIALE del P.O. FSE 2014-2020** che prevede l'obiettivo tematico "9i) Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione" e che vede un ruolo diretto e attivo di tutte le organizzazioni del territorio per un investimento complessivo di circa 32 milioni di euro. Già con il precedente Piano, l'azione "Abruzzo Inclusivo" ha permesso di sperimentare una nuova metodologia che vede il protagonismo degli ambiti nella programmazione degli interventi e che sarà proseguita anche nel futuro. I risultati attesi sono:

- 9.1: Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione

- sociale.
- 9.2: Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili.
- 9.7: Rafforzamento dell'economia sociale.

Le tipologie di azione, ricomprese nella misura e che potranno entrare a far parte della strategia dei Piani di ambito distrettuale per l'inclusione sociale con attuazione tramite risposta ad avvisi, sono:

- Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione [es. adozione sociale, tutoraggio, mediazione familiare e culturale, "centri territoriali per la famiglia", prevenzione dell'abuso e del maltrattamento intra-familiare, e della violenza];
- Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità;
- Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment, misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa;
- Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione;
- Sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro; Sviluppo e diffusione delle tecnologie assistite finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità;
- Promozione di progetti e di partenariati tra pubblico, privato e privato sociale finalizzati all'innovazione sociale, alla responsabilità sociale di impresa e allo sviluppo del welfare community;
- Promozione dell'inclusione sociale da realizzarsi nell'ambito della responsabilità sociale d'impresa;
- Rafforzamento delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione;
- Rafforzamento delle attività delle imprese sociali di inserimento lavorativo.

Il P.O.FSE dedica, altresì, alla sinergia con il Piano sociale regionale anche le misure dell'O.T. 8iv) relativo all'uguaglianza tra uomini e donne e alle misure di conciliazione, dell'O.T. 8ii) per l'integrazione sostenibile dei giovani, dell'O.T. 8vii) per il miglioramento della governance integrata fra Ambiti sociali e Servizi per l'Impiego.

Un'importante complementarità potrà essere attivata anche con il **Piano di Sviluppo Rurale 2014-2020** in materia di inclusione sociale nelle aree rurali e con una forte interazione fra GAL (Gruppi di Azione Locale) e Ambiti Distrettuali.

A livello locale, i **Piani sociali di ambito distrettuale** articoleranno conseguentemente la propria strategia su alcuni Assi Tematici (AT) di programmazione coordinata, secondo la seguente scansione di massima:

- **AT 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale;**
- **AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza;**
- **AT 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà;**
- **AT 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica;**
- **AT 5 – Strategia per le persone con disabilità;**
- **AT 6 – Strategia per l'invecchiamento attivo;**
- **AT 7 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia.**

A seconda dei rispettivi Assi, la programmazione prevederà strumenti di attuazione diretta nel Piano (servizi sociali, servizi ad integrazione sociosanitaria e per la non autosufficienza, etc.) e strumenti di attuazione indiretta per i quali andranno descritte le strategie e le priorità, cui farà seguito la presentazione di progetti attuativi specifici, in coerenza con la strategia generale definita del Piano di ambito.

II.4. Le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia

Il Profilo sociale ha evidenziato che le famiglie abruzzesi tendono sempre più a diventare di piccole dimensioni con la relativa contrazione del tasso di fecondità; che sale il numero delle famiglie in situazione di povertà e che rinunciano anche alle prestazioni sanitarie e diminuisce la domanda di asili nido per la non facile sostenibilità dei costi; che esplodono le situazioni di violenza domestica e di genere e cresce il numero dei genitori separati e divorziati. La riduzione dimensionale delle famiglie porta al conseguente indebolimento della loro capacità di risposta nelle situazioni di crisi e di bisogno di accudimento ai diversi componenti fragili lungo le età della vita. Una situazione di evoluzione complessa, cui il sistema dei servizi integrati regionali e locali è chiamato a fornire strumenti di accompagnamento, supporto e cura. In particolare, oltre ai servizi già tratteggiati negli obiettivi di benessere, occorre sviluppare politiche familiari, che i diversi Ambiti distrettuali devono strutturare sulla base dei rispettivi fabbisogni, per la promozione di:

- 1) servizi e interventi integrati sociosanitari di sostegno alla genitorialità e alla nascita, di consulenza e di mediazione familiare, di prevenzione e contrasto alla violenza di genere;
- 2) attivazione di Centri Famiglia integrati, che possano assicurare un monitoraggio costante delle relazioni familiari, anche in collaborazione con il terzo settore;
- 3) interventi di sostegno economico integrato a servizi di home visiting e di accompagnamento alla nascita per i neo-genitori o per le madri in difficoltà e per famiglie con neonati o bambini affetti da gravi patologie;
- 4) sviluppo e messa in rete nel Piano sociale di ambito distrettuale dei Centri antiviolenza di cui alla L.R. 31/2006 e dei Consultori familiari;
- 5) azioni per conciliare tempi di vita e tempi di lavoro, in attuazione della legge regionale 16 dicembre 2005, n. 40, anche al fine di migliorare il benessere quotidiano di tutte le famiglie;
- 6) rafforzamento della rete per lo sviluppo dei servizi della prima infanzia, attraverso un raccordo fra scuole dell'infanzia pubbliche e private, anche in attuazione della L. 107/2015 sulla "Buona scuola", che prevede un ciclo unico 0-6 anni, e valorizzazione

- del ruolo del “Nucleo di coordinamento regionale” istituito sulla base della L.R. 76/2000;
- 7) previsione di forme più adeguate ai fabbisogni di accoglienza dei bambini nelle piccole realtà, tenendo conto del ridotto numero di bambini che ne fanno accesso, e sviluppo di servizi innovativi e multifunzionali per la prima infanzia;
 - 8) promozione e incentivazione di forme di auto-organizzazione di servizi fra famiglie, flessibili e di prossimità, per la cura dei bambini, dei disabili e degli anziani, secondo il modello del welfare generativo.

In Abruzzo nascono pochi bambini: le condizioni economiche familiari, il ritardo nella conquista dell'occupazione e dell'autonomia economica dalle famiglie di origine per le giovani coppie, le difficoltà di accesso o la non disponibilità di servizi di accompagnamento alla nascita e alla prima infanzia, sono fattori fortemente ostacolanti della crescita del tasso di fertilità. La gestione delle dinamiche dei figli adolescenti porta, poi, le famiglie a vere e proprie crisi genitoriali, che tuttavia non incontrano un adeguato supporto nei servizi esistenti.

Nonostante per famiglia, minori e giovani, l'Abruzzo spenda il 32% del totale delle risorse del sistema dei servizi sociali, la rete dei servizi non riesce a contrastare questi trend in quanto la spesa è contratta sul costo per il pagamento dei minori in comunità (oltre 8 milioni su un totale di 15 milioni) e dei centri diurni. Gli interventi regionali e degli Ambiti territoriali sociali devono ricomprendere:

- 1) promozione del raccordo inter-istituzionale fra le azioni dei Piani sociali di ambito distrettuale e i Piani Triennali dell'Offerta Formativa scolastica, al fine di individuare nella scuola il luogo di aggregazione pomeridiano, specie nelle piccole realtà urbane e rurali, creando sinergie di investimento per le “Scuole Aperte” sia negli istituti comprensivi con tempo pieno e prolungato per i bambini che negli istituti superiori per gli adolescenti;
- 2) interventi a carattere aggregativo, di socializzazione e di organizzazione del tempo libero, sportive, in favore degli adolescenti, in grado di sviluppare forme di autogestione e di partecipazione attiva alla gestione sotto la supervisione di animatori e esperti;
- 3) sviluppo di interventi multidisciplinari consulenziali (sociali, sanitari, giudiziari e scolastici), in grado di dare risposte integrate di tipo medico-pediatrico, pedagogico, educativo, socio-assistenziale, psicologico, psicoterapeutico, di tutela civile, sociale e legale, ai bambini e agli adolescenti in difficoltà, con la previsione di servizi sociosanitari di Ambito-ASL-Distretto-Consultorio;
- 4) interventi di prevenzione del maltrattamento e di riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori attraverso misure integrate di assistenza educativa domiciliare, presa in carico dei servizi diurni, sviluppo dell'affidamento eterofamiliare;
- 5) azioni di contrasto alla povertà infantile, anche alla luce del previsto “Fondo di contrasto della povertà educativa minorile” di cui all'art. 1, comma 392, della L. 208/2015, volte a favorire il pieno accesso alle opportunità sociali ed educative dei bambini fin dai primissimi anni di vita;
- 6) azioni e programmi mirati e personalizzati per bambini che presentino situazioni di rischio di esclusione sociale o di maltrattamento e trascuratezza a causa di condizioni familiari problematiche, di appartenenza a culture diverse o a minoranze etniche, della presenza di disabilità, ritardi e disturbi della persona di qualsiasi natura;
- 7) interventi per minori stranieri non accompagnati, per bambini di strada italiani e

- stranieri, per bambini immigrati e di altre etnie, atti a favorire la cura personalizzata di un progetto di vita orientato alla piena integrazione;
- 8) sviluppo di reti e azioni fra gli Ambiti distrettuali, gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni e le autorità giudiziarie minorili, le istituzioni scolastiche, i servizi sanitari al fine di prevenire il disagio e la devianza adolescenziale.

II.5. Le politiche giovanili

Le **politiche per i giovani** possono rivestire un ruolo importante per il rilancio sociale dei territori, dato che il loro straordinario potenziale è oggi schiacciato dalle difficoltà dell'offerta di posti di lavoro e dall'esistenza di barriere all'inserimento, che rendono **i giovani abruzzesi uno dei principali gruppi sociali a rischio di esclusione** (quasi 1 giovane su 2 è senza lavoro). Con l'azione congiunta del programma Garanzia Giovani, del Piano Integrato Giovani, del Servizio Civile Nazionale e Regionale, con le risorse del Fondo per le Politiche giovanili destinate a creare centri di aggregazione giovanili, sono state avviate esperienze significative, che possono e devono radicarsi in ogni Ambito Distrettuale sulla base di scelte strategiche di inclusione giovanile attraverso:

- 1) interventi, inseriti nel sistema integrato, atti a garantire l'informazione, l'orientamento e l'accesso ai diritti al lavoro, alla partecipazione alla vita civile, alla casa, all'istruzione e alla formazione, da parte dei giovani, anche con l'utilizzo dei Fondi per l'inclusione sociale e in collaborazione con le istituzioni scolastiche superiori;
- 2) azioni di sostegno economico e logistico per lo sviluppo di centri e spazi di aggregazione giovanile autogestite e per promuovere il protagonismo giovanile;
- 3) valorizzazione delle attività sportive strettamente finalizzate a scopi sociali e di inclusione;
- 4) sviluppo del Servizio civile nazionale e regionale a livello locale e promozione del volontariato in collaborazione con i Centri Servizi per il Volontariato;
- 5) rilancio di forme di partecipazione attiva dei giovani alla vita democratica (forum, consulte, etc.);
- 6) interventi e servizi integrati sociosanitari di prevenzione delle dipendenze, di cura e riabilitazione, di inclusione sociale per fronteggiare le esigenze primarie di accoglienza, cura e assistenza.

II.6. Le politiche per le persone con disabilità

I Piani sociali di ambito distrettuale prevedono uno specifico Asse di strategia per le persone con disabilità. Il Profilo sociale ha evidenziato che in Abruzzo sono circa 75.000 le persone con disabilità (di cui circa 54 mila con indennità di accompagnamento, in larga parte anziani non autosufficienti pari a oltre 40 mila), che sono oltre 6200 gli alunni con disabilità (3,3 su 100, dato superiore alla media nazionale), che è ancora alta l'esclusione dal mercato del lavoro dei disabili (oltre 8.800 iscritti al Collocamento mirato a fronte di soli 180 avviamenti al lavoro in un anno), che l'esclusione si registra specie per l'accesso ai servizi, per la difficoltà a uscire di casa per la presenza di barriere, per la difficoltà a fruire dei mezzi pubblici.

Tuttavia la spesa dei precedenti Piani di zona per la disabilità, che pure copre la fetta più rilevante dei Livelli essenziali di servizio (37,96%, pari ad oltre 17 milioni di euro annui), è assorbita prevalentemente dall'assistenza scolastica specialistica (10 milioni) e dall'assistenza domiciliare (4,6 milioni), non lasciando spazio ad altre forme di

investimento. In questo ambito si colloca la necessità di individuare un Asse strategico specifico per favorire l'attivazione di interventi e servizi coerenti con la Convenzione ONU (Legge 3 marzo 2009, n. 18).

Le piste di lavoro per la Strategia devono ricomprendere:

- 1) sviluppo e potenziamento di interventi per la vita indipendente di cui alla L.R. 57/2012 e snellimento dell'attuale legislazione per velocizzare il sistema di valutazione ed erogazione dei benefici, riconducendolo agli Ambiti Distrettuali;
- 2) sviluppo di servizi per la residenzialità di tipo micro e familiari, secondo il modello del "dopo di noi", a partire da un maggiore protagonismo delle famiglie in rete con gli Ambiti distrettuali e riprendendo le buone prassi sperimentate nella regione;
- 3) adozione di scale di valutazione e classificazione per la valutazione del bisogno e la programmazione degli interventi personalizzati;
- 4) garanzia della predisposizione e realizzazione dei Progetti individualizzati per le persone con disabilità, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, da parte di tutti i Servizi sociali professionali degli Ambiti distrettuali quale vincolo per l'erogazione delle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie per tutte le fasce di età e le tipologie di disabilità;
- 5) attuazione sul territorio regionale e all'interno del Piano distrettuale sociale degli interventi integrati socio-sanitari di cui all'art. 3 della L. 134/2015 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie";
- 6) ridefinizione del servizio per l'autonomia e la comunicazione degli studenti con disabilità, sulla base di apposito atto di indirizzo regionale e di nuovi accordi di programma, quale servizio di diritto allo studio, concentrando gli interventi sugli alunni in situazione di gravità (art. 3, comma 3);
- 7) sviluppo di progetti di inserimento lavorativo assistito per i disabili, di formazione e lavoro, di intermediazione e mediazione sociale al lavoro;
- 8) servizi di inclusione sociale per le persone con disagio mentale;
- 9) predisposizione di un apposito programma di ambito distrettuale, con forte integrazione socio-sanitaria (collaborazione con Dipartimenti di salute mentale, con l'adozione di protocolli operativi) e coinvolgimento del terzo settore, per l'assistenza e l'inclusione sociale di persone (minori e adulti) con disturbi mentali sia con finalità preventive che di inserimento sociale e per il sostegno ai caregiver familiari;
- 10) promozione di azioni per l'attuazione di tutti i diritti della persona disabile, ed in particolare del diritto alla vacanza, al tempo libero, alla mobilità, allo sport, alla partecipazione della vita sociale, civile e religiosa;
- 11) forme di agevolazione per l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi e per la diffusione di strumenti tecnologici atti a facilitare la vita indipendente, l'inserimento sociale e professionale;
- 12) garanzia del trasporto da casa verso le istituzioni territoriali (scuole, centri e servizi sociali e sanitari, università, etc.);
- 13) sostegno per il superamento delle barriere architettoniche;
- 14) servizi specialistici ad alta integrazione sociosanitaria per le persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), anche attraverso l'utilizzo del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze;
- 15) realizzazione di interventi socio-sanitari di cui alla L. 123/2005 per favorire il normale inserimento e l'inclusione nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia;
- 16) campagne di sensibilizzazione sui diritti delle persone con disabilità e per la riduzione dei comportamenti discriminatori.

II.7. Le politiche per l'invecchiamento attivo

Il Piano Sociale prevede un Asse specifico dei piani di ambito per realizzare una nuova strategia di invecchiamento attivo. Nel Profilo sociale è stato sottolineato il continuo incremento del tasso di invecchiamento della popolazione abruzzese (in dieci anni è salito di 23 punti), anche per effetto della migliore speranza di vita da parte degli abruzzesi, l'incremento del tasso di mortalità per demenze (superiore di 3 punti alla media nazionale), la disabilità che colpisce un quinto della popolazione anziana, mentre un altro quinto è a rischio di disabilità a fronte dei tre quinti che è in buona salute ma con un livello differenziato di rischio.

Nonostante le azioni del Piano di prevenzione sanitaria, le risposte del sistema dei servizi attivati dagli Ambiti sociali si riducono ad un'assistenza domiciliare sociale per gli anziani (che tuttavia ha subito anche una diminuzione nel corso degli anni) insufficiente (copre l'1,3% degli anziani, mentre l'ADI il 4,9%), molto spesso colmata dalle famiglie con il ricorso all'assistenza familiare al mercato del lavoro privato di cura (stima di 16000 "badanti"), al ricorso al ricovero in struttura (disponibilità dell'1,5% di posti sul totale della popolazione anziana). La spesa degli Ambiti sociali per gli anziani è di circa 9 milioni annui, ma essa è assorbita prevalentemente dall'assistenza domiciliare (6,4 milioni). Le piste di lavoro per questa strategia devono ricomprendere:

- 1) servizi e interventi semiresidenziali di supporto al mantenimento dell'autonomia;
- 2) servizi ed interventi domiciliari di prevenzione e limitazione dell'ospedalizzazione e dell'inserimento in strutture residenziali, volti a promuovere il diritto dell'anziano a permanere nella propria casa e a mantenere una vita di relazione attiva;
- 3) potenziamento della gestione integrata dei servizi domiciliari in rete con il Distretto;
- 4) sviluppo di luoghi dell'abitare a misura dell'anziano;
- 5) sostegno all'attività di volontariato e di partecipazione attiva della persona anziana nella comunità locale;
- 6) servizi di aiuto in situazioni di emergenza, quali telesoccorso, pronto intervento sociale, custodi sociali condominiali e di quartiere;
- 7) organizzazione e disciplina di forme di conoscenza e divulgazione degli elenchi delle assistenti familiari italiane e straniere che si sono formate nel servizio agli anziani.

II.8. Le politiche integrate per l'inclusione sociale e l'immigrazione

Il Profilo sociale ha portato alle luce ciò che ai servizi sociali è apparso evidente in questi anni di crisi economica: l'aumento rilevante della domanda sociale connessa al sostegno al reddito e all'inclusione. Per questa ragione, il Piano sociale prevede che tutti i Piani di ambito dedichino uno specifico Asse Tematico alla strategia di lotta alla povertà e per l'inclusione. Il Profilo evidenzia che circa un quarto della popolazione abruzzese è a rischio di povertà e 188 mila persone (di cui 18 mila bambini) sono con una grave deprivazione materiale, che le persone che vivono la condizione di povertà estrema sono per metà italiane e per metà immigrate, che i maggiori fattori di esclusione derivano dalla mancanza di reddito, dalla disoccupazione e dalla perdita del lavoro, dall'assenza di abitazione, dai problemi familiari, dalle dipendenze e dai problemi di carattere psichico e di salute. Altri aspetti legati all'esclusione sono i senza fissa dimora, la prostituzione, il disagio mentale,

gli ex detenuti che fanno fatica a reinserirsi nelle comunità locali, gli immigrati con difficoltà di integrazione e che vivono in condizioni di grave emarginazione sociale, gli immigrati neo-arrivati e di prima generazione. La strategia per il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale deve essere un aspetto fondante da affrontare mettendo in sinergia le diverse fonti finanziarie e creando reti di co-progettazione con il terzo settore.

