



GIUNTA REGIONALE DELL'ABRUZZO
DIREZIONE REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

**REGIONE
ABRUZZO**



**GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO,
FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI
VIA RIETI, NR. 45 – 65121 - PESCARA (PE)**

PIANO SOCIALE REGIONALE 2011-2013



CAPITOLO PRIMO

L'ANALISI DEL CONTESTO

1.1. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE REGIONALE ABRUZZESE: DALLA L.R. 22/98 AL P.S.R. 2007-2009

1.1.1. Dalla sperimentazione al sistema integrato dei servizi alla persona

Il sistema dei servizi socio-assistenziali abruzzese, uscendo da condizioni di ritardo e stasi seguite all'emanazione del D.P.R. nr. 616/1977, con le risorse messe a disposizione dalla Legge 28 agosto 1997, nr. 285, recante *"Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"*, avvia i primi e virtuosi processi di pianificazione locale in area socio-assistenziale.

Con l'applicazione programmatica della Legge 285/97, che coinvolgerà diversi sistemi locali di welfare, iniziarono a cogliersi i mutamenti e le innovazioni sistemiche veicolati dall'attuale quadro normativo: la programmazione partecipata, le zonizzazioni, le gestioni associate, il prototipo di ambito sociale, la correlazione tra bisogni sociali e servizi attivati, l'informazione e la comunicazione sociale, la capacità di pianificare attraverso percorsi metodologici in grado di far emergere, con logica e trasparenza, gli elementi di criticità sociali, le risorse a disposizione, le professionalità, i sistemi operativi, gli elementi di contatto con le realtà sussidiarie.

È con la Legge nr. 285/97 che la Regione Abruzzo sperimenta, già nel 1998, la prima zonizzazione territoriale, anticipando gli effetti del primo P.S.R.. Tale elemento ha, certamente, rappresentato uno degli elementi maggiormente evolutivi del welfare regionale.

In precedenza, la pianificazione sociale locale, coordinata dalla L.R. 135/96, aveva favorito interventi eterogenei, frammentari, non ancorati al disagio sociale, troppo spesso legati a forme di assistenzialismo monetario che hanno rappresentato il *vulnus* del sistema assistenziale pre-riforma.



Dalla Legge 285/97 al primo P.S.R., il passaggio è breve. Il 27 marzo 1998, il Consiglio regionale approva la Legge nr. 22, recante “Norme per la programmazione ed organizzazione dei servizi di assistenza sociale – P.S.R. 1998-2000”.

La citata L.R. nr. 22/98, nel suo articolato, enuncia norme – obiettivo molto qualificanti, anticipando nei tempi la riforma introdotta con la Legge 328/2000. Nello specifico, l'introduzione dei Piani di Zona quali strumenti di programmazione locale, la zonizzazione per ambiti sociali, l'integrazione socio-sanitaria, la formazione degli operatori e dei sistemi, la documentazione e la valutazione degli impianti programmatici ed attuativi.

Il primo P.S.R. dell'Abruzzo, nella sostanza, riconduce al servizio di Segretariato sociale e al servizio socio-psicoeducativo per minori gli standard minimi di sistema, obbligatori in tutti i contesti locali. Non tutti gli ambiti territoriali comprendono appieno la portata applicativa della L.R. nr. 22/98. Le difficoltà, spesso legate alla pianificazione partecipata, alla maggiore responsabilità e partecipazione finanziaria degli enti locali, la cultura progettuale, rendono il primo triennio esecutivo (1999-2001) foriero di iniziative pianificatorie eterogenee, di percorsi progettuali tortuosi e non sempre corrispondenti ai reali bisogni delle comunità locali. In alcuni ambiti, si sperimentano i servizi sociali professionali, le cure domiciliari (assistenza domiciliare, aiuto personale, ecc.); in quasi tutti i contesti – parimenti – sopravvivono le impalcature di assistenza economica diretta o i servizi del cd. consolidato (colonie, soggiorni termali, feste tematiche, ecc.).

Le criticità del 1° P.S.R. Abruzzo sono riconducibili interamente alla sperimentabilità e parzialità del suo impianto che, comunque, rimane il punto di start-up dell'intero sistema regionale.

Il secondo P.S.R. Abruzzo (2002-2004), approvato dal Consiglio regionale con la Deliberazione, 26 giugno 2002, nr. 69/8, rappresenta lo strumento che maggiormente ha qualificato, nel ciclo della sua breve storia, il sistema delle politiche sociali a livello regionale.

Il Piano sociale 2002-2004 consente al *welfare* regionale di compiere un poderoso balzo in avanti rispetto a quanto avviato con il P.S.R. 1998-2000. Le linee ispiratrici sono le risposte universalistiche ai bisogni, la tutela dei soggetti deboli, la



solidarietà, la priorità alle persone e alle famiglie che vivono in condizioni di esclusione e di emarginazione sociale, l'attenzione alle domande delle comunità locali. La promozione di un incontro positivo tra diritti e doveri è la strategia che orienta le diverse modalità di azione delle politiche sociali individuate dal secondo P.S.R..

Esso è diretta espressione della Legge, nr. 328/2000 e dalle scelte espresse dalla programmazione nazionale e, in particolare, dal Piano sociale nazionale 2001-2003, consapevoli che alcune scelte nazionali fatte dalla Legge, nr. 328/00 e dal Piano sociale nazionale (P.S.N.) 2001-2003 sono in parte già state attuate per gli effetti della L.R. nr. 22/98. Nello specifico, il secondo P.S.R. Abruzzo intende perseguire i seguenti obiettivi di sistema:

- zonizzazione per la gestione unitaria dei servizi sociali prevista dall'articolo 8, comma 3, lettera a), della Legge, nr. 328/00;
- volontà di operare per Livelli essenziali di assistenza sociale;
- concepire i Piani di Zona quali strumenti unitari di programmazione e di governo locale;
- Sistemi di valutazione per consentire un monitoraggio più sistematico dei risultati rispetto alle esperienze consolidate e una comparazione tra misure di efficienza e di efficacia conseguite dai diversi ambiti territoriali;
- Metodologica correlazione, negli strumenti di pianificazione, tra le esigenze locali e il sistema di offerta, in relazione ai bisogni di sistema, di salute e alle strategie poste in essere per il conseguimento dei risultati attesi;
- Consolidamento sostanziale della pratica di welfare sussidiario, nel quale si approfondiscono le modalità di collaborazione, in una logica di valorizzazione di tutte le risorse solidali del territorio.
- Prime strategie per l'avvio di un funzionale processo di integrazione socio-sanitaria.

L'impianto metodologico del P.S.R. individua, inoltre, 4 aree prioritarie di intervento, con obiettivi specifici, relativamente a:

- famiglia



- infanzia, adolescenza e giovani
- disabilità
- anziani

I 35 ambiti territoriali sociali, con i Piani di Zona, devono per la prima volta cimentarsi, per ciascuna delle 4 aree, ad individuare e attuare precisi obiettivi ed azioni legati alla realtà territoriale di riferimento, prevedendo anche strumenti di verifica. Il secondo P.S.R. programma, inoltre, azioni finalizzate a migliorare l'attuazione dei LIVEAS, investendo soprattutto sulle modalità di funzionamento dei servizi e degli interventi per rendere esigibili i diritti sociali. In particolare, il segretariato sociale e il pronto intervento sociale sono stati oggetto di apposite sperimentazioni a livello regionale, che hanno definito per ciascun servizio i modelli standard da attuarsi in sede locale.

In relazione all'integrazione socio-sanitaria, i Piano di Zona vengono adottati con Accordi di programma che suggellano la collaborazione interistituzionale tra Ambiti sociali ed Aziende sanitarie, nelle loro diverse articolazioni.

Le azioni di piano, quali obiettivi strategici di medio periodo, prevedono infine sperimentazioni in merito ai più avanzati processi di integrazione sociale – sanitaria e in merito agli strumenti di accesso delle comunità locali ai diritti di cittadinanza sociale.

Le criticità del secondo P.S.R. Abruzzo sono riconducibili certamente alla complessità e articolazione dello strumento di programmazione sociale, anche per effetto della non compiuta maturità sistemica ed organizzativa di tutti gli ambiti territoriali. Si evidenziano, altresì, anche elementi di mancata consequenzialità tra gli orientamenti del P.S.R. e le normative attuative, i regolamenti e le sperimentazioni cui sono devolute le funzioni strategiche del Piano. Il secondo P.S.R., in ogni caso, produce – tra gli altri – un effetto finanziario virtuoso, fungendo da moltiplicatore implicito delle risorse finanziarie che gli enti territoriali impegnano nella pianificazione ed organizzazione dei welfare locali.

Il P.S.R. 2007-2009, approvato dal Consiglio regionale con la Deliberazione, 28 dicembre 2006, nr. 57/1, muovendosi sulla piattaforma programmatica tracciata dal precedente P.S.R., introduce alcuni elementi di perfezionamento del sistema.



Il terzo Piano sociale della Regione Abruzzo, in linea con questo orientamento, intende rinforzare i diritti di cittadinanza sociale, come riconosciuti dalla Costituzione, dall'Unione Europea e dalle Convenzioni internazionali.

Dal punto di vista strutturale, il P.S.R. 2007-2009, presenta sostanzialmente i seguenti elementi di innovazione:

- Sperimentazione dell'area inclusione sociale;
- Introduzione del concetto di "intersettorialità" all'interno dello strumento di pianificazione;
- Impulso al perfezionamento del sistema integrato socio-sanitario;
- Promozione e consolidamento degli strumenti di partecipazione;
- Determinazione di una nuova piattaforma di Livelli essenziali di assistenza sociale;

Il Piano sociale, in tal senso, intende assolvere ad un ruolo strategico nell'ambito di una prospettiva globale di sviluppo del territorio regionale.

Il terzo P.S.R. assume in sé l'aspirazione di un Piano che non sia solo espressione del welfare istituzionale degli enti locali, né uno strumento di regolazione del mercato dei servizi alle persone, ma che favorisca lo sviluppo di un welfare di comunità, nel quale la *social network* sia sempre più vicina alle esigenze della cittadinanza.

Le criticità del terzo P.S.R. Abruzzo sono riconducibili ad un impianto che, nella sua eterogeneità e complessità, realizza il suo limite. Nello specifico, si rilevano la previsione di una ampia gamma di LIVEAS spesso disattesi dagli ambiti in quanto coincidenti con i bisogni / servizi non rilevati o con fattispecie non ancora regolate da apposita normativa o, ancor più, in relazione a standard minimi eccedenti le capacità finanziarie degli enti locali.

Capitolo a parte merita la valutazione dell'impianto di inclusione sociale, sperimentato con il terzo P.S.R.. Seppur esso introduca indubbie novità in merito al contrasto delle condizioni di povertà estrema e marginalità, l'interpretazione estensiva dei suoi strumenti applicativi ha fatto sì che la pianificazione locale non centrasse il *focus* delle problematiche afferenti.



Il programma di inclusione sociale, nei diversi sviluppi locali, non sempre è stato in grado di assolvere alla funzione di strumento attivo di reale inclusione dei cittadini in condizione di marginalità.

Stessa valutazione può applicarsi agli effetti prodotti dagli auspici pianificatori in materia di intersettorialità, valutazione di impatto sociale (V.I.S.), valutazione dei sistemi erogatori, rispetto ai quali il P.S.R. 2007-2009 – di fatto – non è stato capace di produrre reali avanzamenti di sistema.

Infine, elementi di criticità sono riferibili al mancato riordino delle IPAB e del mercato dei servizi socio-assistenziali, soprattutto con specifico riferimento ai sistemi di autorizzazione ed accreditamento, nonché ai minimi effetti prodotti dal P.S.R. sui sistemi di tutela dei lavoratori in *contracting-out*, rispetto ai quali – al di là dei principi programmatici – il terzo Piano Sociale Regionale e la conseguente normativa attuativa non hanno saputo innescare quel regime virtuoso, tipico delle regioni avanzate.

1.1.2 Il quadro socio-economico generale

L'Abruzzo sta attraversando, già da alcuni anni, una fase critica, caratterizzata dalla transizione del sistema economico da un periodo di grande vitalità ad un altro in cui appaiono evidenti le difficoltà di tenuta del sistema socio-economico locale. Lo testimoniano i seguenti elementi:

- i bassi tassi di crescita del PIL, con il conseguente aumento del divario nei confronti delle aree più forti dell'Italia;
- la dinamica regressiva dell'occupazione;
- la crisi, di difficile soluzione, di pezzi importanti del comparto industriale;
- il mutamento degli assetti geo-territoriali, che registrano un progressivo slittamento degli assi attivi verso le zone costiere e metropolitane;

Tasso di disoccupazione

Persone in cerca di occupazione in età 15 anni e oltre sulle forze di lavoro nella corrispondente classe di età (%)

**Tasso di disoccupazione**

Persone in cerca di occupazione in età 15 anni e oltre sulle forze di lavoro nella corrispondente classe di età (%)

Regioni	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	9,9	9,9	10,1	9,9	8,9	7,8	6,3	6,5	5,4	5,3	4,7	4,0	4,2	5,0	6,8
Valle d'Aosta	12,4	11,4	11,0	11,3	11,5	10,3	10,5	11,5	3,7	3,0	3,2	3,0	3,2	3,3	4,4
Lombardia	6,0	5,9	5,6	5,3	4,6	4,1	3,4	3,5	3,6	4,0	4,1	3,7	3,4	3,7	5,4
Trentino-Alto Adige	5,2	4,8	4,6	3,9	4,3	3,3	3,1	3,3	2,8	2,9	3,2	2,8	2,7	2,8	3,2
- Bolzano	2,9	2,6	3,0	2,2	2,7	1,7	1,5	1,7	2,0	2,7	2,8	2,6	2,6	2,4	2,9
- Trento	7,3	6,8	6,1	5,5	5,6	4,6	4,6	4,7	3,5	3,2	3,6	3,1	2,9	3,3	3,5
Veneto	6,7	6,6	6,3	6,1	5,7	4,9	4,6	4,5	3,8	4,2	4,2	4,0	3,3	3,5	4,8
Friuli-Venezia Giulia	7,8	7,1	7,0	6,1	6,2	5,0	4,4	4,3	5,1	3,9	4,1	3,5	3,4	4,3	5,3
Liguria	12,9	12,8	12,2	12,1	11,6	10,0	8,0	8,1	6,5	5,8	5,8	4,8	4,8	5,4	5,7
Emilia-Romagna	5,4	4,9	5,3	4,9	3,9	3,4	3,1	2,5	3,1	3,7	3,8	3,4	2,9	3,2	4,8
Toscana	7,6	7,2	7,3	7,1	6,5	5,4	4,3	4,1	4,9	5,2	5,3	4,8	4,3	5,0	5,8
Umbria	10,1	10,4	9,1	9,1	8,3	7,1	6,3	7,4	6,5	5,7	6,1	5,1	4,6	4,8	6,7
Marche	6,7	6,1	7,0	6,0	6,0	5,0	4,5	5,0	4,6	5,3	4,7	4,5	4,2	4,7	6,6
Lazio	12,3	12,4	12,0	12,0	11,9	11,2	10,5	8,5	9,1	7,9	7,7	7,5	6,4	7,5	8,5
Abruzzo	12,2	11,7	11,9	12,0	12,9	10,8	9,0	9,4	8,4	7,9	7,9	6,5	6,2	6,6	8,1
Molise	11,9	11,7	12,2	12,9	12,2	10,0	9,8	8,9	10,6	11,3	10,1	10,0	8,1	9,1	9,1
Campania	20,2	20,3	20,7	20,0	20,0	20,0	18,8	17,5	16,9	15,6	14,9	12,9	11,2	12,6	12,9
Puglia	15,7	16,4	17,9	19,5	18,1	16,3	14,1	13,5	15,0	15,5	14,6	12,8	11,2	11,6	12,6
Basilicata	16,0	15,9	16,8	16,2	15,3	14,5	14,7	13,5	13,2	12,8	12,3	10,5	9,5	11,1	11,2
Calabria	14,7	16,7	15,7	19,1	21,3	19,3	19,3	18,1	16,5	14,3	14,4	12,9	11,2	12,1	11,3
Sicilia	22,7	23,2	23,5	24,2	24,5	24,1	22,0	20,7	20,1	17,2	16,2	13,5	13,0	13,8	13,9
Sardegna	14,7	14,6	14,7	15,3	15,8	15,7	13,9	13,5	13,9	13,9	12,9	10,8	9,9	12,2	13,3
Italia	11,2	11,2	11,3	11,4	11,0	10,2	9,1	8,6	8,4	8,0	7,7	6,8	6,1	6,7	7,8

Fonte: ISTAT

La Regione Abruzzo, infatti, ha registrato:

- una consistente crescita negli anni '80 e '90, che ha permesso il superamento della soglia di eleggibilità alle aree Ob. 1 (75% del PIL pro capite comunitario);
- una forte attenuazione dei ritmi di crescita nel periodo 1995-2004 particolarmente accentuata nel corso degli ultimi anni (2000-2004); nel 2004 il PIL pro-capite regionale risulta pari al 82,5% del livello medio nazionale, a fronte dei livelli sensibilmente superiori registratisi negli anni '80.
- La crescita regionale è il risultato di dinamiche estremamente differenziate sul territorio: le zone costiere e collinari sono più capaci di reagire alla crisi grazie al sistema di PMI, caratterizzato da buona flessibilità; le zone interne



sono, invece, più esposte alla crisi in quanto dipendenti, per quanto riguarda il tessuto produttivo, dalle scelte di investimento di imprese esogene.

P.I.L. pro capite per regione - Anni 2000-2008*(euro, valori concatenati anno di riferimento 2000 e variazioni percentuali)*

REGIONI	Euro (valori concatenati)		Variazioni percentuali									
	2000	2008	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Piemonte	23.382	23.290	3,4	0,7	-0,6	-0,7	0,5	-0,1	1,5	0,7	-2,4	
Valle d'Aosta	26.734	27.763	-2,6	2,6	1,0	1,3	0,3	-2,2	0,9	1,2	-1,3	
Lombardia	27.488	27.471	3,2	1,6	0,5	-1,0	-0,4	-0,4	1,0	0,7	-2,0	
Liguria	21.277	21.680	5,2	3,0	-1,6	-0,5	-0,1	-0,9	0,9	2,8	-1,7	
Trentino-Alto Adige	26.801	26.361	3,8	0,0	-1,4	-0,4	0,2	-0,2	1,4	0,6	-2,0	
Bolzano	27.800	27.729	4,7	0,0	-1,7	0,3	1,7	-0,6	2,2	-0,2	-1,8	
Trento	25.830	25.048	2,8	0,0	-1,0	-1,0	-1,3	0,2	0,5	1,5	-2,1	
Veneto	24.843	24.906	4,6	0,3	-1,7	0,1	1,3	-0,2	1,6	0,9	-2,0	
Friuli-Venezia Giulia	23.100	23.779	5,2	2,8	-0,8	-2,6	0,0	1,8	2,5	1,5	-2,0	
Emilia-Romagna	26.870	26.552	5,0	0,8	-1,2	-1,7	-0,5	-0,2	2,6	1,0	-2,0	
Toscana	22.847	23.250	3,5	2,0	0,3	-0,5	0,1	-0,3	1,6	0,4	-1,7	
Umbria	20.243	19.838	3,9	1,9	-1,4	-1,6	0,8	-1,3	2,0	0,3	-2,6	
Marche	20.921	21.617	3,3	1,8	1,3	-1,5	0,3	0,3	2,7	0,8	-2,3	
Lazio	24.102	24.976	2,4	2,0	2,5	-1,4	3,2	-0,6	-0,7	0,3	-1,6	
Abruzzo	18.022	17.810	5,9	1,8	-0,4	-2,3	-3,1	1,2	2,1	0,9	-1,2	
Molise	15.237	16.448	3,6	2,3	0,6	-1,8	1,5	0,5	3,5	1,9	-0,6	
Campania	13.202	13.497	3,7	3,1	1,9	-1,1	-0,2	-0,5	1,2	0,8	-2,9	
Puglia	13.876	14.123	3,3	1,4	-0,4	-1,4	0,6	-0,4	2,5	0,0	-0,3	
Basilicata	14.699	15.186	1,6	0,0	0,5	-1,3	1,6	-1,0	4,2	0,9	-1,6	
Calabria	12.922	13.671	2,3	4,0	0,0	1,2	2,3	-1,6	1,9	0,0	-1,9	
Sicilia	13.381	14.115	2,9	3,9	0,2	-0,4	-0,5	2,2	1,1	0,3	-1,3	
Sardegna	15.883	16.333	2,4	2,0	-0,5	1,7	0,5	-0,3	0,3	1,0	-1,9	
Nord-ovest	25.660	25.719	3,4	1,5	0,1	-0,8	-0,1	-0,4	1,2	0,9	-2,0	
Nord-est	25.580	25.535	4,7	0,7	-1,4	-0,9	0,4	0,0	2,1	1,0	-2,0	
Centro	22.982	23.596	2,9	1,9	1,4	-1,1	1,7	-0,5	0,7	0,4	-1,8	
Centro-Nord	24.835	25.026	3,7	1,4	0,0	-1,0	0,5	-0,3	1,3	0,8	-2,0	
Mezzogiorno	13.934	14.380	3,3	2,7	0,4	-0,6	0,1	0,2	1,6	0,5	-1,6	
Italia	20.917	21.336	3,6	1,8	0,1	-0,8	0,5	-0,1	1,5	0,8	-1,8	

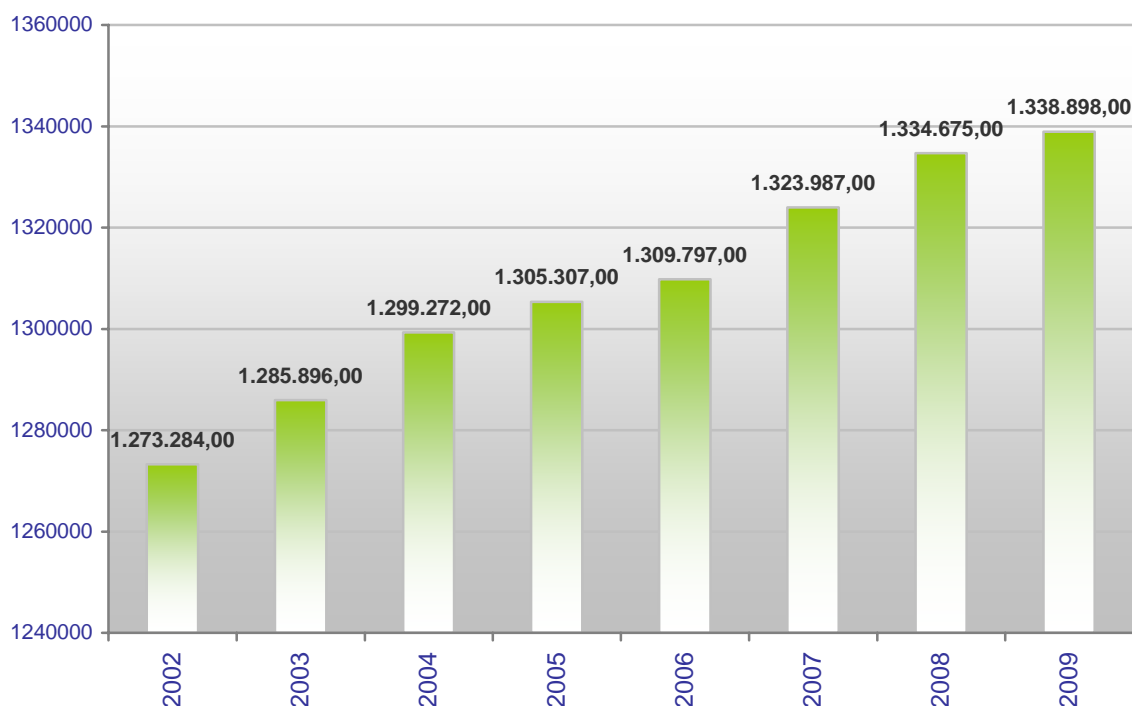
Fonte: ISTAT – Conti economici regionali

L'Abruzzo è la prima regione del Mezzogiorno. Il suo sviluppo economico è, tuttavia, al di sotto della media nazionale e la crescita economica necessita ancora di assistenza strutturale. Si registra, inoltre, un forte squilibrio fra impoverimento, degrado e invecchiamento delle aree montane da un lato e urbanizzazione

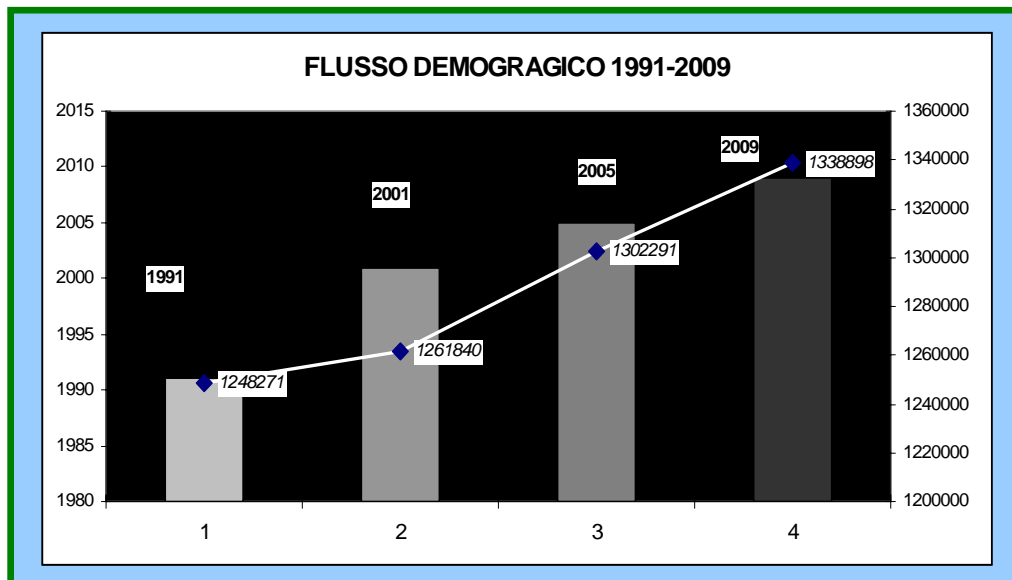


disarticolata delle fasce costiere dall'altro. Una siffatta precisazione preliminare è essenziale per inquadrare più efficacemente la condizione di recessione strutturale generale del nostro contesto regionale.

Regione Abruzzo - Popolazione residente al 31 dicembre - Anni 2002 - 2009

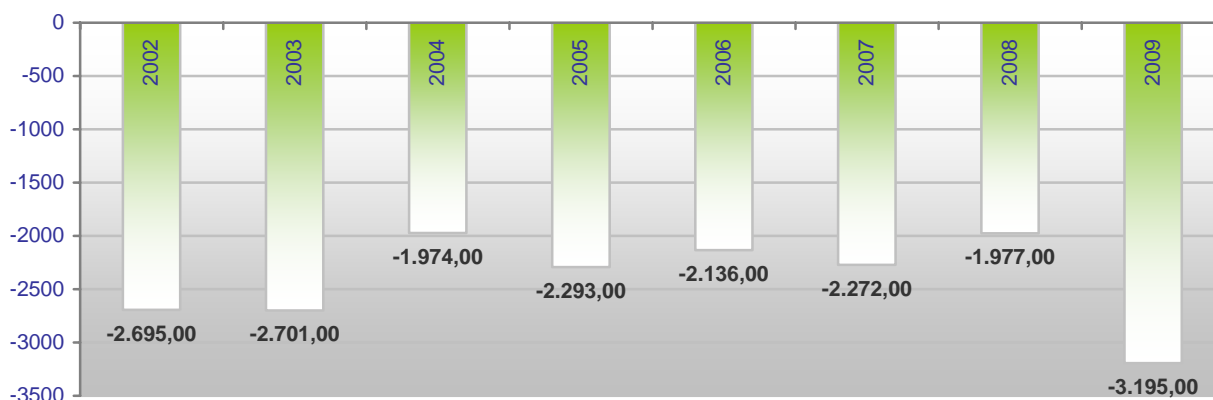


La Regione Abruzzo, al 31 gennaio 2009, censiva 1.309.797 abitanti residenti, di cui 650.752 maschi e 688.146 femmine (48,6 / 51,4 % di U), con una variazione positiva rispetto all'anno precedente dello 0,3 %. Nel quinquennio 2005-2009, la popolazione ha preso a crescere in modo sostenuto con un ritmo medio annuo dello 0,5 % cui corrisponde, in valori assoluti, una crescita complessiva di 33.591 unità. Nello stesso periodo, la crescita demografica regionale ha seguito un andamento simile a quello dell'Italia meridionale, ma con tassi più elevati e vicini a quelli registrati a livello nazionale.



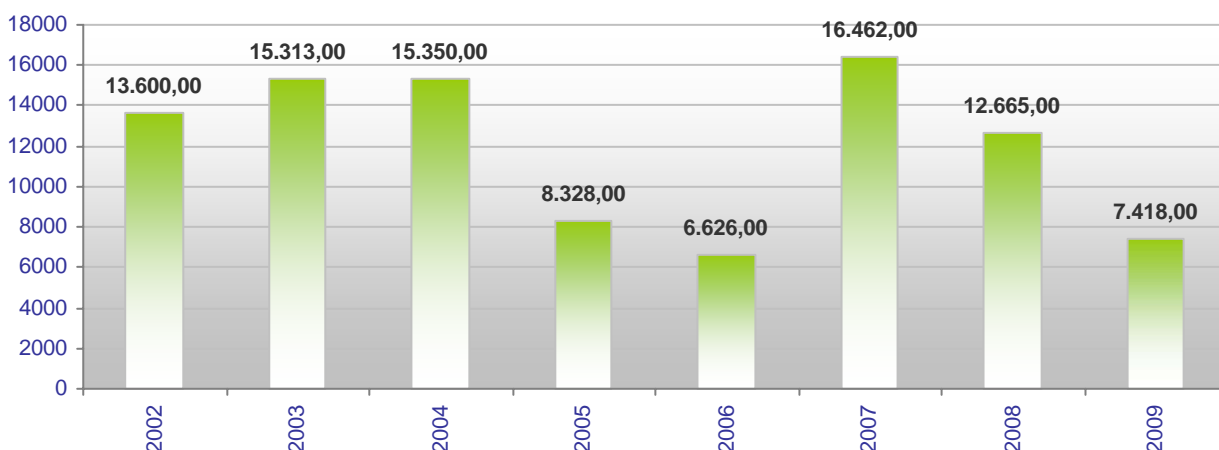
Tale incremento demografico è effetto della compensazione positiva tra saldo naturale negativo, ove l'indicatore di mortalità è > della natalità, a fronte di un saldo migratorio positivo. Nello specifico, a fronte di un saldo naturale pari a $- 3.195$ unità, si è registrato, nel 2009, un saldo migratorio pari a **7.298 unità**.

Regione Abruzzo - Saldo naturale - Anni 2002-2009





Regione Abruzzo - Saldo migratorio - Anni 2002-2009



Tale informazione consente di delineare una prima e prodromica caratterizzazione della demografia abruzzese:

- il saldo naturale negativo indica un processo avanzato di recessione demografica endogena, in cui ai bassi indici di natalità, si aggiungono primari meccanismi di migrazione interna della popolazione locale;
- il saldo migratorio è anche paradigma della riconversione produttiva – occupazionale, ove l'Offerta aggregata di lavoro di bassa soglia attrae le risorse umane esogene e, ove, la Domanda locale – anche a fronte di medi tassi di disoccupazione – focalizza i propri interessi nei settori economici avanzati (terziario, secondario avanzato, attività autonome, ecc.);
- Il numero medio di componenti per famiglia si attesta al valore di 2,5, a riprova dell'avanzamento del modello nucleare e della progressiva trasformazione del modello tradizionale allargato;
- Disaggregando i dati generali, emerge una costruzione demografica caratterizzata da imponenti regressioni nelle zone interne ed avanzamenti nelle zone costiere, a testimonianza della progressiva frattura tipologica in atto nel territorio regionale;



Le statistiche demografiche evidenziano tratti di patologia demografica, correlata ai seguenti fenomeni:

- Decremento della vitalità demografica, produzione di saldi naturali negativi compensati da income migratori;
- Densità abitativa disarticolata, con valori minimi nelle aree interne e montane e valori massimi nell'area metropolitana pescarese (densità media < Densità Valore medio nazionale - VM);
- Saldo totale attivo, con variazioni positive comprese tra i valori di 5,2 % (Pescara), 4,2 % (Teramo), 2,5 % (Chieti e L'Aquila). Tale processo prefigura ipotesi di crescita delle concentrazioni urbane a detrimento delle zone interne e/o a bassa urbanizzazione;
- Isolamento socio-ambientale delle aree interne, depressione socio-economica, marginalizzazione territoriale;
- Necessità di prevedere azioni strutturali di promozione delle aree protette ed interne, che rappresentano il 27,5 % del territorio regionale, anche a fronte del processo di ridimensionamento degli enti locali montani;
- Trend esponenziale di crescita della popolazione straniera, con variazioni annuali medie comprese tra i valori di 0,7 – 1 % di U;
- Trasformazione delle unità famiglia in cellule nucleari, con una media di 2,5 componenti; necessità di prevedere reti di assistenza globale in favore di esse;
- Progressivo invecchiamento della popolazione generale, con indicatore di vecchiaia pari a ca. 155, > ca. 34 punti il Valore medio nazionale ed affermazione dei modelli familiari anziani monoparentali a prevalenza femminile;
- Progressiva e contestuale riduzione delle fasce anagrafiche minorili e dipendenti, con brusche variazioni involutive (U 0-14: - 3,6 nel decennio 1995/2005);
- Decremento popolazione attiva potenziale (U 15-64), con variazione, nel decennio, pari all'1,4 % di U;
- Eterogeneità provenienza dei flussi migratori income e, quindi, difficoltà nell'organizzazione di percorsi integrativi funzionali e di equilibrio sociale;
- Depressione demografica comparativa del sistema Abruzzo, anche in relazione a realtà geograficamente omologhe (Marche, Lazio, ecc.) o con contesti tipici del



Meridione (Calabria); incremento dei differenziali negativi rispetto alle regioni a maggiore sviluppo socio-economico;

- Progressiva differenziazione dei fenomeni di interesse dei quattro capoluoghi di provincia.

È in tale contesto che il quarto Piano Sociale Regionale deve contribuire a stimolare una nuova era del *welfare*, finalizzata alla realizzazione di una comunità solidale e sussidiaria nella quale la cittadinanza, le istituzioni, i diversi attori sociali, in piena responsabilità, cooperino sinergicamente nella direzione del benessere diffuso. Ciò palesa il bisogno di superare l'orientamento assistenziale centralistico, nel quale i diversi sistemi pubblici e privati ruotano attorno alle risorse messe a disposizione dello Stato e dalle sue articolazioni periferiche, senza produrre i processi di sintesi necessari a soddisfare i bisogni sociali, ma orientandosi al solo drenaggio delle risorse finanziarie pubbliche, senza esprimere valore aggiunto.

In tale quadro, l'efficacia delle azioni risente inevitabilmente delle difficoltà espresse in termini di efficienza dei sistemi erogatori, in contesti in cui la responsabilità sociale e di cittadinanza deve correlarsi al corretto e funzionale uso delle risorse economiche.

Negli ultimi anni, il sistema nazionale delle politiche sociali si è caratterizzato per la forte riduzione delle risorse disponibili.

Nell'ambito di questa difficile situazione generale, la Regione Abruzzo, a causa del suo enorme debito pubblico, deve ripensare l'intero sistema regionale delle politiche sociali, al fine di riuscire a garantire i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali sociali.

In virtù di tale premessa, il quarto P.S.R. dovrà contribuire in maniera effettiva ad un'evoluzione significativa del *welfare* regionale, attraverso una pianificazione incrociata ed intersettoriale.

Siffatto ambizioso obiettivo verrà perseguito anche attraverso l'utilizzo sistematico – ove consentito – dei fondi strutturali comunitari (in particolare, del Fondo Sociale Europeo), riferibili ad attività che promuovono lo sviluppo delle politiche sociali, la sostenibilità, l'integrazione e l'inclusione delle persone in condizioni di disagio.

In altri termini, si provvederà ad impiegare in maniera sinergica finanziamenti di origine diversa, sia nazionale, sia comunitaria, al fine di assicurare un utilizzo delle risorse



economiche disponibili efficace e coordinato, in modo da assicurare la tutela globale delle persone in stato di disagio.

1.1.3 Gli assetti evolutivi delle politiche di welfare: dalla solidarietà alle politiche attive di protezione

Il *welfare* locale territoriale è l'obiettivo principale di tutti i processi di riforma dei servizi socio-assistenziali.

Infatti, la Legge, nr. 328/2000 ha anticipato alcuni contenuti della Legge Cost. nr. 3/2001 (che, come è noto, ha modificato il Titolo V della Costituzione), determinando un diverso assetto dei ruoli e delle competenze assegnati agli attori istituzionali deputati alla programmazione, realizzazione e valutazione delle nuove politiche sociali.

Il nuovo sistema di *welfare* prevede la concorrenza delle competenze in materia dello Stato e delle singole Regioni. Infatti, l'amministrazione centrale e quelle locali devono svolgere sinergicamente un ruolo di governo, coordinamento e programmazione. In particolare, l'Ente locale ha la competenza della pianificazione e della regia del sistema integrato territoriale. Inoltre a fronte di questa sussidiarietà verticale, opera anche quella orizzontale, poiché gli *stakeholders* locali partecipano – nelle diverse forme e secondo le proprie competenze - alla progettazione e gestione dei servizi sociali.

In altri termini, il nuovo assetto costituzionale ha prodotto un deciso trasferimento poteri inizialmente affidati allo Stato centrale in capo alle singole Regioni, agli enti locali ed degli attori sociali extraistituzionali.

Di conseguenza, il sistema dei servizi socio-assistenziali deve essere considerato come una rete integrata di attori qualificati alla quale concorrono soggetti pubblici e privati, in forma organizzata, od in forma attiva di semplice cittadinanza sociale.

Appare, quindi, evidente, che viene a delinarsi un *Welfare* tipico di una “*società aperta*”, nella quale il pluralismo locale acquista maggiore competenze rispetto al precedente sistema centralistico.

In tale contesto, si affievolisce la cultura delle azioni transitorie, con finalità meramente assistenzialistiche, le quali, in passato hanno mantenuto l'individuo in uno



stato di passività, di dipendenza. D'ora in poi, gli aiuti erogati in ambito sociale devono tendere alla valorizzazione della responsabilità, delle risorse impiegate, nonché delle capacità proprie di ogni persona.

L'elemento più qualificante della riforma consiste nella figura centrale che deve assumere ogni singola persona oggetto delle politiche sociali. Nel tradizionale impianto di *welfare*, il cittadino aveva consolidato i propri diritti ad esigere protezione sociale, in un percorso di assistenza nel quale egli stesso non assumeva centralità decisionale, responsabilità, opportunità di interazione con i soggetti erogatori.

Invece, nel nuovo sistema di politiche sociali, il cittadino deve essere chiamato ad attivare tutte le risorse di cui dispone; egli non deve essere più un soggetto passivo destinatario di meri aiuti economici o di servizi spesso non correlati ai suoi effettivi bisogni, ma deve essere posto in condizione di accedere ad una rete di relazioni e risorse funzionali alla sua piena integrazione. L'intervento pubblico, quindi, perde la sua natura surrogatoria delle relazioni e delle capacità personali.

Tale visione strutturale del *welfare* incontra, ancora oggi, notevoli difficoltà di affermazione. Dietro la difesa degli impianti tradizionali di assistenza, si celano interessi diffusi ed organizzati, i quali, nel corso del tempo, hanno costruito veri e propri apparati di rappresentanza sociale, che sono risultati essere inadeguati per la soluzione delle condizioni di disagio sociale delle persone.

Nell'ambito delle nuove politiche di *welfare*, ogni singolo cittadino e ogni comunità locale devono ricoprire un ruolo centrale: le persone devono essere riconosciute, sia come soggetti attivi, capaci di produrre aiuti, sia come potenziali destinatari degli stessi.

Nei processi di riforma del *welfare*, la distinzione tra soggetto attivo e soggetto passivo ha ceduto il passo al principio di reciprocità responsabile.

Analizzando l'evoluzione del *welfare* in ambito europeo, emerge una rinnovata centralità circa il riposizionamento dello stato sociale, dal cui dibattito tra comunità scientifiche nazionali e *policy-makers* sovranazionali - si ipotizzano sistemi alternativi di garanzie dei diritti sociali.

In una fase iniziale, il conflitto di posizioni si originava nella presunta inconciliabilità tra l'Europa dei diritti di cittadinanza sociale e quella più orientata al mercatismo e alla massima efficienza.



Solo dopo il Trattato di Amsterdam del 1997, le politiche sociali europee aprono spiragli per l'individuazione di azioni di conciliabilità fra gli obiettivi di sviluppo economico e il rafforzamento dei diritti sociali dall'altro.

Tale orientamento ha certamente influenzato le produzioni normative nazionali, nonché ha posto le basi per l'elaborazione della Carta di Nizza (2000) e alle innovative risultanze del Consiglio Europeo di Lisbona (2000), tra le quali l'enunciazione dei diritti sociali fondamentali, quale sintesi delle volontà istituzionali e di quelle civili.

Nelle strategie europee in materia di politiche sociali, il nuovo *welfare* basato sulla partecipazione intesa quale reciprocità attiva, offre un immenso potenziale per ridurre il disagio sociale, sia mediante la leva dello sviluppo economico, sia mediante l'armonizzazione dei diritti e dei doveri di cittadinanza sociale.

Il Consiglio Europeo di Lisbona ha contribuito fattivamente al tramonto dell'idea di politiche sociali settoriali, burocratizzate, unilaterali, centralizzate.

In virtù di tale assunto, si è affermato il concetto di "*global welfare*", inteso come sistema di azioni coordinate finalizzate al benessere della persona, ove politiche assistenziali, sanitarie, previdenziali, assistenziali, occupazionali e formative si coniugano armonicamente nella logica dell'integrità organica del concetto di benessere e di sicurezza sociale.

Gli obiettivi fissati dal Consiglio Europeo di Lisbona, possono essere sintetizzati nel modo seguente:

- promozione di una più approfondita conoscenza dell'esclusione sociale;
- integrazione dell'inclusione sociale nelle politiche occupazionali degli Stati;
- coordinamento con i settori dell'istruzione e formazione, della sanità e dell'edilizia abitativa;
- sviluppo delle azioni prioritarie indirizzate a particolari gruppi bersaglio (ad esempio minori, anziani e persone diversamente abili).

Le sintesi che derivano dalle nuove scelte europee, ben si adattano all'idea del nuovo P.S.R., che intende favorire tale visione attraverso l'incrocio tra la governance istituzionale, le istanze, le risorse e la responsabilità civile degli attori sociali.



Emerge un elemento nel nuovo corso delle politiche di *welfare*. In passato, le discussioni sullo stato sociale erano state associate ai timori sui livelli di spesa e sugli effetti negativi esercitati dalla spesa pubblica sul tessuto economico e occupazionale.

Ora, alla luce della rinnovata fiducia riposta nell'economia sociale di mercato, le politiche assistenziali non sembrano rappresentare un freno per il sistema economico, bensì un ausilio necessario all'equilibrio strutturale e all'esigenza di temperare lo sviluppo economico con quello sociale ed individuale.

Al fine di garantire un effettivo assolvimento di tale funzione, è fondamentale che le politiche sociali compiano una "*fuga in avanti*", adeguando obiettivi e interventi alla diversa realtà della società contemporanea.

Risulta, quindi, necessario individuare, in luogo di interventi assistenziali, un gruppo di Politiche sociali attive che prevedano i seguenti assi di intervento.

- Risoluzione dei problemi dell'infanzia, anche nell'ottica della conciliazione delle responsabilità familiari e professionali dei genitori che lavorano;
- Adozione di strategie capaci di contrastare l'esclusione sociale anche attraverso misure che facilitino il passaggio dall'assistenza sociale al lavoro (*welfare-to-work*);
- Garantire il sostegno sociale per coloro che hanno occupazioni precarie (*welfare-in-work*);
- Sostenere fortemente una politica a favore dell'autonomia degli anziani.

Nelle politiche attive del lavoro, la politica occupazionale e del reddito, quindi, rappresentano il punto di equilibrio tra gli obiettivi di sviluppo e quelli di benessere sociale ed individuale.

Il più imponente sistema di ammortizzatori sociali è certamente costituito dall'impianto produttivo, dalla sua capacità di produrre Domanda di lavoro, reddito, costruzione di modelli sociali funzionali al benessere collettivo e personale.

A riprova di tale assioma, l'inconsistenza dei sistemi di *welfare* nei paesi nei quali vi è una scarsa ricchezza sistemica (*more development than welfare*).



Il nuovo P.S.R. può dare un contributo, seppure parziale, alla crescita del *welfare* abruzzese, coordinandosi con altri e più dimensionati strumenti di politica economica e sociale.

I processi di trasformazione sociale unitamente agli effetti primari e secondari della globalizzazione (immigrazione, tecnologismo, organizzazione del lavoro, crisi strutturali, etc.) hanno significativamente interessato le nostre comunità locali, coinvolgendo le dinamiche della famiglia, del lavoro e della sicurezza sociale. Tali mutamenti determinano un aumento della domanda sociale proprio nella fase storica in cui le istituzioni, tra il contenimento della spesa pubblica e le incrementalmente responsabilità di governo locali, assistono ad una contrazione delle risorse finanziarie disponibili. Tale crescente complessità sociale si intreccia con la scarsità di risorse, l'emersione di nuovi bisogni di tipo relazionale e la frammentazione delle responsabilità tra diversi soggetti pubblici e privati, imponendo un deciso ripensamento del tradizionale modello di *welfare*.

Una possibile risposta all'incremento esponenziale della domanda di servizi è rinvenibile nella promozione della **responsabilizzazione delle reti sociali**. Le famiglie e le organizzazioni di rappresentanza civica devono essere sostenute nel mutuo-aiuto, nel rafforzamento delle proprie competenze, nell'auto-tutela sociale e nella capacità di gestire le problematiche della quotidianità. Sarà compito del quarto P.S.R. – previa attenta lettura di bisogni, esigenze e criticità - programmare e coordinare un sistema integrato di interventi e di servizi, capace di avviare la sperimentazione di nuove modalità d'azione.

La nostra cultura affonda le sue radici in una lunga tradizione culturale fondata sulla solidarietà, sull'associazionismo volontario, sul cooperativismo sociale.

Facendo tesoro di tali esperienze, occorre oggi operare in modo sostanziale per un più alto grado di responsabilizzazione dei cittadini, affinché siano protagonisti ed interpreti dei loro diritti e dei rispettivi doveri di cittadinanza sociale.

A tal fine, è necessario formare nuove culture professionali, incentivando anche la costruzione di innovative progettualità sociali trasversali, valorizzando le risorse e le esperienze del settore *no profit* e di rappresentanza civica. E' necessario riconoscere che il *welfare* regionale, così come sin qui pianificato, pur capace di produrre risultati indiscutibili, va rinnovato, chiamando in causa un'integrazione ancora più forte con le



politiche del lavoro, dell'istruzione, della formazione professionale, con le agenzie produttive.

Il modello socio-economico abruzzese, nell'ultimo decennio, è riuscito a garantire all'Abruzzo e ai suoi cittadini una buona qualità della vita, un forte senso di identità culturale e coesione sociale.

Ciò si è reso possibile anche grazie al crescente sistema di protezione sociale. Ora, però, welfare e sviluppo economico devono ricomporsi in un nuovo equilibrio, dove ogni fattore faccia la propria parte, pena lo sgretolarsi di quella coesione sociale - già ora più debole rispetto ad un recente passato - che ha permesso al sistema economico di raggiungere eccellenti performance. I problemi centrali della società abruzzese, la sostenibilità e la qualità del suo sviluppo, compresa la consistenza dei flussi immigratori sul nostro territorio, riguardano sempre più direttamente la comunità abruzzese. Considerazioni da cui consegue anche l'interdipendenza delle politiche di integrazione sociale con quelle formative, urbanistiche, economiche e sociali.

Il consolidamento di forti legami tra le istituzioni e la società civile, la connessione programmatica ed operativa stabile tra enti locali ed aziende sanitarie, la responsabilizzazione del settore *no-profit* rispetto agli obiettivi del sistema integrato di servizi socio-assistenziali, la sperimentazione di Piani di Zona che regolino effettivamente competenze diverse e concorrenti alla qualità della vita, in un quadro generale in cui siano fatti salvi i principi e i cardini delle autonomie locali, capaci di produrre welfare non solo in posizione di dipendenza dagli organi e dalle risorse sovraordinate.

In una prospettiva di governance condivisa, è necessario consolidare un patto che possa reggersi sui seguenti elementi:

- **sviluppo sociale ed economico sostenibile:** è strumentale ipotizzare un welfare capace, nei tempi e nei modi necessari, di compensare ogni dinamica sociale emergente;
- **livelli di concertazione reali e in cui siano chiare le responsabilità di ciascun attore sociale e istituzionale:** è necessario che tutti i soggetti di cui all'art. 1 della Legge 328/2000 assumano chiare responsabilità, nei diversi livelli, rispetto agli impianti di welfare locali;



- **un patto di legislatura forte e chiaro tra Istituzioni, associazioni datoriali, organizzazioni sindacali e organismi di rappresentanza sociale:** è necessario che ciascuno degli organismi assuma una posizione attiva e non di mera osservazione critica del sistema;
- **un rapporto di matura e sinallagmatica sussidiarietà tra pubblico e privato:** si rende auspicabile una maggiore apertura e fiducia delle istituzioni nei confronti del privato sociale, così come è necessario che il no-profit sia capace di una poderosa crescita organizzativa, gestionale, progettuale, attraverso la quale generare sviluppo e servizi in posizione attiva e non semplicemente in posizione di *capital consumer*.

Il **quarto P.S.R.** intende, anche per quanto sopra esposto, essere uno strumento di:

- **RESPONSABILIZZAZIONE SOCIALE.** La Regione è uno dei soggetti costituenti il social network locale, nella sua principale funzione di legislatore concorrente, di co-erogatore finanziario, di pianificatore generale. Il sistema si completa con le istituzioni territoriali, nei diversi livelli, con le associazioni di volontariato, le cooperative sociali, le istituzioni pubbliche e private il cui core action è la persona. La responsabilizzazione sociale è da intendersi quale crescente propensione ed attenzione ai diritti sociali di cittadinanza, quale capacità di gestire con rigore i processi di aiuto e di erogazione, l'obbligo di concorrere ai costi del sistema attraverso le rispettive risorse.
- **COORDINAMENTO TRA GLI ATTORI PUBBLICI E PRIVATI, AL FINE DI FAVORIRE UNA CRESCITA SOCIALE SOSTENIBILE.** Nel sistema di welfare, nonostante la forte diminuzione di risorse, spesso si registrano duplicazione di azioni, di interventi a sostegno del disagio. Manca un coordinamento responsabile e sostenibile che consenta di allocare le risorse alle situazioni che maggiormente lo richiedono. L'autoreferenzialità dei sistemi, talvolta, funge anche da induttore di



domanda, in un clima che, talvolta, genera contraddizioni a detrimento proprio delle persone che più hanno bisogno di sostegno.

- **PROMOZIONE REALE DELLE AUTONOMIE LOCALI E DEI DIVERSI LIVELLI DI RESPONSABILITÀ TERRITORIALI.** Le autonomie locali, i comuni, gli ambiti sociali devono poter sperimentare, attraverso tutti gli strumenti che la copiosa normativa consente, modelli responsabili in quanto sostenibili nel tempo, rispetto ad obiettivi contestuali e reali. Tale impostazione da una parte richiede alle autonomie locali una crescente capacità di razionalizzare i propri servizi e le scelte locali, dall'altra esalta la cultura della sussidiarietà e della rappresentanza ;
- **EQUITÀ SOCIALE, INTESA QUALE DINAMICA DI SINTESI TRA OPPORTUNITÀ, SVILUPPO E CONTRASTO ALLE CONDIZIONI SISTEMICHE DI DISAGIO.** I sistemi di welfare devono concorrere all'affermazione del principio di equità sociale, attraverso strumenti che consentano la costante correlazione tra risorse ed assenza di risorse, tra inclusione ed esclusione, tra integrazione e marginalità. Tali variabili non possono essere considerate antagoniste, nella logica del welfare. Il benessere, lo sviluppo economico, l'imprenditoria etica e responsabile sono prodromi di un welfare compiuto;
- **TRASPARENZA E FUNZIONALITÀ PROGRAMMATICA, AL FINE DI FAVORIRE LA REALE E CONCRETA PARTECIPAZIONE DELLA CITTADINANZA E DEGLI STAKEHOLDERS.** I sistemi devono aprirsi al territorio, ai portatori di interesse e di competenze. Le sinergie non devono essere semplicemente considerate quale sistema di informazione, ma anche anticamera per il coinvolgimento attivo della cittadinanza;
- **RIORGANIZZAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI REGIONALI, ATTORNO ALL'INDIVIDUAZIONE DI PRIORITÀ CORRELATE AD AREE BERSAGLIO.** La maggiore responsabilizzazione e la sostenibilità del sistema trovano primo fondamento nella capacità di operare le migliori strategie sociali. Le scelte conseguenti saranno orientate



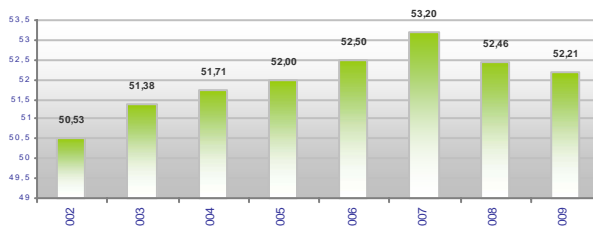
all'individuazione di precise aree di azione, valutabili come le più incidenti in termini di disagio, marginalità ed equilibrio sociale, anche al fine di attribuire reali diritti di cittadinanza sociale su scala regionale e non prospettive altamente differenziate, ma che scarso impatto producono sulla qualità della vita dei cittadini.

1.2 PROFILO SOCIALE REGIONALE – SCHEDE INDICATORI DI CONTESTO PER AMBITO

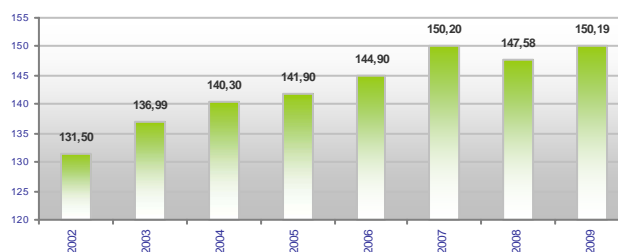
Ambito 01 - Tordino

Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	37.543	39.703
Saldo naturale	-18	-64
Saldo migratorio	336	273
Saldo migratorio interno	157	83
Saldo migratorio estero	165	215
Saldo totale	318	209
Popolazione residente al 31 dicembre	37.861	39.912
Popolazione residente media	37.702	39.808
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-0,48	-1,61
Tasso di crescita totale (x 1.000)	8,43	5,25
Densità demografica (ab./Kmq)	299,20	316,46
Numero famiglie	14.164	15.096
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,64
Tasso di natalità (x 1.000)	9,68	8,97
Tasso di fecondità (x 1.000)	39,66	37,24
Indice di vecchiaia (x 100)	141,90	150,19
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.234	1.926
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.401	2.264
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	13,50	17,5
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,70	5,7
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	24,30	19,9
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,40	3,9
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,70	68,8
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,10	13,71
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,00	17,42
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	42,40	42,73
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,50	16,03
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	9,00	10,11
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	20,10	20,59
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,16	10,58

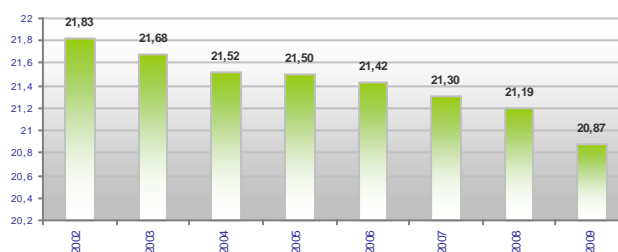
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009

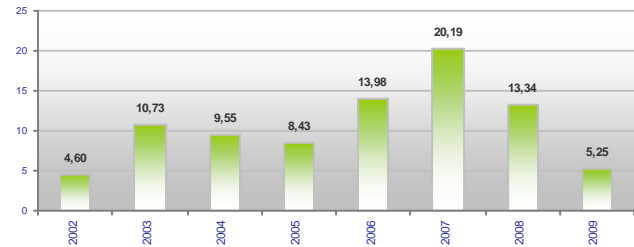


Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009





Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009





Ambito 02 - Vibrata

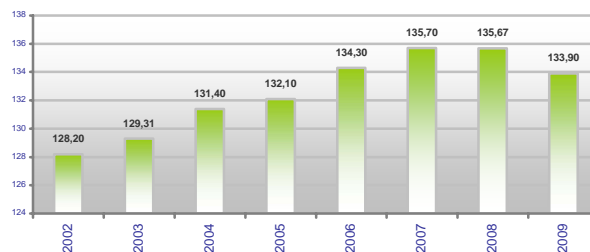
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	66.909	73.111
Saldo naturale	46	22
Saldo migratorio	1.423	1.216
Saldo migratorio interno	622	338
Saldo migratorio estero	705	952
Saldo totale	1.469	1.238
Popolazione residente al 31 dicembre	68.378	74.349
Popolazione residente media	67.644	73.730
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	0,68	0,30
Tasso di crescita totale (x 1.000)	21,72	16,79
Densità demografica (ab./Kmq)	339,50	371,01
Numero famiglie	26.694	29.820
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,49
Tasso di natalità (x 1.000)	10,14	9,89
Tasso di fecondità (x 1.000)	41,57	40,22
Indice di vecchiaia (x 100)	132,10	133,90
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	4.871	7.414
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	5.805	8.724
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	19,20	17,70
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	8,50	11,90
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	25,90	22,80
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	7,90	9,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	93,50	78,10
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,60	14,15
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,70	17,27
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,10	44,19
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,90	15,33
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	8,80	9,06
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	19,20	18,94
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,46	9,59
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	51,10	49,45
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	20,40	20,50
Rapporto tra quarta età e terza età	55,30	59,11
Rapporto tra terza età e bambini	169,50	162,54
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	30,10	28,49
Indice di struttura della popolazione	92,80	101,62
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	79,10	78,50
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,80	3,00
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	17,60	17,21
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	22,01	21,14
Indice di dipendenza globale ridefinito	54,20	52,51

dato riferito all'anno 2008

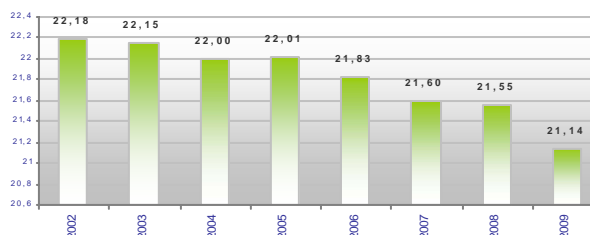
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



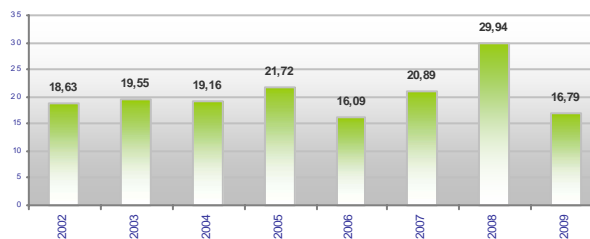
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



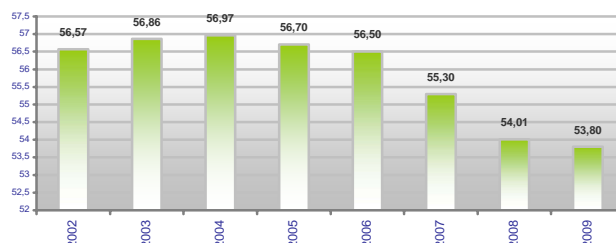


Ambito 03 – Fino-Vomano

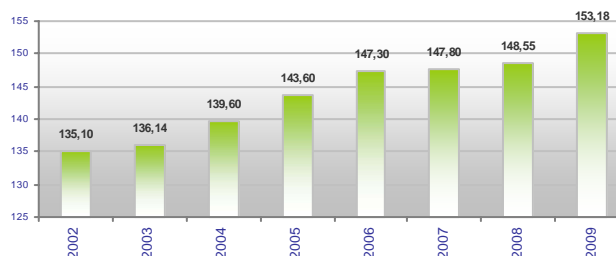
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	25.968	26.157
Saldo naturale	-19	-69
Saldo migratorio	10	85
Saldo migratorio interno	-92	-27
Saldo migratorio estero	111	164
Saldo totale	-9	16
Popolazione residente al 31 dicembre	25.959	26.173
Popolazione residente media	25.964	26.165
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-0,73	-2,64
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-0,35	0,61
Densità demografica (ab./Kmq)	90,10	90,76
Numero famiglie	9.429	9.750
Numero medio di componenti per famiglia	2,80	2,68
Tasso di natalità (x 1.000)	9,51	8,33
Tasso di fecondità (x 1.000)	40,26	35,22
Indice di vecchiaia (x 100)	143,60	153,18
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	549	1.026
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	632	1.227
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	15,10	19,60
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,40	4,70
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,60	21,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,00	2,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	84,20	51,90
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,90	13,82
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,40	18,11
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,60	42,21
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,10	14,74
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	10,00	11,13
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	21,30	21,16
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,25	10,97
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	56,70	53,80
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	24,70	26,37
Rapporto tra quarta età e terza età	62,40	75,51
Rapporto tra terza età e bambini	174,40	168,05
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	32,70	29,45
Indice di struttura della popolazione	90,10	101,05
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	78,00	78,12
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,70	2,50
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	18,20	17,31
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	23,29	21,25
Indice di dipendenza globale ridefinito	61,21	59,10

dato riferito all'anno 2008

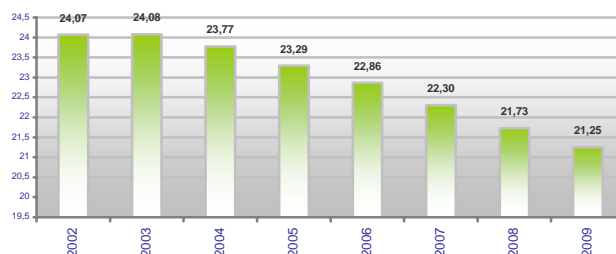
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



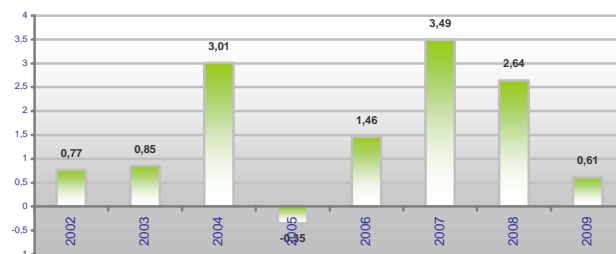
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

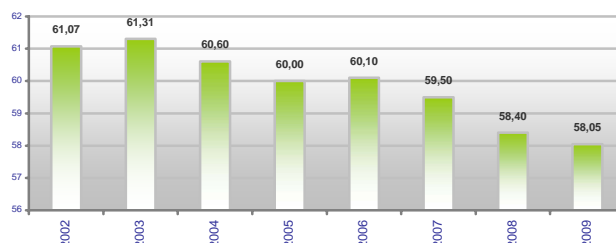


Ambito 04 - Laga

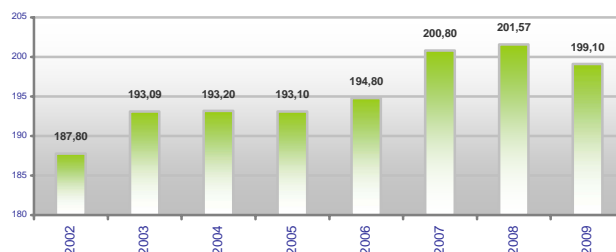
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	25.968	18.168
Saldo naturale	-19	-126
Saldo migratorio	10	68
Saldo migratorio interno	-92	-70
Saldo migratorio estero	111	150
Saldo totale	-9	-58
Popolazione residente al 31 dicembre	25.959	18.110
Popolazione residente media	25.964	18.139
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-0,73	-6,95
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-0,35	-3,20
Densità demografica (ab./Kmq)	90,10	39,20
Numero famiglie	9.429	7.068
Numero medio di componenti per famiglia	2,80	2,56
Tasso di natalità (x 1.000)	9,51	6,95
Tasso di fecondità (x 1.000)	40,26	31,93
Indice di vecchiaia (x 100)	143,60	199,10
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	549	1.264
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	632	1.410
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	15,10	11,60
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,40	7,80
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,60	24,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,00	5,90
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	84,20	75,50
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,90	12,28
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,40	17,31
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,60	40,60
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,10	16,04
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	10,00	13,77
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	21,30	24,45
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,25	13,89
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	56,70	58,05
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	24,70	33,92
Rapporto tra quarta età e terza età	62,40	85,86
Rapporto tra terza età e bambini	174,40	202,78
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	32,70	26,72
Indice di struttura della popolazione	90,10	109,50
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	78,00	75,92
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,70	2,21
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	18,20	15,26
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	23,29	19,41
Indice di dipendenza globale ridefinito	61,21	64,17

dato riferito all'anno 2008

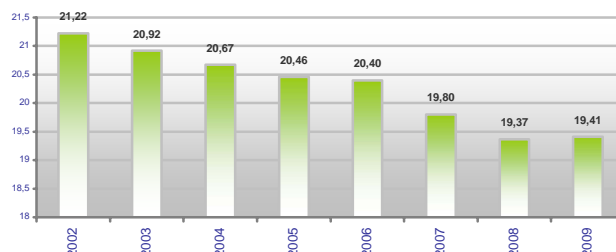
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



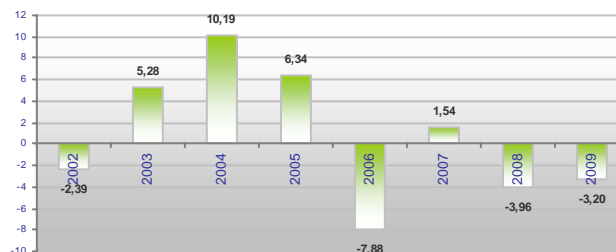
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



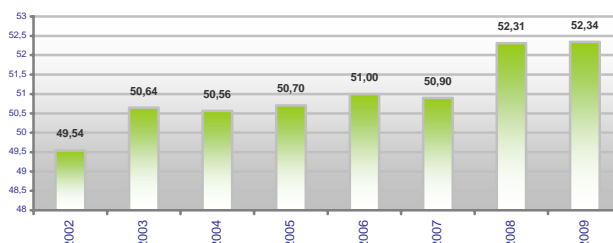


Ambito 05 - Teramo

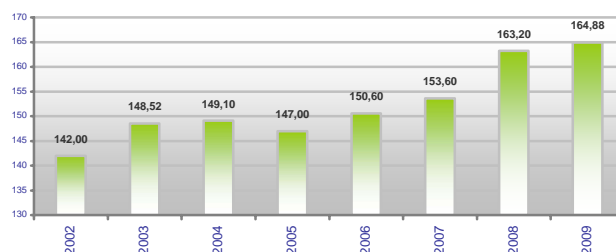
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	52.695	55.015
Saldo naturale	-86	-80
Saldo migratorio	176	69
Saldo migratorio interno	39	-169
Saldo migratorio estero	187	265
Saldo totale	90	-11
Popolazione residente al 31 dicembre	52.785	55.004
Popolazione residente media	52.740	55.010
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-1,63	-1,45
Tasso di crescita totale (x 1.000)	1,71	-0,20
Densità demografica (ab./Kmq)	347,00	362,23
Numero famiglie	19.502	22.802
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,41
Tasso di natalità (x 1.000)	8,89	8,23
Tasso di fecondità (x 1.000)	36,83	35,02
Indice di vecchiaia (x 100)	147,00	164,88
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.223	2.022
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.393	2.369
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	13,90	17,20
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,60	4,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,60	18,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,40	2,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	90,90	63,40
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,60	12,97
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,80	16,50
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,30	43,35
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,10	16,48
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	9,20	10,70
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	20,00	21,39
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,52	9,69
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	50,70	52,34
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	21,30	24,68
Rapporto tra quarta età e terza età	57,20	64,90
Rapporto tra terza età e bambini	187,50	192,65
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	28,00	26,39
Indice di struttura della popolazione	95,80	108,82
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	70,60	73,49
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,60	2,55
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,70	15,94
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	20,51	19,76
Indice di dipendenza globale ridefinito	52,79	54,60

dato riferito all'anno 2008

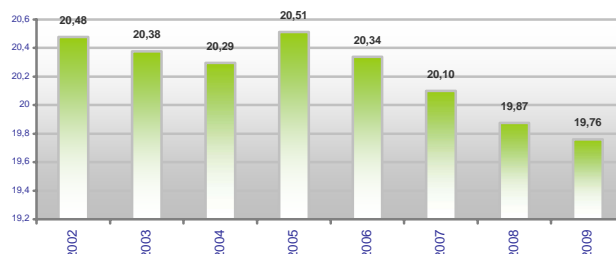
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



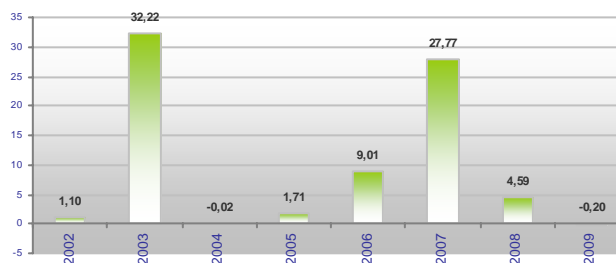
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



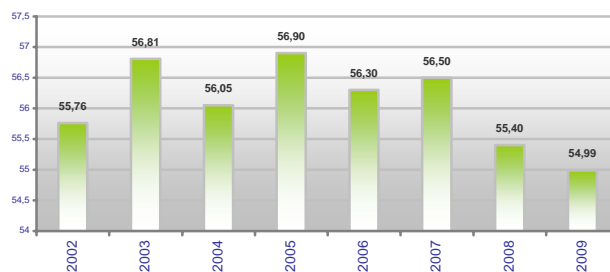


Ambito 06 – Gran sasso

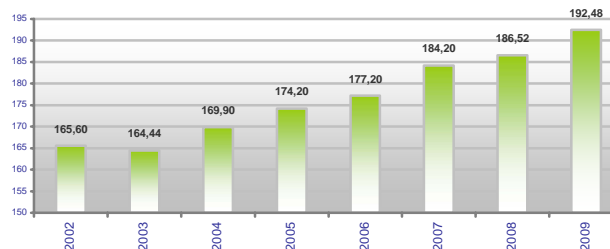
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	20.896	20.931
Saldo naturale	-78	-80
Saldo migratorio	58	49
Saldo migratorio interno	-18	-55
Saldo migratorio estero	52	122
Saldo totale	-20	-31
Popolazione residente al 31 dicembre	20.876	20.900
Popolazione residente media	20.886	20.916
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-3,73	-3,82
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-0,96	-1,48
Densità demografica (ab./Kmq)	46,10	46,19
Numero famiglie	8.014	8.401
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,48
Tasso di natalità (x 1.000)	8,47	7,55
Tasso di fecondità (x 1.000)	37,82	33,90
Indice di vecchiaia (x 100)	174,20	192,48
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	480	715
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	530	855
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	10,40	19,60
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,50	4,10
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	27,90	23,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,30	2,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	89,20	57,70
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,20	12,13
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,60	16,96
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,90	42,25
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,40	15,98
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,90	12,68
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	23,00	23,35
Tasso di mortalità (x 1.000)	12,21	11,38
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	56,90	54,99
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	29,00	30,02
Rapporto tra quarta età e terza età	72,50	79,40
Rapporto tra terza età e bambini	205,00	208,22
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	28,70	25,50
Indice di struttura della popolazione	96,70	107,04
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	76,20	76,11
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,30	2,15
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,10	15,36
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	20,74	18,80
Indice di dipendenza globale ridefinito	61,32	58,74

dato riferito all'anno 2008

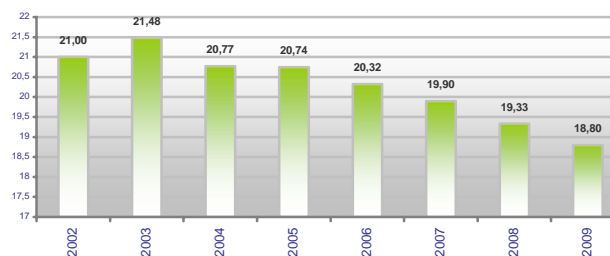
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



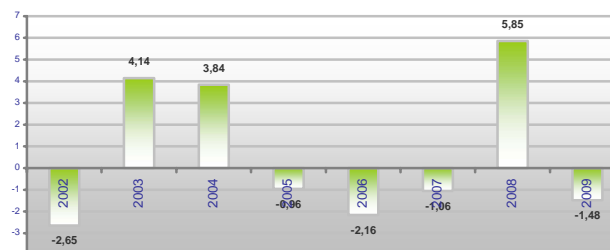
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



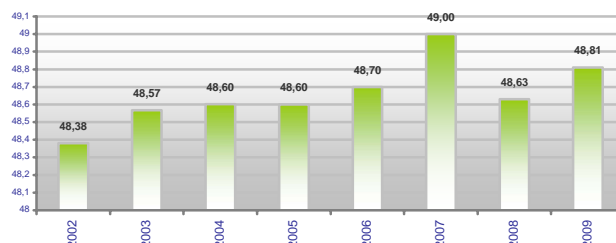


Ambito 07 – Costa Sud 1

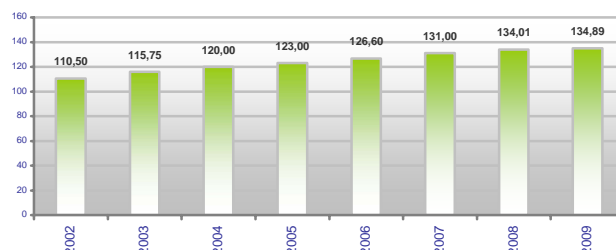
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	40.033	41.378
Saldo naturale	20	23
Saldo migratorio	373	222
Saldo migratorio interno	63	31
Saldo migratorio estero	142	250
Saldo totale	393	245
Popolazione residente al 31 dicembre	40.426	41.623
Popolazione residente media	40.230	41.501
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	0,50	0,55
Tasso di crescita totale (x 1.000)	9,77	5,90
Densità demografica (ab./Kmq)	267,60	276,55
Numero famiglie	14.608	15.641
Numero medio di componenti per famiglia	2,80	2,66
Tasso di natalità (x 1.000)	8,82	9,13
Tasso di fecondità (x 1.000)	35,98	37,54
Indice di vecchiaia (x 100)	123,00	134,89
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.294	1.885
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.426	2.207
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	10,20	17,10
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,50	5,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,50	19,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,20	3,20
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	89,60	59,20
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,70	13,96
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,60	17,56
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,40	43,84
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,10	15,67
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	8,20	8,97
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	18,00	18,84
Tasso di mortalità (x 1.000)	8,33	8,58
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	48,60	48,81
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	18,90	20,45
Rapporto tra quarta età e terza età	54,30	57,22
Rapporto tra terza età e bambini	160,90	170,86
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	30,10	28,13
Indice di struttura della popolazione	91,00	102,15
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	78,00	78,43
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,80	2,71
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	18,10	17,04
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	21,80	20,78
Indice di dipendenza globale ridefinito	52,68	52,30

dato riferito all'anno 2008

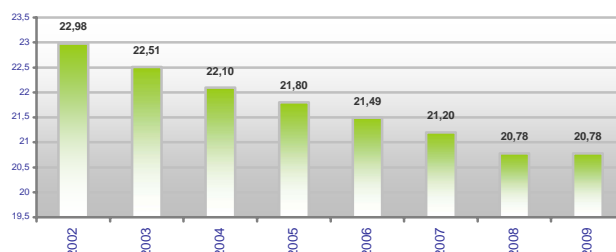
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



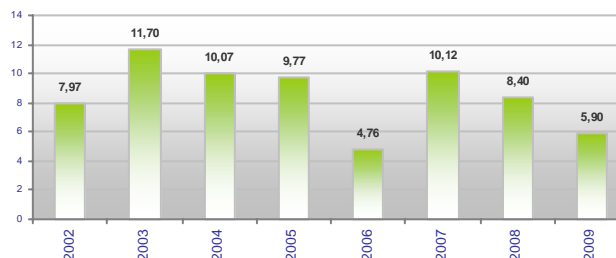
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