Gli interventi regionali e degli Ambiti territoriali sociali devono ricomprendere:

- 1) attuazione delle misure contenute nelle *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta*, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 05.12.2015;
- 2) promozione di servizi di inclusione, anche con l'utilizzo dello strumento della coprogettazione, in grado di mobilitare reti associative inclusive, attuando altresì le linee guida ministeriali sul Sostegno per l'Inclusione Attiva;
- 3) sviluppo di misure multidimensionali di lungo-termine contro la povertà atte a favorire i processi di autonomia economica, consistenti una serie di misure attive per favorire le *capabilities* (capacitazioni) delle persone, quali reddito per il sostegno all'inserimento, accompagnamento assistito al lavoro, accesso agevolato alle prestazioni, microcredito, servizi di inclusione alloggiativa, etc.;
- 4) promozione di servizi per il reinserimento sociale di persone detenute ed ex-detenute e per minori entrati nel circuito penale, in collaborazione fra Ambiti distrettuali, Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, Centro di giustizia minorile e Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, servizi di inclusione gestiti dal terzo settore;
- 5) realizzazione di interventi innovativi di inclusione per le persone colpite da fenomeni di nuova povertà derivanti dal sisma del 2009 nel Comune dell'Aquila e nei Comuni del cratere, con la previsione di specifiche misure di finanziamento, anche con l'utilizzo della quota vincolata del Fondo sociale regionale (§ IV.1);
- 6) razionalizzazione e riqualificazione del sistema di accoglienza dei rifugiati sul territorio della Regione Abruzzo e stipula di protocolli operativi con tutti i soggetti istituzionali;
- 7) piena attuazione della normativa in materia di lotta agli sprechi alimentari nazionale e regionale (L.R. 4/2016) al fine di creare un sistema di *last minute market* e rafforzamento delle attività degli empori e delle mense per le persone in stato di grave deprivazione;
- 8) sviluppo di un *Patto per l'inclusione sociale e la solidarietà sociale* fra tutti i soggetti istituzionali e il privato sociale per il coordinamento di tutte le strategie e le azioni previsti dai diversi strumenti di programmazione e finanziamento;
- 9) sviluppo dei servizi di mediazione culturale e al lavoro per le persone immigrate e revisione della normativa regionale per le persone con cittadinanza non italiana;
- 10) sperimentazione di programmi di housing sociale e di inclusione abitativa per persone colpite da esclusione e per le persone immigrate.

II.9. Le politiche integrate per la non autosufficienza

Le politiche per la non autosufficienza sono state promosse in precedenza nella Regione Abruzzo in modo non sempre coordinato. Il principale strumento di programmazione era rappresentato dall'”**Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza**”, che regola a livello regionale l'utilizzo del Fondo nazionale per le non autosufficienze fin dalla sua istituzione (2006). Si tratta di uno strumento programmatorio di durata annuale, che, a sua volta, dà origine alla

costruzione di Piani Locali per la Non Autosufficienza (PLNA) da parte di ciascun Ambito sociale. La limitata durata temporale del Piano e la frequente sovrapposizione di interventi con quelli del Piano di zona hanno rappresentato delle criticità che con il presente Piano saranno affrontate, re-inserendo la programmazione delle politiche per la non autosufficienza all'interno del Piano sociale di ambito distrettuale.

D'altra parte le politiche per la non autosufficienza non possono ridursi alla sola utilizzazione del Fondo nazionale all'uopo destinato e vincolato, ma devono essere in grado, specie all'interno dell'integrazione socio-sanitaria e della Convenzione sociosanitaria, di coordinare gli interventi sia di tipo sociale che di tipo sanitario che a livello locale ruotano intorno alla persona non autosufficiente in età pediatrica, adulta e anziana. Come il Profilo ha già evidenziato, la non autosufficienza è una dimensione sociale e di salute che in Abruzzo segnala un processo ascendente per il progressivo aumento del tasso di vecchiaia.

Le politiche integrate per la non autosufficienza, che devono essere attuate a livello di Ambito distrettuale, devono, per questo, ricomprendere:

- 1) la composizione delle Unità di Valutazione Multidimensionali con il rafforzamento del ruolo del Servizio sociale professionale, l'inserimento di figure specialistiche nei casi di valutazione che riguardano l'età pediatrica o particolari patologie dell'età adulta, sulla base di protocolli omogenei sul territorio regionale, la formalizzazione del raccordo fra UVM e Servizi sociali territoriali;
- 2) la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato sotto la duplice responsabilità del Distretto sanitario e dell'Ambito distrettuale;
- 3) il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Sociale e Integrata sia con l'incremento progressivo delle risorse sanitarie per adeguarle agli standard nazionali sia con un più stretto coordinamento fra Ambiti distrettuali sociali e Distretti sanitari;
- 4) l'utilizzo delle nuove tecnologie per il telesoccorso, la teleassistenza, la teleriabilitazione, specie nelle aree a forte dispersione di popolazione sul territorio;
- 5) sviluppo di servizi specialistici ad alta integrazione sociosanitaria per soggetti in età pediatrica affetti da patologie con gravissima disabilità;
- 6) snellimento dell'attuale legislazione per regolamentare e velocizzare l'erogazione dei benefici ai soggetti non autosufficienti con gravissima disabilità;
- 7) lo sviluppo dei Centri diurni dedicati a persone non autosufficienti con patologie neuro-degenerative a valenza sanitaria e socio-sanitaria;
- 8) la riduzione dell'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti con programmi mirati di residenzialità assistita e di micro-residenzialità a dimensione familiare;
- 9) l'adozione di misure per regolare il mercato privato del lavoro di cura con l'istituzione di albi delle assistenti familiari e l'incentivazione al ricorso ad operatori sociali qualificati;
- 10) le eventuali e ulteriori misure di cui al provvedimento di riparto delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.

II.10. Le politiche socio-sanitarie per le dipendenze

Il Profilo sociale ha evidenziato la presenza di circa 4200 persone assistite per problemi di dipendenza nei Ser.D. della regione Abruzzo, di cui 137 in strutture residenziali e 65 in centri diurni. La dipendenza da sostanze e dall'alcool è un fenomeno ancora molto sommerso, specie nel mondo giovanile, sia nelle aree metropolitane che in quelle interne. La dipendenza dal gioco d'azzardo è segnalato in costante aumento: ai Ser.D. fino al 2015

sono giunti 386 casi, mentre la magnitudo reale è certamente più ampia. Anche le dipendenze rientrano nell'ambito dell'integrazione sociale e sanitaria e necessitano di politiche integrate fondate sulla prevenzione, sulla cura e sul reinserimento sociale, centrate sui seguenti aspetti:

- 1) l'effettiva attuazione della L.R. 40/2013 per il rilancio della prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo;
- 2) la creazione di percorsi integrati e di progetti individualizzati fra Ambiti distrettuali, Servizi per le Dipendenze, Servizi pubblici e privati di cura per favorire il processo di reinserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenza;
- 3) l'attuazione di Progetti obiettivo regionali, finanziati dal Servizio sanitario nazionale, mirati alla prevenzione delle dipendenze in stretta collaborazione fra servizi sanitari e servizi sociali;
- 4) la promozione di interventi di auto-mutuo aiuto fra persone affette da dipendenze.

II.11. Le azioni regionali di innovazione sociale per la nuova governance del sistema

La promozione delle politiche sociali si attua attraverso specifiche azioni di innovazione da parte della Regione, in coerenza con quanto previsto dall'art. 8 della L. 328/2000, che saranno realizzate con specifici atti di indirizzo e provvedimenti e che di seguito si riepilogano per aree di innovazione.

Area di innovazione 1. Promozione della governance del sistema delle politiche sociali.

Azioni da realizzare:

- implementazione del *Sistema informativo regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie*;
- adozione di standard per lo sviluppo a livello di Ambito distrettuale di un *sistema informativo socio-sanitario* per la gestione del PUA, delle UVM e del PAI;
- adozione del sistema di monitoraggio e valutazione del Piano sociale regionale;
- definizione del regolamento e redazione del manuale di autorizzazione e accreditamento dei servizi alla persona, secondo una metodologia incrementale dei servizi;
- atto di indirizzo per lo sviluppo delle professionalità sociali e socio-sanitarie nei servizi del Piano sociale distrettuale;
- definizione delle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria e degli strumenti attuativi;
- proposta di revisione legislativa per il superamento della frammentazione nella programmazione e gestione delle politiche sociali e l'inserimento delle azioni all'interno dei Piani sociali distrettuali;
- programma di azioni di comunicazione sociale per la conoscenza dei servizi e la costituzione di risorse digitali per l'accesso ai servizi;
- programma di formazione continua dei componenti degli Uffici di Piano e degli operatori degli Ambiti distrettuali e dei Distretti, in particolare sul rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria.

Area di innovazione 2. Misure specifiche di accompagnamento.

Azioni da realizzare:

- aggiornamento dei modelli organizzativi e degli strumenti delle equipe per le

- adozioni nazionali e internazionali;
- nucleo di coordinamento regionale per la piena attuazione delle Linee guida regionali in materia di affidamento familiare e per il contrasto al maltrattamento dei minori (rafforzamento del ruolo dei Nuclei di Tutela dei Minori);
- adozione di apposite *Linee guida per lo sviluppo del Servizio sociale professionale*;
- adozione delle *Linee guida regionali per il servizio di assistenza alla comunicazione e all'autonomia degli alunni con disabilità* al fine di ricondurre ad un quadro chiaro, equo e coerente gli interventi di diritto allo studio degli studenti disabili, definire standard di equità e modalità di fruizione e favorire la sostenibilità dello stesso;
- linee di indirizzo per la definizione di protocolli e prassi operative in attuazione delle misure contenute nel presente Piano sociale regionale.

Area di innovazione 3. Sviluppo dell'innovazione sociale

Azioni da realizzare:

- sviluppo di progetti di rilevante innovazione sociale rispetto a modelli e strumenti di servizio e di prestazione;
- progetti di sperimentazione dell'utilizzo delle TIC nei servizi alla persona;
- promozione di progetti di buone prassi per lo sviluppo del "secondo welfare", derivante da nuove forme di rapporto fra la Pubblica amministrazione e il privato;
- sperimentazione di iniziative attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti di policy, quali i "social impact bond" e altri strumenti di innovazione finanziaria.

PARTE III - I PIANI SOCIALI DI AMBITO DISTRETTUALE

III.1. Dall'ambito sociale all'ambito distrettuale e le forme associative e di integrazione socio-sanitaria

In Abruzzo, la progressiva costruzione di un nuovo welfare regionale, avviata ancora prima della stessa legge 328/2000, è stata contraddistinta da scelte che hanno privilegiato fin dall'origine l'affermarsi dell'associazionismo tra gli enti locali e il consolidamento di un welfare sussidiario, in cui vengono valorizzate le risorse sociali del territorio. Questo processo si è sviluppato partendo dalla individuazione di 35 Ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali, ambiti ritenuti "adeguati" rispetto alle esigenze di omogeneità territoriale e di raccordo tra le diverse politiche dei servizi alla persona. I criteri utilizzati per la zonizzazione tenevano conto anche dell'articolazione delle sei Aziende USL (e dei loro Distretti sanitari nelle zone collinari e costiere) e dei confini delle Comunità Montane nelle aree interne.

L'evoluzione degli assetti istituzionali ed organizzativi registrati nel corso del tempo nei comparti che incidono direttamente sui servizi alla persona, come quello sanitario e quello delle riforme degli enti locali territoriali, rendono oggi necessaria la revisione dell'originaria zonizzazione sociale. L'obiettivo è quello di proseguire il percorso avviato a suo tempo, con la costruzione di assetti istituzionali e organizzativi più sostenibili e funzionali rispetto ai bisogni delle persone e delle famiglie, in grado di migliorare i processi di governance sociale. Si tratta di consolidare il ruolo di programmazione, coordinamento e verifica proprio della Regione e, contemporaneamente, di potenziare quello dei Comuni, quali titolari delle funzioni di programmazione e gestione a livello locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il percorso verso il nuovo assetto istituzionale e organizzativo del sistema regionale dei servizi sociali e sociosanitari trova la sua prima realizzazione con la nascita degli **Ambiti distrettuali sociali**, che sostituiscono i precedenti 35 Ambiti territoriali sociali.

I nuovi Ambiti distrettuali sono individuati dalla Regione con apposito provvedimento, adottato nel rispetto delle disposizioni normative finalizzate ad assicurare il raccordo con i Distretti sanitari (in particolare, l'articolo 8, comma 3, lett. a) della legge 328/2000 e gli articoli 2 e 3-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.).

La nuova zonizzazione ha lo scopo principale di assicurare la coincidenza territoriale con i Distretti sanitari, come la stessa denominazione dei nuovi Ambiti sociali vuole sottolineare, con l'obiettivo di raggiungere la piena attuazione dell'integrazione sociosanitaria. La nuova zonizzazione, inoltre, è funzionale all'esigenza di adeguatezza territoriale, con riguardo alla necessità di favorire il raccordo delle politiche sociali con altre politiche di servizi alla persona, come quelle scolastiche e del lavoro.

L'Ambito distrettuale sociale è il nuovo riferimento territoriale per l'attuazione da parte dei comuni, singoli o associati, delle politiche sociali a livello territoriale, ivi comprese le scelte relative all'individuazione degli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e ai rapporti con i cittadini. L'esercizio delle relative funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e sociosanitari si fonda sul potere di indirizzo politico-amministrativo attribuito ai Sindaci, in quanto organi responsabili e rappresentativi dell'amministrazione comunale.

La funzione di indirizzo politico amministrativo, riferita all'attività di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, si concretizza – in particolare – nell'assolvimento dei compiti di seguito specificati:

- avvio del processo di costituzione dell'Ambito distrettuale;
- cura del percorso di programmazione per la predisposizione del piano di zona dei servizi sociali e azione di impulso, controllo e verifica dei risultati;
- partecipazione delle istituzioni, dei soggetti ed organizzazioni del terzo settore di cui all'art. 1, comma 4, della legge 328/2000, dei cittadini;
- scelta delle priorità di intervento, tenendo conto degli indirizzi regionali e delle risorse disponibili;
- concertazione con l'Azienda USL al fine di assicurare coerenza ed unitarietà all'attività dei servizi e interventi sociosanitari;
- definizione delle modalità organizzative dei servizi e dei criteri di utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali;
- partecipazione all'accordo di programma per l'approvazione formale del piano di zona e per le eventuali modifiche (art. 19, legge 328/2000).

Costituzione degli Ambiti distrettuali sociali

Negli Ambiti distrettuali formati da più Comuni, la responsabilità di indirizzo politico-amministrativo appartiene alla Conferenza dei Sindaci, costituita dai Sindaci di tutti i Comuni appartenenti all'Ambito, o loro delegati.

L'attività di costituzione dei nuovi Ambiti distrettuali sociali prenderà avvio subito dopo l'adozione da parte del Consiglio Regionale del provvedimento di delimitazione territoriale degli Ambiti stessi.

La nascita dei nuovi Ambiti distrettuali non presenta particolari difficoltà laddove gli Ambiti siano formati da un solo comune. In questo caso sarà cura del Sindaco provvedere direttamente all'esercizio delle funzioni preordinate all'avvio del processo di programmazione sociale e sociosanitaria nel territorio comunale di riferimento.

Per quanto riguarda i rimanenti Ambiti distrettuali, la costituzione formale richiede un duplice adempimento:

- insediamento della Conferenza dei Sindaci di Ambito, su iniziativa e convocazione a cura del Sindaco del Comune di maggior dimensione demografica. Nella seduta di insediamento la Conferenza è validamente costituita con la maggioranza dei due terzi degli aventi diritto e delibera con la maggioranza semplice dei presenti. Nella stessa seduta la Conferenza elegge al suo interno, nelle forme ritenute più opportune, il proprio coordinatore con funzioni di presidenza e di rappresentanza e delibera in merito alle norme di procedura per le sue riunioni e attività;
- scelta da parte dei Comuni dell'Ambito, su proposta della Conferenza dei Sindaci, della forma associativa prescelta per la gestione associata delle funzioni e dei servizi sociali, nel rispetto – in quanto applicabili – delle disposizioni in materia di associazionismo comunale obbligatorio di cui al D.L. n. 78/2010 (legge n. 122/2010) e alla L.R. n. 1/2013 e s.m.i.. La costituzione dell'Ambito distrettuale si intende conseguita quando tutti i Comuni avranno deliberato formalmente la scelta della forma associativa individuata.

Gli Ambiti distrettuali sociali dovranno essere costituiti entro e non oltre il termine di 90 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di definizione dei nuovi Ambiti distrettuali sociali.

Successivamente alla costituzione formale degli Ambiti distrettuali sociali, nel caso di Ambiti distrettuali in cui siano presenti una o più “Zone di gestione sociale”, come di seguito definite, si rende necessario provvedere alla costituzione formale anche delle Zone stesse. A tale scopo, si procede con l’istituzione di una **Conferenza zonale dei Sindaci** per ciascuna delle Zone di gestione operanti all’interno dell’Ambito, applicando le stesse modalità e procedure stabilite per la Conferenza dei Sindaci di Ambito, come prima descritte.

Le risorse necessarie per l’esercizio delle funzioni dell’Ambito distrettuale, in caso di gestioni associate, sono conferite dai Comuni all’Ente Capofila dell’Ambito Distrettuale Sociale, nel rispetto di modalità e procedure approvate e specificamente accettate con il provvedimento di individuazione della forma associativa prescelta. L’ECAD è l’ente destinatario delle risorse trasferite dalla Regione, di cui ha la responsabilità della rendicontazione, anche in caso di Ambiti in cui siano presenti Zone di gestione sociale.

Le incentivazioni per la gestione associata previste in materia di politica della spesa, previste nella Parte IV, sono assegnate con vincolo di destinazione ai Comuni aventi titolo.

Il mancato rispetto da parte dei Comuni del termine per la costituzione degli Ambiti distrettuali, oltre ad impedire l’erogazione da parte della Regione delle risorse finanziarie previste in materia di politica della spesa per l’attuazione del Piano sociale (Cfr. Parte IV), dà luogo all’esercizio del potere sostitutivo, previa diffida ad adempiere entro 15 giorni, decorsi inutilmente i quali, si provvede mediante commissario ad acta, ai sensi dell’articolo 136 del D.Lgs. n. 267/2000.

Nella fase transitoria di passaggio della gestione dei servizi, si applicano le disposizioni del codice civile in termini di contratti. Le ulteriori disposizioni applicative saranno disciplinate nel documento di “Linee guida per l’accompagnamento all’attuazione del Piano sociale regionale”.

L’Ente Capofila dell’Ambito distrettuale sociale

Gli Ambiti distrettuali sociali sono rappresentati dall’Ente Capofila dell’Ambito distrettuale sociale (ECAD), che assicura la regia dei processi istituzionali ed esercita le funzioni di organizzazione e gestione unitaria dei servizi sociali, secondo gli assetti più funzionali alla gestione stessa, alla spesa conseguente ed ai rapporti con i cittadini. L’ECAD, in particolare, è destinatario di tutte le assegnazioni finanziarie dovute all’Ambito distrettuale ed è tenuto alla relativa rendicontazione nei confronti della Regione.

Negli Ambiti distrettuali formati da un solo Comune, l’ECAD coincide con il Comune stesso, mentre in quelli pluricomunali l’individuazione dell’ECAD viene formalmente deliberata dai Consigli Comunali di tutti i Comuni, contestualmente alla individuazione della forma associativa prescelta per la gestione associata.

L'individuazione dell'Ente Capofila, come nel passato, ha una valenza temporale non limitata al periodo di durata del Piano sociale regionale, essendo funzionale ad una definizione più stabile e continuativa dell'assetto organizzativo generale e territoriale dell'Ambito stesso.

Le scelte concernenti le forme di gestione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi da parte dell'Ambito distrettuale sociale, da adottare nel rispetto del D.Lgs. 267/2000, sono finalizzate ad assicurare la migliore organizzazione del sistema locale integrato. Esse tengono anche conto della possibilità di delega all'Azienda USL delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria e del coinvolgimento delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP), ai sensi della L.R. 17/2011.