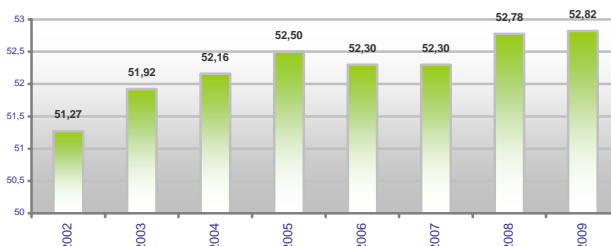


Ambito 08 – Costa Sud 2

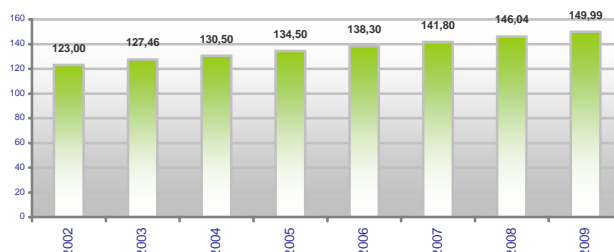
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	33.779	35.375
Saldo naturale	25	-17
Saldo migratorio	344	161
Saldo migratorio interno	116	61
Saldo migratorio estero	168	114
Saldo totale	369	144
Popolazione residente al 31 dicembre	34.148	35.519
Popolazione residente media	33.964	35.447
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	0,74	-0,48
Tasso di crescita totale (x 1.000)	10,86	4,06
Densità demografica (ab./Kmq)	284,40	297,82
Numero famiglie	13.657	14.653
Numero medio di componenti per famiglia	2,50	2,42
Tasso di natalità (x 1.000)	10,07	8,97
Tasso di fecondità (x 1.000)	42,03	37,85
Indice di vecchiaia (x 100)	134,50	149,99
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	925	1.592
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.060	1.866
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	14,60	17,20
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,10	5,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	23,70	19,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,80	3,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,70	65,50
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,70	13,83
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,70	17,16
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	42,40	42,65
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,20	16,12
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	9,00	10,24
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	19,70	20,74
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,33	9,45
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	52,50	52,82
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	21,10	24,02
Rapporto tra quarta età e terza età	55,40	63,53
Rapporto tra terza età e bambini	174,30	178,16
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	30,70	28,64
Indice di struttura della popolazione	94,50	104,83
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	76,50	78,06
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,60	2,70
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	18,00	16,95
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	22,39	21,13
Indice di dipendenza globale ridefinito	55,71	56,44

dato riferito all'anno 2008

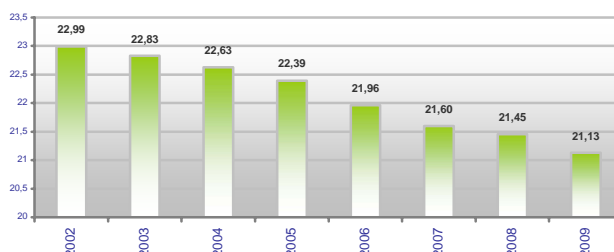
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



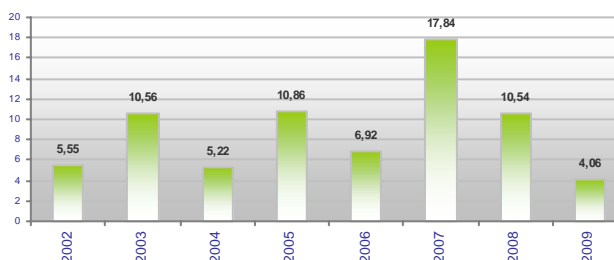
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

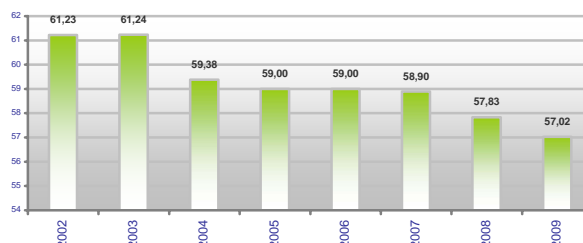


Ambito 09 – Alto Aterno

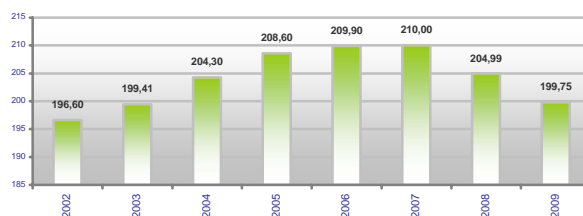
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	18.948	19.613
Saldo naturale	-110	-148
Saldo migratorio	164	276
Saldo migratorio interno	108	187
Saldo migratorio estero	76	135
Saldo totale	54	128
Popolazione residente al 31 dicembre	19.002	19.741
Popolazione residente media	18.975	19.677
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-5,80	-7,52
Tasso di crescita totale (x 1.000)	2,85	6,51
Densità demografica (ab./Kmq)	31,50	32,62
Numero famiglie	8.558	8.749
Numero medio di componenti per famiglia	2,20	2,25
Tasso di natalità (x 1.000)	6,64	8,44
Tasso di fecondità (x 1.000)	30,26	38,62
Indice di vecchiaia (x 100)	208,60	199,75
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	602	1.047
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	660	1.229
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	9,60	17,40
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,50	6,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,30	18,90
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,20	3,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,10	49,90
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,00	12,11
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	16,70	16,36
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,90	42,10
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,50	15,62
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	13,80	13,81
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	25,10	24,20
Tasso di mortalità (x 1.000)	12,44	15,96
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	59,00	57,02
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	33,60	32,79
Rapporto tra quarta età e terza età	83,30	88,41
Rapporto tra terza età e bambini	216,20	198,38
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	26,10	25,60
Indice di struttura della popolazione	104,20	111,28
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	74,60	74,68
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,20	2,53
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,00	14,73
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,13	19,02
Indice di dipendenza globale ridefinito	63,04	61,56

dato riferito all'anno 2008

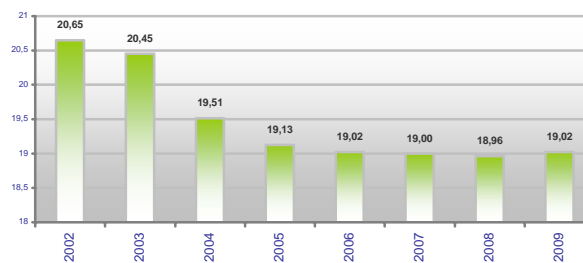
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



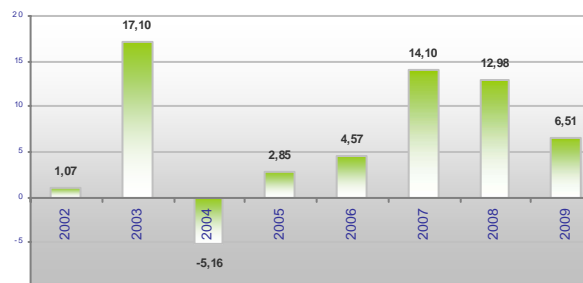
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



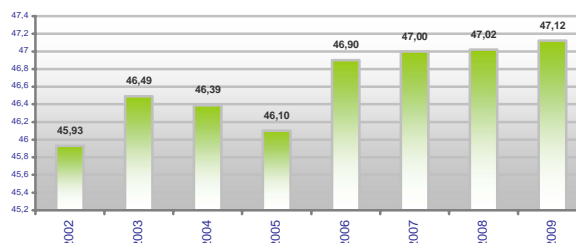


Ambito 10 – L'Aquila

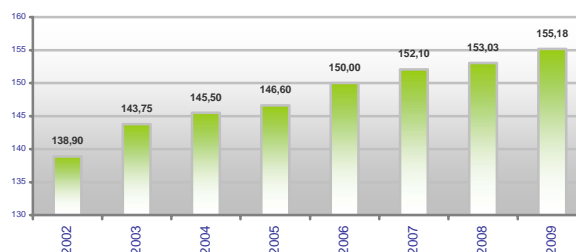
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	71.472	72.988
Saldo naturale	-158	-311
Saldo migratorio	675	19
Saldo migratorio interno	389	-254
Saldo migratorio estero	179	249
Saldo totale	517	-292
Popolazione residente al 31 dicembre	71.989	72.696
Popolazione residente media	71.731	72.842
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-2,20	-4,27
Tasso di crescita totale (x 1.000)	7,21	-4,01
Densità demografica (ab./Kmq)	153,10	156,30
Numero famiglie	27.941	30.835
Numero medio di componenti per famiglia	2,50	2,33
Tasso di natalità (x 1.000)	8,94	7,72
Tasso di fecondità (x 1.000)	36,10	32,36
Indice di vecchiaia (x 100)	146,60	155,18
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	2.456	3.243
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	2.647	3.772
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	7,80	16,30
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,70	5,20
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	18,00	19,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,20	3,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	86,50	59,80
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,80	12,55
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,70	17,09
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	44,40	44,95
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	14,90	15,66
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	9,10	9,75
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	18,80	19,48
Tasso di mortalità (x 1.000)	11,14	11,98
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	46,10	47,12
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	20,50	21,70
Rapporto tra quarta età e terza età	61,00	62,29
Rapporto tra terza età e bambini	179,50	187,88
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	25,70	24,67
Indice di struttura della popolazione	99,60	109,44
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	68,30	69,78
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,60	2,38
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,60	15,31
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	18,69	18,47
Indice di dipendenza globale ridefinito	49,30	49,62

dato riferito all'anno 2008

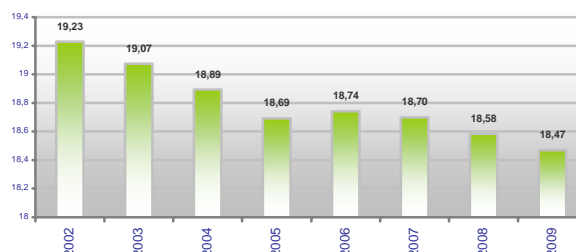
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



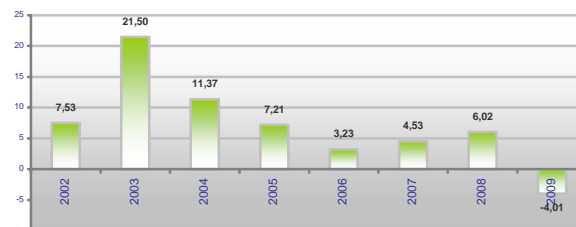
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



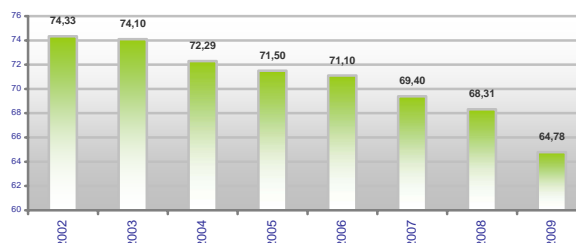


Ambito 11 – Montagna Aquilana

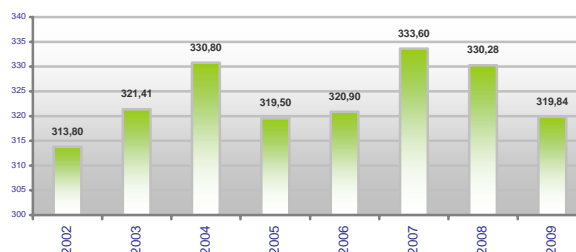
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	8.048	8.020
Saldo naturale	-93	-107
Saldo migratorio	97	84
Saldo migratorio interno	-1	1
Saldo migratorio estero	99	81
Saldo totale	4	-23
Popolazione residente al 31 dicembre	8.052	7.997
Popolazione residente media	8.050	8.009
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-11,55	-13,36
Tasso di crescita totale (x 1.000)	0,50	-2,87
Densità demografica (ab./Kmq)	16,40	16,38
Numero famiglie	3.750	3.787
Numero medio di componenti per famiglia	2,10	2,09
Tasso di natalità (x 1.000)	6,34	7,62
Tasso di fecondità (x 1.000)	33,48	38,31
Indice di vecchiaia (x 100)	319,50	319,84
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	554	749
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	627	889
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	13,20	18,70
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	7,80	11,10
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	25,00	20,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	7,20	6,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,90	60,10
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	9,90	9,36
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	15,20	15,24
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	37,60	40,01
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	18,40	17,16
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	18,80	18,23
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	31,80	29,95
Tasso di mortalità (x 1.000)	17,89	20,98
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	71,50	64,78
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	50,00	45,56
Rapporto tra quarta età e terza età	102,50	106,25
Rapporto tra terza età e bambini	303,50	282,55
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	23,10	20,60
Indice di struttura della popolazione	110,50	115,35
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	61,00	63,29
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	1,60	1,68
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	12,40	11,95
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	17,05	15,43
Indice di dipendenza globale ridefinito	76,45	68,96

dato riferito all'anno 2008

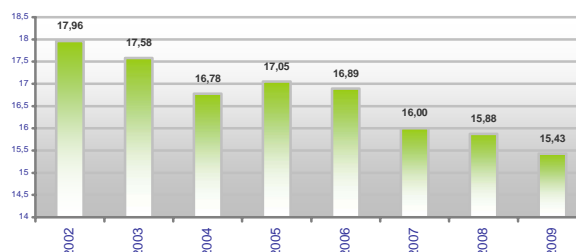
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



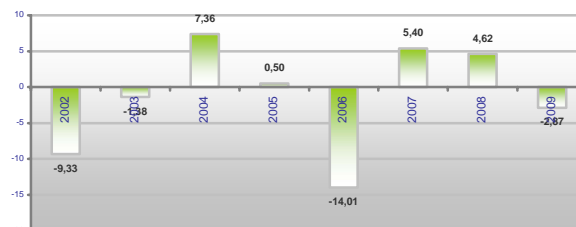
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



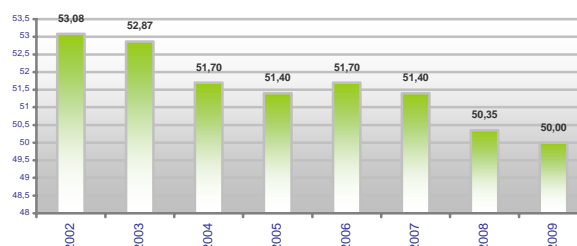


Ambito 12 - Marsica

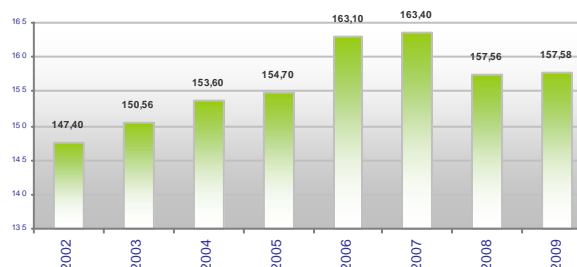
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	50.644	52.122
Saldo naturale	-125	-146
Saldo migratorio	369	304
Saldo migratorio interno	143	129
Saldo migratorio estero	291	327
Saldo totale	244	158
Popolazione residente al 31 dicembre	50.888	52.280
Popolazione residente media	50.766	52.201
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-2,46	-2,80
Tasso di crescita totale (x 1.000)	4,81	3,03
Densità demografica (ab./Kmq)	56,80	58,51
Numero famiglie	20.283	21.276
Numero medio di componenti per famiglia	2,50	2,45
Tasso di natalità (x 1.000)	8,19	8,83
Tasso di fecondità (x 1.000)	35,21	38,22
Indice di vecchiaia (x 100)	154,70	157,58
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	3.077	4.299
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	3.262	4.766
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	6,00	10,90
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	6,40	9,10
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	17,40	20,00
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	6,00	6,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	93,90	67,00
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,30	12,94
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,40	17,44
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	42,70	43,76
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,30	14,93
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	10,20	10,93
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	20,60	20,39
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,66	11,63
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	51,40	50,00
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	24,00	24,99
Rapporto tra quarta età e terza età	66,80	73,23
Rapporto tra terza età e bambini	181,60	176,10
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	28,00	26,29
Indice di struttura della popolazione	93,80	103,69
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	72,90	74,05
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,40	2,55
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,50	15,91
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	20,18	19,41
Indice di dipendenza globale ridefinito	55,18	54,56

dato riferito all'anno 2008

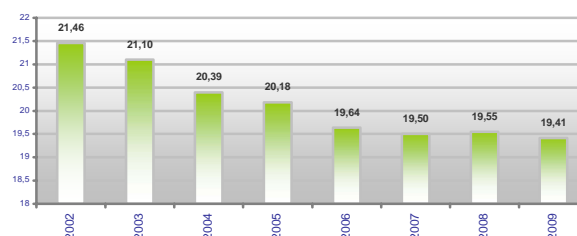
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



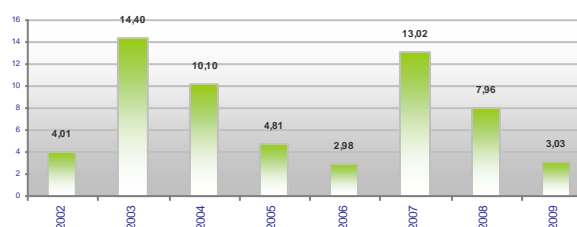
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



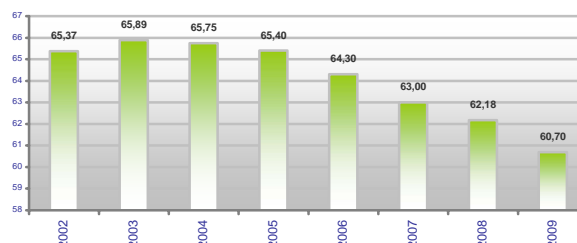


Ambito 13 - Sirentina

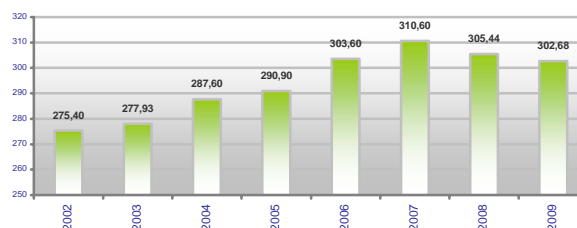
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	9.977	9.946
Saldo naturale	-132	-96
Saldo migratorio	100	60
Saldo migratorio interno	53	12
Saldo migratorio estero	57	47
Saldo totale	-32	-36
Popolazione residente al 31 dicembre	9.945	9.910
Popolazione residente media	9.961	9.928
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-13,25	-9,67
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-3,21	-3,63
Densità demografica (ab./Kmq)	22,60	22,56
Numero famiglie	4.666	4.768
Numero medio di componenti per famiglia	2,10	2,06
Tasso di natalità (x 1.000)	5,72	7,55
Tasso di fecondità (x 1.000)	28,92	37,54
Indice di vecchiaia (x 100)	290,90	302,68
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	370	493
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	381	583
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	3,00	18,30
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,80	5,90
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	19,40	19,20
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,40	3,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	87,70	55,90
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	10,10	9,38
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	14,70	14,10
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	39,90	41,76
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	19,40	18,79
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	15,80	15,98
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	29,40	28,39
Tasso di mortalità (x 1.000)	18,97	17,22
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	65,40	60,70
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	39,70	38,26
Rapporto tra quarta età e terza età	81,50	85,02
Rapporto tra terza età e bambini	313,40	311,50
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	22,10	19,49
Indice di struttura della popolazione	115,50	129,90
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	67,00	72,62
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	1,60	1,84
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	12,30	11,90
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	16,72	15,08
Indice di dipendenza globale ridefinito	64,99	60,73

dato riferito all'anno 2008

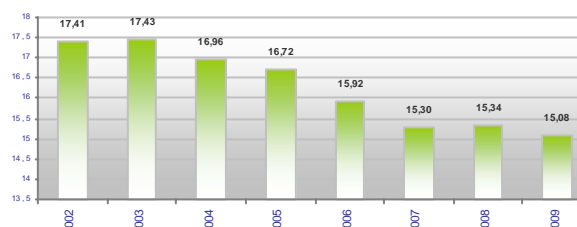
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



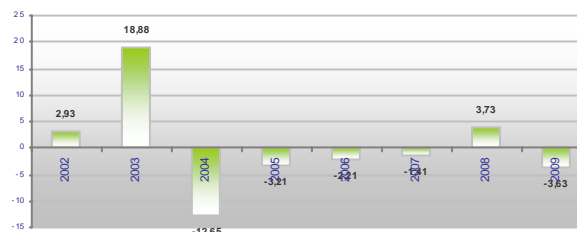
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

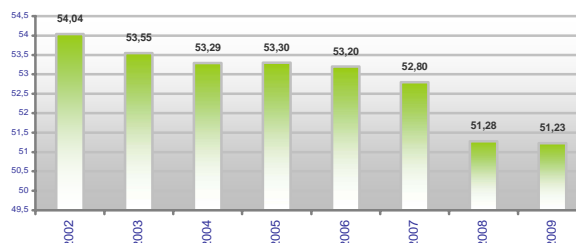


Ambito 14 – Valle Roveto

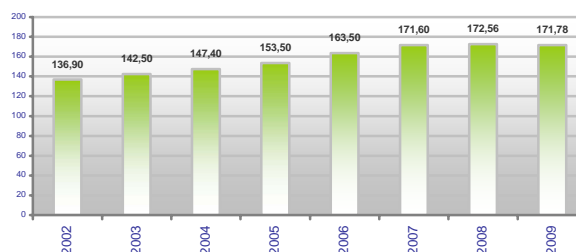
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	18.824	18.676
Saldo naturale	-55	-43
Saldo migratorio	13	26
Saldo migratorio interno	-39	-52
Saldo migratorio estero	41	82
Saldo totale	-42	-17
Popolazione residente al 31 dicembre	18.782	18.659
Popolazione residente media	18.803	18.668
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-2,93	-2,30
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-2,23	-0,91
Densità demografica (ab./Kmq)	61,70	61,22
Numero famiglie	7.281	7.322
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,55
Tasso di natalità (x 1.000)	7,71	8,30
Tasso di fecondità (x 1.000)	33,09	35,99
Indice di vecchiaia (x 100)	153,50	171,78
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	340	527
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	366	620
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	7,60	17,60
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	7,60	3,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	19,10	19,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	1,80	1,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	92,30	50,20
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,70	12,47
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,80	18,32
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	41,50	42,09
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,60	15,76
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	10,40	11,36
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	21,00	21,41
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,64	10,61
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	53,30	51,23
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	25,10	26,99
Rapporto tra quarta età e terza età	66,90	72,10
Rapporto tra terza età e bambini	187,10	203,11
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	29,50	26,08
Indice di struttura della popolazione	93,90	105,75
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	72,10	72,15
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,30	2,17
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	17,20	15,59
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	21,02	18,85
Indice di dipendenza globale ridefinito	58,14	56,61

dato riferito all'anno 2008

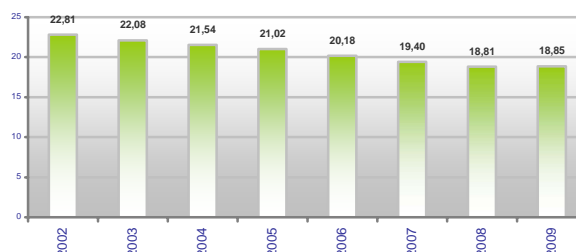
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



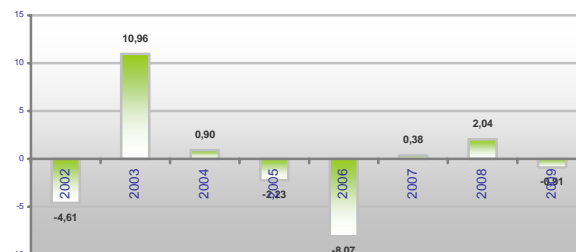
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



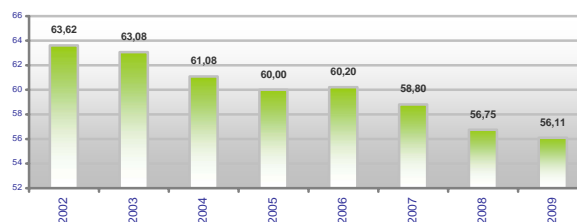


Ambito 15 – Valle del Giovenco

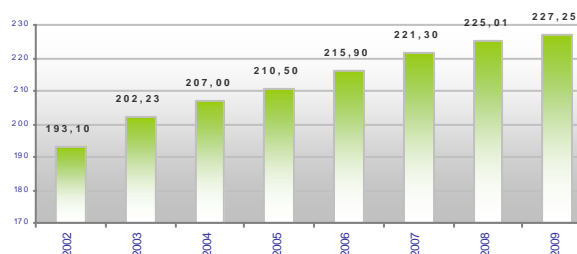
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	19.942	19.548
Saldo naturale	-89	-182
Saldo migratorio	34	45
Saldo migratorio interno	-23	-40
Saldo migratorio estero	92	142
Saldo totale	-55	-137
Popolazione residente al 31 dicembre	19.887	19.411
Popolazione residente media	19.915	19.480
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-4,47	-9,34
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-2,76	-7,03
Densità demografica (ab./Kmq)	49,20	48,26
Numero famiglie	8.351	8.284
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,34
Tasso di natalità (x 1.000)	6,78	6,42
Tasso di fecondità (x 1.000)	30,60	29,31
Indice di vecchiaia (x 100)	210,50	227,25
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.063	1.401
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.165	1.467
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	9,60	4,70
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	5,90	7,50
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	19,10	18,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	5,50	5,20
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	94,50	69,70
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,10	10,98
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,60	17,56
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,60	41,34
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,80	14,95
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	13,90	15,17
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	25,40	24,96
Tasso di mortalità (x 1.000)	11,25	15,76
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	60,00	56,11
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	34,30	36,69
Rapporto tra quarta età e terza età	88,00	101,47
Rapporto tra terza età e bambini	211,90	215,33
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	26,90	23,62
Indice di struttura della popolazione	102,70	118,08
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	68,50	68,07
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,10	1,91
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,40	14,03
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,32	17,15
Indice di dipendenza globale ridefinito	64,00	63,26

dato riferito all'anno 2008

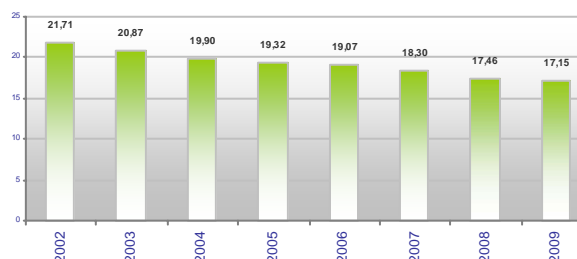
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



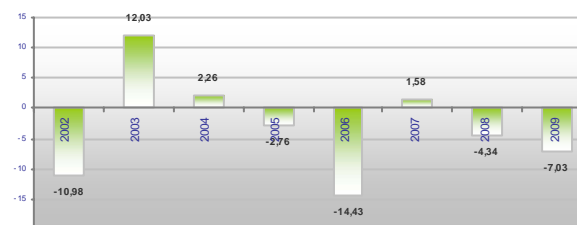
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

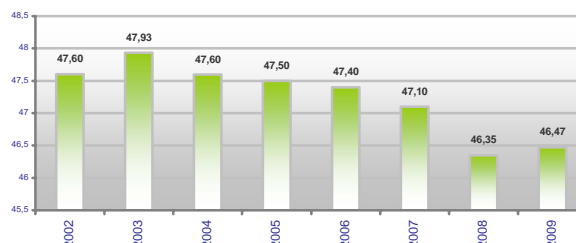


Ambito 16 - Avezzano

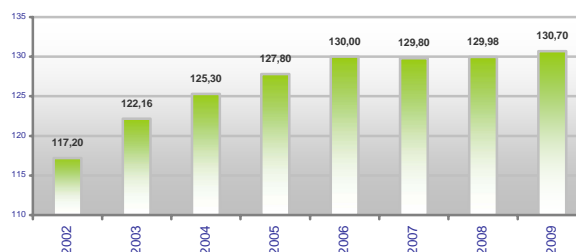
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	39.376	41.354
Saldo naturale	-33	-21
Saldo migratorio	362	404
Saldo migratorio interno	237	213
Saldo migratorio estero	88	201
Saldo totale	329	383
Popolazione residente al 31 dicembre	39.705	41.737
Popolazione residente media	39.541	41.546
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-0,83	-0,51
Tasso di crescita totale (x 1.000)	8,32	9,22
Densità demografica (ab./Kmq)	378,50	397,48
Numero famiglie	15.270	16.251
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,56
Tasso di natalità (x 1.000)	8,42	9,41
Tasso di fecondità (x 1.000)	33,28	37,96
Indice di vecchiaia (x 100)	127,80	130,70
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.513	2.119
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.636	2.360
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	8,10	11,40
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	4,10	5,70
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	18,50	17,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,70	3,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	89,90	58,00
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,10	13,75
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,80	17,20
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	44,40	45,72
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	13,90	13,91
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	8,80	9,42
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	18,10	17,97
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,26	9,92
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	47,50	46,47
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	19,90	20,60
Rapporto tra quarta età e terza età	63,50	67,67
Rapporto tra terza età e bambini	154,80	152,79
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	28,80	26,93
Indice di struttura della popolazione	94,90	107,07
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	68,50	65,88
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,60	2,82
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	17,40	16,81
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	20,85	20,14
Indice di dipendenza globale ridefinito	51,74	50,68

dato riferito all'anno 2008

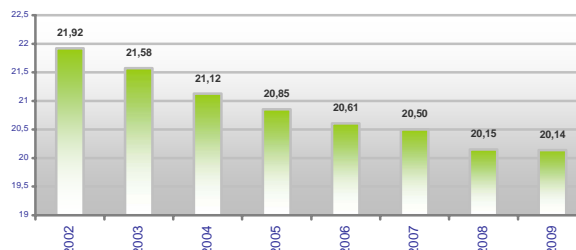
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



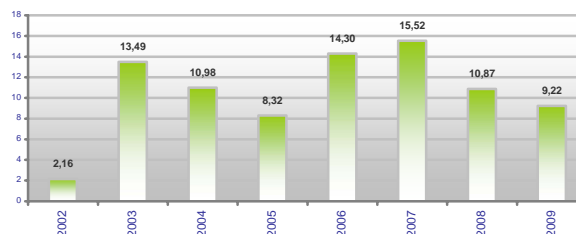
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

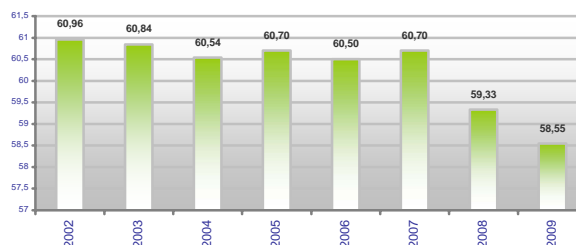


Ambito 17 – Valle Peligna

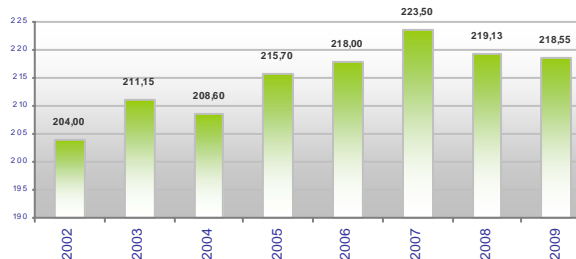
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	24.879	24.922
Saldo naturale	-145	-181
Saldo migratorio	165	97
Saldo migratorio interno	66	-21
Saldo migratorio estero	98	148
Saldo totale	20	-84
Popolazione residente al 31 dicembre	24.899	24.838
Popolazione residente media	24.889	24.880
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-5,83	-7,27
Tasso di crescita totale (x 1.000)	0,80	-3,38
Densità demografica (ab./Kmq)	39,70	39,74
Numero famiglie	10.263	10.376
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,39
Tasso di natalità (x 1.000)	7,63	6,87
Tasso di fecondità (x 1.000)	35,01	32,00
Indice di vecchiaia (x 100)	215,70	218,55
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	872	1.157
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	926	1.263
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	6,20	9,20
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,70	5,10
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	24,20	21,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,40	3,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,60	67,80
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,00	11,59
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	16,40	15,79
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,70	41,07
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	17,10	17,05
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	13,90	14,49
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	25,80	25,34
Tasso di mortalità (x 1.000)	13,46	14,15
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	60,70	58,55
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	34,30	35,29
Rapporto tra quarta età e terza età	81,70	84,99
Rapporto tra terza età e bambini	231,30	223,10
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	26,10	24,52
Indice di struttura della popolazione	106,30	117,44
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	70,90	74,56
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,10	2,27
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	14,70	14,41
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,24	18,38
Indice di dipendenza globale ridefinito	63,71	63,51

dato riferito all'anno 2008

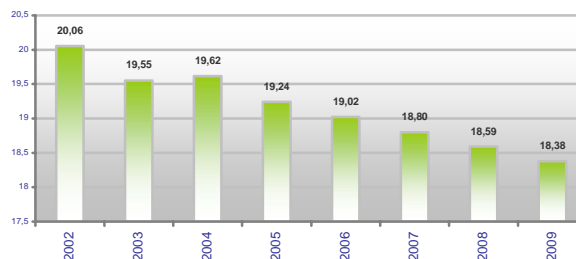
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



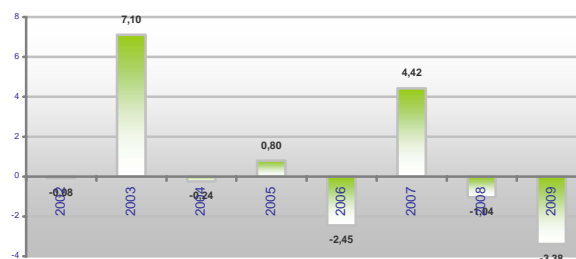
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

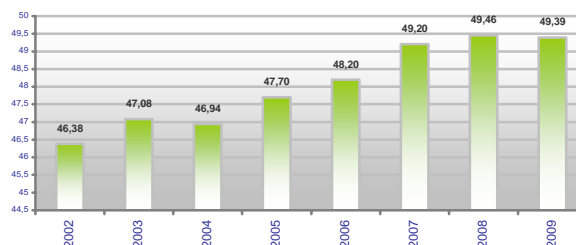


Ambito 18 - Sulmona

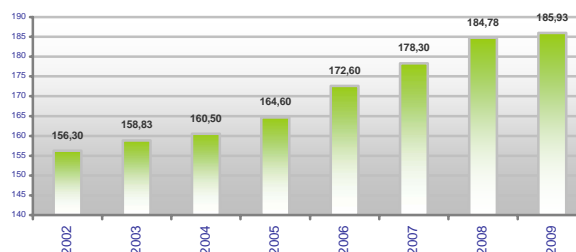
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	25.419	25.212
Saldo naturale	-55	-69
Saldo migratorio	-57	74
Saldo migratorio interno	-125	-58
Saldo migratorio estero	77	128
Saldo totale	-112	5
Popolazione residente al 31 dicembre	25.307	25.217
Popolazione residente media	25.363	25.215
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-2,17	-2,74
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-4,42	0,20
Densità demografica (ab./Kmq)	435,80	432,23
Numero famiglie	9.565	9.939
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,50
Tasso di natalità (x 1.000)	7,45	7,10
Tasso di fecondità (x 1.000)	31,57	30,79
Indice di vecchiaia (x 100)	164,60	185,93
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	738	1.135
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	824	1.242
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	11,70	9,40
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,30	4,90
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	22,10	19,20
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,00	2,80
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	92,70	56,00
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,20	11,56
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,60	16,01
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	44,30	43,94
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,90	17,58
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	10,00	10,91
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	20,10	21,50
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,62	9,84
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	47,70	49,39
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	22,50	24,84
Rapporto tra quarta età e terza età	62,80	62,06
Rapporto tra terza età e bambini	208,00	232,95
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	24,40	22,70
Indice di struttura della popolazione	104,40	117,49
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	69,50	71,36
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,30	2,07
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	14,90	14,38
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	18,02	17,27
Indice di dipendenza globale ridefinito	50,09	51,15

dato riferito all'anno 2008

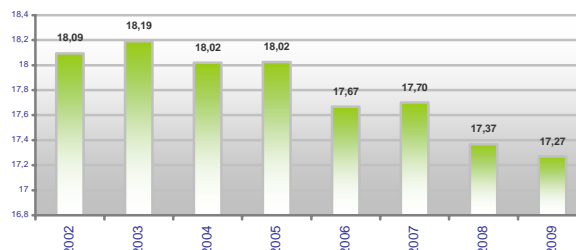
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



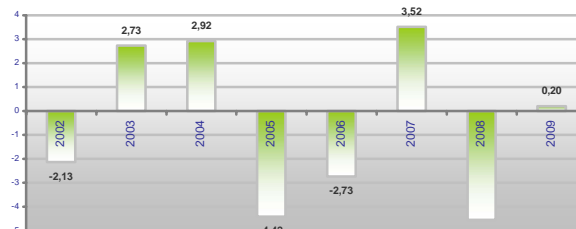
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



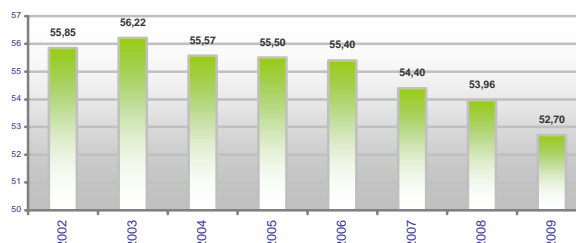


Ambito 19 – Sangro Aquilano

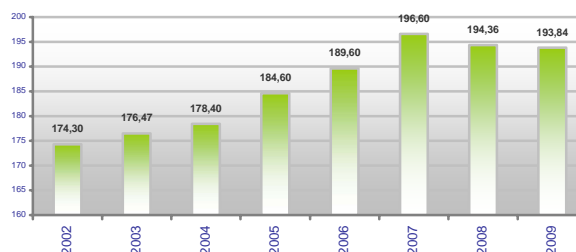
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	16.539	16.730
Saldo naturale	-35	-94
Saldo migratorio	141	142
Saldo migratorio interno	61	41
Saldo migratorio estero	76	105
Saldo totale	106	48
Popolazione residente al 31 dicembre	16.645	16.778
Popolazione residente media	16.592	16.754
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-2,11	-5,61
Tasso di crescita totale (x 1.000)	6,39	2,86
Densità demografica (ab./Kmq)	25,60	25,94
Numero famiglie	6.969	7.275
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,30
Tasso di natalità (x 1.000)	7,84	7,22
Tasso di fecondità (x 1.000)	33,82	31,69
Indice di vecchiaia (x 100)	184,60	193,84
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	611	801
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	658	888
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	7,70	10,90
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	4,00	5,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	22,30	16,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,60	3,80
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,90	72,10
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,50	11,75
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,20	16,60
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	42,60	43,69
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,70	14,93
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,90	13,04
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	23,10	22,77
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,94	12,83
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	55,50	52,70
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	28,00	29,84
Rapporto tra quarta età e terza età	75,90	87,34
Rapporto tra terza età e bambini	202,80	192,52
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	26,60	24,02
Indice di struttura della popolazione	100,00	113,61
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	71,30	72,59
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,40	2,12
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,60	14,63
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,48	17,94
Indice di dipendenza globale ridefinito	57,47	56,72

dato riferito all'anno 2008

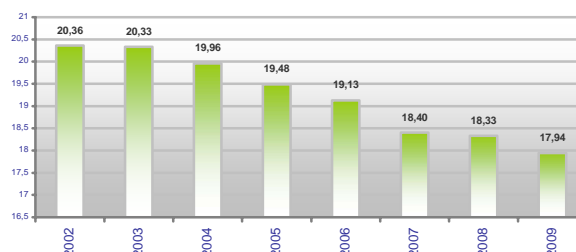
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



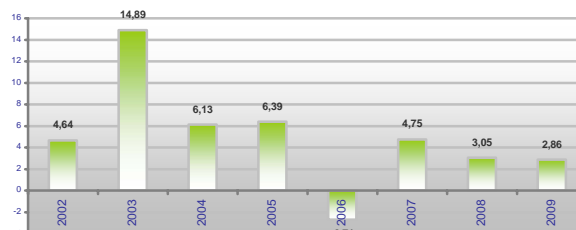
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



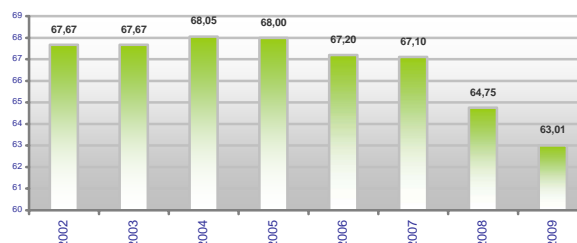


Ambito 20 - Aventino

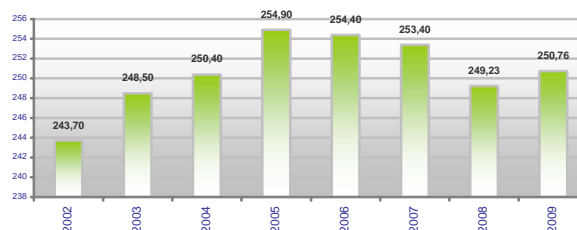
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	18.572	18.557
Saldo naturale	-143	-125
Saldo migratorio	77	24
Saldo migratorio interno	-3	-86
Saldo migratorio estero	78	122
Saldo totale	-66	-101
Popolazione residente al 31 dicembre	18.506	18.456
Popolazione residente media	18.539	18.507
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-7,71	-6,75
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-3,56	-5,46
Densità demografica (ab./Kmq)	49,90	49,86
Numero famiglie	7.775	7.944
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,32
Tasso di natalità (x 1.000)	6,26	7,56
Tasso di fecondità (x 1.000)	30,03	36,02
Indice di vecchiaia (x 100)	254,90	250,76
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	445	929
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	523	1.076
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	17,50	15,80
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,80	5,80
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,30	21,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,60	2,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	90,60	46,20
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	11,40	11,02
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	15,50	15,53
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	39,00	39,94
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,80	16,99
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	15,80	16,53
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	29,10	27,63
Tasso di mortalità (x 1.000)	13,97	14,32
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	68,00	63,01
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	40,50	41,38
Rapporto tra quarta età e terza età	86,80	97,30
Rapporto tra terza età e bambini	247,60	240,61
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	25,90	24,05
Indice di struttura della popolazione	103,20	114,23
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	73,60	72,14
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,10	2,01
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	14,10	13,63
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,16	17,96
Indice di dipendenza globale ridefinito	69,72	68,97

dato riferito all'anno 2008

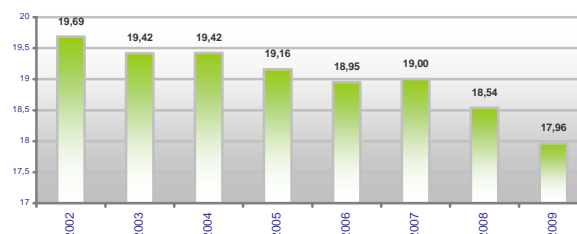
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



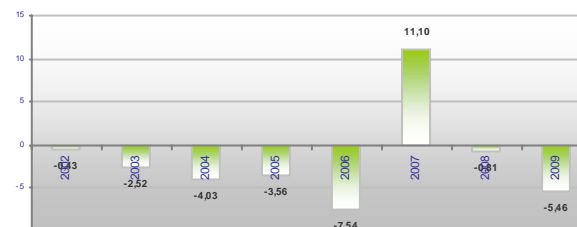
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



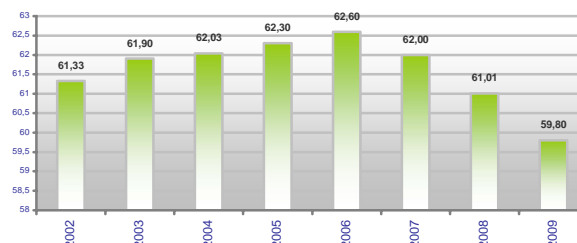


Ambito 21 - Sangro

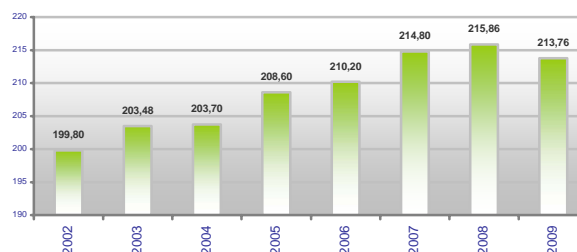
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	25.803	25.783
Saldo naturale	-142	-154
Saldo migratorio	61	-1
Saldo migratorio interno	-11	-78
Saldo migratorio estero	74	86
Saldo totale	-81	-155
Popolazione residente al 31 dicembre	25.722	25.628
Popolazione residente media	25.763	25.706
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-5,51	-5,99
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-3,14	-6,03
Densità demografica (ab./Kmq)	57,50	57,41
Numero famiglie	10.354	10.804
Numero medio di componenti per famiglia	2,50	2,37
Tasso di natalità (x 1.000)	7,38	7,66
Tasso di fecondità (x 1.000)	34,08	35,72
Indice di vecchiaia (x 100)	208,60	213,76
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	332	688
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	372	851
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	12,00	23,70
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	1,40	3,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	18,30	15,60
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	1,30	1,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	88,40	44,90
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,40	11,93
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	16,60	16,03
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	39,80	41,12
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	17,80	16,50
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	13,30	14,42
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	26,00	25,49
Tasso di mortalità (x 1.000)	12,89	13,65
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	62,30	59,80
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	33,50	35,07
Rapporto tra quarta età e terza età	74,80	87,38
Rapporto tra terza età e bambini	227,40	212,11
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	27,60	25,62
Indice di struttura della popolazione	100,40	110,67
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	72,70	74,72
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,40	2,15
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,30	14,81
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	20,19	19,06
Indice di dipendenza globale ridefinito	64,76	64,08

dato riferito all'anno 2008

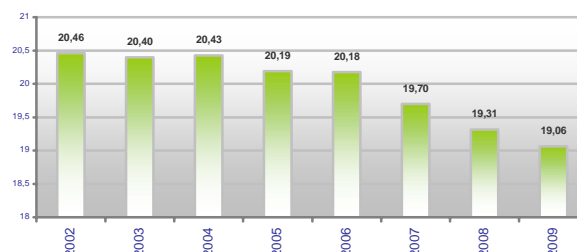
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



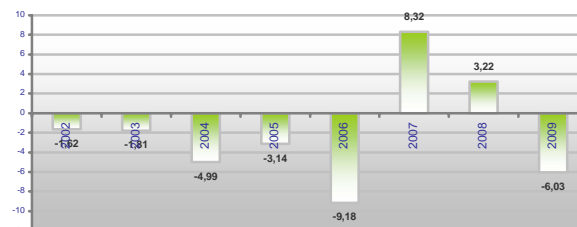
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



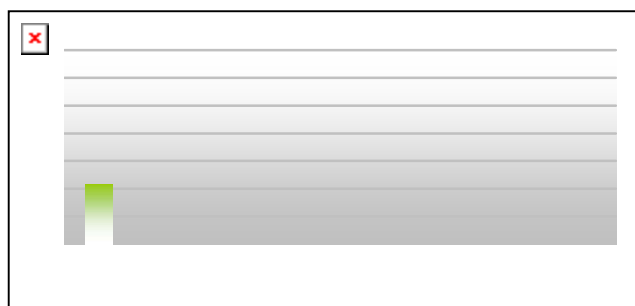


Ambito 22 - Lanciano

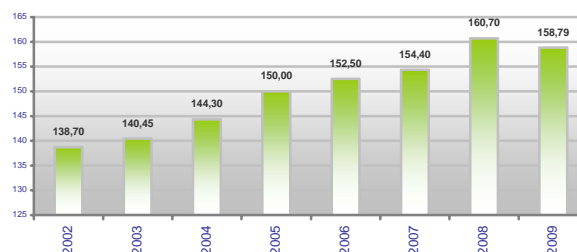
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	36.228	36.569
Saldo naturale	1	-62
Saldo migratorio	77	-65
Saldo migratorio interno	8	-43
Saldo migratorio estero	81	84
Saldo totale	78	-127
Popolazione residente al 31 dicembre	36.306	36.442
Popolazione residente media	36.267	36.506
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	0,03	-1,70
Tasso di crescita totale (x 1.000)	2,15	-3,48
Densità demografica (ab./Kmq)	547,90	553,07
Numero famiglie	13.388	14.028
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,58
Tasso di natalità (x 1.000)	9,43	8,74
Tasso di fecondità (x 1.000)	38,81	37,10
Indice di vecchiaia (x 100)	150,00	158,79
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	583	937
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	644	1.186
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	10,50	26,60
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	1,80	3,20
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	21,70	17,60
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	1,60	1,80
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	87,40	55,40
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,30	12,99
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,10	16,81
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,40	43,33
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,90	16,48
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	9,40	10,38
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	19,90	20,63
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,40	10,44
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	49,50	50,65
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	21,60	23,96
Rapporto tra quarta età e terza età	59,00	63,00
Rapporto tra terza età e bambini	187,80	193,73
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	27,20	26,21
Indice di struttura della popolazione	95,20	107,83
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	74,20	75,65
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,50	2,65
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,40	15,83
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,82	19,57
Indice di dipendenza globale ridefinito	52,15	53,94

dato riferito all'anno 2008

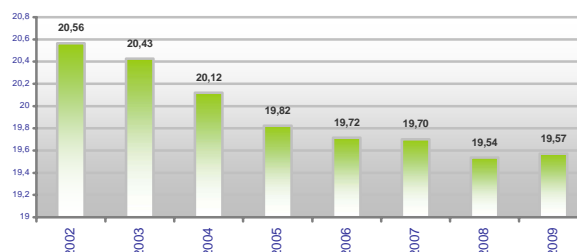
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



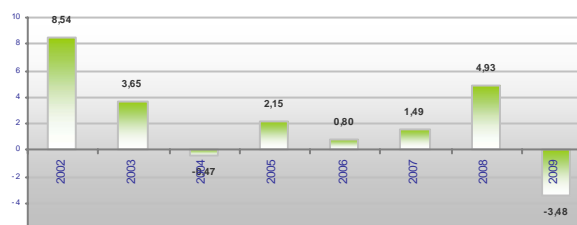
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



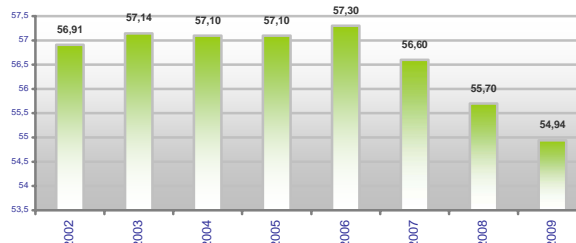


Ambito 23 – Basso Sangro

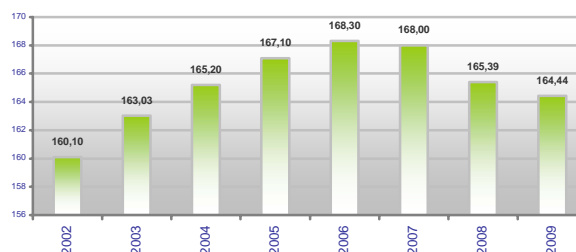
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	44.090	45.563
Saldo naturale	-94	-118
Saldo migratorio	295	241
Saldo migratorio interno	151	37
Saldo migratorio estero	136	209
Saldo totale	201	123
Popolazione residente al 31 dicembre	44.291	45.686
Popolazione residente media	44.191	45.625
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-2,13	-2,59
Tasso di crescita totale (x 1.000)	4,55	2,70
Densità demografica (ab./Kmq)	148,10	153,04
Numero famiglie	16.763	17.823
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,56
Tasso di natalità (x 1.000)	8,98	8,92
Tasso di fecondità (x 1.000)	39,10	38,81
Indice di vecchiaia (x 100)	167,10	164,44
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	948	1.573
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.033	1.883
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	9,00	19,70
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,30	4,10
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	20,60	19,60
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,00	2,00
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	83,70	48,70
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,60	13,41
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,40	16,33
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	41,20	42,43
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,60	15,99
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,30	11,84
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	22,70	22,05
Tasso di mortalità (x 1.000)	11,11	11,51
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	57,10	54,94
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	27,40	27,90
Rapporto tra quarta età e terza età	68,00	74,03
Rapporto tra terza età e bambini	187,50	182,33
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	29,40	27,82
Indice di struttura della popolazione	95,10	105,49
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	75,20	76,76
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,50	2,52
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,60	16,30
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	21,38	20,78
Indice di dipendenza globale ridefinito	60,47	59,51

dato riferito all'anno 2008

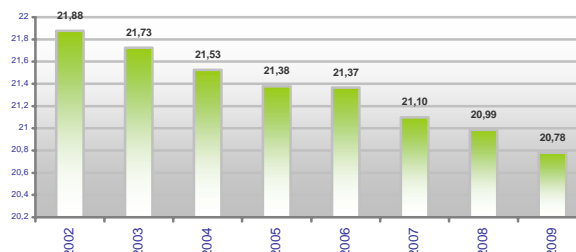
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



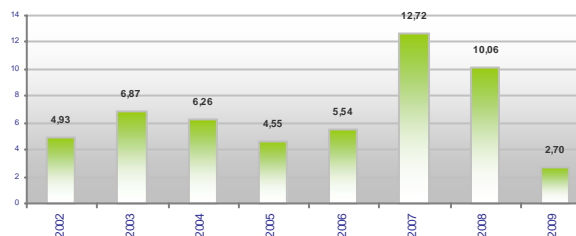
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



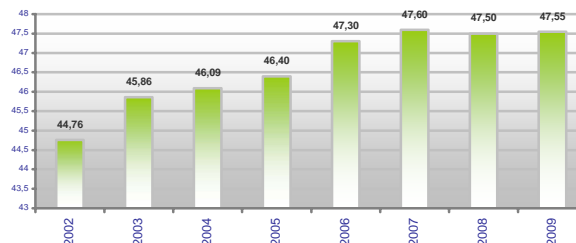


Ambito 24 - Vastese

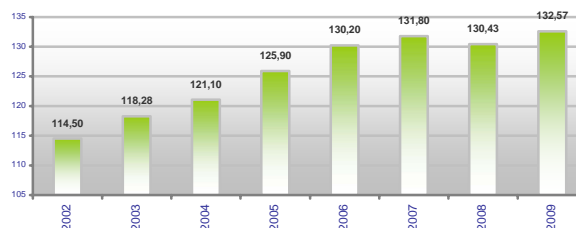
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	37.213	39.376
Saldo naturale	39	56
Saldo migratorio	405	379
Saldo migratorio interno	386	223
Saldo migratorio estero	88	150
Saldo totale	444	435
Popolazione residente al 31 dicembre	37.657	39.811
Popolazione residente media	37.435	39.594
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	1,04	1,41
Tasso di crescita totale (x 1.000)	11,86	10,99
Densità demografica (ab./Kmq)	526,70	557,34
Numero famiglie	14.668	15.402
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,58
Tasso di natalità (x 1.000)	8,68	9,67
Tasso di fecondità (x 1.000)	34,76	39,56
Indice di vecchiaia (x 100)	125,90	132,57
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	850	1.490
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	918	1.768
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	8,00	18,70
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,40	4,50
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	18,70	16,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,00	1,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	81,90	38,90
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,00	13,86
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,30	16,88
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	44,40	44,78
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,60	15,99
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	7,70	8,49
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	17,70	18,37
Tasso di mortalità (x 1.000)	7,64	8,26
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	46,40	47,55
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	17,30	18,96
Rapporto tra quarta età e terza età	49,30	53,11
Rapporto tra terza età e bambini	171,20	173,35
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	28,10	27,22
Indice di struttura della popolazione	96,90	107,54
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	82,00	82,24
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,70	2,73
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	17,00	16,85
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	20,54	20,44
Indice di dipendenza globale ridefinito	48,91	49,90

dato riferito all'anno 2008

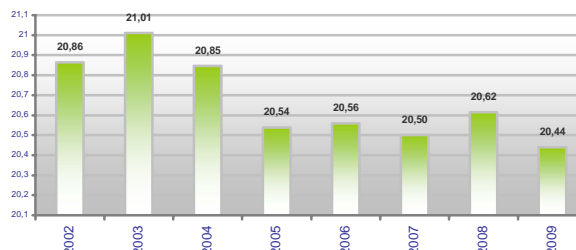
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



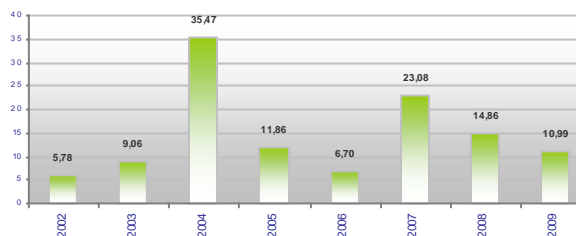
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



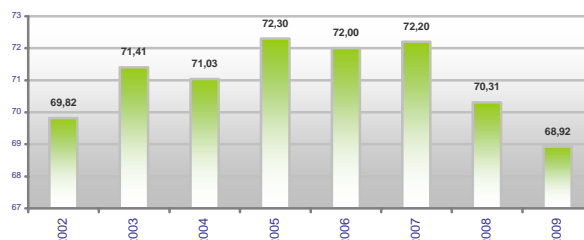


Ambito 25 – Alto Vastese

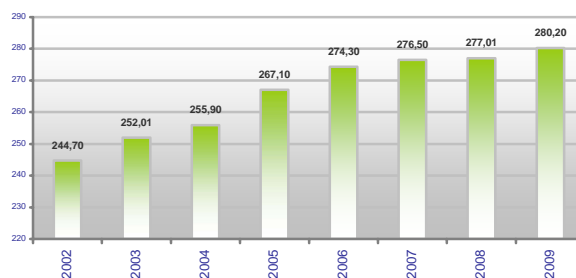
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	25.799	24.712
Saldo naturale	-228	-231
Saldo migratorio	-86	-66
Saldo migratorio interno	-107	-124
Saldo migratorio estero	23	91
Saldo totale	-314	-297
Popolazione residente al 31 dicembre	25.485	24.415
Popolazione residente media	25.642	24.564
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-8,89	-9,40
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-12,25	-12,09
Densità demografica (ab./Kmq)	48,90	46,82
Numero famiglie	10.533	10.350
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,36
Tasso di natalità (x 1.000)	5,73	6,64
Tasso di fecondità (x 1.000)	28,60	33,23
Indice di vecchiaia (x 100)	267,10	280,20
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	272	533
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	309	623
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	13,60	16,90
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	1,20	2,50
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	15,20	16,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	1,10	0,80
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	89,60	33,50
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	11,40	10,73
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	16,20	15,42
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	36,80	38,37
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	20,70	18,12
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	14,90	17,36
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	30,50	30,07
Tasso di mortalità (x 1.000)	14,62	16,04
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	72,30	68,92
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	40,40	45,26
Rapporto tra quarta età e terza età	71,80	95,85
Rapporto tra terza età e bambini	297,00	264,44
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	27,30	24,51
Indice di struttura della popolazione	98,70	109,73
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	72,50	71,46
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,00	2,04
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	14,10	13,55
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,71	18,13
Indice di dipendenza globale ridefinito	71,54	73,23

dato riferito all'anno 2008

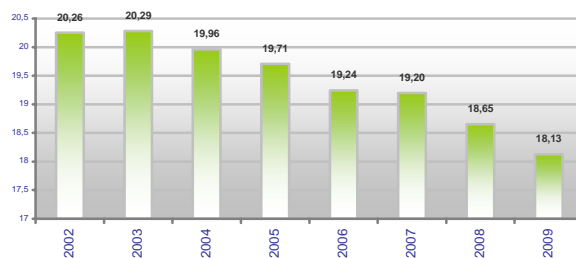
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



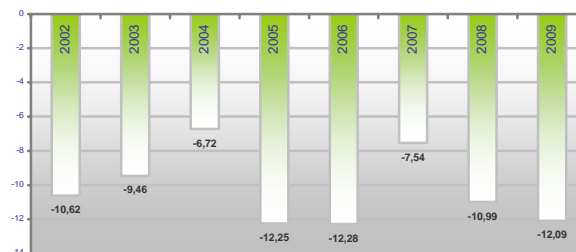
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



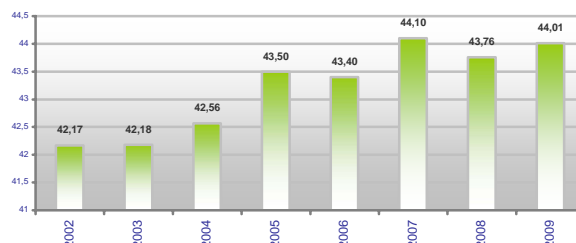


Ambito 26 – Costa Sud

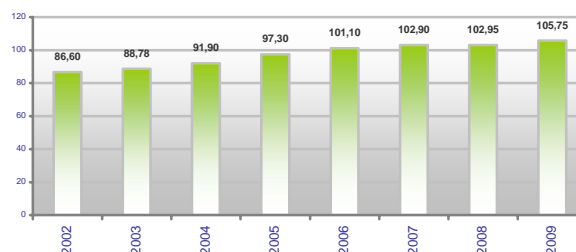
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	24.370	25.651
Saldo naturale	53	62
Saldo migratorio	85	141
Saldo migratorio interno	16	45
Saldo migratorio estero	69	110
Saldo totale	138	203
Popolazione residente al 31 dicembre	24.508	25.854
Popolazione residente media	24.439	25.753
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	2,17	2,41
Tasso di crescita totale (x 1.000)	5,65	7,88
Densità demografica (ab./Kmq)	232,40	244,67
Numero famiglie	9.214	10.071
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,57
Tasso di natalità (x 1.000)	9,21	9,79
Tasso di fecondità (x 1.000)	35,63	39,02
Indice di vecchiaia (x 100)	97,30	105,75
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	547	1.193
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	627	1.492
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	14,60	25,10
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,60	5,80
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	26,30	22,80
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,40	2,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	92,20	41,20
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	15,40	14,85
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	20,30	18,67
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	44,50	45,19
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	13,90	14,56
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	5,90	6,73
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	15,00	15,71
Tasso di mortalità (x 1.000)	7,04	7,38
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	43,50	44,01
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	13,20	14,90
Rapporto tra quarta età e terza età	42,10	46,25
Rapporto tra terza età e bambini	140,80	146,72
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	31,10	29,26
Indice di struttura della popolazione	86,90	98,79
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	85,30	89,69
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,90	3,24
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	18,80	18,04
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	22,07	21,39
Indice di dipendenza globale ridefinito	47,69	47,77

dato riferito all'anno 2008

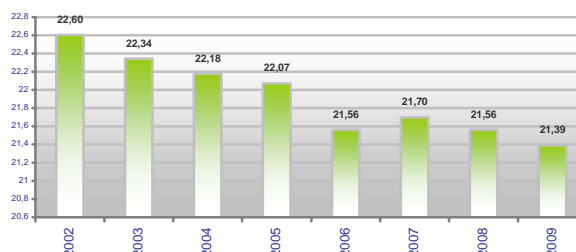
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



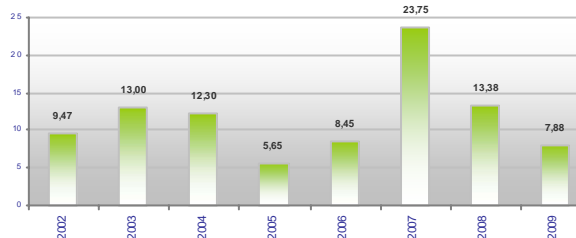
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

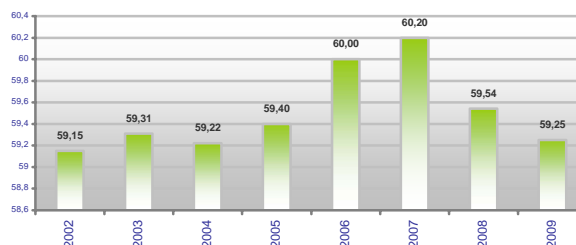


Ambito 27 - Maielletta

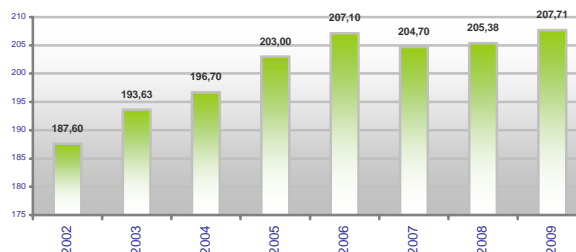
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	17.459	17.170
Saldo naturale	-88	-113
Saldo migratorio	-32	-7
Saldo migratorio interno	-76	-79
Saldo migratorio estero	41	78
Saldo totale	-120	-120
Popolazione residente al 31 dicembre	17.339	17.050
Popolazione residente media	17.399	17.110
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-5,06	-6,60
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-6,90	-7,01
Densità demografica (ab./Kmq)	76,10	74,87
Numero famiglie	6.696	6.766
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,52
Tasso di natalità (x 1.000)	7,01	6,60
Tasso di fecondità (x 1.000)	31,53	30,46
Indice di vecchiaia (x 100)	203,00	207,71
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	450	655
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	473	782
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	5,10	19,40
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,70	4,60
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	24,70	23,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,60	3,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	94,30	67,60
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,30	12,09
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,40	16,09
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,00	40,52
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	17,90	17,57
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	12,40	13,73
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	25,00	25,11
Tasso di mortalità (x 1.000)	12,07	13,21
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	59,40	59,25
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	31,10	33,87
Rapporto tra quarta età e terza età	69,50	78,15
Rapporto tra terza età e bambini	220,90	230,76
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	27,10	25,89
Indice di struttura della popolazione	99,30	111,41
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	70,40	73,80
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,10	2,18
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,20	14,67
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,60	19,25
Indice di dipendenza globale ridefinito	61,84	63,71

dato riferito all'anno 2008

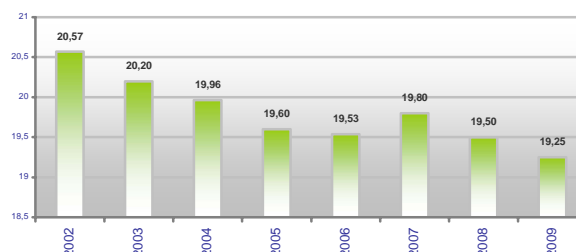
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



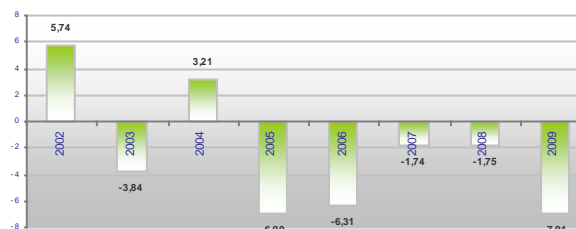
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



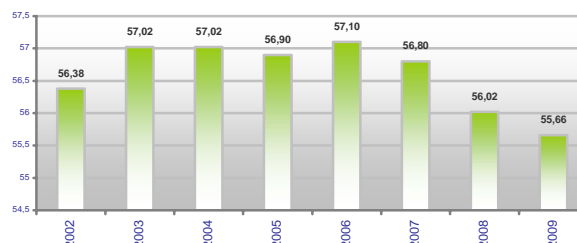


Ambito 28 - Ortonese

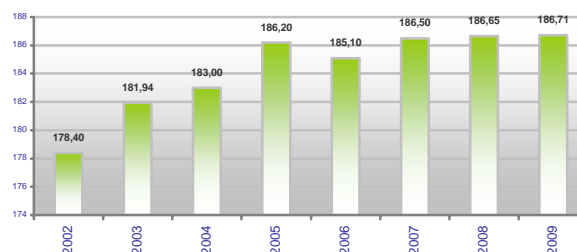
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	42.408	42.610
Saldo naturale	-180	-133
Saldo migratorio	120	55
Saldo migratorio interno	-5	-71
Saldo migratorio estero	130	173
Saldo totale	-60	-78
Popolazione residente al 31 dicembre	42.348	42.532
Popolazione residente media	42.378	42.571
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-4,25	-3,12
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-1,42	-1,83
Densità demografica (ab./Kmq)	212,00	213,03
Numero famiglie	15.459	16.110
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,63
Tasso di natalità (x 1.000)	7,22	8,29
Tasso di fecondità (x 1.000)	31,90	37,37
Indice di vecchiaia (x 100)	186,20	186,71
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.233	1.760
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.325	2.014
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	7,50	14,40
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	3,10	4,70
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	25,50	21,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,90	3,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,80	69,30
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,70	12,47
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,40	16,17
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	41,10	42,01
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,90	16,86
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,90	12,48
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	23,60	23,29
Tasso di mortalità (x 1.000)	11,47	11,42
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	56,90	55,66
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	29,00	29,72
Rapporto tra quarta età e terza età	70,40	74,02
Rapporto tra terza età e bambini	208,10	205,26
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	27,30	25,94
Indice di struttura della popolazione	100,30	111,53
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	76,10	76,71
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,30	2,41
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,60	15,31
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,87	19,41
Indice di dipendenza globale ridefinito	59,75	59,41

dato riferito all'anno 2008

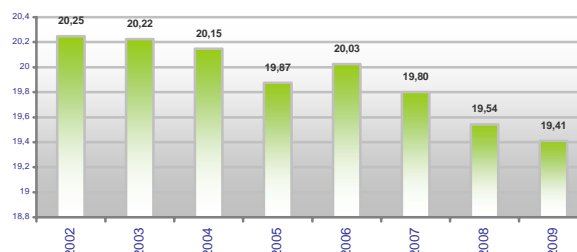
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



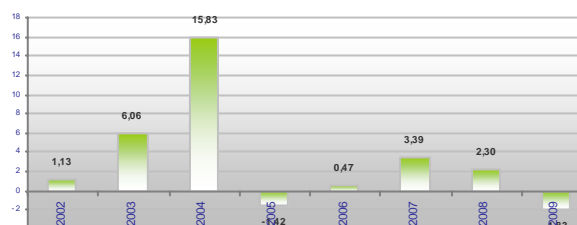
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



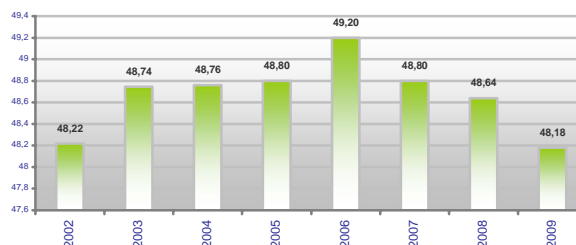


Ambito 29 – Foro-Alento

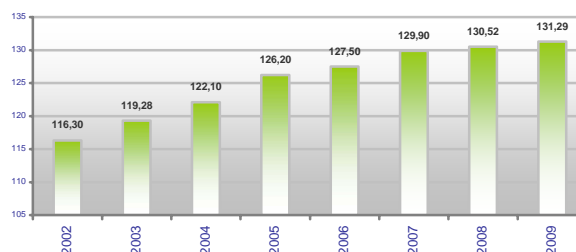
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	63.098	65.773
Saldo naturale	47	-6
Saldo migratorio	412	906
Saldo migratorio interno	151	649
Saldo migratorio estero	197	264
Saldo totale	459	900
Popolazione residente al 31 dicembre	63.557	66.673
Popolazione residente media	63.328	66.223
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	0,74	-0,09
Tasso di crescita totale (x 1.000)	7,25	13,59
Densità demografica (ab./Kmq)	297,50	310,13
Numero famiglie	24.418	26.500
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,51
Tasso di natalità (x 1.000)	10,11	9,33
Tasso di fecondità (x 1.000)	40,75	37,99
Indice di vecchiaia (x 100)	126,20	131,29
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.661	2.542
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.864	2.962
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	12,20	16,50
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,90	4,50
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	21,70	20,00
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,60	2,70
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	89,90	59,60
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	14,50	14,06
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	18,90	17,52
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,50	44,12
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	14,30	14,88
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	8,80	9,42
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	18,30	18,46
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,36	9,42
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	48,80	48,18
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	20,30	21,35
Rapporto tra quarta età e terza età	61,60	63,30
Rapporto tra terza età e bambini	154,50	160,19
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	30,00	28,14
Indice di struttura della popolazione	93,60	105,02
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	77,20	81,60
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,60	2,94
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	17,60	17,23
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	21,55	20,83
Indice di dipendenza globale ridefinito	53,62	53,22

dato riferito all'anno 2008

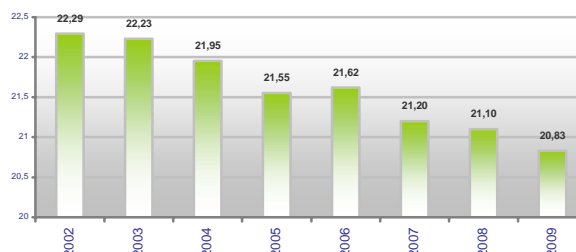
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



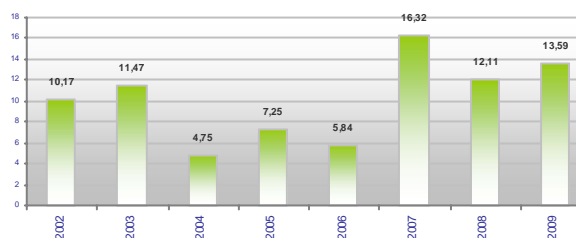
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



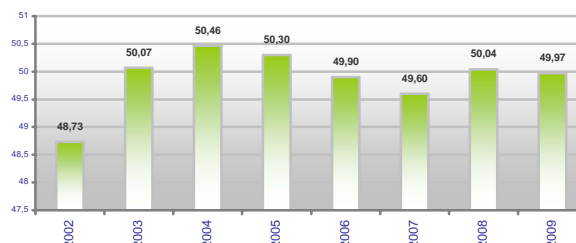


Ambito 30 - Chieti

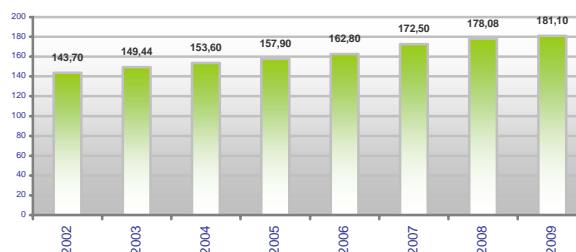
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	56.127	54.733
Saldo naturale	-65	-137
Saldo migratorio	-311	-291
Saldo migratorio interno	-405	-370
Saldo migratorio estero	98	188
Saldo totale	-376	-428
Popolazione residente al 31 dicembre	55.751	54.305
Popolazione residente media	55.939	54.519
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-1,16	-2,51
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-6,72	-7,85
Densità demografica (ab./Kmq)	958,60	934,81
Numero famiglie	22.316	22.841
Numero medio di componenti per famiglia	2,50	2,37
Tasso di natalità (x 1.000)	7,58	7,43
Tasso di fecondità (x 1.000)	32,22	32,27
Indice di vecchiaia (x 100)	157,90	181,10
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.005	2.015
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.567	2.327
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	55,90	15,50
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,80	4,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	11,30	11,90
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,20	2,60
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	79,10	60,10
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,00	11,85
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,80	16,94
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,00	43,44
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,60	17,25
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	9,60	10,52
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	20,50	21,47
Tasso di mortalità (x 1.000)	8,74	9,94
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	50,30	49,97
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	22,30	24,22
Rapporto tra quarta età e terza età	57,70	61,00
Rapporto tra terza età e bambini	204,80	226,35
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	26,60	23,83
Indice di struttura della popolazione	104,00	115,36
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	74,30	73,13
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,40	2,24
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,00	14,72
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,49	17,78
Indice di dipendenza globale ridefinito	52,54	51,51

dato riferito all'anno 2008

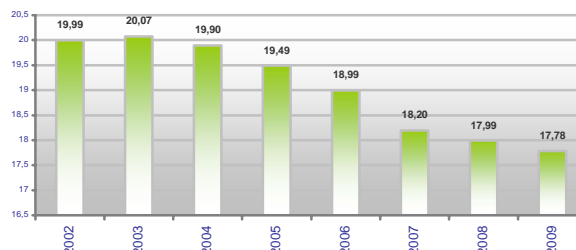
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



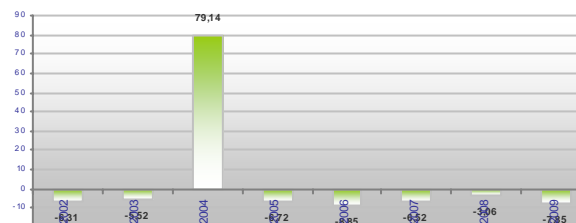
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



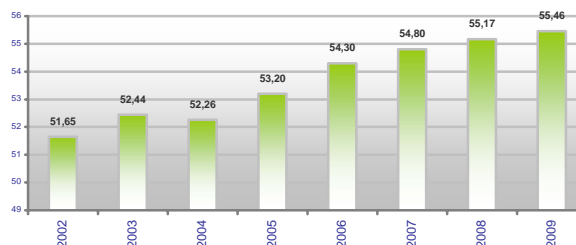


Ambito 31 - Pescara

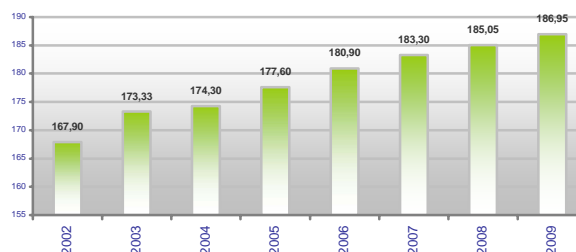
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	122.577	123.022
Saldo naturale	-176	-345
Saldo migratorio	-244	385
Saldo migratorio interno	-244	-116
Saldo migratorio estero	332	606
Saldo totale	-120	40
Popolazione residente al 31 dicembre	122.457	123.062
Popolazione residente media	122.517	123.042
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-1,44	-2,80
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-0,98	0,33
Densità demografica (ab./Kmq)	3.646,00	3.659,19
Numero famiglie	49.889	52.678
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,33
Tasso di natalità (x 1.000)	8,72	8,41
Tasso di fecondità (x 1.000)	37,37	36,89
Indice di vecchiaia (x 100)	177,60	186,95
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	2.455	3.492
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	2.876	4.163
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	17,10	19,20
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,30	3,40
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	16,00	16,60
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,10	2,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	89,30	68,40
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,50	12,43
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	16,60	15,31
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	42,70	42,69
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	17,70	17,86
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	10,50	11,71
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	22,20	23,24
Tasso di mortalità (x 1.000)	10,15	11,22
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	53,20	55,46
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	24,50	27,43
Rapporto tra quarta età e terza età	58,90	65,54
Rapporto tra terza età e bambini	222,20	216,08
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	25,70	25,36
Indice di struttura della popolazione	102,60	117,43
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	67,80	67,19
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,40	2,57
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,40	15,24
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	19,16	19,33
Indice di dipendenza globale ridefinito	53,75	56,55

dato riferito all'anno 2008

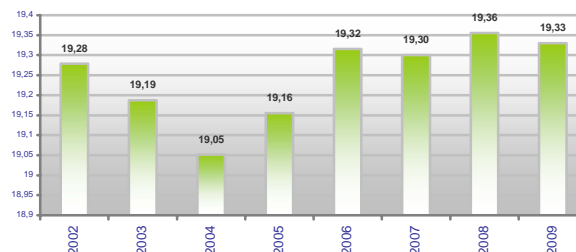
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