Lo strumento operativo dei nuovi assetti è identificato nell'Ufficio di Piano, di norma appartenente alla tecnostuttura dell'ECAD, che agisce avvalendosi prioritariamente del personale dei precedenti Uffici di Piano, laddove possibile e nel rispetto delle leggi in materia di personale. L'Ufficio di Piano assolve ad un compito strategico a supporto del livello istituzionale per l'attuazione del Piano di ambito distrettuale e deve poter contare su una dotazione di risorse professionali e mezzi adeguati per svolgere le complesse attività ed assumere le responsabilità che gli competono, consistenti, principalmente, in:

- funzioni di programmazione e progettazione, comprendenti il monitoraggio e la valutazione;
- funzioni di gestione tecnica e amministrativa, estese alla predisposizione dei bandi e di gestione delle gare;
- funzioni contabili e finanziarie, con particolare riferimento alla gestione delle risorse finanziarie e relativa rendicontazione.

L'Ufficio di Piano dovrà essere rafforzato rispetto al passato sia in termini di competenze professionali che di collaborazioni interistituzionali, con l'obiettivo di assicurare la necessaria stabilità organizzativa, anche ricorrendo alla formula del comando di personale proveniente da altri Comuni dell'Ambito o dall'AziendaUSL, in particolare per la parte dei servizi sociosanitari integrati.

L'Ufficio di Piano dovrà articolarsi secondo i seguenti principi:

- 1) autonomia funzionale e stabilità delle figure professionali per garantire l'esercizio delle funzioni di programmazione, coordinamento, gestione tecnica e amministrativa, gestione contabile e finanziaria;
- 2) individuazione di un Responsabile, che assolve al compito di referente tecnico diretto per i rapporti con l'Amministrazione regionale;
- 3) articolazione in unità operative per il coordinamento delle aree sociale, socio-sanitaria e socio-educativa; per il presidio dell'area socio-sanitaria deve essere prevista, nell'ambito della Convenzione sociosanitaria, la collaborazione anche del personale del Distretto/ASL e del coordinatore dei servizi socio-sanitari del Distretto/ASL con specifici ordini di servizio dell'azienda ASL;
- 4) (negli ambiti pluricomunali) coordinamento e assistenza tecnica alle attività sociali e socio-sanitarie dei Comuni associati, che sono proporzionalmente chiamati a fornire supporto in termini finanziari e di personale, tenendo conto della popolazione residente.

Le indicazioni organizzative per il funzionamento dell'Ufficio di Piano sono stabilite con apposito atto di indirizzo, successivamente all'approvazione del Piano sociale regionale. Nel rispetto dell'autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali, l'applicazione

delle linee guida non è vincolante per gli Ambiti distrettuali, ma è incentivato dalla Regione con azioni diverse, come la formazione del personale addetto, la promozione di sperimentazioni gestionali dedicate, altre iniziative da finanziare con le risorse stanziare per le azioni di innovazione e programmi speciali regionali (Cfr. § II.11).

Le “Zone di gestione sociale”

Negli Ambiti distrettuali formati da più Comuni, in modo particolare in quelli di maggiore estensione territoriale o caratterizzati da zone con specifici bisogni sociali o sociosanitari, possono essere istituite forme separate di gestione associata, limitatamente ad uno o più servizi sociali e di erogazione delle relative prestazioni, che assumono la denominazione di **“Zone di gestione sociale”**. La possibilità di attivare forme associative separate è subordinata alla salvaguardia dell’unitarietà del processo di programmazione a livello di Ambito distrettuale. All’unico Piano sociale di ambito le gestioni separate devono comunque fare riferimento, in particolare per ciò che attiene agli obiettivi da raggiungere e alle modalità di verifica dei risultati. Nella scelta dei servizi da gestire in forma associata attraverso la Zona di gestione sociale, la Conferenza zonale dei Sindaci deve tener conto del divieto di svolgere una medesima funzione attraverso più forme associative, come stabilito dalle disposizioni in materia di associazionismo comunale obbligatorio prima citate.

La Zona di gestione sociale, pertanto, agisce con autonomia decisionale circa le modalità di gestione dei servizi, ma nel rispetto delle scelte unitarie di programmazione e rendicontazione adottate a livello di Ambito distrettuale e delle disposizioni in materia di associazionismo comunale obbligatorio per i piccoli Comuni. Le forme separate di gestione sono organizzate secondo quanto previsto dalla L. 267/2000, e sono rappresentate dal proprio Ente Gestore, titolare della responsabilità in merito ai servizi assunti in gestione. Agli Enti gestori delle Zone sociali si applica la stessa disciplina stabilita per gli ECAD degli Ambiti distrettuali, limitatamente alle modalità e disposizioni necessariamente applicabili alla funzione gestionale svolta in relazione ai servizi affidati alla Zona con il Piano sociale di Ambito. L’Ente gestore, in ogni caso, può provvedere direttamente agli affidamenti in appalto ed è titolare dei rapporti giuridici instaurati per l’espletamento dei servizi gestiti dalla Zona sociale.

La Zona di gestione sociale si avvale di un proprio **Ufficio di Zona Sociale**, con destinazione di risorse umane e strumentali adeguate alle competenze gestionali ad essa attribuite dall’Ambito distrettuale sociale.

L’integrazione sociosanitaria

L’attuazione di percorsi efficaci e continuativi di integrazione sociosanitaria richiede la messa in campo di un insieme coerente e coordinato di azioni diverse, in grado di creare connessioni, collaborazioni e allineamento tra il settore delle cure sanitarie e quello dell’assistenza. Tra le diverse modalità volte a definire compiutamente un nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell’integrazione sociosanitaria in Abruzzo, oltre alla coincidenza territoriale degli Ambiti distrettuali sociali con i Distretti sanitari, assume particolare rilievo l’attività di regolazione del sistema destinata a rendere compatibili le scelte programmatiche e le azioni attuative riconducibili ai diversi livelli di governo dell’integrazione. Nell’espletamento di tale azione, la Regione ha il compito di adottare la concreta disciplina dei criteri e delle modalità mediante i quali i comuni e le aziende USL

sono chiamati a garantire l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza. Più in particolare, si tratta di individuare gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari (Art. 8-septies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.).

L'azione di regolazione può articolarsi attraverso scelte diversificate, orientate verso un processo di programmazione e attuazione dell'integrazione sociosanitaria su tutto il territorio regionale, caratterizzato dai requisiti della unitarietà di impostazione e della omogeneità di risposte in presenza di uguali bisogni di salute delle persone.

La scelta fondamentale per attuare l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso **il progressivo allineamento temporale, metodologico e organizzativo del Piano sociale di ambito distrettuale e del Programma delle attività territoriali (PAT)**, che ciascun Distretto è tenuto a redigere sulla base di quanto previsto dal D.lgs. 502/1992, dal D.lgs 229/1999 e dalla L.R. 5/2008, sentito il Comitato dei sindaci di Distretto, che con l'attuazione del presente Piano coincide con la Conferenza dei sindaci dell'Ambito distrettuale. **Ciascun Distretto sanitario procederà alla ridefinizione del Programma delle attività territoriali, coerentemente con le scelte operate attraverso la stipula della Convenzione socio-sanitaria.**

I Piani distrettuali sociali e i Programmi delle Attività Territoriali costituiscono la sintesi della programmazione sociale e socio-sanitaria a livello territoriale.

Il Piano sociale individua, pertanto, lo sviluppo della programmazione integrata, per la caratteristica che essa possiede di orientare e coordinare gli obiettivi, l'attività e le risorse dei diversi livelli istituzionali coinvolti. Va in tale direzione l'**accordo di programma** tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL per l'adozione del piano sociale di ambito, di cui all'articolo 19 della legge 328/2000.

L'attuazione delle scelte in materia di integrazione sociosanitaria è affidata, a livello istituzionale, all'azione di raccordo tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL, che trova un nuovo riferimento operativo nella **Convenzione sociosanitaria**, stipulata fra l'Ambito e l'Azienda USL sulla base di apposite Linee guida e schema-tipo regionale.

La convenzione è uno strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione sociosanitaria, imperniato sulla collaborazione continua fra l'Ambito e l'Azienda USL e sull'attuazione degli interventi e dei servizi socio-sanitari, così come disegnati nel Piano distrettuale sociale e nel Programma delle attività territoriali. Essa definisce gli impegni reciproci e disciplina, in particolare, nei limiti della programmazione regionale di settore:

- a) la realizzazione dei servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992 e al D.P.C.M. 14 febbraio 2001;
- b) le modalità organizzative prescelte per il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, per la localizzazione dei presidi nel territorio di competenza, per il sistema di controllo e certezza dei costi (nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, distrettuale sociale e aziendale), per l'innovazione organizzativa tecnica e gestionale nei servizi sociosanitari a livello di Ambito distrettuale e di Distretto sanitario;

- c) le modalità di impiego del personale che opera per l'esercizio associato, proveniente dall'Azienda USL e dagli enti locali associati, anche con la previsione di un coordinatore unico responsabile dell'integrazione socio-sanitaria;
- d) l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario unificato per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni socio-sanitari.

Il compito di attuare il raccordo istituzionale in materia di integrazione sociosanitaria è attribuito anche alla **Conferenza locale integrata sociosanitaria (CLISS)**, costituita dalla Conferenza dei Sindaci dell'Ambito distrettuale sociale (dal Sindaco negli Ambiti monocomunali) e dal Direttore generale dell'Azienda USL o suo delegato, che assume il ruolo di organo comune per l'esercizio associato delle funzioni disciplinate dalla Convenzione sociosanitaria.

La Conferenza si costituisce su iniziativa del coordinatore della Conferenza dei Sindaci o, in caso di inerzia, del Sindaco del Comune di maggiore ampiezza demografica.

La Conferenza locale integrata sociosanitaria agisce a livello di Ambito distrettuale (non di Zona di gestione separata) e rappresenta la sede del raccordo istituzionale tra i Comuni e l'Azienda USL per la definizione delle scelte in materia di integrazione sociosanitaria. In tale veste, alla Conferenza è demandato – in particolare – l'assolvimento dei seguenti compiti:

- definizione degli indirizzi per la programmazione sociosanitaria a livello di Ambito, nel rispetto delle scelte regionali in materia di politiche per la salute e sulla scorta delle priorità legate alla specifica situazione territoriale;
- individuazione, per la parte sociosanitaria, delle azioni comuni Ambito/Distretto da inserire nel Piano sociale di Ambito e nel Programma per le attività territoriali del Distretto sanitario;
- coordinamento e vigilanza sull'attuazione delle azioni individuate e, più in generale, delle disposizioni normative in materia, ad iniziare dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

III.2. Il processo di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale integrato

Il Piano sociale di ambito distrettuale integrato è il nuovo strumento di intervento a livello territoriale, grazie al quale in ciascun Ambito *vengono specificate le previsioni del Piano sociale regionale e stabilite le modalità di attuazione degli obiettivi e di funzionamento dei servizi* (art. 6, l.r. 22/1998). In modo innovativo, ma in continuità con l'originaria definizione contenuta nella l.r. 22/1998 (che ha introdotto il Piano di Zona nel sistema dei servizi regionali abruzzesi), il Piano sociale di ambito distrettuale ha l'obiettivo generale di realizzare il sistema locale unitario ed integrato di interventi e servizi sociali. Oggi, rispetto al passato, il raggiungimento di quell'obiettivo è favorito anche dalla maggiore adeguatezza dell'Ambito distrettuale, grazie alla coincidenza territoriale fra Ambiti e Distretti sanitari, che rappresenta un indubbio fattore di efficacia in materia di assistenza sociosanitaria.

Il Piano sociale di ambito distrettuale è fondato sull'approccio unitario da parte dei comuni alla programmazione e gestione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari per l'intero Ambito distrettuale, fatta salva la possibilità per gli Ambiti formati da più comuni di far ricorso a forme associative separate, interne all'Ambito distrettuale, esclusivamente per la gestione dei servizi, secondo quanto stabilito nel paragrafo precedente. Esso, in

particolare, contribuisce a qualificare i servizi, valorizzando il principio di sussidiarietà e attuando percorsi efficaci di integrazione sociosanitaria. È, inoltre, occasione di partecipazione e concertazione, intese anche come forme di responsabilità condivisa, e di chiarezza in ordine all'esigenza di certezza delle responsabilità e di esercizio delle funzioni connesse.

I risultati che il Piano sociale di ambito può conseguire sono legati anche all'adozione di specifiche strategie e allo sviluppo di precise responsabilità rispetto ai processi da seguire nella sua formazione ed attuazione:

- l'attenzione deve essere concentrata, in primo luogo, sui bisogni e sulle opportunità da garantire, piuttosto che sulla rete dei servizi esistenti;
- le scelte si basano sulla valutazione dei risultati e sulla verifica della programmazione attuata, partendo dall'analisi della realtà che emerge dal profilo sociale locale;
- il processo non è solamente di tipo amministrativo e di adempimento formale, ma deve prevedere forme, luoghi, metodologie per l'esercizio delle responsabilità collettive, uscendo dalla logica di governo per privilegiare quella della *governance*;
- il sistema delle responsabilità associate deve essere chiaramente definito, con la puntuale indicazione degli impegni e delle modalità di gestione unitaria delle risorse, non solo finanziarie, e prevedendo le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti;
- le risorse e i fattori propri di ogni Ambito distrettuale sociale devono essere valorizzate, non solamente per aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche per favorire la crescita di un welfare territoriale "comunitario ed integrato", capace di incentivare la partecipazione attiva della società civile al benessere collettivo.

Grazie alle strategie prima descritte e alle altre direttrici strategiche della nuova tornata di programmazione sociale regionale, il Piano sociale di ambito assumerà progressivamente anche la dimensione di nuovo contenitore pluridimensionale di strategie più ampie rispetto alla sola pianificazione dei servizi sociali, con la capacità di identificare lo scenario sociale e il contesto comunitario in cui collocare tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute.

Nel processo di predisposizione e di successiva attuazione del Piano sociale di ambito, svolge un ruolo strategico l'**Ente Capofila dell'Ambito distrettuale sociale (ECAD)**, di cui al paragrafo precedente, in quanto soggetto istituzionale che rappresenta l'ambito sociale e che esercita la funzione amministrativa in materia sociale, assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano.

Altro organismo cui sono attribuite responsabilità significative in ordine alla formazione, attuazione e verifica del Piano sociale di ambito è il **Gruppo di Piano**, strumento operativo del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci, la cui durata è corrispondente a quella del Piano sociale di ambito. Esso, oltre a rappresentare uno strumento di partecipazione e coinvolgimento delle diverse realtà presenti nell'Ambito distrettuale, è chiamato a svolgere compiti di grande rilievo, compreso quello della stesura e valutazione del piano di zona. Il Gruppo di Piano è composto da rappresentanti (politici e tecnici) degli enti locali, della comunità locale nelle sue diverse espressioni (volontariato, cooperazione, associazioni, fondazioni, ecc.) da individuare anche tramite appositi avvisi, delle istituzioni centrali e locali, quali la Prefettura, la Provincia, le Aziende Pubbliche dei Servizi alla Persona, le istituzioni scolastiche, il Centro di Giustizia Minorile competente per territorio, l'Ufficio di esecuzione penale esterna (specie negli ambiti con presenza di strutture di

detenzione), le fondazioni bancarie, etc., oltre ad almeno due rappresentanti dell'Azienda USL e del Distretto sanitario per coordinare gli aspetti di integrazione socio-sanitaria.

La predisposizione del Piano sociale di ambito distrettuale è articolata in fasi distinte, sotto la responsabilità di indirizzo politico-amministrativo del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci, chiamati ad assolvere alle funzioni e ai compiti descritti nel successivo paragrafo.

Fase A. Attivazione della procedura di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale.

L'avvio del processo programmatico per la predisposizione del Piano compete al Sindaco e, negli Ambiti pluricomunali, al Coordinatore della Conferenza dei Sindaci (in caso di inerzia di quest'ultimo, provvede il Sindaco del Comune di maggiore dimensione demografica dell'Ambito). Con la deliberazione di avvio della procedura, si stabiliscono, in particolare, le modalità di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati e la definizione dei singoli ruoli.

È compito del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci nominare il Gruppo di Piano, predeterminandone la composizione ed acquisendo entro i termini prestabiliti le necessarie designazioni. Contestualmente alla nomina, vengono definiti i tempi e gli indirizzi generali per lo svolgimento dell'attività del Gruppo di Piano. Di tutto il procedimento di nomina è assicurata la conoscibilità attraverso la pubblicazione all'albo informatico dell'ECAD e altre forme indicate dal Sindaco/Conferenza dei Sindaci. Il Gruppo di Piano, nella sua prima seduta e su indicazione della Conferenza dei Sindaci, approva il proprio regolamento di funzionamento (che può prevedere anche la formazione di sottogruppi per materia) e, in particolare, stabilisce il numero legale per la validità delle riunioni. Provvede, altresì, alla nomina di un coordinatore con il compiti di convocare le sedute, coordinare i lavori, redigere i verbali e i rapporti da inoltrare al Sindaco/Conferenza dei Sindaci circa l'andamento dei lavori.

Nella fase iniziale di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale, il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci provvedono anche ad attivare la concertazione preliminare con l'Azienda USL per la definizione delle scelte fondamentali in materia di programmazione sociosanitaria relative alle azioni da attuare nell'Ambito distrettuale e nel Distretto sanitario. La concertazione, in particolare, persegue l'obiettivo di assicurare che le scelte in materia sociosanitaria siano gestite *“all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie”*, secondo quanto indicato dal primo (e unico) Piano sociale nazionale (D.P.R. 3 maggio 2001. Piano sociale nazionale 2001-2003). Per la finalità descritta, oltre che per gli altri compiti a cui è preordinata, è necessario procedere già in questa fase alla costituzione della Conferenza locale integrata socio-sanitaria, secondo le modalità descritte nel paragrafo precedente.

Fase B. Stesura del profilo sociale locale ai fini dell'analisi dei bisogni e della conoscenza dell'esistente.

Il profilo sociale indica le caratteristiche peculiari di una data comunità e società di persone, da cui emergono le specificità e le diversità territoriali in ambito regionale. È l'indispensabile base conoscitiva da cui partire per la definizione delle priorità d'intervento e i conseguenti obiettivi da perseguire riferiti all'intero Ambito distrettuale sociale. Per la

stesura del profilo sociale, l'ECAD si avvale del Gruppo di Piano e utilizza modalità ampie di consultazione partecipata di tutte le realtà istituzionali e sociali attive sul territorio di riferimento.

Il profilo sociale è approvato dal Sindaco/Conferenza dei Sindaci e costituisce parte integrante del documento di Piano sociale di ambito distrettuale.

Fase C. Individuazione delle priorità e degli obiettivi del Piano distrettuale sociale

La definizione di priorità ed obiettivi del Piano sociale tiene conto sia delle indicazioni del profilo sociale locale, che della strategia di programmazione dei servizi sociali contenuta nel Piano sociale regionale. Le scelte dell'Ambito distrettuale, in particolare, sono finalizzate a perseguire gli obiettivi di promozione del benessere sociale e di salute che scaturiscono dall'analisi regionale, letta alla luce dello specifico profilo sociale. Lo strumento di miglioramento della qualità dei servizi erogati è il sistema di offerta dei servizi, che l'Ambito distrettuale è chiamato ad organizzare secondo il modello di pianificazione sistemica delineato dal Piano sociale in riferimento ai Macrolivelli e agli obiettivi essenziali di servizio approvati nel 2011 dalla Conferenza Stato-Regioni.

Anche in questa fase viene coinvolto il Gruppo di Piano ed è valorizzata la partecipazione istituzionale e comunitaria, in particolare delle ASP.

Fase D. Stesura del documento di Piano

Il documento di Piano sociale di ambito distrettuale è articolato secondo le indicazioni contenute nel paragrafo III.6. e dettagliate nello schema di riferimento approvato con le Linee guida regionali.

Al documento di Piano devono essere allegati:

- l'accordo di programma sottoscritto da tutti i partecipanti (ciascun sottoscrittore è tenuto all'approvazione preliminare del piano sociale di ambito da parte degli organi competenti, secondo il proprio ordinamento, senza obbligo di allegazione ed invio dell'atto alla Regione);
- lo schema di regolamento per l'accesso ai servizi, secondo gli standard comuni di cui al paragrafo III.8;
- la convenzione sociosanitaria stipulata fra Ambito distrettuale e Azienda USL (§ III.1.);
- il verbale dell'accordo formale di concertazione sindacale.

Fase E. Approvazione

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

L'accordo è sottoscritto dai rappresentanti di tutti i Comuni dell'Ambito distrettuale sociale, dell'ECAD e, per quanto previsto dal Piano sociale regionale in materia di integrazione sociosanitaria, anche dell'Azienda USL competente per territorio.

All'accordo possono partecipare, inoltre, i soggetti pubblici e i soggetti del terzo settore di cui al quarto comma dell'art. 19, Legge 328/2000, che, attraverso specifiche forme di intesa, concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del Piano di Zona.

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

La fase formativa del Piano distrettuale sociale deve concludersi entro 90 giorni dalla pubblicazione del Piano sociale regionale.

Fase F. Efficacia del Piano

L'ECAD, entro il termine di scadenza prima indicato, trasmette in originale alla Regione Abruzzo tutta la documentazione di Piano, secondo le indicazioni dello schema di riferimento regionale. La lettera di trasmissione indica anche, per gli Ambiti pluricomunali, gli estremi delle deliberazioni con cui i Consigli Comunali hanno proceduto all'individuazione dello stesso.

La Giunta Regionale, entro 60 giorni dal ricevimento, accertata la legittimazione dell'ECAD alla presentazione del Piano distrettuale di ambito e la completezza della documentazione, procede alla verifica di compatibilità con quanto indicato dal Piano sociale regionale. La verifica, effettuata sulla scorta della valutazione di merito di un apposito gruppo tecnico all'uopo individuato, è condizione per l'erogazione dei finanziamenti previsti nella Parte IV del Piano. I Comuni e gli ambiti che non adottano il Piano distrettuale sociale tramite accordo di programma, sono esclusi da tutti i finanziamenti a tale scopo previsti, fermo restando l'esercizio del potere sostitutivo in caso di mancata attuazione dei LIVEAS. Della mancata approvazione del Piano di Zona viene data notizia sul B.U.R.A e tramite altre forme ritenute opportune dalla Giunta Regionale.

Fase G. Integrazioni e modifiche.

Al Piano distrettuale sociale possono essere apportate rimodulazioni finanziarie annuali, in particolare quelle motivate da eventuali modifiche nell'importo dei contributi assegnati a diverso titolo dalla Regione. Tali rimodulazioni, approvate preventivamente dalla Conferenza dei Sindaci (in caso di Ambiti formati da più Comuni), devono essere oggetto di apposito atto di approvazione dell'organo esecutivo dell'ECAD e trasmesse alla Regione entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento della rimodulazione, senza che sia necessaria la verifica di compatibilità regionale.

Altra ipotesi di varianti attuative al Piano sociale di ambito, che non richiedono la preventiva verifica di compatibilità, è rappresentata dall'integrazione del Piano stesso con azioni e servizi già previsti in via generale tra i campi di intervento e le strategie inseriti nel Piano e che possono successivamente essere attuati per il verificarsi delle condizioni previste di finanziamento. La regia di tutti gli interventi territoriali, infatti, è attribuita all'Ambito distrettuale, che include nel Piano tutte le azioni necessarie per la sua attuazione, a prescindere dalla disponibilità iniziale di fonti interne di finanziamento. In questo caso, la disponibilità delle risorse finanziarie successivamente acquisita non determina la necessità di modifiche formali al Piano sociale di ambito e, conseguentemente, la verifica di compatibilità da parte della Regione. Sarà necessario, come nel caso precedente, trasmettere alla Regione il provvedimento di approvazione delle integrazioni entro il 30 novembre dell'anno in cui si provvede alla modifica del Piano.

E' possibile, infine, apportare vere e proprie modifiche e integrazioni al Piano sociale distrettuale, adeguatamente motivate, qualora tale necessità emerga, sia a seguito di monitoraggio periodico del Piano, ovvero per altre motivazioni, anche connesse ad una eventuale nuova individuazione dell'ECAD. In tal caso, il Piano distrettuale modificato, corredato di tutta la documentazione necessaria, deve essere trasmesso alla Giunta Regionale entro il 30 novembre precedente all'anno di riferimento della modifica, per la necessaria verifica di compatibilità da parte della Giunta Regionale.

III.3. Indicazioni per l'articolazione dei Piani sociali di ambito distrettuale

Il Piano sociale di ambito distrettuale, sintetizzabile anche come *Piano sociale distrettuale*, rappresenta lo strumento programmatico di innovazione, che gli Ambiti distrettuali sociali sono chiamati a redigere con la stretta collaborazione con l'Azienda ASL e i Distretti sanitari e con le risorse pubbliche e del privato sociale del territorio di riferimento.

Il Piano sociale distrettuale si compone delle seguenti Sezioni:

1. Assetti istituzionali e formazione del Piano distrettuale

Nella prima sezione vengono presentati: gli assetti istituzionali del nuovo Ambito distrettuale e le responsabilità di pianificazione e gestione, la presenza di zone sociali, la governance dell'Ambito, la composizione dell'Ufficio di Piano, il processo seguito per la formazione del Piano distrettuale, la composizione del Gruppo di Piano, la composizione della Conferenza locale socio-sanitaria, la descrizione del livello istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria, la descrizione del processo di coinvolgimento e partecipazione dei diversi soggetti territoriali alla stesura del Piano distrettuale e gli strumenti utilizzati per favorirne la partecipazione.

2. Profilo sociale locale

Il Profilo sociale locale si articola in 6 paragrafi, supportati da dati e informazioni reperite da diverse fonti per effettuare analisi basate sull'evidenza:

- analisi delle principali tendenze demografiche;
- dimensione socio-economica del territorio nel suo insieme e delle zone sociali, laddove presenti;
- analisi dei fabbisogni sociali e di salute, anche con l'evidenziazione di particolari specificità per le zone sociali;
- ricognizione e analisi sull'attuale sistema di offerta dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio (compresi i soggetti che ricevono contributi per finalità

- sociali anche al di fuori dei fondi del Piano);
- analisi degli impatti della precedente programmazione, con dati relativi sia all'utenza e ai volumi registrati sia alla spesa sociale sostenuta;
- quadro ragionato dei principali fabbisogni rilevati, delle criticità emerse e delle prospettive di miglioramento connesse al nuovo Piano.

3. Le priorità e le strategie del Piano distrettuale sociale

In questa sezione, in coerenza con i fabbisogni emersi nel Profilo, vengono definite le priorità del Piano distrettuale, contenenti: priorità generali per il benessere sociale e di salute dell'Ambito a breve, medio e lungo termine, obiettivi della programmazione (applicazione degli obiettivi della programmazione regionale richiamati al § II.1 e degli obiettivi essenziali di servizio), indicatori di misurazione, valori target da raggiungere per ciascuna annualità, obiettivi ulteriori per singole zone sociali se presenti, strategie generali per l'attuazione degli obiettivi, strategie di sistema per l'integrazione socio-sanitaria con la definizione dei servizi e degli interventi da gestire attraverso la Convenzione sociosanitaria.

4. La programmazione sociale e socio-sanitaria per Assi Tematici

Per la redazione di tale sezione, occorre fare riferimento alla parte II del presente Piano rispetto ai servizi e alle politiche da realizzare. La sezione è divisa in 7 Assi tematici.

AT 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale

In questo Asse Tematico sono definiti gli obiettivi essenziali di servizio e le linee di intervento, secondo quanto previsto nel § II.1. Tali azioni possono essere finanziate con quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale, oltre ai fondi relativi all'integrazione socio-sanitaria.

AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza

L'Asse Tematico illustra gli interventi e i servizi per la non autosufficienza dell'Ambito Distrettuale e del Distretto sanitario e declina le politiche del § II.9. Le azioni si dividono in due Aree.

Area 2A – Programma per la non autosufficienza; tale Area contiene gli interventi e i servizi che verranno attivati con l'utilizzo del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze e che, in precedenza, costituivano il Piano Locale per la Non Autosufficienza. Tali interventi devono essere coerenti con il Decreto di riparto del FNNA e prevedere azioni per la non autosufficienza e per la disabilità gravissima.

Area 2B – Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza; tale Area ricomprende interventi e servizi finanziati con risorse sanitarie (Azienda ASL e Distretto sanitario, Fondo Sanitario Nazionale), con risorse del Fondo per l'integrazione sociosanitaria per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell'utenza in strutture sociosanitarie e con risorse sociali (utilizzo del FNPS, FSR o altri fondi).

AT 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà

Questo Asse Tematico comprende interventi e servizi di inclusione sociale e contiene la strategia generale di contrasto alla povertà e all'esclusione dell'Ambito Distrettuale, attuando le politiche di cui § II.8 e II.10. Esso si articola in: **Azioni dirette**, finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, e **Strategie** (azioni indirette) per il contrasto alla povertà che saranno attuate con l'utilizzo, tramite partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e

nazionale, del Fondo Sociale Europeo (Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020 e del PON Inclusione, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali), nonché delle risorse di cui al Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386), e del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva), descrivendo l'attuazione sul territorio delle specifiche linee guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

AT 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica

L'Asse Tematico ricomprende interventi e servizi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, per la prevenzione e il contrasto della violenza domestica, declinando le politiche di cui al § II.4 e II.5. Le **Azioni dirette** sono finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale (raccordo con i Consultori e con le altre strutture sanitarie); in tale Area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione socio-sanitaria nell'area della famiglia, materno-infantile, della protezione dalla violenza contro le donne e i bambini. Le **Strategie** (azioni indirette) descrivono gli indirizzi di attuazione locale per l'utilizzo del Fondo "Provvidenze in favore della famiglia", istituito dall'art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai Consultori e dalle Associazioni, anche nelle more della revisione della legge, del Fondo Nazionale Politiche della Famiglia, istituito dalla L. 296/2006, per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali, del Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili, istituito dalla L. 248/2006, ripartito annualmente con Intesa della Conferenza Stato-Regioni. In questo ambito andranno anche descritti gli interventi relativi al raccordo con i Centri finanziati dal Fondo "Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate", istituito dall'art. 13 della L.R. 31/2006, per il finanziamento dei centri antiviolenza (consistenza 2015: € 175.000,00) e dal Fondo per il finanziamento del "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere", istituito dalla L. 119/2013, per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere.

AT 5 – Strategia per le persone con disabilità

L'Asse Tematico 5 include gli interventi e i servizi per le persone con disabilità, secondo le previsioni di cui alla parte II.6 e II.10 (limitata alla salute mentale) del Piano sociale regionale. Le **Azioni dirette** sono finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale utilizzato dalle Aziende ASL per la disabilità (in tale area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione socio-sanitaria nell'area della disabilità). Le **Strategie** (azioni indirette) prevedono specifici indirizzi per l'utilizzo del FSE (PON nazionale Inclusione e POFSE regionale), tramite partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e nazionale, del Fondo nazionale sul "Dopo di noi", istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400), del Fondo "Interventi per la Vita Indipendente", istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012), erogato dagli Enti di ambito per il finanziamento di progetti personalizzati di vita indipendente e direttamente erogato alle persone con disabilità, anche in previsione della semplificazione normativa.

AT 6 – Strategia per l’invecchiamento attivo

Questo Asse Tematico comprende interventi e servizi per favorire l’invecchiamento attivo, secondo quanto previsto nel § II.7, finanziabili con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale utilizzato dalle Aziende ASL per la prevenzione della non autosufficienza negli anziani; in tale Area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione socio-sanitaria per l’invecchiamento attivo.

AT 7 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia

L’Asse descrive la strategia relativa allo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia, finanziabili con Fondi Comunali, Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio per servizi educativi prima infanzia, Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia, rifinanziato dalla L. 190/2014, FNPS.

5. L’integrazione socio-sanitaria

In questa sezione sono descritte le misure di integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, di servizi e professionale.

6. Le azioni per il miglioramento del sistema locale e la co-progettazione

In questa sezione sono descritte le misure per la qualificazione del sistema locale di offerta dei servizi, e in particolare:

- a) la definizione dei servizi e degli interventi che saranno affidati tramite procedura di istruttoria pubblica e di co-progettazione;
- b) le misure per la valorizzazione del terzo settore, dell’economia e dell’impresa sociale sul territorio dell’Ambito distrettuale, con gli indirizzi strategici per la promozione del “secondo welfare”;
- c) i criteri di qualità, le clausole sociali, le procedure che saranno seguite per l’affidamento degli altri servizi;
- d) le linee guida del regolamento per l’accesso ai servizi (che dovrà essere allegato al Piano);
- e) la composizione e il funzionamento dell’Ufficio di Piano e degli Uffici di Gestione sociale, laddove previsti;
- f) il sistema di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi del Piano distrettuale sociale.

7. La politica della spesa e i quadri di previsione

L’Ambito distrettuale descrive la politica per la spesa e l’utilizzo dei fondi per il triennio, secondo quanto previsto nel § IV.1. Negli ambiti formati da più Zone sociali vengono altresì illustrate le modalità di gestione dei fondi nei limiti di quanto stabilito nel Piano sociale. Uno specifico paragrafo dovrà essere dedicato alla descrizione del processo di acquisizione anche di altre risorse per lo sviluppo del proprio sistema di servizi. Al fine di avviare un sistema di remunerazione per costi standard, così come previsti dall’Intesa della Conferenza Stato Regioni n. 77 del 7 maggio 2015, le prestazioni di cui all’Asse Tematico 1 dovranno essere articolate anche per costo standard, secondo i modelli forniti dalla Regione.

Con atto di indirizzo applicativo ai sensi della L.R. 22/1998, entro trenta giorni dall’approvazione del Piano sociale regionale 2016-2018, saranno emanate apposite ***Linee guida di accompagnamento per l’attuazione del Piano sociale regionale***,

contenenti le istruzioni dettagliate per la stesura del Piano distrettuale sociale, gli indicatori di misurazione e il relativo format di supporto alla redazione.

III.4. La partecipazione alla programmazione da parte dei cittadini, delle organizzazioni sociali e sindacali

La Regione promuove la programmazione sociale partecipata come metodo di lavoro per la fase di pianificazione e per la fase di progettazione operativa, coinvolgendo i diversi *stakeholder* delle politiche sociali.

Promuovere una *governance* diffusa delle politiche sociali assume infatti il significato di adottare una metodologia negoziale finalizzata a implementare un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche, basato sul comune interesse a collaborare nella realizzazione di una rete unitaria e coordinata di servizi.

Tale orientamento deriva dalla stessa L.328/2000 che promuove, attraverso il Piano, una *governance* delle politiche sociali che prevede l'adozione della metodologia della progettazione partecipata ovvero di forme di progettazione che coinvolgono congiuntamente attori pubblici e privati che intendono partecipare con proprie risorse e competenze alla funzione pubblica. Si tratta di un metodo di lavoro che guarda all'efficacia della progettazione; si presuppone, infatti, che una partecipazione diffusa consenta maggiore ricchezza progettuale potendo contare su punti di vista, competenze e risorse plurime.

Queste condizioni vanno costruite nella programmazione regionale e territoriale. Recita l'art. 12, ai commi 2 e 3, dello Statuto della Regione Abruzzo:

“2. La Regione riconosce e promuove la partecipazione allo svolgimento delle funzioni regionali dei cittadini, dei residenti e dei soggetti sociali organizzati in forme democratiche.

3. La Regione riconosce e favorisce, nel rispetto della loro autonomia, forme democratiche di associazionismo ed assicura alle organizzazioni, anche temporanee, che esprimono interessi diffusi o collettivi il diritto di fare conoscere, scambiare e sostenere pubblicamente le loro opinioni, proposte e valutazioni sulle materie di competenza regionale, sia nelle scelte di programmazione e pianificazione che nella loro attuazione amministrativa. A tal fine la legge regionale istituisce e disciplina l'Albo Regionale della Partecipazione, prevede l'istituzione di Consulte Tematiche costituite dai soggetti iscritti all'Albo ed individua e disciplina ulteriori meccanismi di consultazione.”

In attuazione di queste norme statutarie, **a livello regionale** si disegna un percorso di programmazione partecipata, facilitato dalle seguenti attenzioni metodologiche e di processo e relativi strumenti:

1) Riconoscimento e valorizzazione degli attori esistenti e del loro ruolo nel sistema di programmazione

- Riconoscimento del ruolo degli Enti Capofila di Ambito Distrettuale in veste di soggetti istituzionali che rappresentano l'ambito distrettuale, esercitano la funzione amministrativa in materia sociale assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano;

- Riconoscimento del ruolo dei Comuni sia all'interno dell'Ambito Distrettuale che attraverso un loro maggiore concorso alla realizzazione di interventi sociali integrati nell'ambito dei nuovi Programmi 2014-2020 dei fondi strutturali e di investimento europei;
- Riconoscimento del Terzo settore come elemento fondante della partnership pubblico-privata, attraverso la facilitazione, nel rispetto delle norme vigenti, della co-progettazione dei servizi e della stipula di accordi con le pubbliche amministrazioni per la gestione condivisa e di rete delle reciproche risorse, anche alla luce della riforma legislativa statale;
- Promozione e qualificazione delle professioni sociali attraverso la costituzione a livello regionale di una “*Conferenza permanente sulle professioni sociali e socio-educative in Abruzzo*”, in collaborazione con gli Ordini degli Psicologi, degli Assistenti Sociali, le associazioni professionali rappresentative, le Organizzazioni Sindacali, etc., per studiare percorsi di promozione, valorizzazione e tutela degli operatori e di monitoraggio sulle condizioni di lavoro degli operatori sociali e per garantirne la formazione continua.

2) Valorizzazione dei luoghi di confronto già esistenti

Se nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria il ruolo di organo comune per l'esercizio associato delle funzioni disciplinate dalla Convenzione sociosanitaria sarà assunto dalla “Conferenza locale integrata sociosanitaria”, si ritiene utile che vadano altresì valorizzati gli altri luoghi di confronto attivati tra gli attori sociali, come i **Tavoli di partecipazione a livello provinciale** e il **Tavolo di confronto con l'ANCI**, che si riuniranno con cadenza annuale, al fine di garantire lo scambio e le interazioni tra Comuni e Regione relativamente al nuovo assetto di governance sociosanitaria regionale e alla sua implementazione.

In termini di valorizzazione dei luoghi di confronto esistenti un'ulteriore direzione è rappresentata dall'**interazione e integrazione tra i diversi livelli di governance regionali**, come ad esempio la **Cabina di Regia regionale**, istituita con la DGR n. 149 del 26/02/2015 e individuata quale “organismo per la promozione, condivisione e confronto dell'elaborazione delle linee di indirizzo e di programmazione nel settore delle Politiche Sociali, nonché di azioni strategiche finalizzate alla stesura del Piano sociale 2016/2018”.

3) Identificazione di nuovi luoghi stabili di confronto

Ai fini della predisposizione degli strumenti attuativi del 5° Piano sociale, si prevede **la possibilità di creare gruppi di lavoro tematici** con ricercatori, esperti, funzionari regionali e degli enti locali/ASL che abbiano attuato buone prassi nelle materie specifiche.

Tra i possibili strumenti:

- **Forum operativi** nei quali leggere insieme i bisogni e trovare le risposte più innovative per ciascuna risorsa sociale;
- **Comitato sociale regionale delle comunità locali**, costituito dai rappresentanti degli Ambiti, con lo scopo di raccogliere idee, ma anche di valutare i risultati.

A livello di Ambito distrettuale, la programmazione partecipata deve favorire il coinvolgimento più ampio di tutti gli attori sociali ad un livello non formalistico o nominalistico, ma di effettivo contributo.