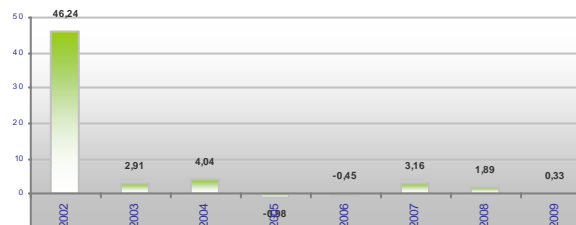
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



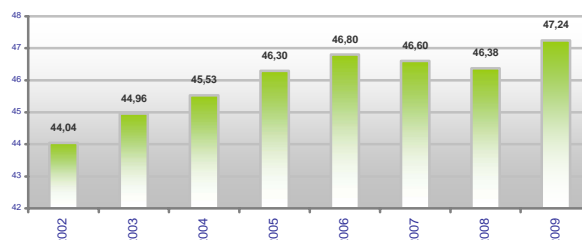


Ambito 32 - Montesilvano

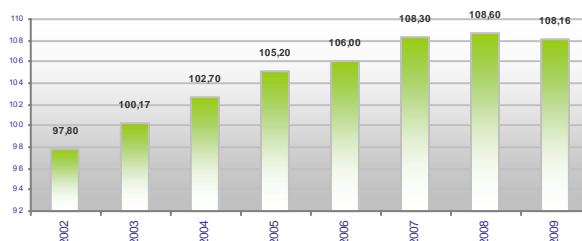
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	43.258	49.052
Saldo naturale	132	207
Saldo migratorio	1.297	1.130
Saldo migratorio interno	1.071	664
Saldo migratorio estero	201	482
Saldo totale	1.429	1.337
Popolazione residente al 31 dicembre	44.687	50.389
Popolazione residente media	43.973	49.721
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	3,00	4,16
Tasso di crescita totale (x 1.000)	32,50	26,89
Densità demografica (ab./Kmq)	1.849,40	2.097,14
Numero famiglie	16.606	19.837
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,54
Tasso di natalità (x 1.000)	10,37	11,16
Tasso di fecondità (x 1.000)	40,42	43,62
Indice di vecchiaia (x 100)	105,20	108,16
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.614	2.736
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.929	3.255
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	19,50	19,00
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	4,30	6,60
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	16,80	17,20
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	3,90	4,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	91,50	65,90
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	15,40	15,41
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,40	16,01
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	45,70	46,48
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	14,80	14,91
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	6,70	7,19
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	16,20	16,67
Tasso di mortalità (x 1.000)	7,37	7,00
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	46,30	47,24
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	14,60	15,46
Rapporto tra quarta età e terza età	44,90	48,20
Rapporto tra terza età e bambini	144,50	139,91
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	30,30	29,69
Indice di struttura della popolazione	90,70	102,99
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	81,60	80,95
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	3,20	3,36
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	18,30	18,51
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	22,54	22,69
Indice di dipendenza globale ridefinito	48,35	48,62

dato riferito all'anno 2008

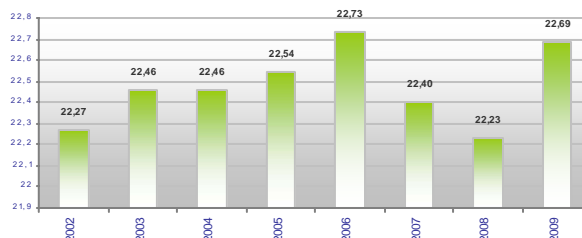
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



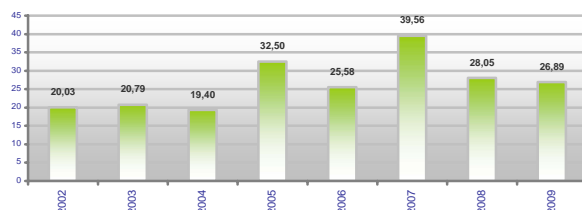
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



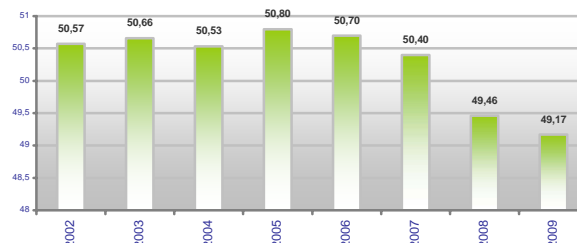


Ambito 33 – Area Metropolitana Pescara

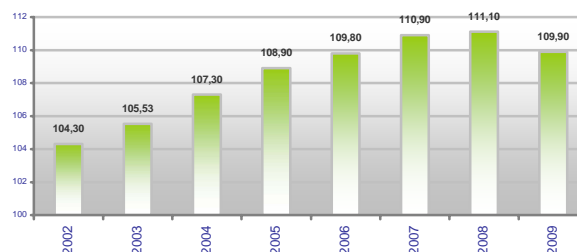
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	57.494	61.636
Saldo naturale	104	59
Saldo migratorio	793	522
Saldo migratorio interno	730	355
Saldo migratorio estero	179	337
Saldo totale	897	581
Popolazione residente al 31 dicembre	58.391	62.217
Popolazione residente media	57.943	61.927
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	1,79	0,95
Tasso di crescita totale (x 1.000)	15,48	9,38
Densità demografica (ab./Kmq)	250,60	268,70
Numero famiglie	20.245	22.704
Numero medio di componenti per famiglia	2,90	2,73
Tasso di natalità (x 1.000)	10,34	9,64
Tasso di fecondità (x 1.000)	41,75	39,02
Indice di vecchiaia (x 100)	108,90	109,90
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	1.042	1.748
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.187	2.186
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	13,90	25,10
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,00	3,50
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	18,80	19,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	1,80	2,10
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	86,40	60,40
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	16,10	15,70
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,50	16,66
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	44,00	45,04
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	14,20	14,05
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	8,10	8,55
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	17,60	17,26
Tasso di mortalità (x 1.000)	8,54	8,69
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	50,80	49,17
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	18,40	18,99
Rapporto tra quarta età e terza età	56,80	60,85
Rapporto tra terza età e bambini	134,20	132,21
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	33,10	31,17
Indice di struttura della popolazione	90,30	101,60
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	82,90	82,99
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	3,10	3,25
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	19,40	18,97
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	24,33	23,42
Indice di dipendenza globale ridefinito	54,99	53,85

dato riferito all'anno 2008

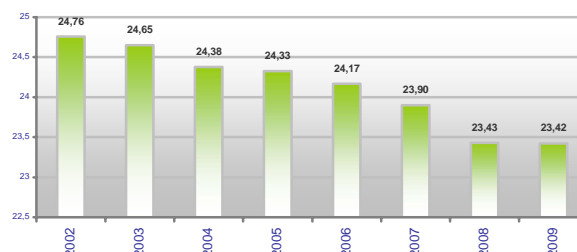
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



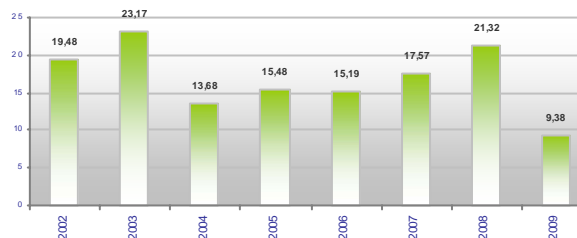
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



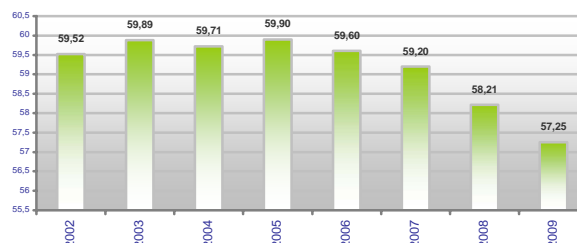


Ambito 34 - Vestina

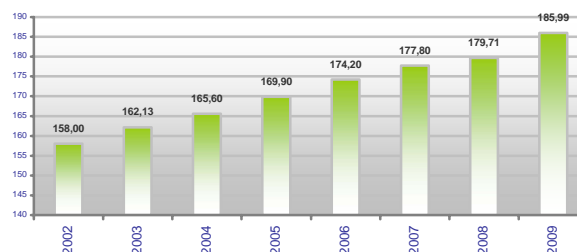
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	42.503	42.670
Saldo naturale	-171	-204
Saldo migratorio	97	151
Saldo migratorio interno	-32	-45
Saldo migratorio estero	155	261
Saldo totale	-74	-53
Popolazione residente al 31 dicembre	42.429	42.617
Popolazione residente media	42.466	42.644
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-4,03	-4,78
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-1,74	-1,24
Densità demografica (ab./Kmq)	89,00	89,39
Numero famiglie	15.400	16.200
Numero medio di componenti per famiglia	2,70	2,63
Tasso di natalità (x 1.000)	7,39	7,20
Tasso di fecondità (x 1.000)	32,56	31,65
Indice di vecchiaia (x 100)	169,90	185,99
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	534	1.183
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	704	1.410
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	31,80	19,20
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	1,70	3,30
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	17,20	18,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	1,30	1,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	79,30	41,00
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,90	12,73
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,10	17,08
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	40,30	40,86
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	17,30	16,67
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,40	12,66
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	23,60	23,68
Tasso di mortalità (x 1.000)	11,42	11,98
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	59,90	57,25
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	28,30	30,99
Rapporto tra quarta età e terza età	66,20	75,97
Rapporto tra terza età e bambini	201,50	207,95
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	30,60	27,37
Indice di struttura della popolazione	96,20	107,58
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	78,40	78,21
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,30	2,26
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	17,00	15,99
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	22,21	20,02
Indice di dipendenza globale ridefinito	62,77	62,15

dato riferito all'anno 2008

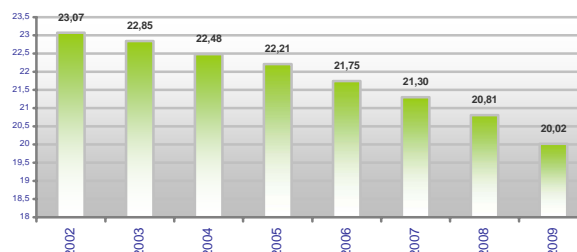
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



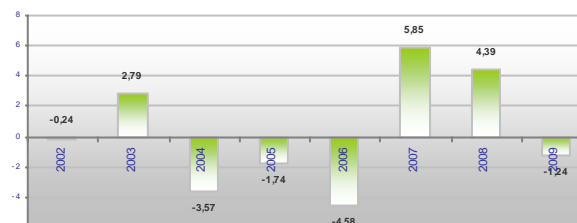
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



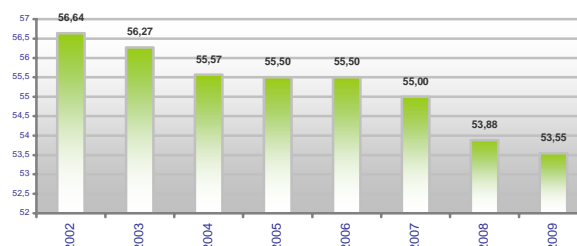


Ambito 35 – Maiella-Morrone

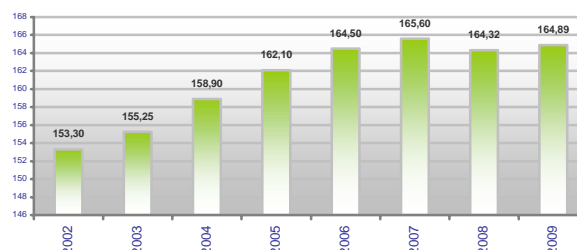
Indicatore	2005	2009
Popolazione residente al 1° gennaio	42.142	42.829
Saldo naturale	-166	-162
Saldo migratorio	7	240
Saldo migratorio interno	-101	91
Saldo migratorio estero	113	180
Saldo totale	-159	78
Popolazione residente al 31 dicembre	41.983	42.907
Popolazione residente media	42.063	42.868
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-3,95	-3,78
Tasso di crescita totale (x 1.000)	-3,78	1,82
Densità demografica (ab./Kmq)	91,40	92,91
Numero famiglie	15.874	16.610
Numero medio di componenti per famiglia	2,60	2,58
Tasso di natalità (x 1.000)	7,89	8,23
Tasso di fecondità (x 1.000)	33,79	35,89
Indice di vecchiaia (x 100)	162,10	164,89
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	929	1.460
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	1.032	1.662
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno	11,10	13,80
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno	2,50	3,90
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni	24,50	22,40
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre	2,30	2,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre	92,80	63,20
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	13,60	13,17
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	17,90	17,02
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	41,40	42,59
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	16,20	15,69
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,00	11,54
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	22,10	21,71
Tasso di mortalità (x 1.000)	11,84	12,01
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	55,50	53,55
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	26,60	27,11
Rapporto tra quarta età e terza età	68,10	73,59
Rapporto tra terza età e bambini	189,40	183,30
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	29,30	27,37
Indice di struttura della popolazione	96,90	105,41
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	70,50	72,15
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,50	2,55
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	16,70	16,26
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	21,18	20,22
Indice di dipendenza globale ridefinito	59,50	58,02

dato riferito all'anno 2008

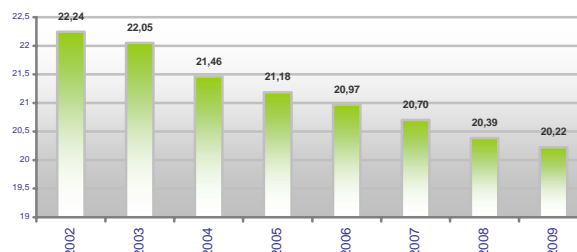
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



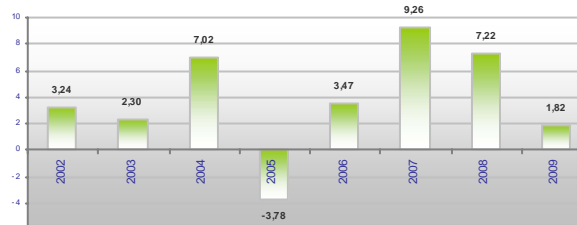
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009





GIUNTA REGIONALE DELL'ABRUZZO

DIREZIONE REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Riepilogo indicatori: Province abruzzesi e Regione - Anno 2009

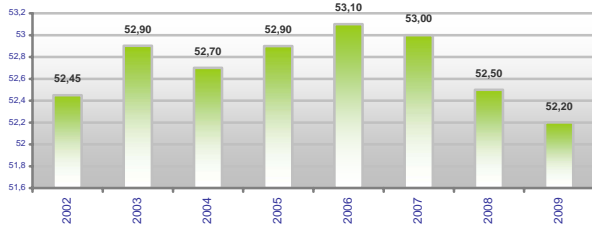
Indicatore	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	Abruzzo
Popolazione residente al 1° gennaio	309.131	396.497	319.209	309.838	1.334.675
Saldo naturale	-1.398	-961	-445	-391	-3.195
Saldo migratorio	1.531	1.316	2.428	2.143	7.418
Saldo migratorio interno	158	103	949	192	1.402
Saldo migratorio estero	1.645	1.555	1.866	2.232	7.298
Saldo totale	133	355	1.983	1.752	4.223
Popolazione residente al 31 dicembre	309.264	396.852	321.192	311.590	1.338.898
Popolazione residente media	309.198	396.675	320.201	310.714	1.336.787
Tasso di crescita naturale (x 1.000)	-4,52	-2,42	-1,39	-1,26	-2,39
Tasso di crescita totale (x 1.000)	0,43	0,89	6,19	5,64	3,16
Densità demografica (ab./Kmq)	61,40	153,19	260,65	159,08	123,60
Numero famiglie	128.862	158.639	128.029	123.231	538.761
Numero medio di componenti per famiglia	2,40	2,50	2,50	2,50	2,48
Tasso di natalità (x 1.000)	8,00	8,40	8,90	8,80	8,53
Indice di vecchiaia (x 100)	175,93	168,76	153,21	151,96	162,40
Popolazione straniera residente al 1° gennaio (Anno 2008)	16.971	14.315	10.619	17.844	59.749
Popolazione straniera residente al 31 dicembre (Anno 2008)	19.079	16.964	12.676	20.922	69.641
Popolazione straniera - Var. % tra inizio e fine anno (Anno 2008)	12,40	18,50	19,40	17,20	16,60
Popolazione straniera - Incidenza % sulla popolazione totale a fine anno (Anno 2008)	6,17	4,28	3,97	6,75	5,26
Popolazione straniera - Incidenza % dei minorenni (Anno 2008)	19,20	18,60	18,20	21,40	19,50
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione residente al 31 dicembre (Anno 2008)	6,20	4,30	4,00	6,80	3,30
Popolazione extracomunitaria - Incidenza % sulla popolazione straniera residente al 31 dicembre (Anno 2008)	61,90	53,40	62,70	69,80	62,30
Popolazione residente 0-14 (Bambini e preadolescenti) (x 100)	12,26	12,87	13,66	13,55	13,10
Popolazione residente 15-29 (Giovani) (x 100)	16,86	16,72	16,14	17,23	16,70
Popolazione residente 30-59 (Adulti) (x 100)	43,57	42,76	43,47	43,12	43,20
Popolazione residente 60-74 (Terza età) (x 100)	15,63	16,31	16,22	15,80	16,00
Popolazione residente 75+ (Quarta Età) (x 100)	11,68	11,34	10,51	10,30	11,00
Popolazione residente 65+ (Anziani) (x 100)	21,57	21,72	20,93	20,59	21,20
Tasso di mortalità (x 1.000)	12,50	10,87	10,28	10,07	10,92
Indice di dipendenza (o Indice di carico sociale) (x 100)	51,12	52,87	52,88	51,82	52,20
Indice di dipendenza senile ridefinito (definizione ristretta) (x 100)	26,80	26,52	24,18	23,89	25,40
Rapporto tra quarta età e terza età	74,72	69,55	64,79	65,23	68,60
Rapporto tra terza età e bambini	194,75	193,69	178,35	177,61	186,20
Rapporto tra prima età e popolazione in età lavorativa	24,86	26,43	27,73	27,85	26,70
Indice di struttura della popolazione	110,66	108,50	108,89	104,27	108,10
Indice di mascolinità nella popolazione anziana	70,96	76,76	73,51	76,91	74,60
Popolazione residente 0-2 anni (x 100)	2,35	2,53	2,78	2,67	2,60
Popolazione residente 0-17 (minori) (x 100)	15,13	15,79	16,70	16,65	16,10
Indice di dipendenza giovanile (x 100)	18,53	19,67	20,88	20,57	19,90
Indice di dipendenza globale ridefinito	54,93	56,62	55,61	55,31	55,70

dato riferito all'anno 2008

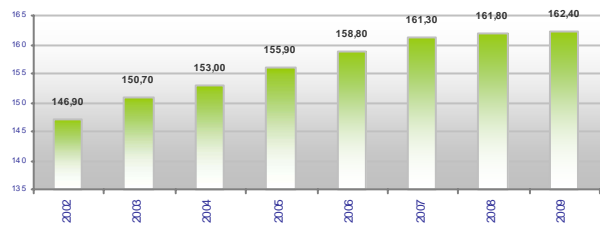


Regione Abruzzo

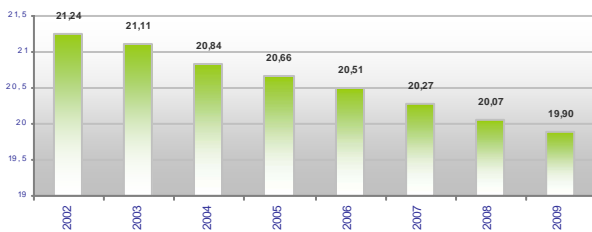
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



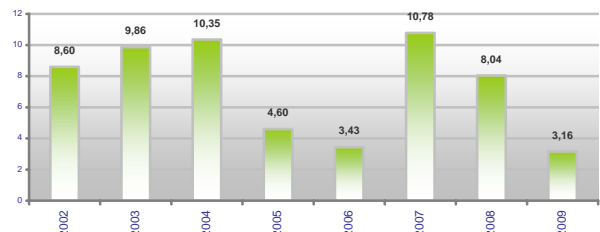
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



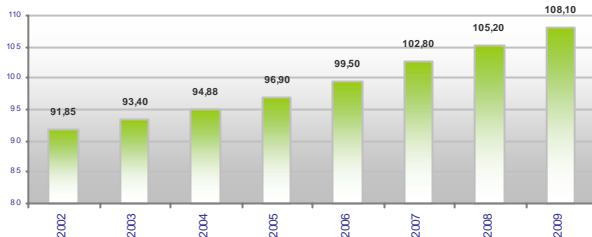
Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



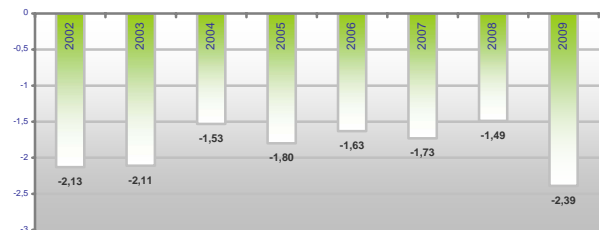
Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



Indice di struttura della popolazione - Anni 2002-2009

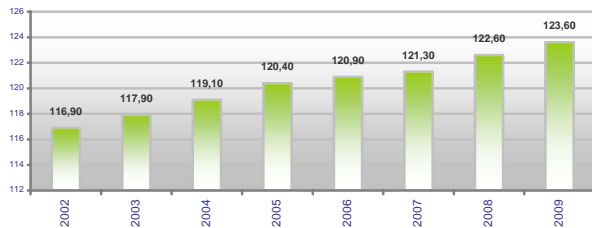


Tasso di crescita naturale - Anni 2002-2009

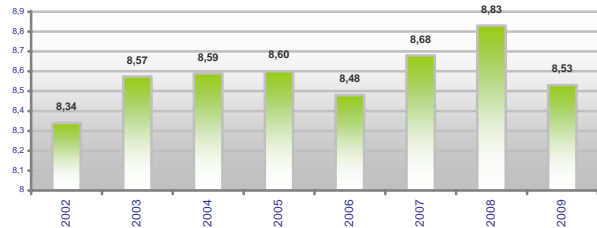




Densità demografica - Anni 2002-2009



Tasso di natalità - Anni 2002-2009

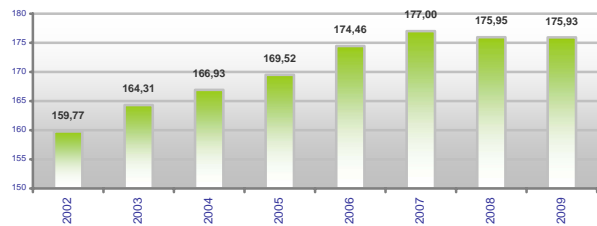


Provincia di L'Aquila

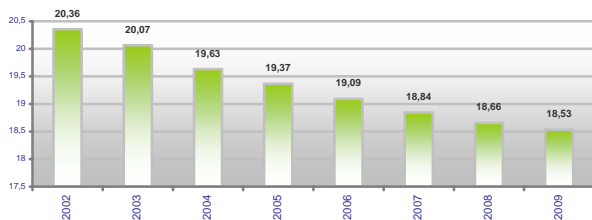
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



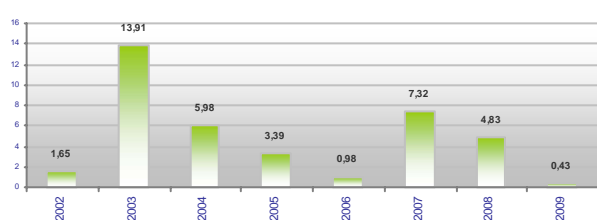
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



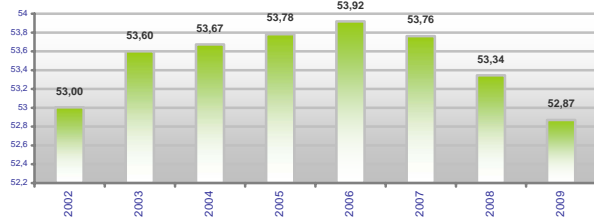
Provincia di Chieti



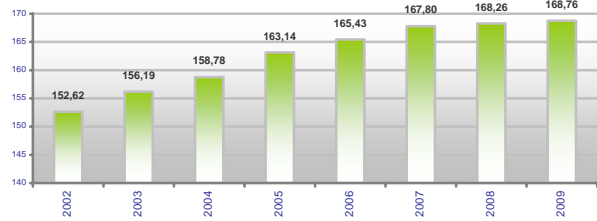
GIUNTA REGIONALE DELL'ABRUZZO

DIREZIONE REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

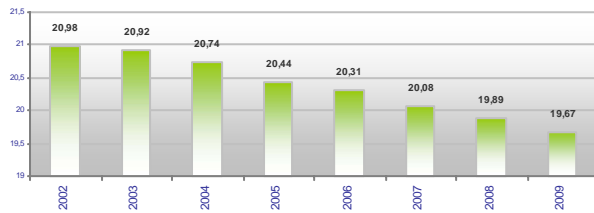
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



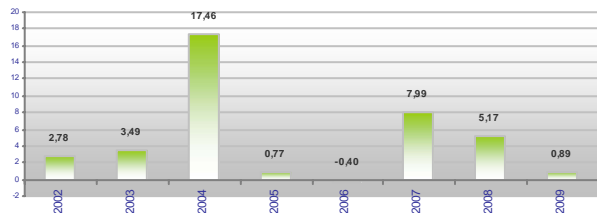
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009

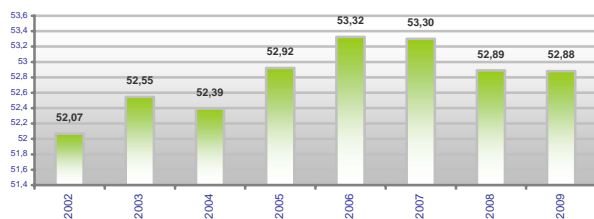


Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

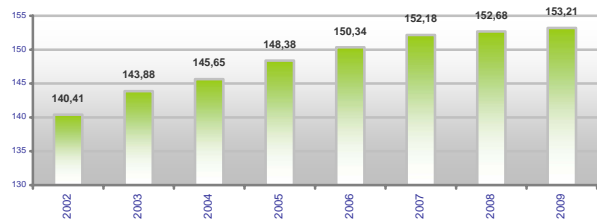


Provincia di Pescara

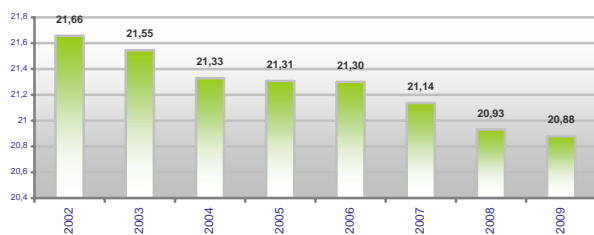
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



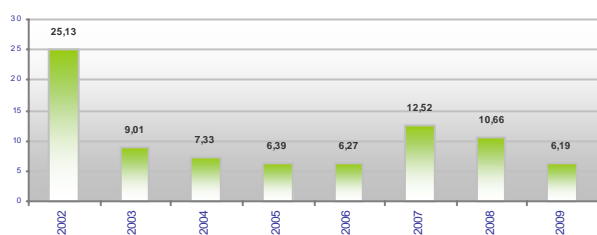
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009

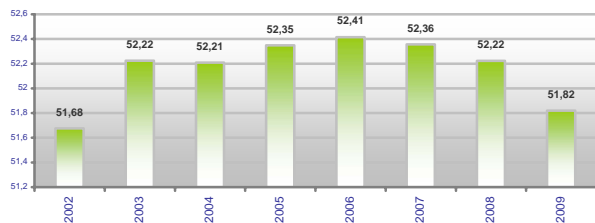


Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009

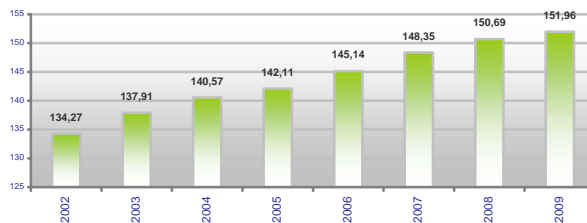


Provincia di Teramo

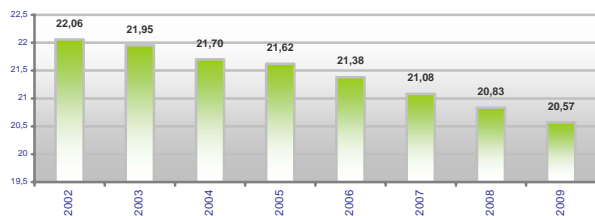
Indice di dipendenza globale - Anni 2002-2009



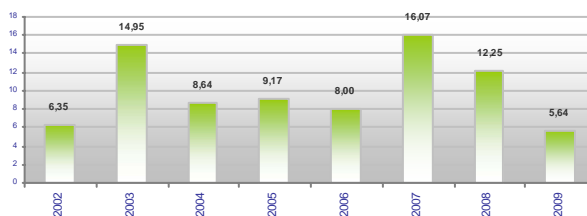
Indice di vecchiaia - Anni 2002-2009



Indice di dipendenza giovanile - Anni 2002-2009



Tasso di crescita totale - Anni 2002-2009



1.3 Gli effetti drammatici del terremoto sulla società regionale

L'evento catastrofico del terremoto che ha sconvolto comunità e territori della regione, con particolare riferimento all'area aquilana è destinato a lasciare un segno profondo nella dimensione del benessere personale e collettivo delle comunità locali.

L'impatto dell'evento, se ha lasciato tracce evidenti e difficilmente rimarginabili, in medio termine, nella configurazione fisica del territorio e del paesaggio, è ancora più evidente negli effetti sociali prodottisi, in seguito alla dispersione delle famiglie, alla destrutturazione delle comunità, alla improvvisa emergenza di bisogni fondamentali in cui sono state violentemente coinvolte le persone.



Lo stesso tessuto delle azioni che quotidianamente si svolgevano all'interno del reticolo dei servizi sociali, da quelli domiciliari a quelli professionali, non potrà certamente essere ricostruito secondo le consolidate impostazioni; la risposta alle situazioni ed alle domande di emergenza costituisce oggi il nodo fondamentale in cui operatori sociali, insieme a operatori volontari, sono stati coinvolti, dando origine a prassi inedite, a sistemi di relazioni prima non praticati, a riconfigurazione di saperi e tecniche di lavoro sociale professionale e volontario in precedenza osservate in altre situazioni di emergenza, ma forse non sufficientemente valutate per gli esiti che potevano essere in grado di produrre.

La stessa architettura delle politiche sociali espressa negli ambiti sociali aquilani dovrà essere ripensata radicalmente al fine di sviluppare regole e modalità di impiego delle risorse che tengano conto del livello di dispersione della popolazione in diversi territori regionali; con l'obiettivo prioritario di rendere possibile il ritorno e la reintegrazione sociale delle popolazioni oggi ancora impossibilitate ad un ritorno nei territori originari in condizioni di sicurezza.



CAPITOLO SECONDO

LE PRIORITÀ STRATEGICHE ED I PROCESSI DI INTEGRAZIONE

2.1. PREMESSA.

L'analisi del contesto sociale evidenziata nel corso del capitolo precedente ha evidenziato una situazione molto complessa, la quale richiede un intervento mirato a migliorare ed ad innovare il sistema delle politiche sociali regionali.

Per ottenere siffatto risultato è necessario individuare le priorità strategiche per aree di intervento, o per aree di bisogno, cercando, al contempo, di mettere a sistema tutto quanto è già emerso in termini di fabbisogno a seguito dell'azione di ascolto e di osservazione dei contesti locali.

Tali le priorità di intervento devono essere valutate tenendo conto della loro coerenza con i principi cardine di un sistema di *welfare* moderno e orientato a supportare lo sviluppo regionale.

Innanzitutto, bisogna optare per una decisa **concentrazione delle risorse**. Gli indirizzi regionali per la programmazione sociale degli ambiti territoriali non devono fissare vincoli in termini percentuali di quote di spesa per aree di intervento, ma devono fissare obiettivi di servizio da perseguire. In tal modo, sarà possibile promuovere una maggiore concentrazione di risorse su servizi prioritari, relativamente alle quali è necessario estendere le platee di beneficiari.

Un ruolo fondamentale nelle dinamiche dello sviluppo delle politiche sociali deve essere svolto dalla **cooperazione interistituzionale**. Il sistema di *welfare* regionale sociale può crescere soltanto se cresce, in primo luogo, la cooperazione tra le istituzioni ed i Comuni, ma anche tra questi e le Aziende USL, le Province, le istituzioni scolastiche, l'Amministrazione penitenziaria ed i Tribunali per i Minorenni. I Comuni non possono svolgere un compito esaustivo da soli, in quanto senza una rete interistituzionale essi sono in grado di fornire soltanto risposte parziali, le quali sono spesso causa di interventi inefficaci, se non, addirittura, dannosi per le persone, e di sprechi di risorse finanziarie.



Tra le priorità strategiche è svolto dall'**integrazione**. L'adozione solitaria delle politiche sociali non garantisce il raggiungimento efficace degli obiettivi di cura, la promozione dell'inclusione sociale, l'offerta di strumenti per l'autonomia di un individuo e del suo nucleo familiare. Bisogna qualificare come cardine qualificante della programmazione regionale l'integrazione tra politiche sociali, sanitarie, abitative, educative e formative, attive del lavoro. Bisogna sottolineare che non si intende limitare il ricorso all'integrazione alla sola integrazione sociosanitaria, ma anche a quella con altre politiche di settore e con altre fonti di finanziamento capaci di concorrere insieme alla qualificazione dei servizi di cura (formazione di nuovi profili professionali sociali e sociosanitari), alla efficacia dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa (piccoli sussidi e microcredito, contrasto alle nuove povertà, conciliazione tempi di vita e di lavoro, e sostegno per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati), alla efficacia dei percorsi di prevenzione e contrasto della devianza e della marginalità sociale (formazione, tutoraggio e inserimento lavorativo), anche mediante la valorizzazione del Terzo Settore e la diffusione della cultura della responsabilità sociale di impresa nel tessuto imprenditoriale regionale.

Un'altra importante priorità consiste nella necessità di **deistituzionalizzare** l'approccio alle tematiche sociali. Un sistema di *welfare* sociale maturo deve essere in grado di fornire risposte personalizzate al bisogno ed alla domanda di cura, nel rispetto del contesto di vita, delle aspettative e delle condizioni familiari dell'individuo. In tale ottica, l'istituzionalizzazione degli interventi nel sociale ha spesso comportato un'attività di risposta alle singole esigenze mediante ricoveri in strutture residenziali sociali, sociosanitarie e sanitarie ed ha indebolito ogni altro sforzo per il potenziamento dei servizi domiciliari, a causa dell'importante assorbimento delle risorse finanziarie e per la minore attenzione alla personalizzazione della cura che si è registrata tra gli operatori.

Una diretta conseguenza dell'ultima considerazione appare la necessità di affermare, invece, la **domiciliarizzazione** degli interventi, ove possibile. La domiciliarizzazione della cura produce effetti positivi, sia rispetto alla sfera psicosociale dell'assistito, sia rispetto all'appropriatezza del progetto di presa in carico, ma ancor più rispetto alla allocazione delle risorse finanziarie ed al perseguimento dell'obiettivo della estensione



della platea dei beneficiari, attraverso il reimpiego delle risorse risparmiate con la riduzione dei ricoveri inappropriati in strutture residenziali.

Un ruolo fondamentale nel nuovo P.S.R. 2011-2013 deve essere svolto, sia dalla **promozione**, sia dall'**inclusione**. Le politiche sociali integrate devono essere mirate alla promozione attiva dell'individuo ed alla valorizzazione delle proprie risorse e delle proprie competenze e capacità, affinché possa divenire essere soggetto attivo, insieme al suo nucleo familiare, in un percorso di inserimento sociale e di uscita da condizioni di marginalità sociale, o di povertà. In altri termini, l'obiettivo che ci si pone consiste nel voler affrancare i soggetti fragili dalle misure di sostegno sociale ed economico, evitando, in tal modo, il rischio della così detta "*trappola della povertà*" e della dipendenza degli individui dalle forme di assistenza già ricevute.

Infine, una funzione imprescindibile deve essere svolta dalla **qualificazione** dei servizi e delle prestazioni. La crescita del ruolo del soggetto pubblico come "regolatore" del mercato amministrato dei servizi e delle prestazioni sociali, oltre che come produttore e come acquirente di prestazioni sociali e socio-sanitarie, ha comportato una maggiore propensione verso la ricerca di maggiori livelli qualitativi dell'offerta di servizi. La qualificazione e l'orientamento della domanda, l'adeguamento agli standard, la certificazione etica e di qualità delle organizzazioni erogatrici di servizi, la formazione di nuovi profili professionali sociali, la regia del percorso di accesso, valutazione e presa in carico, sono diventati fattori ineludibili di crescita della qualità dei servizi su cui la regione Abruzzo deve investire con continuità e convinzione.

A fronte dell'individuazione delle predette priorità strategiche di intervento, l'analisi del contesto ci ha, altresì, reso evidente che le attività necessarie per raggiungere siffatti obiettivi risulteranno sicuramente più complesse ed articolate rispetto al passato. Tale situazione è ulteriormente complicata dal fatto che le risorse nazionali provenienti dalla c.d. "finanza derivata" risultano essere sempre di minore entità.



Pertanto, si è giunti alla conclusione che è possibile offrire una risposta adeguata alle esigenze del territorio, operando una sinergia tra i fondi nazionali deputati alla garanzia dei LIVEAS ordinamentali ed il Fondo Sociale Europeo, il quale è in grado di introdurre risorse finanziarie aggiuntive completamente deputate all'innovazione del *welfare* integrato delle politiche sociali regionali.

In tale contesto, è intervenuta la D.G.R., 27 settembre 2010, nr. 744, avente ad oggetto l'approvazione del Piano operativo 2009-2010-2011 del "P.O. F.S.E. Abruzzo 2007-2013 Obiettivo "Competitività regionale e Occupazione. Tale atto di programmazione prevede una specifica azione nell'ambito dell'Asse 3 "Inclusione Sociale", capace di svolgere il compito poc'anzi delineato, attraverso il Progetto Speciale Multiasse "Programma di Inclusione Sociale".

2.2. IL PROGETTO SPECIALE MULTIASSE "PROGRAMMA DI INCLUSIONE SOCIALE".

2.2.1. Premessa.

Con l'attivazione del **Progetto Speciale Multiasse "Programma di Inclusione Sociale"**, la Regione Abruzzo, adeguandosi alle modifiche imposte a livello nazionale al sistema delle politiche sociali, modifiche derivanti essenzialmente dalla forte riduzione delle risorse disponibili, ha ripensato l'intero sistema regionale delle politiche sociali, al fine di riuscire a *garantire i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali sociali ottimizzando e rendendo sinergiche le risorse economiche disponibili a favore della sostenibilità, dell'integrazione e dell'inclusione delle persone in condizioni di disagio.*

La condivisione della necessità di operare un'inversione di tendenza nella modalità gestionale delle politiche sociali, ha determinato un affievolimento della cultura delle azioni transitorie, con finalità meramente assistenzialistiche, a favore di interventi che



dovranno tendere alla valorizzazione della responsabilità, delle risorse impiegate, nonché delle capacità proprie di ogni persona.

Pertanto, l'elemento più qualificante di tale intervento in ambito F.S.E. consiste nella posizione assunta dal *destinatario* degli interventi nell'impianto di *welfare*, passando da una situazione di passività assistenziale ad una condizione di accesso diretto alla rete di relazioni e risorse funzionali alla sua piena integrazione

Come appare evidente, tali premesse sono le stesse che hanno connotato la stesura del *quarto Piano Sociale Regionale*. Infatti, tale omogeneità concettuale della *ratio* posta alla base degli interventi dovrà contribuire in maniera sostanziale ad un'evoluzione del *welfare* locale, attraverso una pianificazione incrociata ed intersettoriale.

Pertanto, la D.G.R., 27 settembre 2010, nr. 744 è stata redatta in linea con gli obiettivi e *target* di riferimento del Piano Sociale Regionale, in modo tale che il Progetto Speciale Multiasse "Programma di Inclusione Sociale" possa agevolmente convergere verso lo stesso, garantendo, quindi, un utilizzo delle risorse economiche disponibili, ancorché di origine diversa (nazionale e/o comunitaria) in maniera sinergica, o, per meglio dire, efficace e coordinata, al fine di assicurare la tutela globale delle persone in stato di disagio.

Il presupposto fondamentale per l'attuazione degli interventi in ambito F.S.E. consiste nell'*integrazione di policy a livello centrale e di operatività tra i diversi soggetti che operano nel settore*.

In coerenza sistemica con il Piano Sociale Regionale, il Progetto Speciale Multiasse "Programma di Inclusione Sociale" presuppone che i *trentacinque ambiti territoriali sociali*, con i loro Piani di zona, debbano, per la prima volta, cimentarsi, per ciascuna delle *linee di intervento* previste, nell'*individuazione ed attivazione di precisi obiettivi ed azioni legati alla realtà territoriale di riferimento*, prevedendo, al contempo, anche strumenti di verifica.

Per questa motivo, le linee d'intervento previste hanno tutte come presupposto la realizzazione di un passaggio fondamentale contenuto nella prima linea d'intervento,



ovvero la costituzione di partenariati permanenti per la durata del Programma, in cui confluiscono Comuni capofila di ambito d'area vasta; rappresentanza cooperative sociali e Organizzazioni no-profit presenti sul territorio; rappresentanze dei Servizi sociali e socio-sanitari.

I *partenariati locali* così costituiti, finalizzati all'implementazione di corrette politiche di Assistenza sociale e di coerenti servizi alla persona, sono lo strumento *bottom-up* per eccellenza in un contesto di programmazione che vuole non già calare dall'alto le politiche di intervento ma essere di supporto alla loro formalizzazione dal basso.

Appare necessario riconoscere che il *welfare* regionale, così come sin qui pianificato, pur capace di produrre risultati indiscutibili, deve essere rinnovato, realizzando *un'integrazione ancora più forte con le politiche del lavoro, dell'istruzione, della formazione professionale, con le agenzie produttive*. Pertanto, vi è la necessità di realizzare gli interventi che si andranno a declinare per area in maniera concertata, con il supporto del sistema della formazione professionale e dell'impresa.

Alla luce di quanto sopra esposto, è possibile definire le ***linee di indirizzo del Programma di Inclusione Sociale:***

- *l'inclusione sociale non può essere affidata a singoli interventi settoriali, ma deve essere attuata con progetti integrati frutto di una strategia pianificata e condivisa;*
- *deve essere esteso l'utilizzo di strumenti di programmazione che raccordino i vari livelli di governo coinvolti, le diverse fonti finanziarie e i diversi strumenti utilizzabili. La programmazione, inoltre, deve assumere una forte connotazione territoriale e coinvolgere il più possibile i soggetti locali ed i destinatari degli interventi;*
- *deve essere rafforzato il ruolo del partenariato a livello locale e devono essere adottate, anche in fase di attuazione degli interventi, forme di scambio delle informazioni, spazi di confronto e di riflessione, allargandoli a tutti i soggetti portatori di interessi, sia pubblici che privati;*



- *il ruolo del terzo settore e delle imprese sociali deve essere sostenuto dall'implementazione degli istituti e dei dispositivi previsti dal D.Lgs., nr. 155/06;*
- *Pertanto, gli obiettivi finali del Programma regionale di Inclusione Sociale in ambito F.S.E. saranno:*
- *il miglioramento delle condizioni di occupabilità dei soggetti minacciati da potenziali fattori di emarginazione, dei soggetti diversamente abili e delle altre categorie di svantaggio sociale;*
- *la prevenzione dell'insorgere di nuove forme di povertà.*

Per garantire il raggiungimento di tali obiettivi, l'amministrazione regionale attiverà interventi di politica attiva che si sostanziano, nella quasi totalità, in progetti integrati che affiancano l'orientamento e la formazione a strumenti di ricollocazione e/o sperimentazione transitoria di percorsi protetti.

Lo strumento della *creazione di cooperative sociali* per il reinserimento dei soggetti svantaggiati è stata ipotizzata per i soli *tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti*, sieropositive ed *alcolisti ed ex-alcolisti*, proprio per la specificità degli stessi che potrebbero avere maggiori difficoltà all'inserimento lavorativo supportato da altri strumenti specifici attivati con il Fondo Sociale Europeo dall'amministrazione, come, ad esempio "*Lavorare in Abruzzo 2*". Si ricorda, infatti, che l'Amministrazione Regionale sta attuando diversi interventi cui poter collegare il sistema dell'inclusione sociale, interventi diretti a:

- *potenziare le imprese del terzo settore, in funzione della crescita dell'occupazione sia in forma dipendente sia in forma autonoma;*
- *sviluppare forme di micro-credito a sostegno dei percorsi di autoemancipazione e in funzione della creazione di micro e piccola impresa.*



2.2.2. Le sei linee di intervento del Progetto Speciale Multiasse “Programma di Inclusione Sociale”.

Il Progetto Speciale Multiasse “Programma di Inclusione Sociale” verrà attuato mediante sei linee d'intervento.

LINEA D'INTERVENTO 1 – SISTEMA DELL'INCLUSIONE SOCIALE

Il modello formale di integrazione istituzionale e sociale, che si propone di realizzare per rafforzare i vari livelli di governance, trova la sua espressione nella formalizzazione di una rete. Il modello che si ipotizza rappresenta una modalità di governo allargato nel quale tutti i soggetti coinvolti, nello svolgimento di ruoli e funzioni diverse tra loro, concorrono a realizzare, in ambito regionale e locale, la collaborazione tra le istituzioni, rendendo effettiva la sussidiarietà tra gli enti pubblici e collaborando per il conseguimento dell'obiettivo del comune interesse di creare una società coesa e solidale, capace di integrare anche le persone svantaggiate.

La formalizzazione di tali accordi serve anche a favorire la realizzazione del processo di programmazione, con il coinvolgimento diretto e la collaborazione tra gli organi statali e le strutture regionali e provinciali ed ad individuare linee programmatiche ed azioni operative adeguate alla specificità regionale e che realizzino al meglio l'integrazione strategica -operativa adottata.

Un particolare riconoscimento deve essere attribuito al ruolo del terzo settore, al sistema delle imprese locali e al volontariato, come espressione del capitale sociale presente sul territorio regionale, dalla cui collaborazione non è possibile prescindere se si vuole conseguire l'obiettivo prefissato.

La formalizzazione di una rete per l'inclusione sociale diventa così il luogo in cui formalmente si attuano i principi di leale collaborazione e sussidiarietà e si assumono responsabilità condivise nella lotta all'esclusione sociale, nella consapevolezza che gli investimenti per gli interventi sul disagio agiscono positivamente sulla sicurezza dei territori e sulla qualità della vita dei residenti.



Il modello di *governance* costituito all'interno della "rete territoriale di Inclusion sociale" è lo strumento per perseguire i *seguenti obiettivi specifici*:

- *rendere permanente ed effettiva la sussidiarietà interistituzionale e la collaborazione sinergica tra tutte le amministrazioni che hanno competenze in materie più strettamente collegate al benessere ed allo sviluppo della persona umana: politiche sociali, salute, istruzione, formazione professionale e lavoro;*
- *costruire percorsi concordati e condivisi tra le amministrazioni pubbliche centrali e quelle periferiche per assicurare anche alle persone più vulnerabili l'accesso alle risorse, ai diritti, ai beni ed ai servizi, programmando l'allocazione delle risorse finanziarie necessarie ed attivando il sistema di accompagnamento e di monitoraggio;*
- *rafforzare il coinvolgimento del settore produttivo nel sistema di rete per favorire il reinserimento nella società e nell'economia delle persone "svantaggiate", affinché sia possibile offrire loro nuove opportunità di vita e di lavoro e ricostruire, su più solide basi, le relazioni sociali fondate sulla fiducia reciproca tra soggetti svantaggiati e società di appartenenza e tra tali categorie di lavoratori e datore di lavoro;*
- *condividere la visione strategica ed operativa messa in atto per l'inclusion sociale e lavorativa dei soggetti "svantaggiati", in modo che gli operatori del settore, pur nella diversità delle strutture di appartenenza, siano messi in condizione di operare in forma coordinata, diventando così un "sistema unitario e permanente di servizi integrati" sul territorio regionale.*

Azioni di riferimento

Azione 1 - Accompagnamento

Creazione di partenariati stabili finalizzati all'implementazione di corrette politiche di Assistenza sociale e di coerenti servizi alla persona. I partenariati dovrebbero prevedere: Comuni capofila di ambito d'area vasta; rappresentanza cooperative sociali e



Organizzazioni *no-profit* presenti sul territorio; rappresentanze dei Servizi sociali e socio-sanitari

Azione 2 - Formazione

1. azioni mirate al rafforzamento delle competenze e delle attitudini relazionali di docenti, formatori che interagiscono con i soggetti svantaggiati
2. formazione per figure professionali in campo socio-sanitario (professionalità normate)
3. formazione degli operatori e gli specialisti che prestano servizi nell'area dell'assistenza a soggetti deboli e riconoscimento e certificazione delle competenze (ad esempio, tutor del terzo settore).

LINEA D'INTERVENTO 2 - DIVERSAMENTE ABILI

In linea con quanto previsto dall'Asse Inclusionione Sociale del Programma Operativo F.S.E. Abruzzo 2007-2013, nell'ambito del presente Programma si intende *promuovere adeguate azioni di sostegno all'integrazione socio-lavorativa dei soggetti afflitti da condizioni di svantaggio causate dalla disabilità*, innovando le modalità di erogazione degli interventi, finalizzandoli alla logica delle strumentazioni personalizzate e dei percorsi integrati per l'inserimento lavorativo dipendente o autonomo, e coinvolgendo le istituzioni regionali e locali secondo strategie articolate e diversificate anche nella scala territoriale degli interventi.

I progetti dovranno, dunque, *garantire la realizzazione di un'attività di ricerca degli spazi di occupabilità e di imprenditorialità e di promozione con il concorso collaborativo dei soggetti economici, sociali ed istituzionali*.

Pertanto, utilizzando un approccio integrato ed, avvalendosi di molteplici strumenti utili a favorirne l'inserimento nel mercato del lavoro, opportunamente selezionati e coordinati in relazione alle condizioni individuali dei destinatari, *le azioni avranno l'ambizioso fine di prevenire o rimediare al rischio della marginalizzazione lavorativa ed*



assicurare anche alle "fasce deboli" l'opportunità di accedere al mercato del lavoro in posizione di forza.

Nell'ottica di un approccio differenziato si ritiene opportuno *promuovere progetti finalizzati alla formazione delle persone diversamente abili*, ai sensi dell'**art. 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68**, in condizione di marginalità sociale e produttiva nella prospettiva del loro inserimento lavorativo, differenziati come segue:

- *Progetti di formazione professionale finalizzati al conseguimento di qualifiche, di specializzazioni o di competenze professionali di persone appartenenti alla categoria dei sordomuti*, di cui alla **Legge, 26 maggio 1970, nr. 382, e ss.mm.ii.**, e all'**art. 1, Legge, 12 marzo 1999, n. 68**, in funzione della loro inclusione sociale e lavorativa.
- *Progetti di formazione professionale finalizzati al conseguimento di qualifiche, di specializzazioni o di competenze professionali di persone prive della vista e/o ipovedenti*, di cui alla **Legge, 27 maggio 1970, nr. 382, e ss.mm.ii.** ed all'**art. 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68**, in funzione della loro inclusione sociale e lavorativa.
- *Progetti di orientamento, formazione professionale e integrazione sociale e lavorativa rivolti a persone portatrici di handicap fisico o di insufficienza mentale*, di cui all'**art. 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68**, che necessitano di interventi mirati e personalizzati per acquisire abilità di base e competenze sociali e professionali in funzione del miglioramento delle loro condizioni di occupabilità.

Azioni di riferimento

Progetti integrati in cui confluiscono:

1. Orientamento
2. Formazione
3. Sperimentazione transitoria di percorsi protetti (tirocini, work experience...)
4. Attivazione di strumenti di matching lavorativo



LINEA D'INTERVENTO 3 - IMMIGRATI

La presenza immigrata investe ancora in misura relativamente contenuta il territorio regionale ma il trend di crescita annuo, tuttavia, appare ragguardevole, e lascia intravedere un rapido allineamento della Regione al dato nazionale. È fondamentale in questo contesto intervenire in un'ottica di prevenzione sensibilizzando i contesti aziendali e d'istruzione al fine di implementare azioni che possano costituire best practices rispetto alle problematiche legate all'immigrazione.

Come per gli altri segmenti di popolazione abruzzese riconducibili all'area del disagio sociale anche per gli immigrati caratterizzati da condizioni di difficoltà e vulnerabilità che ne limitano significativamente le opportunità di integrazione nel mercato del lavoro e li espongono sensibilmente al rischio di emarginazione, la tipologia d'intervento specifica attivabile in linea con le esigenze rilevate è quella dei "Percorsi integrati per l'inserimento lavorativo".

Il presupposto per la corretta gestione e per l'efficace ricaduta dei percorsi rimane la concertazione locale, evitando gli errori del passato legati all'implementazione di percorsi formativi classici (mediazione culturale nella maggior parte dei casi) e promuovendo, invece, la formazione in settori di reale occupabilità.

Azioni di riferimento

Progetti integrati in cui confluiscono:

1. Orientamento
2. Formazione
3. Sperimentazione transitoria di percorsi protetti (tirocini, work experience...)
4. Attivazione di strumenti di matching lavorativo

LINEA D'INTERVENTO 4 – DETENUTI

L'obiettivo strategico della linea consiste nel *potenziare i fattori soggettivi nella persona del detenuto (o ex detenuto o comunque sottoposto a provvedimento dell'autorità*



giudiziaria), che sono funzionali per agevolarne l'inclusione sociale e lavorativa, attraverso l'offerta degli strumenti conoscitivi, sperimentali e professionali necessari per contrastare le condizioni di discriminazione nel mercato del lavoro e assicurarne capacità competitiva, in condizioni di parità, nel sistema delle relazioni nella famiglia e nella società.

Questo obiettivo strategico si inquadra strumentalmente nella Strategia Europea di Lisbona (S.E.O.), che prevede l'eliminazione della povertà entro il 2010 come scelta prioritaria per l'Unione Europea.

Si precisa che *la formazione si propone non come obiettivo finale*, rischiando così la condizione di autoreferenzialità che porta ad esiti certamente fallimentari, *bensi come obiettivo di strumento necessario per il conseguimento di obiettivi di più alta ed ampia entità, quale quello dell'affermazione della persona umana come soggetto sociale e come attore nell'economia*.

Se si considera la condizione strutturale della Regione Abruzzo, aggravata dall'attuale fase dell'economia rappresentata dalla crisi finanziaria ed economica globale, si può comprendere quanto sia decisiva la connotazione di una formazione professionale che, ben lungi dal proporsi come fine a se stessa, si qualifica per la necessità di implementare le condizioni di occupabilità e le prospettive occupazionali.

Gli *obiettivi da perseguire* sul piano operativo si possono individuare nei seguenti *punti*:

- *realizzazione di interventi che portino ad attuazione un approccio unitario ed integrato delle molteplici cause del disagio sociale*, attraverso la complementarità delle politiche passive e delle politiche attive, i servizi sociali ed assistenziali, i servizi di orientamento e di inserimento lavorativo;
- *coordinamento ed il consolidamento della rete dei servizi sociali ed assistenziali operanti sul territorio regionale* (servizi socio-assistenziali, servizi per l'impiego, ecc.) *e promozione di nuovi servizi*, specie quelli specialistici dedicati allo specifico comparto del mondo delle carceri;
- *integrazione degli interventi del F.S.E. (livello regionale) con le politiche di settore attuate dai Ministeri competenti (livello governativo)*.
- *adozione del "Libretto Formativo del Cittadino" per ciascun detenuto*, in funzione della certificazione dei curricula e dei percorsi formativi individuali.



Azioni di riferimento

Orientamento

Formazione

LINEA D'INTERVENTO 5 – PREVENZIONE DIPENDENZE

Questa Linea d'intervento si caratterizza per particolare tipologia del suo *target* di riferimento, il quale è composto da soggetti a forte rischio di esclusione sociale, ovvero da *tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti, sieropositivi ed alcolisti ed ex-alcolisti*.

L'Amministrazione Regionale intende attivare a favore di tali soggetti una serie di *progetti formativi integrati finalizzati all'inserimento lavorativo che rispondano ad esigenze effettive*, le quali saranno individuate da chi andrà ad effettuare l'inserimento, ovvero, dalle imprese sociali, la cui creazione, sarà, a sua volta, finanziata proprio sulla base dei posti di lavoro che saranno in grado di creare.

Finanziando l'investimento, anche in virtù dell'applicazione del principio di *flessibilità tra Fondi*, l'intervento si differenzierà da ogni altro supporto che la Regione andrà ad attivare, ad esempio con il microcredito o il Fondo di garanzia. Ne deriva che l'impegno in termini di inserimento lavorativo del target dovrà essere esclusivo.

Azioni di riferimento

Azione 1 – COSTITUZIONE DI COOPERATIVE SOCIALI

Si prevede la costituzione di cooperative sociali che assumeranno i soggetti svantaggiati di cui all'azione successiva.

Le spese riconoscibili alla impresa beneficiaria neo-costituita in ambito F.S.E. sono le seguenti:

- spese di costituzione e di avviamento dell'impresa (spese notarili, registrazione, marchio e logo, sito *web*, etc.);
- spese di assistenza tecnica e consulenza;



- servizi di consulenza e assistenza tecnica (ricerche di mercato, promozione e pubblicità, studi per la valutazione dell'impatto ambientale, certificazioni di qualità, organizzazione e innovazione gestionale, etc.);
- spese per attrezzature ed altri beni materiali ed immateriali ammortizzabili in applicazione del principio di flessibilità con il F.E.S.R..

Azione 2 – Attività formativa

Progetti integrati in cui confluiscono:

1. Orientamento
2. Attivazione di strumenti di matching lavorativo
3. Formazione
4. Sperimentazione transitoria di percorsi protetti (tirocini) o Tutoring

lavorativo

LINEA D'INTERVENTO 6 – DONNE

I mercati differenziali di genere evidenziano *le persistenti difficoltà di accesso e, soprattutto, di permanenza e di reinserimento delle donne abruzzesi nel mercato del lavoro.*

Per questo il Programma Operativo F.S.E. 2007-2013 della Regione Abruzzo individua con questa linea d'intervento del Progeggtto in questione la volontà di promuovere:

- *l'occupazione femminile attraverso strumenti e servizi per la conciliazione;*
- *l'autoimprenditorialità individuale e collettiva con particolare riferimento a quella femminile.*

La modalità prescelta, in linea con le azioni indicative del Programma Operativo è quella dell'*attivazione di percorsi integrati volti a favorire la partecipazione attiva delle donne al mercato del lavoro, nonché a consentirne l'accesso alle figure professionali in cui risultano sottorappresentate o finalizzati ad accrescere le opportunità di inserimento lavorativo in posizioni manageriali e/o la progressione in carriera mediante*



l'acquisizione di elevate competenze interdisciplinari tecnico-scientifiche, gestionali e organizzative. Per le donne con minori, disabili o anziani a carico, inoltre, si prevede l'erogazione di un voucher di conciliazione che consenta loro di accedere al percorso formativo individuato.

Azioni di riferimento

Progetti integrati in cui convergano:

1. Orientamento;
2. Formazione;
3. Attivazione di misure di conciliazione;
4. incentivi all'occupazione ed all'autoimprenditorialità.

2.3. LE ATTIVITÀ FINANZIATE CON RISORSE FINANZIARIE NAZIONALI.

A fronte delle attività oggetto del Progetto Speciale Multiasse “Programma di Inclusione Sociale” finanziate dal P.O. F.S.E. Abruzzo 2007-2013, la Regione Abruzzo deve garantire, nell'ambito del sistema regionale delle politiche sociali una serie di attività c.d. “ordinamentali”, le quali si connotano per la loro contemporanea necessità ed assenza di innovatività, essend ormai istemiche nell'ambito dei LIVEAS.

Tali attività verranno garantite con le risorse di origine non comunitaria, in quanto quest'ultime devono essere impiegate soltanto per innovare il sistema sociale regionale e, quindi, come visto, svolgeranno questo ruolo nell'ambito del poc'anzi citato intervento in ambito F.S.E..

Siffatta scelta di fondo parte dall'assunto che le risorse nazionali attualmente non possono coprire l'intero spettro delle attività necessarie ed, al contempo, alcune di tali attività necessitano di un intervento innovativo.

Pertanto, il Fondo Sociale Europeo assicurerà tutte gli interventi finalizzati al miglioramento evolutivo del sistema regionale delle politiche sociali, mentre, con i fondi nazionali, si continueranno a garantire tutti i servizi ordinamentali. In altri



termini, si raggiungeranno due distinte finalità. La prima finalità consisterà nell'innalzare i livelli minimi di tutela sociale. La seconda finalità si concretizzerà nel garantire al *welfare* regionale in ambito sociale una dotazione finanziaria decisamente più ricca di quella che sarebbe stata disponibile senza l'integrazione con il Fondo Sociale Europeo.

In virtù di quanto premesso, esamineremo nei prossimi paragrafi le attività che verranno espletate in ambito sociale e che verranno garantite, mediante il ricorso a risorse di origine non comunitaria.

2.4. LE POLITICHE PER I MINORI, I GIOVANI E LE FAMIGLIE

L'infanzia, l'adolescenza, i giovani e le famiglie, seppure hanno assunto una posizione apparentemente centrale nell'ambito delle politiche di *welfare*, rappresentano target di azione subordinate nel quadro più complessivo dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. La stessa programmazione regionale, nel corso del suo divenire, ha avuto non poche difficoltà ad implementare sistemi organici e razionali di sostegno della famiglia e di promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Vi è un'ampia discussione circa l'appartenenza dei servizi nido alla galassia delle politiche sociali. I servizi socio-assistenziali, al di là della connotazione tipica, devono essere anche classificati sulla base della capacità di rispondere a bisogni sociali della popolazione. In tale direzione, i servizi per la prima infanzia, con specifico riferimento ai nidi, rispondono ad una serie di bisogni sociali, educativi e strutturali dei bambini, delle loro famiglie, della società. Essi sono uno dei capisaldi del *welfare* attivo, correlandosi a questioni come la socializzazione, l'occupazione femminile e la qualità di vita, la vitalità demografica, ecc. In relazione al target minori, giovani e famiglie, ci preme dire che le criticità di sistema sono ancora dimensionate: nidi d'infanzia da incrementare numericamente e da qualificare qualitativamente, servizi integrativi scolastici che supportino il minore e le famiglie, attività aggregative che offrano risposte funzionali al disagio degli adolescenti, azioni di supporto alle responsabilità genitoriali, potenziamento e perfezionamento



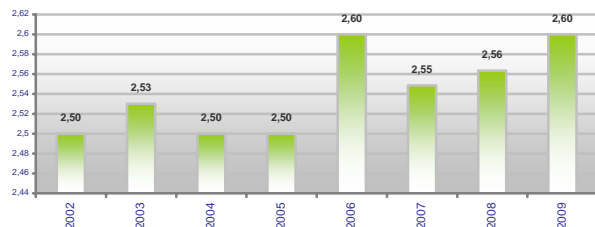
dei percorsi di affido eterofamiliare, prevenzione del disagio familiare al fine di contenere i processi di istituzionalizzazione minorile, soluzioni adeguate a fronteggiare la questione dei minori stranieri non accompagnati.

La programmazione del P.S.R. deve, quale obiettivo principale, ipotizzare politiche organiche e concrete per il target, che prevedano progettualità coerenti con le esigenze delle unità familiari, della prima infanzia, dell'adolescenza, dei giovani, al fine di favorirne la più ampia partecipazione alla vita della comunità.

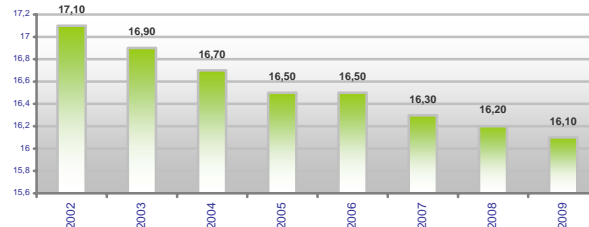
In un momento storico in cui gli indicatori socio-demografici rappresentano una chiara regressione della cd. "*società familiare*", che ha rappresentato – per decenni – il più funzionale sistema di welfare endogeno al sistema sociale medesimo, con tassi di natalità tra i più bassi d'Europa, con saldi demografici naturali negativi, con la polverizzazione quantitativa dei nuclei familiari e delle sue risorse, il P.S.R. deve fortemente contribuire a fornire impulsi capaci di invertire tale tendenza, offrendo alle famiglie, ai minori e ai giovani risposte reali che fronteggino esigenze concrete. E' paradossale ipotizzare il sostegno genitoriale senza offrire risposte che consentano ai genitori di rappresentarsi in termini di cittadinanza sociale, così come è strumentale pensare allo sviluppo economico, alle pari opportunità e alla crescita pedagogica dei bambini senza dotarsi di una filiera di servizi rivolti all'infanzia che accolga tali, assoluti principi del vivere contemporaneo.

Regione Abruzzo

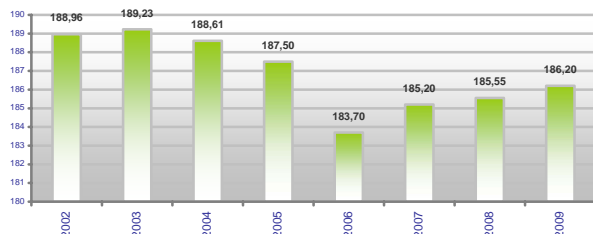
Popolazione 0-2 - Anni 2002-09



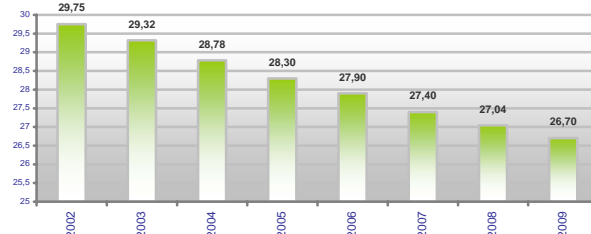
Popolazione 0-17 (minori) - Anni 2002-09



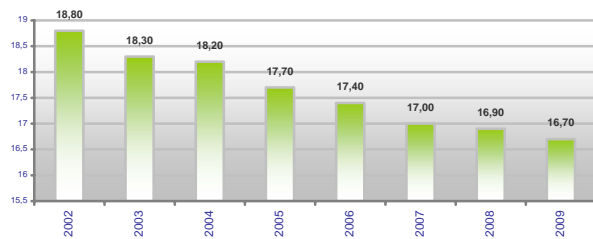
Rapporto tra 3^a età e bambini - Anni 2002-09



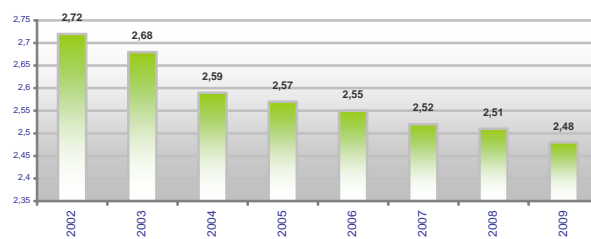
Rapporto tra 1^a età e pop. in età lavorat. - Anni 2002-09



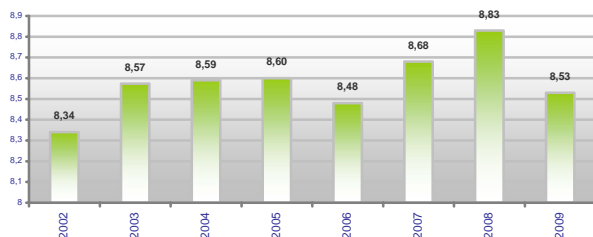
Popolazione residente 15-29 (giovani) - Anni 2002-09



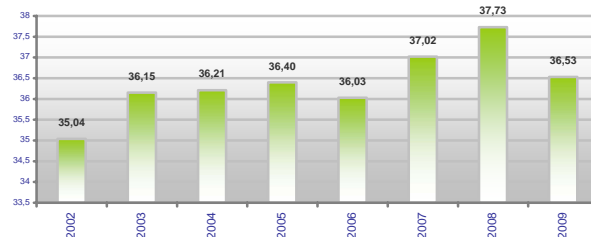
Numero medio componenti per famiglia - Anni 2002-09



Tasso di natalità - Anni 2002-09



Tasso di fecondità. - Anni 2002-09



Fonte: elaborazioni Osservatorio sociale regionale

Il P.S.R. 2011-2013 intende proprio dare impulso all'istituzione familiare, al sistema produttivo e alla crescita dei bambini, attraverso il potenziamento e la riqualificazione del sistema dei nidi d'infanzia. Su questo terreno, l'Abruzzo –



seppur con degli esempi di eccellenza e di compensazione – è in ritardo. Vi sono realtà nelle quali il sistema nido d'infanzia è assente o altamente carente, rappresentando un freno insormontabile all'efficacia delle politiche familiari e socio-economiche locali.

Occorre ricordare che la media nazionale di copertura nido è di circa l'11 %, a fronte dell'obiettivo Europeo, stabilito dall'Agenda di Lisbona, pari al 33% di posti nido rispetto alla popolazione in fascia d'età 0-2 anni (entro il 2010).

Presa in carico ponderata dell'utenza dei servizi per l'infanzia

Bambini tra zero e 3 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia sul totale della popolazione 0-3 anni

Regioni	2004	2005	2006
Piemonte	13,5	13,5	14,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	24,9	40,3	24,6
Lombardia	15,5	13,7	14,8
Trentino-Alto Adige	8,8	10,2	9,8
- Bolzano/Bozen	4,6	5,1	5,0
- Trento	13,2	15,5	14,8
Veneto	10,7	10,7	12,6
Friuli-Venezia Giulia	9,4	10,9	12,3
Liguria	15,8	16,1	16,3
Emilia-Romagna	27,5	28,3	27,7
Toscana	23,6	20,0	22,2
Umbria	13,6	13,7	14,0
Marche	17,8	17,2	14,9
Lazio	9,3	10,3	11,0
Abruzzo	6,7	7,2	7,2
Molise	3,2	3,9	4,8
Campania	1,5	1,9	1,8
Puglia	4,8	4,9	4,4
Basilicata	5,1	5,6	5,4
Calabria	2,0	2,1	2,4
Sicilia	6,0	6,4	6,3
Sardegna	10,0	9,1	8,6
Italia	11,2	11,1	11,7

Fonte: ISTAT



Altro elemento di criticità è rappresentato dalla difficoltà del sistema di welfare di prevenire e contrastare il disagio familiare e minorile. Negli ultimi, si riscontrano fenomeni incrementali di minori fuoriusciti dal proprio nucleo familiare ed affidati a famiglie o a comunità residenziali, elemento rispetto al quale il sistema di welfare può rappresentare una sentinella, quale impianto di tutela familiare e minorile, ma anche un effetto in termini di incapacità di contrastare, tempestivamente ed efficacemente, l'emersione delle nuove forme di disagio. Vi è stato, parimenti, un esponenziale incremento del numero dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), privi di reti di sostegno, che transitano nelle strutture residenziali con un'elevata incidenza di costi per le comunità locali. A tal riguardo, si ritiene individuare forme più coerenti e meno onerose di accoglienza, nonché ipotizzare percorsi di inserimento nel contesto sociale ed educativo di questi bambini o ragazzi.

Una specifica riflessione richiede la proposizione di servizi socio-psicopedagogici di sollievo in favore di famiglie con minori che presentano particolari condizioni di disagio, isolamento, conflitto, difficoltà di gestione del nucleo, esclusione. I livelli di cura domiciliare rappresentano il principale strumento di azione-prevenzione, in una logica di riduzione – evoluzione delle dinamiche intrafamiliari e di migliore tutela minorile. Il P.S.R. 2011-2013 intende proporre i seguenti macro-obiettivi:



MACRO-OBIETTIVI (OBBLIGATORI PER OGNI AMBITO)

Potenziare i servizi per la prima infanzia, proponendo modelli flessibili ed innovativi per la cura dei bambini nelle ore diurne, a seconda delle specificità territoriali, sia tenendo conto dei modelli di cui alla L.R. 76/2000 (Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia), sia di nuovi modelli sperimentali, attraverso l'attivazione in ogni ambito sociale di una rete territoriale di servizi ed interventi socio-educativi per i bambini nella fascia 0-3 anni;
Potenziare i servizi di prevenzione ed intervento domiciliare in favore di nuclei familiari con minori che vivono condizione di disagio, marginalità, conflittualità;
Sviluppare i servizi di socializzazione pomeridiana, in rete con le istituzioni scolastiche e le associazioni locali, per la gestione educativa del tempo libero dei bambini e dei ragazzi;
Incrementare le politiche di contrasto al fenomeno del <i>child abuse</i> , attraverso azioni di prevenzione nei circuiti di aggregazione minorile, in rete con le istituzioni deputate alla tutela minorile e alla repressione dei relativi fenomeni devianti;

OBIETTIVI CONCORRENTI (NON OBBLIGATORI)

Sostenere le famiglie conflittuali e in stato di disagio, attraverso servizi integrati di supporto, sostegno e mediazione;
Garantire servizi di supporto agli istituti scolastici nella gestione di studenti e nuclei familiari problematici, anche attraverso servizi di mediazione scolastica;
Garantire misure di sostegno alle famiglie in condizione di disagio socio-economico, con specifico riferimento ai nuclei monogenitoriali e alle ragazze madri;
Sostenere l'integrazione delle famiglie e dei minori stranieri, attraverso servizi di supporto, sostegno e mediazione culturale;
Sostenere le famiglie attraverso l'implementazione di servizi socio-educativi extrascolastici;



Minori Famiglia	giovani e	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE
		<ul style="list-style-type: none"> • Servizi nido per la prima infanzia; • Assistenza domiciliare minori (ADM); • Servizi integrativi per minori; • Servizio affido familiare e servizio adozioni; • Comunità di tipo residenziale per minori; • Servizi di contrasto al child abuse
		LIVELLI CONCORRENTI (*)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

* LA SPESA COMPLESSIVA PER I LIVELLI CONCORRENTI NON POTRA' ECCEDERE IL 20 % DELLA SPESA COMPLESSIVA PREVISTA PER L'AREA DI AZIONE (ES. SPESA AREA FAMIGLIA... 1.000.000,00 - SPESA SERVIZI CONCORRENTI AREA FAMIGLIA... MAX 200.000,00);

2.5. LE POLITICHE PER GLI ANZIANI: AZIONI INTEGRATE PER L'AUTONOMIA DELLA PERSONA ANZIANA E PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

Le politiche regionali saranno ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo su tutte le aree tematiche che offrono opportunità e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane.

Le risposte di carattere prevalentemente sociale si integrano, nel P.S.R., con quelle a rilevanza socio-assistenziale e sanitaria operando con priorità nell'area della prevenzione della non autosufficienza.