Gli attori intervenienti in sede locale nella fase di programmazione partecipata, coordinata sempre dal Gruppo di Piano, sono individuati nei Comuni ed Enti Capofila di Ambito, nei Distretti sanitari e nell'ASL, nei Consultori familiari, nelle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, nelle Istituzioni scolastiche, nelle Prefetture, nel Centro di giustizia minorile competente per territorio, nell'Ufficio di esecuzione penale esterna, nelle fondazioni bancarie, nella Provincia, nelle Associazioni, Cooperative, Organizzazioni di volontariato, Centri Servizi per il Volontariato, Organizzazioni sindacali per la fase di concertazione, Operatori e professionisti nel sociale, Cittadini, altri enti e istituzioni presenti sul territorio che operano nel settore sociale, etc.. Si ravvisa anche l'importanza di coinvolgere, da parte degli Ambiti distrettuali, reti già costituite fra diversi stakeholder, quali, ad esempio, il Forum del terzo settore, la Rete interistituzionale dei servizi in provincia di Teramo, Gruppo Territoriale Nidi e Infanzia, altre reti locali.

E' opportuno ricordare che nella fase di stesura del Piano distrettuale sociale devono essere coinvolti tutti i beneficiari delle specifiche misure di finanziamento pubblico del sistema delle politiche sociali e sociosanitarie presenti nell'ambito distrettuale, indipendentemente dal fatto che sia il Piano a fornire le risorse o siano altri interventi settoriali, al fine di consentire il coordinamento di tali azioni da parte dell'Ambito.

Gli Ambiti distrettuali devono prevedere vari livelli di partecipazione: Forum aperti a tutti i cittadini per ciascun Comune, Focus Group, Gruppi di lavoro, fermo restando il ruolo e i compiti del Gruppo di Piano, secondo procedure definite.

In considerazione di questi punti di attenzione, la partecipazione alla programmazione da parte dei **cittadini, delle organizzazioni sociali e sindacali** dovrà essere valorizzata come di seguito riportato:

Cittadini	<ul style="list-style-type: none">- Incentivazione forme di partecipazione e collaborazione attiva della cittadinanza, attraverso Forum aperti ai cittadini da organizzare in ciascun Comune nelle fasi di predisposizione, gestione e valutazione dei Piani distrettuali sociali- Promozione di un maggior protagonismo del cittadino-utente attraverso la costruzione condivisa dei progetti individualizzati <i>[vedi ad es. nell'ambito dei "Progetti di vita"]</i>- Promozione di progetti sperimentali che prevedano l'attivazione e il coinvolgimento dei cittadini, organizzati o meno in forme giuridiche <i>[vedi ad es. la cittadinanza attiva dei giovani in attività connesse allo sport e al tempo libero]</i>- Raccolta sistematica e periodica di feedback della cittadinanza sulle ricadute e i reali benefici delle azioni e degli interventi loro rivolti e utilizzo degli stessi per una efficace ed efficiente ri-programmazione <i>[vedi anche il paragrafo IV.4 "Sistema informativo socio-sanitario, monitoraggio e valutazione dei servizi"]</i>- Sostegno alle famiglie e alle organizzazioni di rappresentanza civica nel mutuo-aiuto, nel rafforzamento delle proprie competenze, nell'auto-tutela sociale e nella capacità di gestire le
------------------	---

	problematiche della quotidianità
Professioni sociali	- Promozione e qualificazione delle professioni sociali e socio-educative
Organizzazioni sociali	<ul style="list-style-type: none"> - Costruzione di un linguaggio comune che riconosca e valorizzi ruolo e responsabilità di ciascun soggetto da realizzarsi attraverso momenti di aggregazione che promuovano consapevolezza, condividano e sistematizzino pratiche ed esperienze - Condivisione della programmazione tra Pubblico e Terzo Settore attraverso: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Una composizione aperta dei gruppi di lavoro che contribuiranno alla costruzione dei Piani distrettuali che si incontreranno con periodicità in tutte le fasi di implementazione ✓ Tavoli Tematici di confronto orientati prioritariamente a sostenere gli assi di intervento ritenuti strategici - Co-progettazione dei servizi e stipula di accordi con le pubbliche amministrazioni per una gestione condivisa e di rete delle reciproche risorse che sia rispettosa dei principi enunciati dall’Autorità Nazionale Anticorruzione [vedi anche il paragrafo III.6 “La co-progettazione con il Terzo Settore e l’innovazione sociale”]
Organizzazioni sindacali	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alla fase di stesura del Piano sociale di ambito distrettuale attraverso incontri di concertazione che si concludono con la firma di un “Accordo di concertazione”; - Percorsi di promozione, valorizzazione e tutela dei operatori e di monitoraggio sulle condizioni di lavoro degli operatori sociali e per garantirne la formazione continua

III.5. Il ruolo delle Aziende di Servizi alla Persona (ASP) nella programmazione locale

La legge regionale 17/2011 e le successive modifiche hanno avviato nella Regione Abruzzo il processo di trasformazione delle IPAB in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP). Il complesso e travagliato percorso attuativo ha portato alla definizione di 6 ASP, sebbene il funzionamento a regime non sia stato ancora raggiunto da tutte le ASP. Allo stato presso il Consiglio regionale dell’Abruzzo sono stati depositati testi di riforma legislativa sul ruolo e sulle modalità organizzative delle ASP.

La legge 17/2011 ha riconosciuto alle ASP la personalità giuridica di diritto pubblico senza fini di lucro e l’ autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria.

Il comma 3 dell’art. 7 della legge stabilisce che “Le Aziende, nell’ambito della propria autonomia, adottano tutti gli atti, anche di diritto privato, funzionali al perseguimento dei propri fini e all’assolvimento degli impegni assunti in sede di programmazione regionale e

locale degli interventi sociali e socio-sanitari, nell'ottica di un'organizzazione a rete dei servizi". La legge attribuisce, dunque, alle ASP anche il compito di assolvere agli "impegni assunti in sede di programmazione regionale e locale degli interventi sociali e socio-sanitari".

Alla luce della previsione normativa, gli Ambiti Distrettuali, come già accaduto a livello regionale nell'ambito della Cabina di regia, sono chiamati a coinvolgere nelle fasi di programmazione le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona che abbiano beni patrimoniali o che operino con servizi attivi sul proprio territorio, anche a prescindere dalla loro sede legale, attraverso:

- la partecipazione dell'ASP al Gruppo di Piano;
- la presentazione da parte dell'ASP di una dettagliata documentazione recante una ricognizione di tutti i beni patrimoniali che la ASP può rendere disponibili per l'attuazione di specifiche azioni del Piano e dell'offerta di servizi, da inserire nel Profilo sociale locale;
- la possibilità di firmare l'Accordo di programma, definendo nello specifico gli impegni che la ASP assumerà nell'ottica di un'organizzazione a rete dei servizi.

Ulteriori ruoli e compiti istituzionali delle ASP non potranno che derivare dalle successive modifiche del quadro legislativo regionale, che attualmente limita il contributo delle stesse a tali fasi di programmazione.

III.6. La co-progettazione con il terzo settore e l'innovazione sociale

La coprogettazione è una specifica forma di progettazione partecipata, comprendente anche aspetti di tipo amministrativo, finalizzati alla costruzione di partenariati fra pubblico e terzo settore, (Art. 7, del D.p.c.m. 30 marzo 2001, «Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della Legge 8 novembre 2000, n. 328»).

Lo strumento della coprogettazione fra ente pubblico e terzo settore nasce pertanto con la funzione di allargare la *governance* delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi promossi.

La coprogettazione rappresenta una forma di collaborazione tra P.A. e terzo settore per la realizzazione di attività e interventi in base al principio di sussidiarietà e fonda la sua funzione sui principi di trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione pubblica sociale.

L'attuale quadro richiede all'ente pubblico, cooperativa o impresa sociale, di porsi in una relazione di *partenariato* che modifica il carattere dei loro "contratti" e li invita a coprogettare, in un'ottica di corresponsabilità, facendo i conti con nuove modalità operative e interorganizzative e nuove strategie relazionali da mettere in campo.

Assumendo un punto di vista "contrattuale e amministrativo" per coprogettazione si intende una modalità di affidamento e gestione della realizzazione di iniziative e interventi sociali attraverso la costituzione di una partnership tra Pubblica Amministrazione e soggetti del privato sociale.

Assumendo un punto di vista metodologico per coprogettazione si intende un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore, coinvolti in una relazione di partenariato.

La buona ragione per la quale questi soggetti si aggregano ovvero lo scopo o *mission* della coprogettazione è di integrare le risorse più vitali dei sistemi di welfare sociale (del pubblico e del terzo settore) al fine di sviluppare i sistemi stessi, generando nuove e sperimentali modalità di approccio ai problemi sociali.

La opportunità della coprogettazione può essere pertanto agita quando ci si trova di fronte a problemi sociali che richiedono soluzioni innovative e sperimentali per le quali si ritiene che l'efficacia della progettazione sia favorita dalle competenze complementari degli attori pubblici e del terzo settore da coinvolgere. Ciò può essere legato sia alla consapevolezza di specifiche problematiche nuove particolarmente rilevanti nel territorio di riferimento, sia ad uno stimolo a progettare che proviene da un bando e da altra opportunità di finanziamento che richiede espressamente l'integrazione pubblico-privato.

Peculiarità specifiche della coprogettazione sono, in questo quadro, la presenza di forme di partenariato fra i due soggetti in campo e i contenuti innovativi e sperimentali della progettazione richiesta.

La coprogettazione si configura, pertanto, come strumento per favorire l'innovazione nei rapporti fra Pubblica Amministrazione e Terzo settore su specifiche tematiche, che richiedono non tanto un approccio prestazionale, ma un insieme di interventi, azioni e servizi in cui ciascun attore mette le proprie risorse a disposizione.

Anche la Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), recante “**Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali**”, dedica uno specifico capitolo proprio alla co-progettazione che si allinea a tali riflessioni.

L'ANAC ricorda che “al fine di garantire la correttezza e la legalità dell'azione amministrativa, le amministrazioni, nel favorire la massima partecipazione dei soggetti privati alle procedure di co-progettazione, devono mantenere in capo a se stesse la titolarità delle scelte. In particolare, devono predeterminare gli obiettivi generali e specifici degli interventi, definire le aree di intervento, stabilire la durata del progetto e individuarne le caratteristiche essenziali, redigendo un progetto di massima che serve anche a orientare i concorrenti nella predisposizione della proposta progettuale”.

Le esperienze fino ad oggi realizzate in altre Regioni, anche in coerenza con quanto raccomandato dall'ANAC, suggeriscono che il processo prenda avvio da una istruttoria pubblica che si configura come un procedimento amministrativo partecipato finalizzato all'individuazione di soggetti del Terzo Settore disponibili ad una progettazione concertata di servizi e interventi sociali, che può esitare, in un accordo negoziale ai sensi dell'art. 119 del Tuel o in un accordo procedimentale ai sensi dell'art. 11 della L 241/90.

Nella coprogettazione pertanto non si dà luogo ad un affidamento, bensì ad un rapporto di partenariato pubblico/privato per la produzione dei servizi coprogettati.

Il rapporto con il Terzo Settore non nasce in ordine alla gestione di un servizio, bensì alla sua progettazione.

L'istruttoria pubblica di coprogettazione è caratterizzata dai seguenti elementi:

- una procedura ad evidenza pubblica competitiva o non competitiva che non sfocia in un affidamento;
- la disponibilità del coprogettante a fornire risorse non strettamente economiche, ma anche logistiche, strumentali, organizzative e professionali;
- una assegnazione economica che non assume la forma di corrispettivo, bensì viene riconosciuta a titolo di rimborso, compensazione dei costi effettivamente sostenuti e in quanto tali documentabili.

In questo scenario si possono così riassumere le tappe per la definizione di un procedimento di coprogettazione:

1. **Explicitazione nel Piano sociale di ambito distrettuale:** considerato che fin dalla Legge 328 sono stabiliti i principi generali sulla base dei quali si fonda la coprogettazione, la scelta di ricorrere ad istruttorie pubbliche di coprogettazione è opportuno che trovi la prima explicitazione all'interno della programmazione territoriale. Il Piano sociale di Ambito è il luogo di definizione della *governance* territoriale dei servizi e pertanto anche del modello di relazione tra enti locali, terzo settore e gli altri soggetti partecipanti alla programmazione zonale. Il piano è pertanto il momento nel quale è opportuno che la coprogettazione sia riconosciuta quale matrice dei rapporti con il Terzo Settore in ordine alla progettazione dei servizi innovativi e sperimentali. Tale strumento si pone pertanto come premessa strategica rispetto al modello di sussidiarietà a cui intende orientarsi il territorio. Gli Ambiti distrettuali, e le Zone sociali, laddove previste, rappresentano pertanto, e per loro natura, il livello più congeniale allo svilupparsi di progettazioni condivise. Lo sviluppo di processi di coprogettazione infatti si adatta meglio a contesti caratterizzati dalla presenza di una pluralità di attori rispetto ai quali risulta conveniente promuovere forme di partenariato articolate, al fine di attivare reti stabili di collaborazione.
2. **Messa a punto di un regolamento per la coprogettazione:** per regolamento si intende uno strumento "contenitore" che definisca e strutturi formalmente il processo, con l'obiettivo di renderlo, per quanto possibile, certo e trasparente. Occorre dotarsi di un "regolamento locale per la coprogettazione" che, a partire dalla definizione di istruttoria pubblica di coprogettazione, provveda a disciplinare il procedimento. Tale regolamento non dovrà assolvere solo al ruolo di definire delle regole procedurali ma anche explicitare e sancire i principi ispiratori dei rapporti di sussidiarietà.

Dopo l'attivazione di una istruttoria pubblica di coprogettazione per un determinato servizio, intervento o area di bisogno, lo svolgimento della procedura si articola secondo specifiche fasi, che si riepilogano a titolo esemplificativo:

1. **Redazione di un progetto preliminare** che contenga una analisi dei problemi e definisca suggerimenti e linee guida di massima per orientare la coprogettazione: il progetto preliminare indicherà le aree di servizi innovativi sulle quali si intende coprogettare, le loro modalità di esecuzione, le risorse economiche destinate agli interventi. Soggetto promotore dell'iniziativa sarà l'Ufficio del Piano sociale di ambito. Il pre-progetto rappresenta un momento significativo per lo svolgimento del processo e si

propone di definire con chiarezza i problemi da affrontare e l'oggetto e i limiti dell'attività di coprogettazione.

2. Indizione, mediante avviso, di una istruttoria pubblica, rivolta ai soggetti del terzo settore. L'avviso presenta l'intenzione di avviare un processo di coprogettazione nelle aree individuate nel pre – progetto attraverso una procedura ristretta con la quale vengono invitati a manifestare la loro disponibilità i soggetti del Terzo Settore che partecipano al Piano sociale distrettuale o comunque operanti nel territorio e/o aderenti al Piano territoriale.

3. Presentazione di manifestazioni di interesse e disponibilità verso la coprogettazione da parte dei soggetti del terzo settore. Tale manifestazione è importante che sia corredata da:

- requisiti tecnici professionali e di affidabilità del soggetto proponente;
- elaborati progettuali contenenti un'analisi dei problemi, degli obiettivi, dei metodi e delle modalità di intervento, una proposta organizzativa e l'analisi dei costi.

4. Procedura di selezione del soggetto/soggetti con i quali sviluppare l'attività di coprogettazione. La valutazione di tali soggetti finalizzata alla selezione dovrà essere effettuata da una commissione di esperti, la cui composizione potrebbe essere definita, in relazione alle competenze richieste dal servizio per il quale si è avviata la coprogettazione, nel pre-progetto. I soggetti saranno valutati secondo i seguenti criteri:

- carta dei servizi coerente con la carta di cittadinanza dell'ambito;
- esperienza di collaborazione con altri attori del welfare locale;
- caratteristiche soggettive, competenze tecniche e professionali e legami con il territorio;
- addetti con qualifiche professionali attinenti al progetto;
- fatturato/esperienza in servizi analoghi a quelli oggetto di coprogettazione;

5. Progetto vero e proprio, che dovrà contenere:

- la conoscenza delle risorse e dei problemi del territorio;
- le proposte sulle strategie con le quali affrontare i problemi esplicitati;
- le iniziative innovative e sperimentali progettate e il loro livello di coerenza con l'analisi di risorse e problemi;
- le modalità operative e gestionali;
- le modalità di interazione con il territorio dell'ambito e di realizzazione di una rete di connessione anche con soggetti for profit;
- la proposta di assetto organizzativo e di relazione tra partner progettuali;
- gli strumenti della governance;
- il disegno di valutazione degli esiti progettuali finalizzato alla riprogettazione degli interventi.

6. Analisi delle risorse sia economiche che non economiche, che comprenda:

- costi delle azioni relative alla progettazione e realizzazione degli interventi;
- risorse monetarie aggiuntive messe a disposizione per la realizzazione del progetto;
- altre risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto, quali per esempio immobili, risorse strumentali, logistiche e di volontariato;
- capacità di attrarre risorse ulteriori da parte di organizzazioni non pubbliche, privati cittadini, fundraising di comunità, etc.

La natura stessa del processo di coprogettazione e il prosieguo del percorso richiedono che il momento della valutazione non consista esclusivamente in una analisi documentale degli elaborati, ma contempli specifici incontri di confronto con i soggetti che hanno presentato i progetti, al fine di approfondire gli elementi essenziali di fattibilità e realizzabilità degli interventi proposti, nonché l'affidabilità degli soggetti proponenti.

7. Sviluppo della coprogettazione. E' la fase nella quale i responsabili dell'Ufficio di Piano e quelli del soggetto/i selezionato/i, riprendono il progetto valutato e scelto e lo sottopongono a revisione critica in modo da condividere, integrando le rispettive visioni, la declinazione degli obiettivi e delle azioni nella realtà fattuale del territorio. In questa fase sarà posta attenzione:

- alla modalità di *governance* e coordinamento degli interventi;
- alla modalità di costruzione della rete territoriale intorno al servizio coprogettato;
- alle caratteristiche innovative e sperimentali, ovvero alle ipotesi di trasformazione del welfare locale che la coprogettazione si propone di indurre;
- alla costruzione di un disegno di valutazione che consenta una lettura condivisa degli esiti degli interventi derivanti dalla coprogettazione, tra il soggetto coprogettante e l'ente pubblico.

E' importante che in questa fase emergano gli elementi organizzativi necessari per la definizione dell'accordo di collaborazione.

L'esito di questa fase è l'elaborazione condivisa del progetto definitivo, che costituirà l'elemento essenziale per la stipula dell'accordo di collaborazione.

8. Definizione dell'accordo di collaborazione. Tale fase considera due aspetti:

- la ripartizione degli oneri degli interventi. Sarà infatti previsto un piano economico all'interno del quale distinguere gli oneri a carico dell'ente pubblico e quelli a carico del/i partner del Terzo Settore. Inoltre si prevederanno delle forme di rimborso dei costi sostenuti per la collaborazione alla produzione dei servizi.
- il ruolo dei soggetti pubblici/privati coinvolti nell'accordo. Il procedimento si conclude con la stipula di un accordo di collaborazione, ai sensi dell' art. 119 del Tuel, con il quale l'ente pubblico e il soggetto del terzo settore divengono partner nell'esercizio della funzione sociale prevista dal progetto. La formalizzazione di quest'atto riconosce il pieno superamento del rapporto di committenza. Il soggetto del terzo settore risulta formalmente un collaboratore che condivide responsabilità e risorse della produzione dei servizi coprogettati.

L'attuazione dello strumento della co-progettazione in Abruzzo sarà costantemente monitorata da un gruppo di lavoro ANCI-Regione Abruzzo.

Coprogettazione e Innovazione sociale

Come è stato in precedenza precisato, la coprogettazione si candida come strumento di costruzione e attuazione di un nuovo Welfare che consenta di sviluppare politiche sociali omogenee e innovative nei territori. L'uso dello strumento della coprogettazione parte pertanto dalla convinzione che l'attuale Welfare, ai diversi livelli territoriali e di governo, vada ripensato e innovato, e che a tale fine vada attivato un processo che assuma un orizzonte e una prospettiva sia analitica che progettuale ovvero che assuma un'ottica *di sistema*.