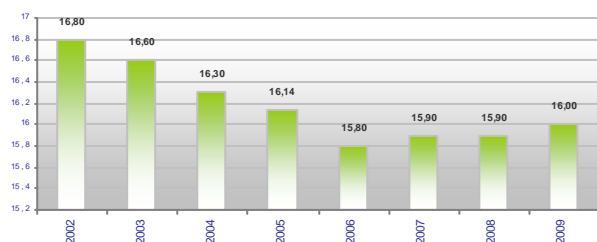


In questo quadro, vengono assunti, in coerenza con gli obiettivi contenuti nel Piano sanitario regionale, i seguenti impegni strategici:

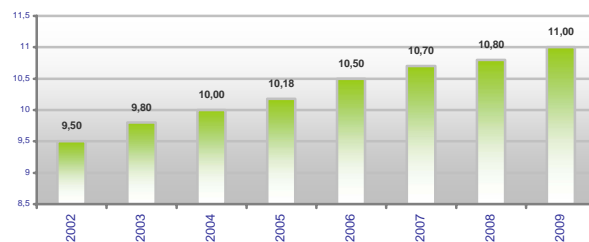
- sviluppo di azioni promozionali, informative e operative sugli “stili di vita”;
- prevenzione della fragilità con azioni coordinate e servizi di sorveglianza diffusi e pianificati;
- sviluppo di un sistema integrato dei servizi socio-sanitari attraverso il Fondo per la non autosufficienza;

Regione Abruzzo

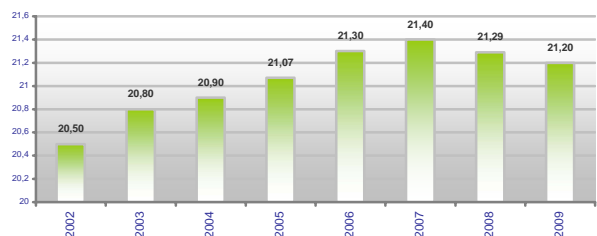
Popolazione residente 60-74 (terza età) -
Anni 2002-09



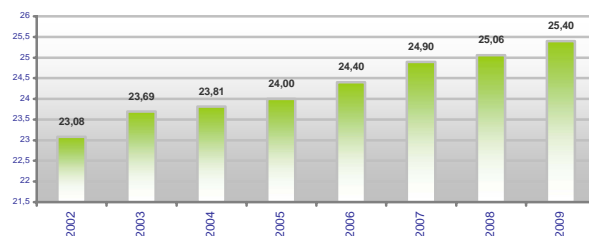
Popolazione residente 75+(quarta età) - Anni
2002-09



Popolazione residente 65+ (anziani) – Anni
2002-09



Indice di dipendenza senile ridefinito. - Anni
2002-09



Fonte: elaborazioni Osservatorio sociale regionale



Saranno particolarmente assicurate, attraverso azioni integrate coordinate a livello regionale, misure concrete sui singoli aspetti strategici:

a) tutelare la fragilità degli anziani attraverso la prevenzione e la sorveglianza attiva. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana "*fragile*" deve essere comunque ispirata ad una visione "*positiva*" della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio "*ambiente di vita*".

b) curare gli stili di vita, anche attraverso specifiche campagne promozionali ed informative. Le politiche sociali devono sviluppare e mettere in circolo tutte quelle opportunità che consentano di migliorare gli "*stili di vita*", di assicurare una dimensione di inserimento e di partecipazione che preveda processi di promozione e di educazione alla salute e strategie complessive di governo.

c) sviluppare un ruolo positivo e propositivo degli anziani nella società. Tale obiettivo è conseguibile, ricorrendo ad esperienze come quella del nonno civico, del *tutor*-artigiano (per insegnare professionalità a gruppi vulnerabili), del volontariato della terza età etc.. Tutti questi interventi devono avere come comune denominatore la finalità di capitalizzare la terza età, in modo da trasformare l'invecchiamento complessivo della società da problema sociale a risorsa di un nuovo sistema di *welfare* integrato;

d) favorire la costituzione, lo sviluppo ed il radicamento sul territorio di alcune infrastrutturazioni di cura per anziani innovative, come ad esempio, le "*case di quartiere*", o le nuove forme aggregative post-centro sociale anziani;

e) favorire il rafforzamento dei collegamenti funzionali con gli strumenti di programmazione delle politiche sociali integrate attraverso l'adozione di piani operativi volti a porre in essere azioni trasversali strutturate, con particolare riferimento alla casa, alla mobilità ed ai trasporti. Tali azioni sono rivolte da un lato al mantenimento dell'autonomia nella vita quotidiana e dall'altro lato a prevenire forme di isolamento che possano influire negativamente sulla capacità di vivere nel proprio alloggio, di mantenere le normali interazioni sociali e di muoversi nel proprio contesto relazionale;

**f) garantire lo sviluppo di servizi socio assistenziali a bassa soglia.**

Dovranno essere incentivati gli interventi mirati a far emergere, potenziare e integrare i servizi presenti in un territorio con quelli offerti da parte di organismi ed associazioni, in una logica di reciproco coinvolgimento e supporto, attraverso:

- vigilanza attiva e permanente su tutta la popolazione anziana, coordinando anche la rete dei sistemi territoriali di telefonia sociale
- tutela diffusa dell'anziano solo o in condizione di marginalità sociale,
- offerta di servizi a domicilio, anche con carattere di temporaneità e socialità (fornitura di generi di prima necessità, spesa a domicilio, farmaci a domicilio, trasporto sociale, compagnia ecc.)
- orientamento ed accompagnamento nei percorsi della rete dei servizi;
- accessibilità anche temporanea ai servizi residenziali;

Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata

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

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte	1,4	1,6	1,7	1,8	1,8	1,5	1,8	1,9
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	....	....	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,4
Lombardia	2,4	2,5	2,6	3,5	3,2	3,5	3,6	4,0
Trentino-Alto Adige	0,2	0,1	0,1	0,1	0,6	0,9	0,8	0,5
- Bolzano/Bozen	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	....
- Trento	0,3	....	....	....	0,8	1,3	1,0	1,0
Veneto	3,0	3,8	3,7	4,3	5,0	5,1	6,4	6,0
Friuli-Venezia Giulia	7,6	9,1	7,8	7,7	7,9	7,5	7,2	7,3
Liguria	3,6	2,5	1,9	1,2	3,1	3,1	3,2	3,2
Emilia-Romagna	1,9	4,8	4,6	4,9	5,4	5,6	5,7	6,1
Toscana	1,9	3,1	3,0	2,8	2,1	2,1	2,1	2,0
Umbria	1,5	1,8	2,4	2,5	4,1	4,0	4,3	5,1
Marche	4,0	2,5	2,8	2,7	3,3	3,7	3,9	4,1
Lazio	1,7	3,0	1,9	3,9	3,3	3,4	3,8	3,3
Abruzzo	0,9	1,0	1,8	3,6	1,8	3,4	3,6	4,2
Molise	5,8	6,9	8,9	6,7	6,1	5,4	3,7	3,4
Campania	0,8	0,8	0,9	1,2	1,4	1,2	1,6	1,8
Puglia	1,1	1,3	1,2	1,2	2,0	1,6	1,6	1,8



Basilicata	2,6	3,1	4,1	4,1	3,9	4,3	4,3	4,0
Calabria	0,6	0,4	0,6	1,1	1,6	2,5	2,7	2,6
Sicilia	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0	1,0	0,9
Sardegna	0,5	0,6	0,6	0,7	1,1	1,3	1,2	2,1
Italia	1,9	2,4	2,4	2,8	2,9	3,0	3,2	3,3

Fonte: ISTAT

Il P.S.R. 2011-2013 intende proporre i seguenti macro-obiettivi:

MACRO-OBIETTIVI (OBBLIGATORI PER OGNI AMBITO)

Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane, incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;

Promuovere forme di tele-aiuto, tele-conforto e altre forme di assistenza telefonica;

Favorire le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti;

Favorire forme di convivenza per gli anziani soli, anche attraverso l'incentivazione delle esperienze maturate sul territorio;

Favorire azioni che promuovano la socializzazione degli anziani in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale, attraverso la promozione e la facilitazione di aggregazioni sociali spontanee;

OBIETTIVI CONCORRENTI (NON OBBLIGATORI)

Implementare servizi che garantiscano la mobilità delle persone anziane e l'accesso alle opportunità del social network;

Sperimentare sistemi di aggregazione sociale, anche di tipo residenziale e semiresidenziale, mediante la previsione di azioni quali gruppi appartamenti, condomini solidali, centri sociali, ecc.

Sperimentare percorsi integrati e servizi di mutuo aiuto;



LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE	
<ul style="list-style-type: none">• Assistenza domiciliare socio assistenziale• Assistenza domiciliare integrata (ADI) per anziani non autosufficienti;• Teleassistenza e altre forme di assistenza telefonica (area vasta);• Integrazione rette per l'ospitalità di anziani non autosufficienti in strutture residenziali;• Centro diurno	
LIVELLI CONCORRENTI (*)	
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(*) LA SPESA COMPLESSIVA PER I LIVELLI CONCORRENTI NON POTRA' ECCEDERE IL 20 % DELLA SPESA COMPLESSIVA PREVISTA PER L'AREA DI AZIONE (ES. SPESA AREA ANZIANI 1.000.000,00 – SPESA SERVIZI CONCORRENTI AREA ANZIANI MAX 200.000,00);

2.6. LE POLITICHE PER LE PERSONE DIVERAMENTE ABILI: AZIONI DI SOSTEGNO ED INTEGRAZIONE.

Da diversi anni, termini quali riduzione del danno, prevenzione, vita autonoma, integrazione sociale e territoriale dei soggetti diversamente abili sono entrati a far parte della nostra cultura concorrendo, tutti, alla realizzazione di una politica di welfare.

Abbiamo assistito, negli ultimi anni, a un cambiamento di prospettiva, di orientamento e di approccio al sociale, che hanno fatto transitare politiche da una cultura prettamente "assistenzialistica" ad un sistema "di rete e globale".

Tale orientamento si è posto l'obiettivo di attivare la "presa in carico" dei soggetti diversamente abili (e, in generale, di tutti i soggetti con disagio) da parte della stessa comunità (aumento della responsabilità della comunità nella gestione del disagio e, implicitamente, stimolare le risorse presenti all'interno della stessa necessarie a gestire il problema) a discapito di una politica di delega a terzi e lontana dal territorio.



Tutto questo ha comportato un nuovo orientamento caratterizzato dalla partecipazione di più attori ed agenzie nella creazione di servizi territoriali di welfare, attori ed agenzie del territorio che, insieme, lavorano alla progettazione di interventi per gestire problemi che sono del territorio.

In questa logica, vanno letti gli orientamenti delle legislazioni nazionale e regionali a riguardo che riferiscono di integrazione e concertazione tra attori istituzionali (Stato, Regioni, Province ed Enti locali) e non (associazioni, Onlus, cooperative sociali, fondazioni, famiglie) impegnati nella creazione di integrazione della disabilità e del disagio in generale all'interno della comunità di riferimento e del benessere psicofisico degli utenti beneficiari di tali progetti (L. 328/00, L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni; i tre precedenti Piani Sociali della Regione Abruzzo) .

La politica di servizio a "rete" ha avuto l'obiettivo di leggere e gestire (accoglienza, sostegno e contenimento) il disagio nel luogo dove si manifesta (la comunità, quale agenzia primaria nel fornire gli strumenti necessari a gestire il disagio che si è formato al suo interno) e, soprattutto, permettere alle persone che quotidianamente vivono il disagio (disabilità, tossicodipendenza, anziani, minori a rischio, immigrati) e sono a rischio di emarginazione ed esclusione sociale, di valorizzare e stimolare le proprie risorse e competenze residue per un efficace e personale integrazione nel sociale realizzando il personale benessere psicofisico. In particolare, nell'ambito dei servizi di aiuto alla persona è in atto un processo di cambiamento istituzionale e gestionale di tali servizi che può essere riassunto nei seguenti ambiti:

- Decentramento decisionale
- Diffusione del pluralismo gestionale
- Localizzazione dei servizi il più possibile vicini alle comunità
- Ruolo attivo dei cittadini – utenti
- Partecipazione alla definizione, progettazione e valutazione dei servizi da parte dei soggetti del terzo settore

Tasso di disabilità 6 anni e più per Regione – Anno 2005



Regioni	Anno 2005
Piemonte	4,68
Valle d'Aosta	4,1
Lombardia	3,84
Trentino A.A.	2,71
Veneto	4,16
Friuli V.G.	4,56
Liguria	5,72
Emilia Romagna	4,4
Toscana	5,28
Umbria	5,96
Marche	5,21
Lazio	4,4
Abruzzo	5,38
Molise	5,84
Campania	4,69
Puglia	5,56
Basilicata	5,84
Calabria	5,55
Sicilia	6,09
Sardegna	4,64
ITALIA	4,76

Fonte: ISTAT

Il nuovo Welfare ha creato nuovi bisogni e anche nuove risposte ai bisogni emergenti. L'attenzione delle istituzioni pubbliche e della collettività nei confronti delle persone diversamente abili è progressivamente cresciuta nel corso degli ultimi decenni e ha determinato un notevole miglioramento delle condizioni di salute, di vita autonoma e di integrazione sociale.

Le politiche focalizzate sull'istituzionalizzazione e sull'assistenzialismo sono state gradualmente superate attraverso la promozione e la realizzazione di politiche di pari opportunità e buone prassi sulla base di una progressiva responsabilizzazione delle istituzioni, dell'associazionismo e del privato sociale.

La tutela e l'integrazione sociale delle persone con disabilità è riconosciuta in un'ampia normativa statale e regionale, che ha definito un articolato quadro di diritti di cittadinanza.

Questa normativa, caratterizzata inizialmente da approcci occasionali e settoriali, si è sviluppata in risposta ai bisogni di assistenza alle persone



diversamente abili, ma poi si è evoluta sempre più in funzione delle crescenti esigenze connesse alla vita nella sfera familiare e sociale.

Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per tipo di disabilità* e regione. Anno 2004-2005. (Dati in migliaia)

Regione	Confinamento individuale	Difficoltà nel movimento	Difficoltà nelle funzioni	Difficoltà vista udito, parola
Piemonte	74	91	110	41
Valle d'Aosta	2	3	3	1
Lombardia	140	158	205	78
Bolzano	3	5	7	5
Trento	5	5	8	3
Veneto	81	92	119	42
Friuli-Venezia Giulia	24	28	34	11
Liguria	39	44	63	14
Emilia-Romagna	73	86	106	36
Toscana	83	88	119	43
Umbria	24	18	35	13
Marche	39	39	56	17
Lazio	95	91	130	54
Abruzzo	27	29	45	16
Molise	7	10	11	4
Campania	102	99	175	43
Puglia	94	109	132	46
Basilicata	15	16	21	11
Calabria	52	57	68	25
Sicilia	134	139	178	55
Sardegna	29	36	45	18
ITALIA	1.142	1.240	1.670	577

Fonte: ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005.

* Si faccia attenzione al fatto che la somma delle persone diversamente abili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di persone diversamente abili, perché una stessa persona può essere portatrice di più disabilità contemporaneamente.

Grazie ai cambiamenti socioculturali e alle politiche di deistituzionalizzazione e deospedalizzazione, si è generalizzata la permanenza delle persone diversamente abili nei luoghi normali della vita. La larghissima maggioranza delle persone



diversamente abili oggi vive in famiglia a fronte di una diminuzione della presenza delle persone diversamente abili o anziani non autosufficienti nei presidi socio – assistenziali. Le famiglie, spesso, manifestano difficoltà a sostenere situazioni che richiedono notevoli carichi assistenziali per le cure da prestare ai loro familiari con conseguenze non solo di carattere economico, ma anche di disagio sociale e di minori opportunità di integrazione rispetto ad altre. Le politiche per le persone diversamente abili vanno di pari passo con quelle rivolte alla famiglia in generale e devono integrarsi con esse pur con le necessarie specificità. Sono stati registrati progressi nel campo della prevenzione, della cura e riabilitazione, pur evidenziandosi nodi critici nella permanenza di un'eterogeneità di prestazioni e servizi. In un momento storico come quello attuale, caratterizzato sul piano amministrativo da un sostenuto processo di decentramento e, sul piano culturale e scientifico, da una rapida evoluzione delle conoscenze, delle competenze e delle tecnologie, è prioritario sostenere l'esigenza di azioni e strumenti operativi di coordinamento tra i servizi per una maggiore integrazione tra sanitario, sociale e educativo/formativo. In tale contesto, i progetti assistenziali personalizzati possono assumere un ruolo strategico di promozione, regia, monitoraggio e valutazione del sistema di rete sociale per e con la famiglia con disabilità, sia quando essa è presente ma, soprattutto, quando manifesta forti difficoltà o non c'è. I progetti assistenziali individualizzati sono strumenti per l'integrazione delle competenze. Nel rispetto e nella valorizzazione delle risorse di ogni realtà territoriale, è necessario garantire una reale presa in carico della persona diversamente abili e della sua famiglia, attraverso una precisa definizione dei ruoli e delle responsabilità dei soggetti istituzionali e dei relativi servizi che devono erogare le prestazioni. La predisposizione del progetto assistenziale individualizzato si configura sia come strumento tecnico, sia come modalità operativa per realizzare efficaci politiche di welfare locale, in quanto può individuare e valutare – attraverso procedure e strumenti validati e omogenei - i bisogni e le risorse da mettere a disposizione della persona diversamente abile in maniera da conseguire l'uguaglianza di opportunità e piena partecipazione alle attività della società. I progetti globali personalizzati vanno proposti e realizzati nei confronti di tutti, ma a partire prioritariamente da



tutti i bambini e i giovani in situazione di disabilità grave, con riferimento anche alle pluridisabilità di livello psichico – intellettuale.

Il Distretto Sanitario di Base è lo scenario per l'integrazione dei servizi, la regia per il coordinamento degli interventi e per la definizione dei livelli di responsabilità, la sede tecnica per l'applicazione dei sistemi di verifica della qualità degli interventi e per la definizione dei protocolli di interventi interistituzionali e degli accordi di programma e il luogo operativo dove i progetti globali si realizzano di fatto attraverso un costante monitoraggio e una continua ricerca delle possibili e migliori risposte in favore di ogni singola persona diversamente abile.

Il luogo fisico di tale integrazione è rappresentato dal Punto Unico di Accesso (P.U.A.). Occorre, quindi, mantenere e qualificare una rete diffusa di servizi territoriali cui la persona diversamente abile e la sua famiglia possano accedere nei diversi momenti di vita in relazione all'evoluzione delle situazioni di bisogno:

Servizi di tipo domiciliare

Servizi territoriali

Servizi diurni

Servizi residenziali.

Il P.S.R. 2011-2013 intende proporre i seguenti macro-obiettivi:

MACRO-OBIETTIVI (OBBLIGATORI PER OGNI AMBITO)

Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone diversamente abile, incrementando i servizi di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento.

Favorire le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti;

Favorire la comunicazione e l'autonomia degli studenti diversamente abili in condizione di gravità, con specifico riferimento alla reale fruizione del diritto allo studio, mediante servizio orientato ad azioni di assistenza qualificata e di tipo socio-educativa;

Favorire azioni che promuovano la reale socializzazione ed integrazione dei diversamente abili in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale, attraverso la promozione e la facilitazione di progetti sperimentali;



Favorire la promozione di strutture intermedie di assistenza, a ciclo semiresidenziale diurno, che supportino le persone diversamente abili e nell'acquisizione dei livelli funzionali di autonomia e socializzazione, anche in integrazione con il SSN, nonché che allevino le famiglie nella gestione dei carichi assistenziali;

Promuovere l'attivazione di strutture residenziali per disabili (*"Dopo di noi"*) riservate a soggetti disabili in condizioni di gravità privi di reti parentali primarie

OBIETTIVI CONCORRENTI (NON OBBLIGATORI)

Implementare servizi che garantiscano la mobilità delle persone disabili e l'accesso alle opportunità del social network;

Sperimentare percorsi integrati e servizi di mutuo aiuto;
Trasporto disabili (mezzi di trasporto volti a garantire lo spostamento di persone a ridotta mobilità per una menomazione fisica o psichica)

Sperimentare l'implementazione di sistemi integrati ed attivi di inclusione sociale (formativa, occupazionale, di cittadinanza, ecc.);

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE

- Assistenza domiciliare disabili
- Assistenza domiciliare integrata (ADI) per disabili non autosufficienti
- Assistenza per l'autonomia e la comunicazione degli studenti disabili in condizioni di gravità – Assistenza socio-educativa scolastica per disabili gravi;
- Centri diurni per disabili;
- Integrazione rette per l'ospitalità di disabili gravi in strutture cd. del "Dopo di noi"

LIVELLI CONCORRENTI (*)

-
-
-

(*) LA SPESA COMPLESSIVA PER I LIVELLI CONCORRENTI NON POTRA' ECCEDERE IL 20 % DELLA SPESA COMPLESSIVA PREVISTA PER L'AREA DI AZIONE (ES. SPESA AREA PERSONE DIVERSAMENTE ABILI I 1.000.000,00 – SPESA SERVIZI CONCORRENTI AREA DISABILI MAX 200.000,00);

2.7. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA



La storia del welfare regionale, come precedentemente precisato, si è espressa anche nella volontà di pianificare prima e perfezionare poi i percorsi di integrazione socio-sanitaria, quale obiettivo strategico le cui azioni avrebbero dovuto garantire risposte efficaci alle dimensioni multiple di bisogno. E' verosimile affermare che, nonostante siano stati compiuti passi importanti, molte questioni afferenti l'integrazione socio-sanitaria sono ancora da sciogliere. Si individuano tali criticità:

- Assenza di uno strumento di pianificazione regionale integrato (Piano socio-sanitario) che individui, in dettaglio, i precisi livelli di responsabilità normativi e finanziari degli ATS e delle ASL;
- Non sistematicità ed organicità delle azioni integrate socio-sanitarie, per effetto della eccessiva autoreferenzialità (normativa, organizzativa e tecnico-professionale dei singoli sistemi);
- Sproporzione dei livelli di conferimento finanziario e di regolamentazione dell'accesso ai servizi;

Nelle more della riorganizzazione del sistema sanitario regionale, le scelte del 4° Piano sociale intendono, ancora una volta, rafforzare il raccordo operativo tra la programmazione sociale e quella sanitaria, sotto i tre profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale che vanno definitivamente conseguiti ed assicurati al social network territoriale.

L'integrazione **istituzionale** si articola sulla collaborazione programmatica tra le Aziende USL e gli ambiti sociali, in modo da assicurare organicità, unitarietà ed efficacia al processo di programmazione socio-sanitaria, con partecipazione anche delle rappresentanze sindacali e terzo settore. Com'è noto, la programmazione dell'attività sanitaria è sottoposta al Comitato dei Sindaci del Distretto, mentre la programmazione delle attività socio-sanitarie va definita di intesa fra gli ambiti e le Aziende USL. Analogamente è necessaria la sottoscrizione – da parte dell'Azienda USL - dell'Accordo di



programma per l'approvazione del Piano di Zona dei servizi sociali. Al fine di favorire il raccordo istituzionale preliminare alla definizione delle scelte generali in materia di programmazione sociosanitaria, la Conferenza dei Sindaci concerta con il Direttore generale dell'Azienda USL le azioni di integrazione socio-sanitaria da attuare negli ambiti sociali e nei distretti del territorio di pertinenza, con riferimento agli obiettivi del Piano sociale e del Piano sanitario regionale. Le scelte di concertazione sono concretizzate e definite in modo coordinato nel Piano di Zona dell'ambito sociale, nel Programma della attività territoriali del Distretto e nel Piano aziendale dell'azienda USL.

L'integrazione **gestionale** attiene le capacità di ASL e ATS di individuare soluzioni assistenziali coordinate. Per tale obiettivo, è necessario individuare luoghi e procedure di coordinamento a livello territoriale, in modo da assicurare il raccordo e la collaborazione decisionale ed operativa, anche per ciò che attiene alla compatibilità finanziaria delle scelte di programmazione, con partecipazione del terzo settore e rappresentanze sindacali.

L'integrazione **professionale** è indispensabile al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, di assicurare l'efficace valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il progetto integrato personalizzato, oltre che per la valutazione periodica dei risultati. Il Piano sociale e il Piano sanitario prevedono azioni preordinate a realizzare l'integrazione professionale attraverso la costituzione di unità di valutazione integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità assistenziale, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali.



TABELLA
LE AZIONI SOCIO-SANITARIE DI INTEGRAZIONE

INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE	<p>Gli ATS, per il tramite del Coordinatore del Gruppo di Piano e le Aziende USL, per il tramite del Direttore del DSB, elaborano il Programma socio-sanitario di ambito (PSA), quale articolazione del Piano di Zona e degli strumenti di pianificazione ASL. Il PSA è parte concorrente del Piano di Zona e dell'Accordo di programma. Esso individua gli obiettivi, le azioni integrate, le risorse, i livelli di responsabilità di ciascuno, gli eventuali livelli di integrazione gestionale e professionale.</p> <p>Inoltre, i Piani di Zona dovranno prevedere specificatamente la costituzione di un Organo di pianificazione integrata (OPI), che dovrà riunirsi almeno semestralmente, che avrà la funzione di monitorare l'avanzamento dei livelli di integrazione, apportare eventuali correttivi o proposte integrative agli strumenti di pianificazione socio-sanitaria. Di esso faranno parte:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Direttore Generale;<input type="checkbox"/> Coordinatore Gruppo di Piano;<input type="checkbox"/> Direttore / i DSB;<input type="checkbox"/> Dirigente / Resp.le / Coordinatore servizi sociali
INTEGRAZIONE GESTIONALE	<p>Per il conseguimento di una reale integrazione gestionale, è necessario che gli strumenti di pianificazione integrati individuino i livelli di conferimento di ATS e ASL al PSA. A tal fine, è logico prevedere livelli di integrazione che si traducano in convenzioni di servizio. A titolo esemplificativo, si cita il livello di integrazione in relazione ai servizi di prevenzione del disagio minorile e familiare. Il relativo livello convenzionale può coinvolgere – in termini gestionali attivi – sia il servizio sociale professionale degli ATS, sia la rete consultoriale delle ASL.</p>



<p>INTEGRAZIONE PROFESSIONALE</p>	<p>Tale livello di integrazione è, probabilmente, quello che esplica una maggiore funzione in termine di efficacia delle prestazioni assistenziali integrate. A tal fine, si precisa che tale raccordo deve essere esplicitato nel PSA, tenuto conto delle compatibilità normative e programmatiche.</p> <p>Nello specifico, si stabilisce che le azioni di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione sono di competenza esclusiva del SSN, così come le azioni di prevenzione sociale, di valutazione e di assistenza sociale sono di competenza degli enti territoriali. In relazione alle aree ad integrazione, che richiedono la concorrenza di competenze e profili diversi, è opportuno rispettare il diverso – seppur concorrente – assetto di ASL e ATS. A titolo esemplificativo, la valutazione psicologica di un minore in presunto stato di disagio deve essere effettuata dal comparto sanitario, attraverso le sue articolazioni dipartimentali e di unità, mentre le azioni di tutela e di assistenza sociale sono ricondotte al servizio sociale professionale ATS.</p>
--	---

Oltre all'unitarietà del processo programmatico è necessario assicurare la Regolazione del sistema di finanziamento dei servizi di integrazione sociosanitaria. Il sistema di finanziamento dei servizi socio-sanitari va collegato al sistema di spesa. Su questo fronte, è maturo il tempo in cui sperimentare la costituzione del Fondo socio-sanitario regionale, costituito da quota parte del fondo sanitario per i servizi sanitari distrettuali e da quota parte delle risorse comunali e di ambito destinate al finanziamento dei servizi sociali, come previsto anche dal Dlgs n. 229/99.



2.7.1 PUNTO UNICO DI ACCESSO(PUA)

La L. 328/2000, il Piano Sociale Nazionale, i Piani Sociali Regionali 2002-2004 prima e 2007 – 2009 poi, hanno individuato il Punto Unico di Accesso come “una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario, in modo unitario ed integrato”.

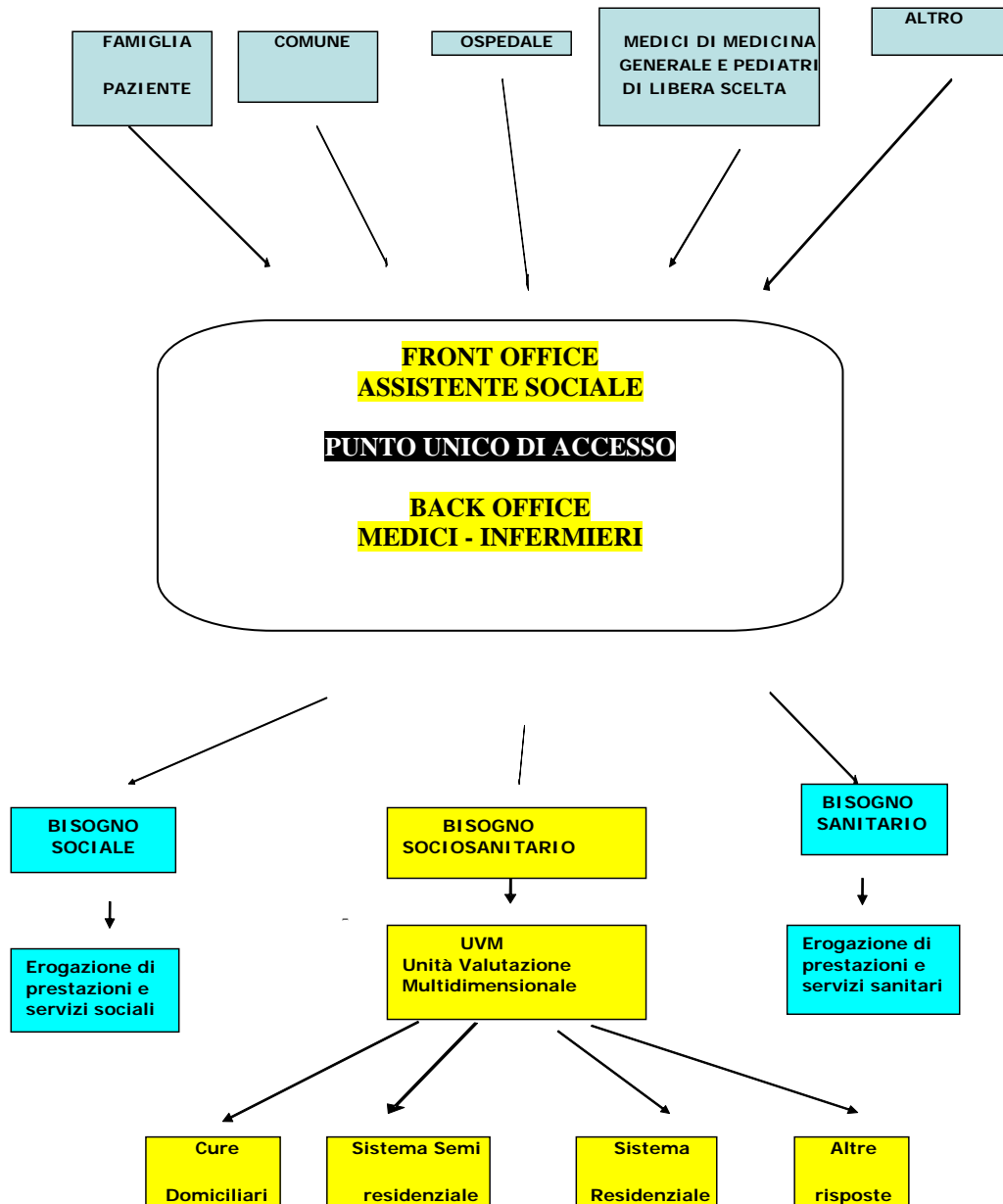
E' definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale.

Obiettivi:

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

Il modello organizzativo e operativo che, alla luce delle esperienze locali, è stato implementato nel biennio trascorso e va consolidato entro il prossimo biennio, è quello riportato nella figura seguente.

Figura 1 - Modello organizzativo e operativo del Punto Unico di Accesso (PUA)



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



Il PUA può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, dal singolo cittadino o familiare, Medico di medicina generale (MMG) o Pediatra di libera scelta (PLS), Servizi sociali, Servizi sanitari (Unità operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc), Servizi istituzionali (scuola , Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc), Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.).

Funzioni principali del PUA

accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali

informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda

attivazione della rete dei servizi

Le funzioni sopradescritte si realizzano attraverso le attività seguenti:

Informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda

- fornisce informazioni attraverso contatto diretto o telefonico, o attraverso indicazioni on line aggiornate in tempo reale, relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema territoriale
- migliora la capacità di scelta individuale rendendo disponibili gli elementi di conoscenza necessari ad un utilizzo dei servizi sanitari consapevole e responsabile
- assiste e supporta i singoli cittadini, gli operatori, i soggetti della rete formale ed informale nella individuazione del livello assistenziale appropriato

Accesso alla rete integrata

- riceve la segnalazione
- decodifica la domanda ed esegue una prima valutazione del bisogno
- registra l'accesso con la creazione di un data-set minimo di informazioni
- individua i percorsi, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno

Attivazione della rete dei servizi

- consente l'attivazione di prime e rapide risposte, anche esaustive quando si tratta di bisogni semplici



- attiva i primi interventi ed invia ai servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate per non differire la presa in carico
- segnala il caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione delle informazioni all'UVM, per la valutazione del bisogno e per la mobilitazione delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario e/o sociale

L'attivazione del PUA implica anche una riorganizzazione delle procedure amministrative e burocratiche per semplificare i numerosi passaggi a cui la persona assistita e i suoi familiari devono sottoporsi, con l'individuazione di responsabilità certe per lo svolgimento coordinato di tutte le prestazioni necessarie.

A regime il PUA deve possedere le seguenti caratteristiche:

Sede

Deve avere una sede territorialmente accessibile e deve essere ubicato in ambito distrettuale; può avvalersi di sedi decentrate presso gli “sportelli distrettuali” o Segretariati Sociali, presenti negli Ambiti Territoriali Sociali. Deve garantire la facile raggiungibilità da parte degli utenti.

La sede deve possedere i requisiti strutturali, organizzativi e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

Dovranno prevedersi:

- Spazi dedicati a funzioni di front-office, in cui siano raccolte informazioni, segnalazioni, archivi, dotati dei necessari mezzi di comunicazione telefonica e telematica; dovrà essere collegata on line con gli altri servizi della ASL ed in particolare con l'U.O. distrettuale per le Cure Domiciliari e con i servizi sociali degli ATS.
- Spazi adeguatamente “riservati” per colloqui e valutazione del caso assistenziale a maggiore indice di complessità.

Deve essere garantita una diffusa ed idonea informazione ai cittadini sul PUA, che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso.



Operatività

Il personale e le relative mansioni saranno definite d'intesa tra Distretto e Ambito sociale al fine di garantire unitarietà in tutto il percorso. Le attività di front-office sono assicurate dal profilo professionale della Assistente Sociale, quelle di back-office dalle figure sanitarie (Infermiere e Medico).

Segnalazione

Si tratta di una procedura formalizzata che può essere inoltrata su modelli cartacei (schede), tramite telefono, computer o, semplicemente anche sul piano verbale, che contiene le informazioni fondamentali per definire la domanda di assistenza.

Alla segnalazione seguono altre azioni che possono riguardare l'inoltro diretto a servizi o la richiesta di specifica valutazione preliminare alla presa in carico del caso.

Nei termini indicati si privilegia la segnalazione formalizzata anche a fini statistici e di verifica dei percorsi assistenziali.

Occorre distinguere tra segnalazione ed attivazione degli interventi:

- La segnalazione può giungere da diversi attori: medico di medicina generale, medico ospedaliero, servizi sociali del Comune, diretto interessato, familiari o supporti informali, volontari. Il Punto unico di accesso raccoglie (anche grazie all'ausilio di mezzi di comunicazione oggi disponibili: telefono, fax, e-mail) e analizza le richieste, le integra se necessario (con segnalazione al MMG se la richiesta proviene da altra fonte). Effettua, poi, l'accettazione delle domande e, se il caso è complesso, attiva la Unità di Valutazione Multidimensionale.
- L'attivazione verrà gestita dagli operatori del PUA, attraverso risposte distrettuali o attraverso risposte dei servizi afferenti alla rete territoriale, che comunque dovranno trasmettere allo sportello la modulistica (scheda di segnalazione e/o impegnativa del medico) al fine di centralizzare in questa sede la determinazione delle prestazioni eseguite ed il numero di utenti assistiti nel sistema, con lo scopo evidente di rendere omogeneo il percorso della raccolta dati.

Relazioni con gli altri contesti

Il PUA come sopra definito presuppone la collocazione all'interno di un "sistema" che si avvale di più risorse e di "reti" clinico-terapeutiche, psico-sociali, solidaristiche, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi.



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

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

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

2.7.2 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

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

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

Si occupa delle seguenti attività:

- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;



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

2.7.3– TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

In questo settore di integrazione sociosanitaria, si registrano in Abruzzo i più alti tassi di dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (dati ISTAT anno 2005).

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

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

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

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



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

Fra le criticità più evidenti nella nostra Regione in tema di salute mentale si segnalano principalmente:

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

In armonia con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 relativamente alla tutela della salute mentale e con il presente Piano Sociale Regionale, le priorità da perseguire da parte degli Ambiti Territoriali Sociali concernono:

- la pianificazione di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale ed il Centro di Salute Mentale territorialmente competente di un Programma territoriale



sociosanitario sulla Salute Mentale, da approvare attraverso apposito accordo di programma, che ricomprenda al suo interno tutti gli interventi sociali e sanitari da attivare sul territorio per la definizione dei progetti riabilitativi sociosanitari individualizzati, centrati sulla persona e sui suoi bisogni;

- la pianificazione di interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione dei disturbi mentali da parte del CSM territorialmente competente attraverso collegamenti funzionali fra strutture a carattere sanitario, servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- il coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei progetti personalizzati;
- il rafforzamento della rete di interventi domiciliari, anche prevedendo percorsi di accoglienza ed accudimento rimodulati rispetto ai bisogni espressi e rilevati;
- la previsione di modalità di intervento integrato nelle situazioni di emergenza;
- l'attivazione di strumenti innovativi per la integrazione sociale e lavorativa : favorendo la nascita e lo sviluppo di cooperative sociali di tipo "B" e attribuendo borse lavoro a loro riservati, superando così barriere e pregiudizi che ancora oggi riducono le opportunità per utenti e familiari.

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

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

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



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

2.8 LE AZIONI DI SISTEMA

La pluralità di attori del welfare abruzzese e la necessaria composizione dei contributi di ciascuno in un complesso integrato di interventi e servizi, impone di prestare attenzione per tutti i fattori che facilitano un agire cooperativo orientato all'ottimizzazione delle risorse e alla massimizzazione dei benefici.

Nel triennio del Piano sociale regionale le azioni di sistema perseguiranno la finalità di consolidare il welfare abruzzese, generalizzando processi di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

La numerosità degli attori istituzionali e dei soggetti del terzo settore impone azioni di consolidamento del lavoro di rete, che si presentano come interventi ad elevata complessità, anche in considerazione delle dimensioni organizzative, gestionali, tecnologiche ed operative implicate. Pertanto, è necessario delineare attività in grado di conseguire gli obiettivi prefissati attraverso processi evolutivi incrementali che valorizzano adeguatamente ciascuno avanzamento.

2.8.1 I DIRITTI DI CITTADINANZA SOCIALE: SISTEMA DI TUTELE DEL CITTADINO - UTENTE (LA COMUNICAZIONE SOCIALE E IL DIRITTO DI INFORMAZIONE)

Si avverte, sempre più, in relazione alla promozione della cittadinanza sociale, la necessità di garantire ai cittadini l'agevole e diretta conoscenza dei servizi territoriali attivi, delle informazioni necessarie all'attivazione di un intervento, le modalità di rappresentare istanze o orientamenti di bisogno, nonché gli strumenti attraverso i quali esprimere la propria valutazione in merito ai servizi socio-assistenziali locali.