La crisi richiede infatti di individuare e di attivare tutte le energie e tutte le risorse presenti nel contesto sociale ed economico, delle persone, delle famiglie e delle organizzazioni, di

sostenerle nel porsi in relazione, per perseguire in modo più efficace e duraturo nel tempo finalità di benessere equo, reale e sostenibile.

Il sistema di interventi e servizi sociali territoriali per puntare a sostenibilità ed efficacia deve fronteggiare le tendenze striscianti in atto in questo momento, spesso orientate ad una riduzione drastica e non ragionata della spesa, con conseguente smantellamento del Welfare, che non alla sua promozione.

In questo contesto va definito il concetto di **innovazione sociale**, che si intende promuovere attraverso la coprogettazione, anche per evitare rischi di retorica e ideologismi.

Per innovazione sociale intendiamo quel tipo di innovazione che nasce dalla evidenziazione e discussione delle opportunità e degli ostacoli che gli specifici contesti presentano, considerando anche i limiti di efficacia, equità, efficienza delle azioni in atto.

Tali limiti vanno considerati anche in rapporto alla continua e rapida evoluzione dei bisogni, della domanda sociale, delle risorse disponibili.

L'innovazione sociale nasce, pertanto, anche dalla urgenza di sviluppare nuove modalità di lettura, di intervento, di interazione tra i diversi soggetti per generare, sperimentare, riprogettare iniziative e interventi.

La letteratura europea ci aiuta nell'identificare i principali fattori che possono promuovere l'innovazione; fra questi vi sono:

- ✓ *L'emergere di nuovi bisogni o la ricerca di nuove soluzioni a vecchi bisogni*
- ✓ *L'emergere di nuovi paradigmi* (Es. multiculturalismo, inclusione e attivazione invece di assistenza, invecchiamento attivo, crescente ruolo delle nuove tecnologie, ecc.)
- ✓ *L'avanzare di nuovi attori e di nuove forme di governance* e il loro ruolo nell'affrontare il tema della sostenibilità del welfare state
- ✓ *L'introduzione di nuovi processi 'produttivi' ed organizzativi* (Es. cambiamenti nei sistemi organizzativi, modelli di governo dei servizi, organizzazione del lavoro a seguito per esempio della *spending review*; l'abbattimento delle barriere tra politiche e ambiti di intervento; il forte sviluppo nelle iniziative di auto-mutuo aiuto, ecc.)
- ✓ *La crescente attenzione all'efficacia* degli interventi, l'attenzione alla qualità e *alla soddisfazione* dell'utente/cliente
- ✓ *Il cambiamento nel ruolo svolto dall'attore Pubblico.*

Tali fattori rappresentano un quadro di riferimento utile all'interno del quale iscrivere l'innovazione che si può promuovere attraverso le coprogettazioni, considerando che in Italia oggi l'approccio indicato non è ancora cultura e pratica diffusa, dominante, e spesso incontra anche inerzia e diffidenza.

In questa direzione appare ardua ma sfidante è la possibilità e l'effettiva capacità di intercettare e coinvolgere più soggetti con diversi ruoli e collocazioni, in una dimensione che presenti opportunità di incontro, confronto, aggregazione per stimolare e coinvolgere energie e risorse sempre più adeguate all'impegnativo compito di mantenimento e sviluppo del welfare.

III.7. Indirizzi applicativi per l'autorizzazione e l'accredimento dei servizi

Il regime di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali contribuisce in modo significativo alla qualità e all'efficacia del sistema regionale nel suo complesso, finalizzato alla soddisfazione dei bisogni socio-assistenziali delle persone.

L'autorizzazione è il provvedimento indispensabile di cui deve dotarsi chiunque intenda erogare prestazioni socio-assistenziali, basato sulla verifica del possesso di requisiti minimi di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo. L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), con la già richiamata Delibera n. 32/2016, specifica che il rilascio dell'autorizzazione è subordinato al possesso di requisiti di onorabilità e di capacità tecnica, nel rispetto di procedure e di criteri di valutazione preventivamente stabiliti. Precisa, inoltre, che al fine di garantire la qualità delle prestazioni devono essere previste anche attività di monitoraggio e di verifica periodica.

L'accredimento ha una portata più ampia, in quanto consente ai soggetti già autorizzati di diventare fornitori di servizi e prestazioni per conto dell'ente pubblico, previo accertamento del possesso di ulteriori requisiti rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione. L'importanza che riveste il regime di accreditamento dei servizi risiede nella pluralità di funzioni cui esso può assolvere:

- l'accredimento è innanzitutto uno strumento fondamentale per riconoscere e certificare la qualità di interventi e servizi, fondato su standard di funzionamento e requisiti organizzativi, anche di tipo professionale, che consentono la verifica e il miglioramento continuo della qualità;
- è una modalità di regolazione dei rapporti di sussidiarietà orizzontale;
- è, di norma, condizione necessaria per la partecipazione a procedure di affidamento di servizi e per la partecipazione ad accordi o contratti di programma;
- può essere strumento di attuazione delle scelte di programmazione sociale, se subordinato alla verifica della compatibilità con piani e programmi, legata al fabbisogno territoriale e alle risorse finanziarie disponibili.

La Regione Abruzzo, con la L.R. 4 gennaio 2005, n. 2, ha già da tempo stabilito, in modo innovativo rispetto al passato, obiettivi e procedure per l'attivazione del regime di autorizzazione e accreditamento sociali, ma la legge è rimasta inattuata per la mancata adozione del regolamento applicativo.

Allo stato attuale, in Abruzzo, la materia dell'**autorizzazione al funzionamento e dell'accredimento** delle strutture sociali e sociosanitarie è regolata da diverse discipline:

- la Delibera della G.R. 12 dicembre 2001, n. 1230, concernente le "Direttive Generali Provvisorie" in ordine ai procedimenti amministrativi di autorizzazione, da parte dei Comuni, al funzionamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, in attuazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308;
- la L.R. 76/2000 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia", la successiva DGR 565/2001 contenente le disposizioni attuative, la DGR 833/2015 in materia di sperimentazione dell'accredimento dei servizi per la prima infanzia;
- la L.R. 31 luglio 2007, n. 32 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private".

Come si evince dall'elenco precedente, se si eccettua la materia dei servizi educativi per la prima infanzia (L.R. 76/2000), il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento è ancora regolato da "Direttive provvisorie" emanate nel 2001, mentre l'accreditamento sociale è solamente previsto dalla L.R. 2/2005, ma ancora inapplicato.

In assenza della disciplina regionale, alcuni Comuni hanno dato avvio a forme sporadiche di accreditamento dei servizi, collegate a volte con l'emissione di "buoni sociali" (voucher) spendibili presso i soggetti accreditati, nonostante la legge 328/2000 preveda che tale potestà si possa esplicare sulla base della preliminare definizione da parte della Regione (non più anche dello Stato, dopo la riforma costituzionale del 2001) dei criteri da rispettare per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza.

Con il Piano sociale, la Regione intende ora intervenire, con due azioni distinte e contestuali da attuarsi progressivamente durante il triennio di attuazione del Piano, entrambe finalizzate a superare l'attuale fase di assenza dei necessari riferimenti in materia, dando avvio ad un percorso di cambiamento positivo per il sistema regionale dei servizi alla persona. Le due azioni sono:

- A. verifica generale della L.R. 2/2005, alla luce delle modifiche del quadro normativo e delle mutate condizioni di fatto rispetto al momento della sua entrata in vigore, per valutare le possibilità di adeguamento mediante modificazioni, o di superamento complessivo con la sua abrogazione;
- B. attuazione di un regime sperimentale di accreditamento, limitato ad un *range* definito di servizi, da sviluppare attraverso apposite le linee di indirizzo di seguito elencate ed in coerenza, per quanto possibile, con le disposizioni della L.R. 2/2005.

Le due azioni saranno svolte dalla Giunta Regionale, che si avvale sotto il profilo tecnico di un **Gruppo regionale di esperti**, contraddistinto dalla multiprofessionalità dei suoi componenti.

In merito alla sperimentazione del sistema di accreditamento (azione B), la Regione è chiamata a:

- definire gli standard e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei Servizi e delle strutture;
- individuare gli strumenti per il rilascio dell'autorizzazione e del successivo accreditamento da parte dei Comuni;
- predisporre specifici strumenti di controllo;
- coordinare e supervisionare le attività di competenza dei Comuni singoli e associati, in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento.

Competenze dei Comuni sono:

- verifica degli standard e dei requisiti richiesti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento, in collaborazione con le Aziende USL territorialmente competenti;
- accertamento delle condizioni per la concessione dell'accreditamento;
- collaborazione con la Regione per le funzioni di controllo;
- funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi e delle strutture;
- comunicazione annuale alla Regione delle strutture e dei soggetti autorizzati e accreditati, alla data del 31 dicembre.

Sotto il profilo temporale, la sperimentazione si svilupperà nelle fasi seguenti:

- costituzione del Gruppo regionale di esperti, secondo la composizione già stabilita dalla Giunta Regionale;
- individuazione progressiva dei servizi da includere nella sperimentazione, sulla base degli apprendimenti generati dalle esperienze già realizzate, in particolare per gli asili nido, fino ad estendere la sperimentazione anche ai servizi a carattere domiciliare;
- definizione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di personale basati su standard e programmi di miglioramento continuo, relativi all'autorizzazione al funzionamento e, successivamente, all'avvio del sistema di accreditamento;
- verifica degli esiti della sperimentazione, per singolo servizio, sulla scorta di modalità e strumenti predeterminati di valutazione.

La sperimentazione sarà attuata nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi generali:

1. Per ciascuna tipologia di servizi e interventi sperimentali, la Regione stabilisce gli obiettivi specifici dell'accREDITAMENTO, che faranno da corollario al principale obiettivo della riqualificazione dei servizi per corrispondere ad una crescente e più consapevole domanda dei cittadini. Gli obiettivi specifici incidono sulla definizione dei requisiti di accREDITAMENTO. In termini generali, e da integrare per le specifiche tipologie di intervento, la scelta degli obiettivi sarà basata su:
 - l'innovazione del sistema di relazioni sociali che costituiscono la *welfare community* locale, con la ridefinizione del rapporto tra soggetti pubblici e privati, fondato sul coinvolgimento e la partecipazione dei soggetti pubblici e privati nello sviluppo della sperimentazione;
 - la trasparenza delle gestioni e la responsabilizzazione degli erogatori;
 - la tutela del lavoro tramite la qualificazione delle professionalità e il rigoroso rispetto dei contratti collettivi di lavoro di riferimento;
 - la tutela e la promozione della qualità quale caratteristica prioritaria nelle modalità di erogazione dei servizi;
 - la determinazione delle condizioni preliminari necessarie per la definizione e omogeneità dei costi a livello regionale.
2. Per le tipologie individuate, saranno definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, con particolare riferimento ai requisiti professionali degli operatori, che potranno dare luogo – se validati – alla emanazione dei manuali di autorizzazione e accREDITAMENTO per il funzionamento dei servizi. I requisiti per l'accREDITAMENTO, per quanto diversificati sulla base delle specificità e delle caratteristiche delle diverse strutture e servizi, saranno articolati per tipologie di requisiti affini, secondo la seguente ipotesi di ripartizione:
 - requisiti soggettivi,
 - requisiti strutturali,
 - requisiti organizzativi – gestionali.
3. Le procedure da seguire saranno individuate con attribuzione delle funzioni amministrative concernenti sia l'autorizzazione che l'accREDITAMENTO ai Comuni, valutando la possibilità di prevedere il coinvolgimento degli Ambiti distrettuali sociali a supporto dei Comuni nella fase istruttoria, in particolare per ciò che attiene alla verifica degli standard posseduti dai soggetti richiedenti l'autorizzazione o l'accREDITAMENTO.
4. Il regime specifico dell'accREDITAMENTO costituirà condizione preliminare e necessaria per la compartecipazione alla funzione pubblica e, in particolare, per

l'instaurazione di rapporti di tipo contrattuale con i soggetti pubblici della rete integrata regionale.

5. Nella sperimentazione saranno previste modalità di monitoraggio del suo avanzamento e di valutazione conclusiva, relativa sia alle procedure attuate che agli obiettivi prestabiliti, da svolgere anche attraverso il coinvolgimento dei soggetti interessati.

Strettamente correlato al regime di autorizzazione e accreditamento e alla qualità dei servizi è lo sviluppo delle professionalità sociali e socio-sanitarie. Infatti, l'assenza di una regolamentazione specifica ha prodotto, in questi anni, marcati dislivelli di erogazione nei servizi dei piani di zona con l'introduzione di persone, spesso prive di qualifiche o con qualifiche non adeguate al ruolo assegnato, all'interno di centri e servizi sociali. Se il regime di autorizzazione e accreditamento consentirà la chiara definizione dei titoli di accesso allo svolgimento professionale, nella fase transitoria la Regione definirà, anche avvalendosi della Conferenza permanente delle professioni sociali, con apposito atto di indirizzo il quadro complessivo delle professionalità sociali e socio-sanitarie inserite nel Repertorio delle Qualificazioni e dei Profili professionali, approvato con DGR 1101 del 29.12.2015, o qualificate dal sistema universitario.

Gli Ambiti distrettuali, già nella fase di programmazione dei servizi del nuovo Piano distrettuale e di esternalizzazione, dovranno tener conto delle figure professionali già disciplinate dalla Regione Abruzzo e riepilogate nella DGR 1101/2015 e delle qualifiche conseguite nell'ambito del sistema universitario.

III.8. Standard comuni per i regolamenti di accesso negli ambiti distrettuali ai servizi

La nuova programmazione dei servizi mette al centro lo sviluppo della loro qualità e della loro efficacia in relazione ai bisogni che il territorio della regione Abruzzo esprime.

L'accesso al sistema dei servizi rimane un nodo cruciale per avvicinare i bisogni alla rete delle risposte. Come abbiamo visto nel Profilo sociale della regione Abruzzo, resta ampia la distanza tra la rete dei servizi e i bisogni della popolazione, che in larga maggioranza – come nel caso della non autosufficienza – risponde da sola alle proprie esigenze. Vanno sviluppati luoghi di primo livello che informino e che comunichino proattivamente le informazioni alle famiglie, cioè luoghi che “si fanno vicini alle famiglie”. Occorre porre attenzione a come questa informazione viene comunicata, diffusa, resa disponibile e intercettata dal bisogno potenziale.

La **regolazione dell'accesso** incide direttamente sulla concreta esigibilità e fruibilità dei servizi e deve svilupparsi secondo procedure e riferimenti idonei a gestire congiuntamente i bisogni complessi, consentendone la valutazione sulla base di competenze multiprofessionali e garantendo uguaglianza di risposte a parità di condizioni di partenza. Si tratta di un obiettivo che richiede, oltre a un'evoluzione gestionale e organizzativa dei servizi per l'accesso, anche un processo di adeguamento delle regolamentazioni esistenti, troppo spesso caratterizzate – anche per le prestazioni sociosanitarie – dalla eterogeneità di procedure, di requisiti e di modalità organizzative.

I Piani distrettuali e le Convenzioni socio-sanitarie devono precedere apposite misure integrate per riorganizzare e sviluppare i **Punti Unici di Accesso** (PUA), ad oggi realmente attivi in forma integrata solo in un numero limitati di Ambiti, che devono essere

intesi come *luoghi costituiti a livello di Ambito distrettuale e di Distretto, ma con indirizzi omogenei nella regione, che informano e orientano i cittadini e che predispongono l'ingresso nella rete dei servizi*. La funzione principalmente assunta dai PUA deve essere quella di uniformare e semplificare l'accesso dei cittadini al sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari attraverso informazioni e prime valutazioni delle condizioni di bisogno. I Punti unici di accesso sono uno strumento di integrazione potenzialmente rilevante perché impone a soggetti diversi di far parte di una rete, scambiarsi informazioni, contribuire alla regolazione degli accessi alla rete d'offerta.

Sarà necessario **rafforzare l'integrazione dell'accesso sociale nell'ambito del PUA**, secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro sanitario n. 107/2013 del 20.12.2013 "Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali" (BURA Ordinario n. 1 dell'8 gennaio 2014), anche con la previsione di ulteriori missioni. Infatti, nell'ottica della progressiva integrazione dei servizi sociosanitari, il PUA rivestirà un ruolo centrale anche per l'accesso ai servizi sociali e per il coordinamento degli interventi.

Il potenziamento del ruolo dell'assistente sociale e l'obbligo alla presenza di almeno un assistente sociale del Servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale sociale all'interno della **Unità di Valutazione Multidimensionale** assumono altresì un carattere prioritario, anche e soprattutto a partire dai servizi per la non autosufficienza, configurandosi come centri di decisioni per la realizzazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato integrato). L'UVM dovrà altresì essere adeguatamente costituita in termini di professionalità rappresentate a seconda dei casi trattati, prevedendo l'inserimento di figure adeguate per una corretta valutazione della disabilità in ambito pediatrico, opportunamente formate e con l'utilizzo di protocolli di valutazione omogenei sul territorio regionale, nonché di figure di psicologi in grado di poter svolgere accurate valutazioni della dimensione psichica della persona non autosufficiente.

In questo senso, sia il Segretariato sociale che il Servizio sociale professionale devono essere rifunzionalizzati a livello gestionale, favorendo e rafforzando la piena integrazione con la componente sanitaria e garantendo una più diffusa capillarità territoriale, facilitando l'accesso ai servizi anche nelle zone più periferiche e interne. Il raccordo operativo fra PUA, Segretariato sociale e Servizio sociale professionale deve essere garantito con apposito Protocollo operativo in ogni ambito distrettuale.

Il modello di riferimento del protocollo deve essere quello del "*One stop shop*", del luogo unico che offre risposte diverse e le integra. Questi luoghi devono connettere, valorizzandole, le diverse offerte informative già esistenti nei territori. Serve per questo un grande lavoro di collaborazione e di ricomposizione, anche attraverso la predisposizione del protocollo, su due assi: tra pubblico, privato sociale e parti sociali (associazioni, sindacati, cooperazione sociale, mondo ecclesiale) e tra comparti diversi del pubblico, quali il sociale, sociosanitario e sanità (Comuni, Distretti Asl, Ospedali).

Tra le attività di integrazione socio-sanitaria fra Ambiti distrettuali e Distretti rientrano per il miglioramento dell'accesso ai servizi della persona con bisogni complessi:

- lo stretto raccordo formalizzato fra PUA, Segretariato sociale, Servizio sociale professionale e Unità di valutazione multidimensionale;
- la presenza obbligatoria nelle Unità di valutazione multidimensionali dell'assistente sociale del servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale;
- la possibilità dell'attivazione dell'UVM anche da parte dei servizi pubblici

- istituzionali (ad esempio, l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni);
- l'adozione di modelli comuni, sociali e sanitari, di valutazione e presa in carico di persone con bisogni complessi;
 - lo sviluppo di banche dati e sistemi informativi condivisi per la gestione dei casi;
 - la creazione di registri e osservatori locali per il monitoraggio delle fragilità sociali e sanitarie.

È da considerare, inoltre, il problema dell'accertamento della situazione economica, che influisce non solo sull'accesso ai servizi, ma anche sulla compartecipazione alla spesa per la fruizione dei servizi stessi. L'obbligatorietà del Regolamento di accesso per gli Ambiti sociali era stata introdotta dal punto 8 della Deliberazione del Consiglio Regionale 30.01.2007, n. 58/6 "Approvazione linee guida regionali sull'ISEE per la verifica del diritto all'erogazione di prestazioni sociali agevolate", ma di fatto sono ancora molti gli Ambiti sociali sprovvisti di tali regolamenti. Anche il precedente Piano Sociale Regionale 2011-2013 aveva introdotto i servizi sociali soggetti alla compartecipazione (Assistenza domiciliare anziani e disabili; Telesoccorso e teleassistenza; Centri diurni per disabili, minori, anziani; Residenze anziani; Residenze disabili; Servizi per la prima infanzia; Servizi di trasporto), che restano confermati per il prossimo triennio.

L'applicazione dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), nella sua nuova veste introdotta dal 2015 (DPCM n. 159 del 5/12/2013), viene coordinata attraverso **l'Atto di indirizzo regionale per l'applicazione omogenea del DPCM 159/2013** (DGR 285/2016).

Il Piano sociale distrettuale dovrà avviare un percorso di costruzione di un sistema di accesso ai servizi sociosanitari locale più equo ed omogeneo, pur nel rispetto delle specifiche e diverse realtà organizzative. E' richiesta, a tale scopo, l'adozione di un Regolamento di accesso ai servizi a livello di Ambito distrettuale, anche raccordandosi con il Distretto sanitario per i servizi socio-sanitari sulla base dell'atto di indirizzo, da approvarsi contestualmente al Piano sociale distrettuale.

PARTE IV – IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO

IV.1. La politica della spesa e la costruzione di nuovo modello di programmazione locale per la gestione delle risorse

La definizione di strumenti e procedure in materia di politica della spesa è necessariamente guidata dai due indirizzi generali già precedentemente enunciati: l'integrazione delle risorse e la coerenza con le scelte fondamentali compiute dal Piano sociale regionale.

Fra le direttrici strategiche della nuova stagione delle politiche sociali abruzzesi è compresa quella della **gestione integrata delle risorse finanziarie** (Cfr. § II.3), la cui attuazione è affidata anche al progressivo inserimento nel *budget* a disposizione dell'Ambito distrettuale sociale di fonti di finanziamento prima gestite separatamente, ma d'ora in avanti da utilizzare in modo integrato e coordinato con tutte le altre. Si tratta di una scelta che consente agli Ambiti distrettuali sociali di avvalersi con maggiore e crescente flessibilità di tutte le possibili risorse finanziarie, pur nel rispetto del vincolo di destinazione, ove sussistente, e che appare pienamente coerente con l'altra strategia-chiave del Piano sociale, in base alla quale i Piani sociali di ambito distrettuale saranno sempre più il riferimento ed il "contenitore" di tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute a livello territoriale.

Nella politica della spesa, la scelta della gestione integrata ha due conseguenze dirette:

- il superamento del precedente sistema di ripartizione delle risorse, eccessivamente frazionato e diversificato per tipo di finanziamento;
- l'introduzione di un regime differenziato tra gli strumenti di attuazione diretta e quelli di attuazione indiretta del Piano sociale di ambito distrettuale, definiti in precedenza: i primi sono già inseriti nel Piano e sono assistiti con i finanziamenti correnti a carattere generale, mentre per i secondi sarà di norma prevista la presentazione di progetti o appositi provvedimenti attuativi, da finanziare in modo specifico anche se pur sempre nel rispetto della strategia generale del Piano sociale di ambito. (Cfr. § II.3)

È opportuno evidenziare che l'insieme degli strumenti di attuazione indiretta non è costituito da azioni e interventi prestabiliti ed immutabili. A seguito, infatti, dell'aggiornamento normativo che accompagnerà la nuova fase delle politiche sociali regionali, molti di essi confluiranno tra gli strumenti di attuazione diretta, anche come ulteriore effetto del graduale processo di ampliamento del campo di azione dei Piani sociali di ambito.

Il secondo indirizzo che incide direttamente sulle scelte di politica della spesa è quello della necessità di **coerenza del Piano sociale regionale con i Piani sociali di ambito distrettuale** (Cfr. § II.1), a partire dai risultati e dalle criticità che emergono dal Profilo sociale regionale. La coerenza è assicurata, oltre che con modalità di definizione degli obiettivi che tengano conto dell'analisi iniziale, anche attraverso la politica della spesa e, in particolare, facendo ricorso a criteri di ripartizione delle risorse basati principalmente sulle aree di criticità rilevate e sulle quali è necessario intervenire, indipendentemente dalle specificità territoriali.

La politica della spesa, infine, si sviluppa attraverso modalità e procedure che contribuiscono a qualificare la spesa e orientarne l'attività di governo secondo le priorità e le scelte delle politiche sociali regionali. Si tratta di elementi diversi di regolazione del sistema, da gestire in modo coordinato per assicurarne l'efficacia, come il procedimento di assegnazione delle risorse, la loro rendicontazione e la verifica dei risultati raggiunti, il definitivo superamento di ogni forma di finanziamento a pioggia.

Destinazione dei Fondi

Nel periodo di attuazione del Piano sociale regionale, le fonti di finanziamento ordinario del sistema abruzzese di interventi e servizi sociali sono rappresentate – allo stato attuale – dai Fondi di seguito elencati, annualmente ripartiti in quote percentuali per le finalità specificate:

Fondo sociale regionale (FSR)	<ul style="list-style-type: none">• 60% per i piani sociali di ambito distrettuale• 5% quale ulteriore finanziamento per i piani sociali di ambito distrettuale in proporzione diretta alla popolazione residente nei Comuni rientranti nel cratere• 20% per la costituzione del “Fondo per i minori in comunità” a sostegno delle spese sostenute dai Comuni rientranti nell’Ambito• 15% per azioni di innovazione e programmi speciali regionali
Fondo nazionale politiche sociali (FNPS)	<ul style="list-style-type: none">• 90% per i piani sociali di ambito distrettuale• 10% per sostegno alla gestione associata
Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNNA)	<ul style="list-style-type: none">• 100% per i piani sociali di ambito distrettuale (Asse Tematico 2, “Interventi e servizi per la non autosufficienza”)
Fondo per l'integrazione sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none">• 100% per sostegno alla spesa dei comuni per la quota sociale delle prestazioni sociosanitarie residenziali

La destinazione degli altri fondi che già oggi finanziano il sistema dei servizi, ma il cui impiego resta ancora disciplinato da specifiche fonti normative, sarà definita nel rispetto delle scelte della programmazione regionale e locale. Il riferimento più immediato è rappresentato dal Piano sociale di ambito distrettuale e, in particolare, dai “campi di intervento” su cui l'Ambito distrettuale deve intervenire attraverso gli strumenti di attuazione indiretta del Piano sociale, in coerenza con la natura e la finalità dello specifico fondo utilizzato. Saranno adottati appositi provvedimenti da parte della Giunta Regionale nei casi in cui il quadro normativo che regola l'impiego dello specifico fondo dovesse richiedere l'emanazione di disposizioni di indirizzo o comunque di attuazione.

Criteri di ripartizione

Vengono di seguito descritti i criteri di ripartizione delle risorse finanziarie “ordinarie” elencate nella tabella precedente.

- 1) Le quote del Fondo sociale regionale e del Fondo nazionale politiche sociali destinate ai Piani sociali di ambito distrettuale (rispettivamente il 60% e il 90%) sono ripartite annualmente fra gli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) utilizzando i seguenti indicatori sociali e demografici (Istat), da applicare alla popolazione residente nel territorio di ciascun Ambito distrettuale:
 - 1.1.: il 60% delle due quote in proporzione diretta alla popolazione residente;
 - 1.2.: il 10% delle due quote in proporzione diretta all'indice di dipendenza strutturale;
 - 1.3.: il 10% delle due quote in proporzione diretta al numero di anziani residenti (65 anni e oltre);
 - 1.4.: il 10% delle due quote in proporzione inversa alla densità demografica (residenti/ Kmq.);
 - 1.5.: il 10% delle due quote in proporzione diretta alla popolazione immigrata residente (residenti con cittadinanza non italiana).
- 2) La quota del 5% Fondo sociale regionale destinata al finanziamento aggiuntivo dei Piani sociali degli Ambiti di cui fanno parte i Comuni del cratere sismico è ripartita annualmente, fra gli ECAD degli Ambiti medesimi, utilizzando il seguente indicatore:
 - 2.1.: il 100% in proporzione diretta alla popolazione residente dei Comuni inseriti nel cratere sismico a seguito di provvedimento del Commissario delegato per la ricostruzione.
- 3) La quota del Fondo sociale regionale destinata alla costituzione del “Fondo per i minori in comunità” (20%) è assegnata agli ECAD in proporzione diretta al numero di minori ospitati nelle comunità e residenti nei Comuni dell’Ambito distrettuale di appartenenza, alla data del 30 novembre dell’anno che precede quello dell’assegnazione delle risorse. Il “Fondo distrettuale per i minori in comunità” è utilizzato per il sostegno alle spese sostenute dai Comuni rientranti nell’Ambito, che abbiano minori accolti in comunità. Il Fondo non può essere utilizzato a copertura dei costi sostenuti per l’accoglienza di minori stranieri non accompagnati, in quanto tale servizio è già coperto annualmente con risorse statali cui possono accedere i Comuni per coprire quota parte delle spese.
- 4) La quota del Fondo nazionale politiche sociali destinata al sostegno delle gestioni associate (10%) è assegnata ai soli Ambiti distrettuali formati da più Comuni ed è ripartita fra gli ECAD secondo i seguenti indicatori:
 - 4.1.: il 30% in parti uguali fra tutti gli Ambiti distrettuali associati;
 - 4.2.: il 70% sulla base della quota capitaria semplice, calcolata sul complesso della popolazione residente in tutti gli Ambiti distrettuali associati.
- 5) Il Fondo nazionale per le non autosufficienze è annualmente suddiviso in due quote, una delle quali destinata alla realizzazione degli interventi rivolti alle persone con disabilità gravissima, e utilizzato con le modalità e i criteri stabiliti con apposita deliberazione della Giunta Regionale, adottata in applicazione del provvedimento ministeriale di assegnazione delle risorse alla Regione. Il Fondo è ripartito con i seguenti criteri:
 - in proporzione diretta al numero di soggetti residenti nei Comuni dell’Ambito

distrettuale di appartenenza assistiti in applicazione del provvedimento ministeriale, alla data del 30 novembre dell'anno che precede quello dell'assegnazione delle risorse.

- 6) Il Fondo per l'integrazione sociosanitaria è integralmente assegnato ai Comuni. Il fondo è assegnato ai Comuni per il tramite dell'ECAD in proporzione diretta al numero delle persone non autosufficienti accolte in strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate e residenti nell'Ambito distrettuale alla data del 30 novembre della precedente annualità. L'accesso al fondo è disciplinato dal Regolamento di accesso del Comune e dell'Ambito.
- 7) La quota del 15% del Fondo sociale regionale è annualmente utilizzata dalla Regione per il finanziamento delle azioni regionali di innovazione sociale (Cfr. § II.11) e per l'attuazione di interventi diretti consistenti in programmi speciali regionali, tra i quali sono compresi:
- la gestione dell'Osservatorio sociale e del sistema informativo sociale e sociosanitario;
 - la realizzazione di un sistema di premialità in favore degli Ambiti distrettuali per i risultati da essi raggiunti, fondato sul controllo della spesa e sulla verifica di raggiungimento degli obiettivi di performance dei servizi erogati, da utilizzare per la realizzazione di azioni innovative e sperimentali da parte degli stessi Ambiti;
 - lo svolgimento dell'attività di assistenza tecnica a favore degli Ambiti distrettuali per l'attuazione del Piano sociale regionale;
 - il sostegno allo svolgimento delle funzioni regionali descritte dall'art. 8 della legge 328/2000;
 - la realizzazione di studi e ricerche.

Destinazione e criteri di assegnazione annuale delle “risorse ordinarie” del sistema regionale di interventi e servizi sociali			
<i>Finalità</i>	<i>Fonte di finanziamento</i>	<i>Destinatari</i>	<i>Criteri di assegnazione</i>
Piano sociale di ambito distrettuale	60 % FSR 90 % FNPS	ECAD	-60% in proporzione alla popolazione residente; -10% in proporzione all'indice di dipendenza strutturale; -10% in proporzione al numero di anziani residenti (65 anni e oltre); -10 % in proporzione inversa alla densità demografica (residenti / Kmq.); -10% in proporzione diretta alla popolazione immigrata residente
Gestione associata	10 % FNPS	ECAD	-30% in parti uguali fra tutti gli Ambiti distrettuali associati; -50% sulla base della quota capitaria semplice, calcolata sul complesso della popolazione residente in tutti gli Ambiti associati; -20% in proporzione diretta alla popolazione residente.
Fondo per i comuni del cratere	5% FSR	Ulteriore assegnazione all'ECAD	- 100% in proporzione diretta alla popolazione residente nei Comuni rientranti nel cratere sismico da destinare agli Ambiti distrettuali in cui siano presenti Comuni del cratere
Fondo per i minori in comunità	20% FSR	ECAD	- 100% in proporzione al numero dei minori ospitati in comunità alla data del 30 novembre dell'anno precedente
Non autosufficienze	100 % FNNA	ECAD	Due quote (una delle quali per gli interventi rivolti alle persone con disabilità gravissima) secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta Regionale e con i seguenti indicatori: -60% in proporzione alla popolazione residente; -10% in proporzione all'indice di dipendenza strutturale; -20% in proporzione al numero di anziani residenti (65 anni e oltre); -10 % in proporzione inversa alla densità demografica (residenti / Kmq.).
Integrazione sociosanitaria	100 % Fondo	COMUNI	Il fondo è assegnato ai Comuni per il tramite dell'ECAD in proporzione diretta al numero delle persone non autosufficienti accolte in strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate e residenti dei Comuni dell'Ambito distrettuale alla data del 30 novembre della precedente annualità.
Innovazione e programmi speciali regionali	15 % FSR	REGIONE	Provvedimenti per la ripartizione della quota disponibile e per la dotazione di risorse finanziarie per interventi innovativi e programmi speciali regionali di cui al § II.11.

Modalità di assegnazione e impiego delle risorse

-Assegnazione. Le risorse finanziarie provenienti dai diversi Fondi prima descritti sono assegnate annualmente agli enti destinatari come contributi vincolati per destinazione, secondo quanto stabilito dalle disposizioni e dai procedimenti previsti in modo specifico per i Fondi stessi. In aggiunta a tali disposizioni, l'assegnazione è subordinata al rispetto delle seguenti, ulteriori condizioni:

- pubblicazione del quadro complessivo della spesa sociale, sia preventiva che consuntiva, sui siti internet degli ECAD e dei Comuni singoli per la quota relativa agli interventi comunali (precedente punto n. 2);
- stipula della convenzione sociosanitaria fra l'Ambito distrettuale e l'Azienda USL, in conformità alle Linee Guida e schema tipo regionali;
- avvenuta approvazione del Regolamento di accesso ai servizi contestualmente al Piano sociale di ambito distrettuale;
- rispetto della disciplina sull'applicazione dell'ISEE per la fruizione delle prestazioni sociali agevolate;
- per le assegnazioni ai singoli Comuni degli Ambiti pluricomunali, la verifica dell'avvenuto versamento in favore dell'ECAD delle somme dovute per la partecipazione alla forma associativa dell'Ambito.

-Cofinanziamento. Tutte le risorse finanziarie assegnate dalla Regione costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati dagli ECAD e dai Comuni singoli. Esse non possono superare il 70% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione delle diverse attività ed interventi. Per conseguenza, la parte di spesa non coperta dal cofinanziamento regionale deve essere pari ad almeno il 30% della spesa complessivamente impegnata e può essere fronteggiata, oltre che con i proventi delle tariffe applicate per i servizi erogati, anche attraverso risorse aggiuntive direttamente utilizzate (contributi di altri enti, della Commissione Europea, sponsorizzazioni, etc.), con esclusione di altri contributi regionali e della quota di spesa per il personale dipendente e per il funzionamento degli organi.

-Ufficio di Piano. Gli ECAD possono utilizzare una quota annuale non superiore al 5% delle somme destinate ai Piani sociali di ambito distrettuale (precedente punto n. 1) a copertura della spesa da sostenere per l'Ufficio di Piano, organizzato e funzionante secondo le indicazioni e gli standard approvati con le Linee guida regionali. In presenza di Zone di gestione sociale (Cfr. § III.1), la possibilità è estesa anche agli eventuali Uffici di Piano zonali, sempre nel limite percentuale previsto e nel rispetto delle Linee guida. La quota stessa può essere utilizzata a copertura della spesa effettivamente sostenuta fino al 100% del suo ammontare.

-Velocizzazione dei flussi finanziari. I fondi di diretta competenza regionale per la prima annualità dei Piani sociali di ambiti vengono assegnati con determina dirigenziale entro 30 giorni dalla data del provvedimento di Giunta regionale di verifica della compatibilità. Per le annualità successive sono liquidati, entro 30 giorni dalla data di effettiva disponibilità delle risorse al Servizio regionale competente, agli Ambiti che, in ogni caso, rispetteranno i termini e le modalità di rendicontazione previste e che invieranno tutti i flussi informativi richiesti dall'Osservatorio sociale regionale.

-Rendicontazione. Tutti i contributi assegnati agli ECAD e ai Comuni sono soggetti a rendicontazione, secondo le specifiche disposizioni previste per ciascun Fondo da cui provengono i contributi stessi.

Gli ECAD e i Comuni sono tenuti a presentare al competente Ufficio regionale la rendicontazione dei contributi assegnati per i Piani distrettuali sociali (quote di cui ai precedenti punti 1 e 2), tramite piattaforma digitale e invio degli atti via PEC. La rendicontazione deve essere trasmessa entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, utilizzando le modalità ed i formulari richiesti dal "Servizio programmazione sociale e sistema integrato socio-sanitario". Non sono comunque riconosciute in sede di rendicontazione le spese sostenute per il funzionamento degli organi degli ECAD, dei Comuni e degli enti strumentali.

La mancata o insufficiente rendicontazione dei contributi assegnati comporta la compensazione della somma non rendicontata, qualora non restituita alla Regione, sull'analoga assegnazione dovuta per l'anno successivo a quello di presentazione del rendiconto. Le quote non impegnate entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento saranno compensate sull'analoga assegnazione dei fondi delle annualità successive.

Della mancata o incompleta utilizzazione da parte degli ECAD e dei Comuni dei contributi assegnati viene data pubblicazione sul sito internet della Regione, sia in caso di restituzione che di compensazione degli stessi contributi.

Le risorse non assegnate per mancata o insufficiente rendicontazione, o comunque non utilizzate, sono destinate ad incrementare la quota per azioni di innovazione e programmi speciali regionali (punto 7).

Il mancato o incompleto trasferimento all'ECAD da parte del singolo Comune della quota dovuta per la partecipazione alla forma associativa intercomunale, previo accertamento dell'inadempienza, sulla base di motivata e documentata comunicazione da parte dell'ECAD creditore, comporta l'applicazione della sanzione consistente nell'esclusione, in tutto o in parte, dei Comuni inadempienti dalla fruizione dei servizi, oltre alla pubblicazione dell'elenco dei Comuni inadempienti sui portali internet della Regione Abruzzo e dell'ECAD.

I rendiconti dovranno essere pubblicati sul sito Internet dell'ECAD. La Regione procederà alla pubblicazione anche sul sito dell'Osservatorio sociale regionale.

IV.2. La gestione integrata dei Fondi

Parallelamente alla gestione programmatica coordinata, il finanziamento delle politiche sociali a livello locale seguirà **il principio di integrazione della spesa**. I principali fondi per il finanziamento delle strategie dei Piani sociali ambito distrettuale sono, in sintesi e allo stato attuale, i seguenti:

FONDI DI GESTIONE DIRETTA

- **FSR – Fondo Sociale Regionale** per l'espletamento di servizi ed interventi in materia sociale e socio-assistenziale, istituito dalla L.R. 135/1996, che concorre al finanziamento dei servizi e degli interventi dei Comuni singoli e associati, la cui consistenza è stabilita annualmente dalla legge regionale di bilancio;
- **FNPS – Fondo Nazionale Politiche Sociali**, istituito dalla L. 328/2000, quale quota nazionale per il finanziamento del sistema dei servizi sociali, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali;
- **FNNA – Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze**, istituito dalla L. 296/2006, destinato al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e dell'Economia e Finanze;
- **Fondo per l'integrazione sociosanitaria** per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell'utenza in strutture sociosanitarie.

FONDI STRATEGICI DI GESTIONE INDIRETTA

- **Fondo “Interventi per la Vita Indipendente”**, istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012), erogato dagli Enti di ambito per il finanziamento di progetti personalizzati di vita indipendente e direttamente erogato alle persone con disabilità;
- **Fondo “Provvidenze in favore della famiglia”**, istituito dall'art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai Consulenti e dalle Associazioni;
- **Fondo Nazionale Politiche della Famiglia**, istituito dalla L. 296/2006, per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali;
- **Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili**, istituito dalla L. 248/2006, ripartito annualmente con Intesa della Conferenza Stato-Regioni;
- **Fondo “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate”**, istituito dall'art. 13 della L.R. 31/2006, per il finanziamento dei centri antiviolenza;
- **Fondo per il finanziamento del “Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”**, istituito dalla L. 119/2013, per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere;
- **P.O. FSE Abruzzo 2014-2020**, Fondo Sociale Europeo, Obiettivo Tematico 9, che prevede due linee di azione in materia di inclusione sociale per il periodo 2014-2020, che è reso disponibile tramite avvisi per gli enti di ambito;
- **PON “Inclusione sociale” 2014-2020**, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- **Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386);
- **Fondo “Contributi per il sostegno alimentare delle persone in stato di**

- povertà**”, istituito dall’art. 23 della L.R. 29/2006, a favore delle mense e dei centri di distribuzione;
- **Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio** per servizi educativi prima infanzia e ADI;
 - **Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia**, rifinanziato dalla L. 190/2014;
 - **Fondo nazionale sul “Dopo di noi”**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400);
 - **Fondo Sanitario Nazionale**, con il quale sono cofinanziati gli interventi e i servizi sociosanitari, erogati dai Distretti e dalle Aziende USL, e che saranno inseriti all’interno della Convenzione sociosanitaria; a tal fine le Aziende ASL indicheranno i fondi destinati alle attività socio-sanitarie;
 - **Atri fondi derivanti da nuove norme o programmi nel periodo di vigenza del Piano.**

Nell’ottica della promozione del cosiddetto “secondo welfare” (si vedano i rapporti 2013 e 2015 sul secondo welfare in Italia a cura del Centro “Luigi Einaudi”), l’Ambito distrettuale deve impegnarsi a favorire lo sviluppo del proprio sistema di welfare locale attraverso un ruolo proattivo nell’acquisizione di altre risorse, quali, ad esempio:

- i fondi INPS relativi alle prestazioni di servizi assistenziali, quali l’iniziativa “Home Care Premium”;
- il concorso e il contributo sia in termini di infrastrutture e patrimoni sia in termini finanziari da parte delle ASP (laddove presenti) al funzionamento del sistema locale dei servizi sociali;
- i fondi messi a disposizione da altri enti pubblici o dai privati, quali Fondazioni bancarie, banche, aziende, consorzi, etc.;
- i fondi derivanti da iniziative di innovazione, quali le azioni denominate “SIB – Social Impact Bond”;
- altre tipologie di risorse per il concorso al miglioramento del sistema dei servizi.

Attraverso il regolamento da allegare al Piano sociale distrettuale, gli Ambiti distrettuali definiscono i servizi sociali e socio-sanitari che saranno soggetti al regolamento per l’accesso alle prestazioni sociali agevolate, in coerenza con la legislazione nazionale e regionale, che ricomprendano i servizi già previsti dal Piano sociale regionale 2011-2013 secondo il metodo della progressività lineare, tenendo conto delle soglie di esenzione stabilite dall’atto di indirizzo. Attraverso una specifica proiezione di entrata, gli Ambiti distrettuali dovranno inserire nei piani finanziari previsionali le quote attese per l’erogazione delle prestazioni sociali agevolate, in apposito fondo denominato “Fondo per l’equità delle prestazioni sociali agevolate”, che dovrà essere specificamente destinate al potenziamento dei servizi essenziali di cui all’Asse Tematico 1.

Tavola 48 - Quadro integrato delle risorse per il finanziamento delle politiche sociali e corrispondenza con gli Assi dei Piani sociali di ambito distrettuale

<i>Finanziamento integrato degli assi tematici dei Piani sociali di ambito distrettuale</i>	FSR Fondo Sociale Regionale	FNPS Fondo Nazionale Politiche Sociali	FNNA Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze	Fondo Vita Indip. (L.R. 57/2012)	Fondo integrazione socio-sanitaria	Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia	Fondo per la Famiglia (L.R. 95/95)	Fondo Politiche Giovanili	Fondo Centri anti-violenza (L.R. 31/2006)	Fondo Piano nazionale violenza	P.O. FSE Abruzzo Fondo Sociale Europeo	PON "Inclusion e sociale"	Fondo Piano Nazionale Povertà	Fondo Sostegno alimentare (L.R. 29/2006)	Fondi FSC Obiettivi di servizio	Fondo Piano sviluppo asili nido	Fondo legge "Dopo di noi"	Fondo Sanitario Nazionale
AT 1 – Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale																		
AT 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza																		
AT 3 – Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà																		
AT 4 – Sostegno famiglie, nuove generazioni, contrasto violenza																		
AT 5 – Strategia per le persone con disabilità																		
AT 6 – Strategia per l'invecchiamento attivo																		
AT 7 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi prima infanzia																		

IV.3 La gestione trasparente dei fondi: il bilancio sociale di ambito

Lo strumento individuato nella prospettiva di una valorizzazione della trasparenza verso l'esterno in merito all'utilizzo delle risorse è il **Bilancio Sociale**, strumento che concorre allo sviluppo, nella Pubblica Amministrazione, di capacità e strumenti di valutazione e rendicontazione dei risultati volti al miglioramento delle politiche e dei servizi pubblici, e alla valorizzazione della trasparenza verso l'esterno.

Il **Bilancio Sociale di Ambito** sarà il modello di comunicazione e di rendicontazione del grado di realizzazione dei Piani sociali di ambito e, pertanto, anche degli esiti del monitoraggio e autovalutazione degli stessi [vedi paragrafo IV.5 "*Sistema informativo socio-sanitario, monitoraggio e valutazione dei servizi*"]. Rappresenterà il principale strumento di conoscenza e di comunicazione, che favorirà la costruzione di un dialogo permanente tra istituzioni e cittadini a tutti i livelli, incluso il privato sociale, per il quale occorrerà dare evidenza della ricaduta effettiva alle comunità in termini di servizi aggiunti e occupazione e coesione sociale.

In chiusura della programmazione ciascun Ambito sociale sarà impegnato nella redazione del proprio Bilancio Sociale, da pubblicare sul sito Internet dell'Osservatorio sociale e sul sito dell'ECAD e dei Comuni dell'Ambito, secondo la seguente articolazione di Indice.

Tavola 49. Indice del Bilancio sociale di Ambito

Presentazione "istituzionale"

Finalità del documento:

- le motivazioni che hanno portato l'Ambito a dare visibilità al proprio sistema dei servizi
- quali sono i destinatari (stakeholder) a cui ci si rivolge.

1. Il contesto

Illustrazione delle principali caratteristiche del contesto dell'Ambito, ovvero:

- le caratteristiche del territorio, la struttura demografica e le dinamiche della popolazione;
- il sistema di offerta dei servizi e delle prestazioni erogate;
- la "mission" in termini di: valori sottesi, obiettivi generali e specifici, attività e destinatari/ stakeholder.

2. Le azioni

Illustrazione attraverso schede sintetiche delle principali azioni sviluppate attraverso il Piano riportando per ciascuna di esse:

- i bisogni rilevati e le priorità a cui si è inteso rispondere
- l'offerta di attività/servizi in essere e le risorse umane impiegate
- i prodotti e i risultati raggiunti attraverso opportuni dati ed indicatori
- eventuali criticità, impegni e azioni previste per il futuro.

3. La spesa

Presentazione dei dati ragionati relativi alla spesa sociale e socio-sanitaria

IV.4. Sistema informativo socio-sanitario, monitoraggio e valutazione dei servizi

Una chiave fondamentale per la garanzia dei processi di decentramento, *governance* e autonomia degli Ambiti distrettuali è rappresentata dalla funzione di monitoraggio e valutazione da parte dell'Ente Regione.

I flussi informativi per il monitoraggio, la valutazione e la rendicontazione dei Piani sociali di ambito sono fondamentali per garantire l'andamento del sistema dei servizi alla persona e per programmare secondo precisi dati basati sull'evidenza. Nel prossimo triennio, la Regione rafforzerà tali attività nell'ambito dell'Osservatorio sociale regionale con la predisposizione di strumenti di rilevazione sulle prestazioni, sui costi sostenuti per singole tipologie per la derivazione dei costi standard, sugli indicatori di monitoraggio e di impatto del Piano, sul controllo della spesa e dei contributi assegnati.

Fondamentale sarà l'utilizzo del “**Casellario dell'assistenza**” (D.M. 206/2014) da parte di tutti gli Ambiti distrettuali e i Comuni, quale condizione necessaria per l'erogazione dei finanziamenti. Il Casellario, entrato in funzione dal 25 marzo 2015 presso l'INPS, sta progressivamente implementando tutte le sue funzioni di banca dati delle prestazioni sociali. Tutti i Comuni e gli Ambiti distrettuali, anche attraverso i rispettivi Uffici di Piano, concorrono ad alimentare sia i flussi della banca dati INPS sia i flussi richiesti dalla Regione Abruzzo tramite il Sistema Informativo gestito dall'Osservatorio sociale regionale. Al tempo stesso, la Regione Abruzzo accede al sistema del Casellario per il monitoraggio continuo delle prestazioni, configurandosi quale Sistema Informativo fondamentale per l'esercizio della funzione di monitoraggio e valutazione.

Il monitoraggio e la valutazione dei servizi rappresentano un passaggio indispensabile per una efficace ed efficiente programmazione degli interventi e allocazione delle risorse.

La valutazione e il monitoraggio (che ne è parte integrante) vengono, pertanto, accolti nella loro accezione di “*dare valore*”, ovvero misurare e dare giudizi sui risultati effettivamente raggiunti, sugli scostamenti rispetto agli obiettivi e sulle ricadute generate dagli interventi e dalle politiche nei confronti dei diversi *stakeholder* a vario titolo coinvolti. Secondo questa accezione, la valutazione si esplica attraverso la produzione di informazioni mediante l'utilizzo di una ampia serie di strumenti di indagine. L'utilizzo della valutazione non va, tuttavia, inteso solo come rendicontazione ma anche come opportunità di *apprendimento e miglioramento*.

Nell'ambito dell'implementazione del Piano sociale il monitoraggio e la valutazione rappresentano, dunque, processi dinamici che consentiranno di:

- rimodulare il sistema programmatico delle politiche sociali territoriali;
- valutare l'effettiva implementazione delle politiche diseguate a livello regionale;
- incidere nell'effettiva realizzazione di servizi e interventi.

La regia del processo sarà affidata all'Ufficio dell'Osservatorio sociale regionale, anche con l'attuazione di una specifica azione di *governance* del sistema di cui al § II.11, che agirà in stretta connessione con la Cabina di Regia regionale istituita con la DGR n. 149 del

26/02/2015 e individuata quale “*organismo per la promozione, condivisione e confronto dell’elaborazione delle linee di indirizzo e di programmazione nel settore delle Politiche Sociali, nonché di azioni strategiche finalizzate alla stesura del Piano sociale 2016/2018*”.

La valutazione “in pratica”

Per il percorso di valutazione sarà propedeutica l’elaborazione di un “disegno di valutazione”, ovvero un piano concettuale che ne accompagni l’implementazione per tutta la loro durata e che consenta di predefinire nel dettaglio che cosa la valutazione andrà ad esplorare, attraverso quali strumenti ed in quali momenti specifici.

Si prevedono nello specifico le seguenti tre macro-fasi:

- 1) La **definizione delle “dimensioni di analisi”**, ovvero l’individuazione, a partire dagli obiettivi operativi e dalle priorità espresse in sede di Osservatorio sociale regionale degli elementi che si riterrà utile meglio esplorare in sede di analisi;
- 2) **L’identificazione dei criteri valutativi e degli indicatori** utili per misurarli e conoscere il livello di realizzazione delle azioni messe in atto nei territori e che dovranno essere rispondenti agli indicatori già utilizzati in sede di Piano sociale distrettuale. Il processo di identificazione dei criteri e degli indicatori è cruciale al fine di dare evidenza della misurabilità dei risultati attesi connessi agli obiettivi e alle priorità strategiche individuate e consentirà, parallelamente, di garantire la possibilità di confronti e comparazioni sia in un preciso momento di osservazione che osservandone lo sviluppo nel corso del tempo.
- 3) **Rilevazione e analisi dei dati**. Questa fase permetterà di mettere in luce i risultati raggiunti, costruire una memoria del lavoro svolto e interpretare e fare sintesi dei risultati della valutazione, offrendo un supporto al livello decisionale.

Metodi e strumenti

Il sistema di monitoraggio e valutazione del Piano sociale sarà supportato dall’utilizzo di tecniche e strumenti quali/quantitativi, secondo un approccio che si richiama esplicitamente alla metodologia della ricerca sociale. Saranno predisposte, in stretto raccordo con il sistema informativo:

- *check-list* calibrate sul sistema di offerta di servizi ovvero sui processi in atto nei territori;
- *panel* di indicatori quali/quantitativi sugli obiettivi operativi considerati cruciali;
- strumenti di dialogo con l’utenza dei servizi e con la cittadinanza.

Un’attenzione specifica sarà dedicata al **monitoraggio periodico delle risorse impegnate per fonte di finanziamento**. Saranno in questa direzione oggetto di rilevazione dati quali:

- Dettaglio risorse programmate per fonte di finanziamento (es. fondi regionali, risorse proprie da bilanci comunali, altre risorse pubbliche, altre risorse private)
- Dettaglio risorse impegnate per fonte di finanziamento (es. fondi regionali, risorse proprie da bilanci comunali, altre risorse pubbliche, altre risorse private)
- Incidenza % risorse impegnate/risorse programmate
- Residui al (data)

- Dettaglio risorse liquidate;
- Incidenza % risorse liquidate su risorse impegnate;
- Risorse già impegnate da liquidare al (data);
- Dettaglio risorse non impegnate.

Le fasi operative

La costruzione e implementazione del monitoraggio e della valutazione dei Piani si svolgerà in tre fasi operative:

1) *Condivisione dell'impianto teorico e metodologico*

Il primo passaggio, cruciale per quelli successivi, è rappresentato **a cura degli Ambiti distrettuali** dalla condivisione della costruzione del sistema di monitoraggio e valutazione dei Piani, sia con riferimento ai servizi e agli interventi, sia con riferimento alla loro *governance*.

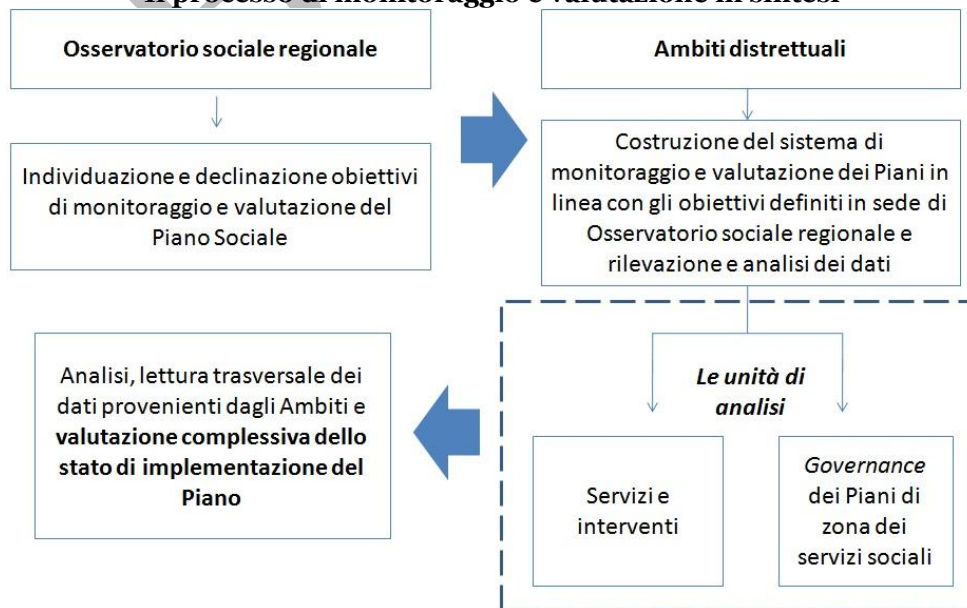
Da questo discende che gli obiettivi del monitoraggio e della valutazione saranno fin da ora individuati in sede di Osservatorio sociale e successivamente socializzati in appositi momenti di confronto con gli Ambiti al fine di:

- 1) consentire agli Ambiti di tenere sotto controllo lo stato di attuazione delle proprie azioni e, eventualmente, di ritardarle e migliorarle nel tempo in una prospettiva di "auto-valutazione";
- 2) consentire alla Regione di avere competenza e consapevolezza, attraverso un *panel* omogeneo di dati ed indicatori che permettano anche confronti spaziali e temporali, dello stato di implementazione delle attività.

Per valutare è necessario monitorare e quindi raccogliere informazioni in maniera omogenea e condivisa.

A questo fine, in connessione con i dati raccolti attraverso l'utilizzo del "Casellario dell'assistenza", al fine di valorizzare le banche dati esistenti, verranno predisposti appositi strumenti che consentiranno di raccogliere e sottoporre ad analisi i dati relativi alle due principali unità di analisi dei Piani: **i servizi/interventi/progetti e la governance**.

Il processo di monitoraggio e valutazione in sintesi



2) *Sperimentazione dell'impianto di monitoraggio e valutazione*

Questa seconda fase del percorso prenderà avvio fin dalla predisposizione dei Piani e per il triennio di attuazione. Compito della sperimentazione sarà quello di verificare l'effettivo recepimento da parte degli Ambiti sociali degli obiettivi della programmazione regionale e, parallelamente, la rilevazione degli indicatori e degli standard.

La sperimentazione avverrà in concomitanza con l'avvio dell'accompagnamento formativo agli ambiti e avrà come approfondimento l'identificazione di un panel di servizi e interventi che ciascun Ambito si preoccuperà di monitorare e valutare con periodicità annuale nel corso del triennio.

L'Osservatorio sociale regionale redigerà un Rapporto annuale comprensivo dei risultati e degli esiti raccolti.

Per l'attivazione di un confronto attivo sulla definizione degli obiettivi strategici, i Piani dovranno già contenere tabelle sinottiche comprensive delle informazioni di seguito riportate.

Tabella sinottica definizione obiettivi strategici

Obiettivo di programmazione	Interventi/ servizi previsti di sistema	progetti/ - Azioni	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati attesi	Indicatori/ elementi osservabili
...

3) *Rilevazione periodica*

Gli strumenti costruiti e validati dall'Osservatorio sono pensati affinché diventino uno strumento di uso comune per gli operatori degli Uffici di Piano che possano orientare la raccolta dati, sostenere l'attivazione di un processo di raccolta non scontato nella sua predisposizione, aiutare a leggere ciò che sta accadendo sul territorio e, con il tempo, a meglio orientare la propria programmazione.

Gli Ambiti saranno, pertanto, tenuti a condurre rilevazioni annuali in merito allo stato di avanzamento nella realizzazione delle azioni connesse agli obiettivi di programmazione, il grado di raggiungimento dei risultati attesi, le risorse umane, strumentali e finanziarie impiegate.

4) *Redazione del Bilancio sociale*

Il Bilancio Sociale di Ambito sarà il modello di comunicazione e di rendicontazione del grado di realizzazione dei Piani sociali di ambito e pertanto anche degli esiti del monitoraggio e autovalutazione degli stessi Piani. Rappresenterà il principale strumento di conoscenza e di comunicazione che favorirà la costruzione di un dialogo permanente tra istituzioni e cittadini a tutti i livelli, incluso il privato sociale, per il quale occorrerà dare evidenza della ricaduta effettiva alle comunità in termini di servizi aggiunti e occupazione e coesione sociale.