La tutela dei diritti di cittadinanza permette quindi ai membri della comunità di vedere riconosciuti i loro diritti sociali con l'effetto di produrre una più efficace integrazione nel tessuto comunitario. Particolare attenzione dei processi di pianificazione locale, deve essere posta in relazione alla tutela dei cittadini dalla discriminazione per sesso, razza, religione o di qualsiasi altro genere e in qualsiasi forma essa si manifesti, garantendo così la pari opportunità nell'accesso ai servizi sociali territoriali.

Nello specifico, l'impulso alla promozione e tutela dei diritti di cittadinanza sociale intende meglio definire i seguenti percorsi e strumenti:

- Carta di Cittadinanza Sociale
- Diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale
- Difesa civica
- Lotta alle discriminazioni e pari opportunità
- Sperimentazione di un garante delle persone con disabilità

La **CARTA DI CITTADINANZA SOCIALE** è lo strumento informativo – dichiarativo dei principi, dei metodi e dei servizi sui quali si articola il welfare territoriale.

Tutti gli ambiti sociali, grazie alla sperimentazione e alle pianificazioni precedenti, hanno adottato una propria Carta, che già rappresenta un utile strumento di conoscenza a disposizione della cittadinanza. Occorre, a tal fine, trasformare il senso della Carta da semplice strumento divulgativo a vero e proprio Patto con la cittadinanza, in cui all'esposizione dei principi e dei servizi, si uniscano metodologie di feedback e, quindi, di reale tutela e sorveglianza da parte della comunità locale.

In tal senso, occorre approfondire il monitoraggio del rispetto dei contenuti, favorendo così l'adeguamento continuo degli obiettivi e l'espansione quantitativa e qualitativa dei servizi locali. E' molto utile, parimenti, ipotizzare un sistema regionale di monitoraggio delle Carte di cittadinanza sociale, al fine di promuoverne



una crescente uniformità in ambito regionale, oltre che l'individuazione di elementi comuni di benchmarking.

Obiettivo privilegiato, in relazione alla promozione dei diritti di cittadinanza sociale, attiene certamente alla più capillare diffusione dei contenuti della Carta, così da consentire alla cittadinanza di avvicinarsi ai servizi offerti, proporre il miglioramento e vigilare sulla corretta implementazione di quanto dichiarato.

Il DIRITTO ALL'INFORMAZIONE ed i principi di comunicazione sociale sono elementi cardine del sistema di welfare locale. E' fondamentale che i cittadini ed ancor più coloro che maggiormente necessitano di servizi socio-assistenziali, conoscano la gamma dei servizi offerti, le modalità di accesso, gli strumenti di tutela dei diritti di cittadinanza.

Negli anni, i diversi impianti di informazione e comunicazione sociale hanno rappresentato uno dei *vulnus* dell'intero sistema di welfare, quasi essi fossero considerati elementi solo complementari e non essenziali del processo socio-assistenziale locale.

Ancora oggi, eccezion resa per alcuni ottimi esempi di comunicazione sociale, vi sono numerose criticità in relazione al diritto dei cittadini di essere informati sulle opportunità ed iniziative sociali poste in essere dalle diverse amministrazioni territoriali.

Molteplici sono gli obiettivi da raggiungere nel breve termine e si traducono, principalmente, nei seguenti principi di azione:

- comunicare attraverso linguaggi e strumenti semplici, al fine di consentire a tutti di comprendere i percorsi di accesso e le opportunità sociali;
- potenziare, in senso bidirezionale, le Porte uniche di accesso (PUA), dotandoli di strumenti adeguati alla completa e tempestiva informazione;
- Attivare o potenziare, in ogni ambito, i sistemi informatici al fine di fornire la costante ed immediata rappresentazione del sistema locale di servizi.



2.9.2 DAL WELFARE STATE AL WELFARE SUSSIDIARIO. I PERCORSI PER LA PIANIFICAZIONE LOCALE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

I servizi sociali attraverso azioni programmate e finalizzate sono rappresentati e gestiti a livello locale da **enti di ambito sociale** a dimensione **monocomunale** e/o **pluricomunali**, secondo l'articolazione degli ambiti sociali.

Obiettivo funzionale, che sarà perseguito nel corso del triennio 2011-2013, risiede nella coincidenza tra Distretto sanitario di base ed ambito sociale.

La zonizzazione degli ambiti sociali territoriali, prevede– tra l'altro – la sincronia territoriale tra i distretti sanitari di base e gli ats, nella logica di una maggiore unitarietà e globalità dell'azione socio-sanitaria finalizzata al contrasto del disagio e della fragilità sociale.

Inoltre, la Regione è chiamata a svolgere un ruolo crescente di regia nei confronti di funzioni, programmi, azioni attuative, che si originano dal carattere di sistema fortemente interrelato che gli ambiti sociali sono sollecitati a darsi anche nella prospettiva di un sempre maggior coordinamento con i distretti sanitari.

Nella struttura direzionale regionale sarà rilevante di conseguenza rafforzare quelle funzioni di programmazione sociale che sono in grado di dare continuità a processi di elaborazione di indirizzi e decisioni che connettano in maniera sempre più evidente ed esplicita i momenti della:

- **definizione e revisione periodica degli obiettivi attuativi del P.S.R.;**
- **gestione delle risorse e dei programmi regionali di intervento finalizzato;**
- **sviluppo e qualificazione del sistema di offerta dei servizi dal livello locale a quello regionale;**
- **definizione degli strumenti generalizzati e specifici di valutazione di efficienza e di efficacia del sistema regionale di servizi sociali dal livello locale a quello regionale.**



A tale proposito si individuano di seguito i nuclei di attività che vanno adeguatamente sviluppati a livello direzionale nel settore delle politiche sociali anche al fine di implementare le funzioni di unità operative già attive:

1. Anche in relazione al grado di complessità del sistema regionale dei servizi sociali, (che richiede una implementazione del processo di programmazione, dal livello locale a quello regionale) si rivela di particolare importanza l'attuazione di una più efficace azione di **sistema regionale per le attività di monitoraggio e di controllo**, da svolgersi periodicamente sui Piani di Zona di ambito e su altri piani di gestione delle risorse (livelli e flussi di spesa sociale in rapporto agli obiettivi ed ai piani intervento adottati dagli ambiti sociali). Ciò implica anche una più forte e puntuale azione volta superare i deficit riscontrati, ai diversi livelli, nel campo della valutazione di efficienza e di efficacia ai diversi livelli del sistema regionale. A tale proposito occorre attivare all'interno delle funzioni del sistema regionale di monitoraggio e di controllo anche specifiche azioni finalizzate alla attivazione di un vero e proprio set di metodi e di strumenti standardizzati volti a rendere praticabili procedure e processi di **valutazione, a carattere continuativo** capaci di focalizzarsi non solo sugli indicatori strutturali di investimento, di spesa, di flussi di utenza, ma anche su processi ed esiti quali-quantitativi degli interventi sociali.
2. Una rilevante funzione che deve essere svolta a livello regionale concerne la valorizzazione e la qualificazione professionale del personale operativo nelle diverse unità operative dei servizi organizzati dagli ambiti sociali (monocomunali e pluricomunali).

Tale settore si configura in due profili: in primo luogo, la compilazione del **catalogo delle competenze** richieste per l'esercizio delle attività professionali riconosciute nell'ambito dei servizi sociali regionali; e ciò, in secondo luogo, al fine di individuare e selezionare i **percorsi formativi** per dotare le persone interessate (in base alla valutazione dei fabbisogni occupazionali e professionali) delle competenze che si ritengono adeguate per i settori di impiego.



In conseguenza di tale catalogo e dei fabbisogni di impiego di personale dotate delle relative competenze, la Regione Abruzzo dovrà stipulare, innanzi tutto con gli istituti scolastici di secondaria superiore e dalle Università presenti in regione, quei **protocolli di cooperazione** che favoriranno le pratiche di stage professionali e la realizzazione di percorsi formativi condivisi rispetto ai quali in base alle risorse proprie e di Fse la Regione potrà fornire particolari sostegni e incentivazioni; analogo rapporto la Regione potrà andare a stabilire con gli **enti accreditati di formazione** per quelle fasce di competenze ed i conseguenti profili professionali che si possono realizzare nell'ambito delle competenze primarie della Regione nel campo della formazione alle occupazioni e alle professioni. Relativamente alle competenze proprie della Regione Abruzzo (anche in presenza di delega attuativa alle Province), assume una importanza decisiva, per la qualificazione del personale e dei servizi, un'attività di **formazione permanente** (*long life learning system*). Intale ambito di intervento, la regione Abruzzo, anche attraverso una adeguata programmazione in sede di Fondo Sociale Europeo, dovrà sviluppare, mediante la sottoscrizione di convenzioni finalizzate con le tre università abruzzesi (C.C.R.U.A.) e con enti di formazione accreditate e con il supporto di centri e-learning), una serie di percorsi di formazione continua orientati alla qualificazione delle metodologie di intervento sociale. Inoltre, ricorrendo alla gestione di tali interventi a livello provinciale, sarà possibile coinvolgere *target* di operatori sociali spesso poco considerati, che afferiscono sia alle istituzioni locali che alle cooperative sociali o altri organismi convenzionati con gli ambiti sociali.

Negli ambiti sociali si osservano diverse soluzioni date all'importante tema della gestione dei programmi e delle azioni di intervento sociale. L'omogeneità nei criteri di gestione delle risorse costituisce tuttavia un requisito importante per la efficacia degli interventi sociali, anche e soprattutto per il carattere composito che assumono le deliberazioni in materia: occorre stabilire una forte coerenza tra i criteri deliberativi delle spese e l'aspettativa di risoluzione del bisogno sociale nei confronti del cittadini portatore di detto bisogno.

Occorre in altri termini che le competenze nella gestione amministrativa delle risorse si combinino e si integrino con le competenze che rendono possibile la diagnosi sociale, la progettazione dell'intervento e la gestione della sua attuazione.



A tale proposito, diventa rilevante una particolare attenzione alla riconfigurazione delle competenze che si riconducono all'area del management sociale a cui si possono ricondurre i profili professionali dei direttori di ambiti, responsabili di unità di servizio, responsabili di strutture permanenti, responsabili di progetti finalizzati all'interno degli ambiti o in contesti pluriambiti o regionali.

Rispetto a tali finalità la Regione potrà opportunamente introdurre nell'ambito delle proprie strutture di servizi al sistema regionale dei servizi sociali un vero e proprio **Centro regionale di competenza per il management sociale**; tale unità operativa potrà costituire lo strumento di regolazione e di uniformazione delle modalità di gestione degli interventi in campo sociale e sanitario.

Nel suo ambito inoltre potranno essere sperimentati criteri di gestione degli ambiti e dei servizi che risultino più adeguati, nonché potranno essere collocate le funzioni che concernono le regole di impiego e di valorizzazione delle risorse sociali rappresentate dall'associazionismo volontario, dall'associazionismo di promozione sociale e dalla cooperazione sociale. La regolazione dei rapporti tra Regione e ambiti da un lato e comparazione sociale dall'altro, le regole e le modalità dell'accREDITAMENTO di tale strutture per il riconoscimento del loro apporto alla qualificazione dei servizi sociali costituiscono allo stato attuale nodi problematici che richiedono una prospettiva innovativa di considerazione e di risoluzione.

Altra azione di sistema scaturisce dal processo di riforma istituzionale, a partire dal 2000 (legge quadro 328/2000, legge costituzione 3/2001), connotato da una dislocazione del potere dal centro al territorio, che affida alla Regione la competenza esclusiva in materia di programmazione nel settore socio assistenziale.

La programmazione sociale diventa il nuovo terreno di impegno delle Istituzioni locali, Regioni e Comuni, individuata come livello strategico per un'ipotesi di sviluppo delle comunità locali in grado di ricomporre il divario fra crescita economica e sviluppo umano, che si è venuto a configurare all'interno del tradizionale sistema di welfare, dove accanto all'incremento di quote di ricchezza si è registrato un allargamento dell'area del malessere e della vulnerabilità sociale.

Cambiano le competenze del livello regionale, non direttamente impegnato nell'organizzazione e gestione dei servizi sociali, nella direzione di definire la



programmazione sociale e di fornire parametri progettuali al territorio, stimolando i livelli decentrati all'innovazione, agli adattamenti organizzativi e al ritorno di informazioni e proposte, nell'ottica di scegliere e riorientare, in modo condiviso, gli obiettivi di sistema.

Da qui l'esigenza di una revisione complessiva dell'attuale normativa regionale in materia di servizi alle persone e alle famiglie attraverso l'azione di sistema concernente la definizione di una "legge di riforma complessiva del sistema di welfare regionale, tenendo conto della Legge 328/2000 e del nuovo Titolo V della Costituzione".



CAPITOLO TERZO

LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

3.1. PREMESSA.

Seppur nel riconoscimento della prassi consolidata di definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali a livello locale, così come configuratosi nel corso delle precedenti pianificazioni, è utile e opportuno inserire all'interno del processo di formulazione del Piano di Zona alcune semplificazioni operative in grado di rendere tale fase di pianificazione più snella e funzionale.

Gli elementi cardine della pianificazione sociale locale sono (art. 19 della Legge, nr. 328/2000):

- l'individuazione di obiettivi, priorità e linee d'intervento e definizione degli strumenti per la realizzazione degli stessi;
- la definizione di modalità organizzative dei servizi, la programmazione di risorse finanziarie, professionali;
- la costruzione e gestione dell'integrazione tra politiche e delle forme di concertazione tra istituzioni;
- la definizione di un sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi e degli interventi;
- la partecipazione allargata dell'intero processo programmatico a istituzioni, organizzazioni della società civile e cittadini, preferibilmente attraverso metodologie che garantiscano le pari opportunità di accesso;

Gli obiettivi strategici della pianificazione sociale 2011-2013, si declinano nei seguenti aspetti principali:

- semplificazione del percorso redazionale del Piano di Zona;
- consolidamento e perfezionamento dei livelli essenziali;
- rafforzamento degli organismi tecnici e di supporto alla pianificazione, programmazione, progettazione e valutazione locale;



- ridefinizione del Gruppo di Piano che, in un contesto meno pletorico, assume funzioni di indirizzo, valutazione e controllo;

3.2. IL PROCESSO DI FORMULAZIONE DEL PIANO DI ZONA.

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

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

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

- *progettare e realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello locale, con il coinvolgimento della comunità locale;*



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

L'efficacia del Piano di Zona è strettamente legata all'**adozione di specifiche strategie**:

- attivare modalità per favorire e sviluppare la partecipazione attiva dei cittadini e il coinvolgimento dei soggetti sociali rappresentativi della comunità locale (predeterminando indirizzi e criteri di scelta dei soggetti da coinvolgere), oltre che di divulgazione, nei loro confronti, delle iniziative legate alla fase di formazione e di valutazione del Piano di Zona;
- conoscere il territorio di riferimento, i cambiamenti in atto e le prospettive future per focalizzare l'attenzione sui bisogni dei cittadini e della comunità locale e sulle condizioni per rendere esigibili i diritti sociali. La scelta degli obiettivi specifici del Piano di Zona, tenuto conto delle aree prioritarie d'intervento individuate dal P.S.R., deve partire dai bisogni della collettività locale e dalla valorizzazione delle risorse del territorio di riferimento, piuttosto che della rete dei servizi esistenti;
- valutare i risultati e verificare la programmazione attuata, definendo un processo valutativo che trovi una logica sequenza nel profilo sociale locale ;
- definire esplicitamente il sistema delle responsabilità, stabilendo le modalità di gestione unitaria delle risorse, non solo finanziarie, provenienti dai Comuni e dai diversi enti ed organismi che concorrono alla formazione ed attuazione del Piano di Zona ed individuando nell'Ufficio di Piano il soggetto referente per l'attuazione del piano medesimo.



3.3. GLI ATTORI.

Gli ambiti sociali territoriali in cui è suddiviso il territorio abruzzese sono rappresentati dall'**Ente di Ambito Sociale (E.A.S.)**.

Negli ambiti sociali formati da un solo Comune, l'E.A.S. coincide con il Comune stesso, mentre, in quelli formati da più Comuni, la forma associativa, con l'individuazione dell'E.A.S., deve essere formalmente deliberata dai Consigli Comunali di tutti i Comuni appartenenti all'Ambito sociale, nel rispetto di quanto stabilito dal T.U.E.L. 267/2000. L'individuazione dell'E.A.S., comunque, non è direttamente collegata al periodo di durata del P.S.R., in quanto attiene alla definizione dell'assetto organizzativo generale e territoriale dell'ambito sociale di riferimento. Per questo motivo, l'E.A.S., formalmente individuato con provvedimenti dei Consigli dei Comuni di appartenenza, in assenza di modifiche territoriali o di specifiche esigenze locali, mantiene tale investitura per periodi non connessi alla durata di un P.S.R..

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

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

Per ciò che attiene, in particolare, alla formazione e attuazione del Piano di Zona, l'E.A.S. riceve i finanziamenti di competenza dell'intero ambito sociale e ne è responsabile, anche politicamente. La responsabilità delle scelte politiche e programmatiche è, invece, affidata al **Sindaco** e, negli ambiti sociali formati da più Comuni, alla **Conferenza dei Sindaci**, cui spettano, in particolare i compiti di:

- **avviare il processo programmatico per la predisposizione del Piano di Zona.** La responsabilità di avviare tale processo spetta al Sindaco e, negli Ambiti



formati da più Comuni, al Coordinatore della Conferenza dei Sindaci all'uopo individuato, ovvero, in caso di inerzia, al Sindaco del Comune di maggior dimensione demografica dell'Ambito;

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

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



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

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

Nella fase di formazione del Piano di Zona, al Gruppo di Piano è affidato l'incarico di stesura del "profilo sociale locale", della definizione degli obiettivi, nonché quello della stesura complessiva del Piano di Zona.

Nel corso dell'attuazione del Piano di Zona, il Gruppo di Piano è coinvolto nelle fasi relative alla eventuale rimodulazione finanziaria annuale del piano e nella valutazione annuale degli obiettivi. Il Gruppo di Piano, in conseguenza degli esiti della valutazione annuale, potrà attivarsi per promuovere eventuali modifiche o integrazioni del Piano di Zona. Del Gruppo di Piano fanno parte rappresentanti politici, tecnici e rappresentanti delle istituzioni pubbliche (comuni, comunità montane, province, Dipartimento Giustizia minorile, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, istituzioni scolastiche ed altre istituzioni statali, etc.) e della comunità locale nelle sue diverse espressioni (volontariato, cooperazione, comitati, associazioni di promozione sociale, ecc.) e almeno un rappresentante dell'Azienda USL.

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

- **definirne preliminarmente la composizione**, garantendo la presenza dei rappresentanti suddetti, ma assicurando anche l'efficienza operativa dello stesso, non appesantendone inutilmente la struttura;
- **acquisire**, entro termini preventivamente stabiliti, **le designazioni delle persone da nominare**, assicurando una ampia divulgazione dell'iniziativa presso i soggetti istituzionali e sociali del territorio;
- **nominare ufficialmente il gruppo di piano e definire i tempi e gli indirizzi generali per l'attività del Gruppo di Piano**, tenendo conto delle fasi



formative del Piano di Zona e delle successive fasi di valutazione, prevedendo almeno due riunioni annuali.

Il Gruppo di Piano, nella prima seduta, su indicazione della Conferenza dei Sindaci, approva il proprio regolamento di funzionamento (che può prevedere anche la formazione di sottogruppi per materia) e, in particolare, stabilisce il numero legale per la validità delle riunioni; è prevista, altresì, la nomina di un coordinatore con i compiti di convocare le sedute, coordinare i lavori, redigere i verbali e i rapporti da inoltrare al Sindaco/Sindaca o alla Conferenza dei Sindaci circa l'andamento dei lavori. I politici componenti del gruppo di piano garantiscono, inoltre, una costante informazione ai Sindaci e orientano le decisioni in ordine alla predisposizione della proposta del Piano di Zona e di eventuali rimodulazioni in itinere. Lo strumento operativo per la traduzione dei Piani di Zona in concrete azioni sul territorio è rappresentato dall'**Ufficio di Piano**, strumento esecutivo tramite il quale l'E.A.S. provvede all'attuazione del piano stesso. Con tale modalità si avvia un modello organizzativo e di gestione dei servizi (diretta o mediante soggetti terzi) orientato ai risultati, tale da rendere possibile la gestione dei processi, con le relative fasi di controllo e di valutazione. Le funzioni attribuite all'Ufficio di Piano, all'interno del livello di responsabilità amministrativo-gestionale che gli compete, consistono, principalmente, in:

- coordinamento delle attività e rapporti con Comuni ed altri soggetti coinvolti nell'attuazione del Piano di Zona;
- gestione dei servizi;
- predisposizione di bandi e gestione delle gare;
- amministrazione;
- rendicontazione;
- monitoraggio e valutazione;
- sistema informativo.
- Organizzare e valutare le attività del piano di zona in termini di customer satisfaction e monitoraggio dei servizi e progetti del Piano di Zona



3.4. CONTENUTO ED ITER FORMATIVO DEL PIANO DI ZONA.

Il Piano di Zona dei servizi sociali, redatto dal Gruppo di Piano sullo schema allegato al P.S.R., è articolato con riferimento ai seguenti contenuti:

- Descrizione processo di formazione del Piano di Zona;
- Analisi del contesto locale;
- Valutazione di impatto precedente programmazione;
- Analisi del sistema di offerta;
- Priorità ed obiettivi del Piano di Zona;
- Azioni proposte e standard minimi di sistema;
- Gestione del Piano;
- Quadro finanziario

Nella definizione degli obiettivi e dei risultati attesi è necessario definire le condizioni per garantire i LIVEAS. Il Piano di Zona deve includere il profilo sociale locale, redatto in conformità al formulario all'uopo previsto. Il Piano di Zona, inoltre, deve definire i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune, dell'Azienda USL, degli altri soggetti partecipanti all'accordo di programma di approvazione del Piano.

Il Piano di Zona, su iniziativa del Sindaco 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 dei Comuni dell'Ambito territoriale, dell'E.A.S. e, per quanto previsto dal P.S.R. in materia di integrazione socio-sanitaria, anche dell'Azienda USL competente per territorio. All'accordo possono partecipare, inoltre, i soggetti pubblici (Comunità Montane, Province, Unioni di Comuni, Istituzioni statali, IPAB, etc.) e i soggetti del terzo settore di cui al quarto comma dell'art. 19, Legge 328/2000, che, attraverso specifiche forme di intesa, concorrono, con proprie risorse, alla realizzazione del Piano di Zona. Ciascun soggetto sottoscrittore dell'accordo di programma è tenuto all'approvazione preliminare del Piano di Zona da parte degli organi competenti, nel rispetto del proprio specifico ordinamento, senza, tuttavia, che si configuri l'obbligo di trasmissione, alla Regione Abruzzo, dell'atto di approvazione.



L'E.A.S., trasmette, in originale, alla Regione Abruzzo, Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali entro e non oltre 90 giorni dalla pubblicazione, sul B.U.R.A, del presente Piano Sociale, la seguente documentazione:

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

Tutta la documentazione suddetta è inoltrata in copia alla Provincia di appartenenza dell'Ambito territoriale, contestualmente all'invio alla Regione Abruzzo. La Provincia, entro venti giorni dal ricevimento, può esprimersi in merito al Piano di zona, formulando pareri, osservazioni o proposte alla Giunta Regionale.

La Giunta Regionale, entro 45 giorni dal ricevimento, accertata la legittimazione dell'E.A.S. alla presentazione del Piano di Zona e la completezza della documentazione, provvede alla verifica di compatibilità con quanto indicato dal P.S.R.. Detta verifica, effettuata sulla scorta della valutazione di merito di un apposito gruppo tecnico all'uopo individuato, è condizione per l'erogazione dei finanziamenti appositamente previsti nel successivo capitolo sulla politica della spesa.

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



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

A titolo esemplificativo, l'iter formativo del Piano di Zona è riepilogato nella seguente tabella.

Iter formativo del Piano di Zona

FASI	SOGGETTI	
	Ambiti formati da un solo Comune	Ambiti formati da più Comuni
Avvio del processo di pianificazione	Sindaco	Conferenza dei Sindaci (oppure Sindaco del Comune di maggior dimensione demografica)
Individuazione delle modalità di funzionamento e nomina del coordinatore della Conferenza dei Sindaci	Sindaco	Conferenza dei Sindaci
Determinazioni preliminari in merito a: coordinamento istituzionale; concertazione sindacale; rapporti con il terzo settore; composizione del Gruppo di Piano	Sindaco	Conferenza dei Sindaci
Designazione dei componenti e nomina del Gruppo di Piano	Sindaco	Conferenza dei Sindaci
Stesura del Profilo Sociale Locale	Gruppo di Piano	Gruppo di Piano
Approvazione del profilo sociale locale e definizione delle priorità e delle risorse	Sindaco	Conferenza dei Sindaci
Stesura del Piano di Zona: individuazione degli obiettivi; individuazione di azioni, strategie e progetti per la realizzazione degli obiettivi; individuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS); indicazioni per la politica locale della spesa; predisposizione del quadro finanziario	Gruppo di Piano	Gruppo di Piano
Approvazione del Piano di Zona	Organo competente di ciascun soggetto sottoscrittore	Organo competente di ciascun soggetto sottoscrittore



Adozione del Piano di Zona	Accordo di programma (su iniziativa del Sindaco)	Accordo di programma (su iniziativa della Conferenza dei Sindaci)
Trasmissione del Piano di Zona alla Regione	E.A.S.	E.A.S.

Nell'arco del triennio, potranno essere apportate rimodulazioni finanziarie annuali al Piano di Zona, in particolare quelle motivate da eventuali incrementi dei contributi a diverso titolo assegnati dalla Regione per il Piano di Zona. Tali rimodulazioni, approvate preventivamente dalla Conferenza dei Sindaci (in caso di Ambiti formati da più Comuni), devono essere oggetto di apposito atto di approvazione dell'organo esecutivo dell'E.A.S. e trasmesse alla Regione entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento della rimodulazione. E' prevista, inoltre, la possibilità di apportare modifiche e integrazioni al Piano di Zona, anche per effetto di una eventuale nuova individuazione dell'E.A.S., dovuta a modifica territoriale dell'ambito di riferimento o a esigenze locali.

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

3.5. RENDICONTAZIONE E VALUTAZIONE.

Entro e non oltre il 31 marzo di ciascun anno l'E.A.S. trasmette alla Regione Abruzzo – Direzione Politiche sociali - il Rendiconto relativo all'annualità del Piano di Zona immediatamente precedente. La documentazione da trasmettere per la rendicontazione, in originale o in copia conforme all'originale, consiste in:

5. lettera di trasmissione della documentazione trasmessa, sottoscritta dal Responsabile dell'E.A.S.;
6. rendicontazione delle spese impegnate per la realizzazione del Piano di Zona riferite all'annualità precedente (1 gennaio – 31 dicembre), redatta secondo gli schemi allegati al presente piano sociale e contenente il quadro finanziario



(sottoscritto dal Responsabile dei Servizi Sociali e dal Responsabile dei Servizi Finanziari) e la relazione illustrativa (sottoscritta dal Responsabile dei Servizi Sociali), da trasmettere anche per posta elettronica;

7. (in caso di ambiti formati da più Comuni):
 - eventuali deliberazioni della Conferenza dei Sindaci relative a rimodulazioni del quadro economico del Piano di Zona relativo all'annualità da rendicontare;
 - deliberazione di approvazione della Conferenza dei Sindaci della rendicontazione; ;
8. atto, del competente Organo dell'E.A.S., di approvazione della rendicontazione;
9. eventuali ricevute di somme restituite alla Regione, relative a quote di contributo assegnato e non utilizzato.

La mancata presentazione della documentazione relativa al rendiconto entro il termine previsto dal piano sociale regionale sospende, nell'anno successivo a quello di presentazione, l'assegnazione dei contributi previsti dal P.S.R. per la realizzazione dei Piani di Zona.

3.5. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE PER AREE DI INTERVENTO: I SERVIZI ALLE PERSONE.

In assenza (e in attesa) della definizione delle prestazioni essenziali su scala nazionale, Il P.S.R. 2011 – 2013 prevede una articolazione, sul territorio regionale, dei livelli essenziali definiti dall'articolo 22 delle legge 328/00 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"), finalizzata a individuare gruppi di bisogni cui dedicare priorità per organizzare i servizi nel territorio (aree di bisogno definite LIV.E.A.S. – Livelli Essenziali di assistenza Sociale -), per garantire la consistenza e qualità delle risposte presenti negli ambiti territoriali ed intende anche stabilire l'orientamento, le modalità di funzionamento dei servizi ed interventi che concorrono ad assicurare l'esigibilità dei diritti sociali.



I servizi da garantire in tutta la regione sono articolati per macroaree di destinatari degli interventi sociali e, all'interno di ciascuna macroarea, vengono specificati livelli essenziali di assistenza sociale e livelli complementari.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE

AREA: Servizi generali	<i>Servizio sociale professionale</i>	Attività finalizzata alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.
	<i>Segretariato sociale</i>	Attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti sociali. E' strumento di orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private. Assolve anche alle funzioni di: <ul style="list-style-type: none">➤ "porta unitaria" di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari quando, oltre a un bisogno informativo, si manifestano bisogni di natura sociale e socio-sanitaria;➤ "osservatorio", in risposta all'esigenza di disporre di uno strumento di lettura dei fenomeni di evoluzione dei bisogni sociali e di monitoraggio delle risorse disponibili. Il servizio di segretariato sociale è organizzato ed attuato in ciascun ambito territoriale secondo le indicazioni di cui al presente piano sociale regionale



	<p><i>Pronto intervento sociale (PIS)</i></p>	<p>Interventi temporanei di sostegno e soccorso ai soggetti in difficoltà e a rischio di emarginazione, finalizzati ad assicurare la tempestiva capacità di fronteggiare le emergenze personali e dei nuclei familiari.</p> <p>Il servizio di pronto intervento sociale è organizzato ed attuato con il coordinamento delle province. Le Province, in particolare, provvedono ad organizzare e gestire la rete delle risposte di pronto intervento sociale nelle zone carenti e coordinano e promuovono quelle già presenti sul territorio mediante sottoscrizione di appositi accordi di programma con gli Ambiti Territoriali Sociali.</p>
--	---	--



	<p><i>Punto unico di accesso (PUA)</i></p>	<p>E' una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario, in modo unitario ed integrato. E' definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale con l'obiettivo di :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Garantire ai cittadini ed agli operatori una porta unitaria di accesso ai servizi sociosanitari del territorio➤ Garantire una capillare azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e socio sanitari➤ Garantire l'invio all'UVM per la valutazione del bisogno sociosanitario e per la presa in carico➤ Garantire la continuità del percorso assistenziale. <p>Il PUA può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, dal singolo cittadino o familiare, Medico di medicina generale (MMG) o Pediatra di libera scelta (PLS), Servizi sociali, Servizi sanitari (Unità operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc), Servizi istituzionali (scuola , Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc), Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.).</p>
--	--	---



	<i>Servizi contrasto child abuse</i>	<i>di al</i>	Interventi di prevenzione sull'abuso infantile attraverso una campagna di sensibilizzazione ed informazione alla popolazione in generale e alle famiglie in particolare con lo scopo di aiutare a prendere consapevolezza del problema e a trovare strumenti rispettosi e garanti della tutela e protezione dei minori favorendone una crescita armonica e il benessere psicofisico.
--	--	------------------	--

AREA: Minori Giovani e Famiglia,	Servizi nido per la prima infanzia		Potenziare il Servizio socio – educativo radicato nella comunità locale rivolto a bambini e bambine nella fascia di età 0 - 3 anni. Presenta caratteristiche di costanza e continuità e svolge funzioni di accudimento, di facilitazione della socializzazione e di promozione dell'apprendimento. E' organizzato secondo le norme regionali (L.R. 76/2000)
	Assistenza domiciliare minori (ADM)		Servizio finalizzato a favorire il mantenimento nel proprio nucleo familiare e contesto sociale di minori con disagio e a rischio di devianza ed emarginazione, a prevenire e/o fronteggiare e superare situazioni di bisogno o disagio/devianza, al fine di favorire lo sviluppo della personalità del minore



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



	<p>Comunità di tipo residenziale per minori</p>	<p>Servizio residenziale finalizzato alla prevenzione e/o al superamento di situazioni di bisogno, di disagio fisico, psichico e relazionale, attraverso l'attuazione di interventi educativi o di reinserimento sociale con l'obiettivo di ricreare un contesto il più possibile vicino a quello familiare. Il servizio accoglie temporaneamente il minore, qualora la famiglia di origine sia incapace o impossibilitata ad assolvere al proprio compito, favorendo l'armonico sviluppo della personalità per mezzo del progetto educativo individualizzato; che promuova i rapporti di solidarietà all'interno del gruppo dei pari, l'educazione alla condivisione di regole organizzative, i rapporti positivi dei ragazzi/ragazze con le loro famiglie e la partecipazione degli adolescenti alla progettualità ed alle decisioni relative ai diversi interventi con la scuola.</p>
	<p>Servizi integrativi minori</p>	<p>Servizi socio-educativi sostegno e socializzazione del minore, nonché di supporto ai carichi sociali familiari. Si integrano con i servizi istituzionali rivolti a minori</p>



AREA: Anziani	Assistenza domiciliare	Assistenza domiciliare anziani (SAD) Servizio finalizzato a favorire il mantenimento nel proprio nucleo familiare e contesto sociale delle persone a rischio di emarginazione o parzialmente non autosufficienti che necessitano di interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio.
	Assistenza domiciliare integrata (ADI) per anziani non autosufficienti	Assistenza domiciliare integrata (ADI) Servizio finalizzato ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a mantenere nel proprio ambiente di vita le persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, con l'erogazione a domicilio di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative).
	Centri diurni	Attività di socializzazione, aggregazione, recupero, sostegno (con funzione di sollievo anche alla famiglia con gravi carichi assistenziali in particolari momenti della giornata), svolte presso strutture polivalenti, di tipo aperto, rivolta a anziani, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, il sostegno e il sollievo all'anziano e alla famiglia, il miglioramento / mantenimento dell'autonomia residua della persona.



	Teleassistenza ed altre forme di assistenza telefonica (area vasta);	Attività finalizzata ad assicurare una tutela a distanza e a favorire l'autonomia possibile, sia con la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni degli utenti in caso di emergenza, sia con contatti programmati con gli assistiti. Si realizza attraverso l'attivazione di un servizio di assistenza telematica e/o telefonica a domicilio e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso, anche con l'eventuale apporto del servizio del servizio di <i>contact center</i> regionale.
	Integrazione rette per l'ospitalità di anziani non autosufficienti in strutture residenziali	Interventi finalizzati a garantire l'integrazione delle rette per anziani non autosufficienti, ospitati presso centri residenziali, qualora gli stessi, nonché i familiari e gli affini, ai sensi del codice civile, non abbiano capacità reddituale e patrimoniale sufficiente al pagamento della retta in strutture residenziali.



AREA: Persona diversamente abile	Assistenza domiciliare	<ul style="list-style-type: none">▪ Assistenza domiciliare disabili (ADD) Servizio finalizzato a favorire il mantenimento nel proprio nucleo familiare e contesto sociale delle persone diversamente abili che necessitano di interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio.▪ Assistenza domiciliare integrata (ADI) Servizio finalizzato ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a mantenere nel proprio ambiente di vita le persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, con l'erogazione a domicilio di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative).
	Assistenza domiciliare integrata (ADI) per persona diversamente abile non autosufficiente	
	Assistenza per l'autonomia e la comunicazione degli studenti diversamente abili in condizioni di gravità – Assistenza socio-educativa scolastica per disabili gravi	<p>Servizio che viene svolto nell'ambito scolastico, al fine di garantire il diritto allo studio degli alunni in situazione di handicap. Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica della persona diversamente abile e che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità.</p> <p>E' un supporto all'alunno diversamente abile nei percorsi educativi e relazionali e non attiene alla cura materiale dello stesso e/o alla sua custodia (a cui è tenuta l'Amministrazione scolastica).</p> <p>La necessità dell'intervento deve essere rilevata dal gruppo multidisciplinare nell'ambito della predisposizione del P.E.I. (progetto educativo individualizzato).</p> <p>Qualora il servizio di assistenza scolastica sia rivolto agli alunni diversamente abili delle scuole superiori, lo stesso viene attuato dalle Province, con un contributo della Regione fino al cinquanta per cento.</p>



	Centri diurni	Attività di socializzazione, aggregazione, recupero, sostegno (con funzione di sollievo anche alla famiglia con gravi carichi assistenziali in particolari momenti della giornata), svolte presso strutture polivalenti, di tipo aperto, rivolta a persone diversamente abili, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, lo sviluppo delle abilità operative, il miglioramento dell'autonomia della persona, la costruzione di una rete di relazioni e l'integrazione sociale, anche attraverso un adeguato percorso di inserimento lavorativo.
	Integrazione rette per l'ospitalità di persone diversamente abili, gravi in strutture cd. del "Dopo di noi"	Interventi finalizzati a garantire l'integrazione delle rette per persone diversamente abili prive di rete parentale o di assistenza, ospitati presso strutture "Dopo di noi". Esse accolgono persone ultraquarantenni con disabilità di tipo fisico, psichico, sensoriale, intellettuale o relazionale, promuovendo interventi che mirino al supporto ed al miglioramento della vita quotidiana, allo sviluppo delle abilità operative in rapporto alle potenzialità e alle capacità individuali ed alla promozione dell'autonomia della persona.

3.6 I SISTEMI DI ACCESSO AI SERVIZI E ALLE PRESTAZIONI SOCIALI

Il modello selettivo ed universale configura la transizione dal sistema dei benefici uniformi per categorie a quello dei benefici differenziati secondo un criterio che sottintende la selezione delle prestazioni, non dei cittadini, e la partecipazione ai costi da parte di quest'ultimi, sulla base dei principi di equità sociale.

Nella logica della responsabilità sociale, il PSR prevede l'obbligo della partecipazione al costo dei servizi da parte di coloro che ne fruiscono, evidentemente in relazione alle loro risorse e possibilità sociali ed economiche.



A tal proposito, il PSR 2011-2013, tra i LIVEAS, individua l'insieme dei servizi universali da erogarsi a titolo gratuito ed i servizi sottoposti alla compartecipazione dell'utenza.

Per i servizi in compartecipazione, il Piano detta i criteri generali attorno ai quali gli ambiti dovranno costruire le proprie regolamentazioni di accesso, determinando l'entità di compartecipazione ai costi dei diversi servizi.

Come è noto, i servizi e gli interventi socio-assistenziali sono rivolti all'intero universo demografico, ma devono essere erogati, a fronte di un quadro di risorse finanziarie limitate, sulla base di opzioni che garantiscano priorità di accesso alle persone e alle famiglie che vivono una particolari condizioni di disagio.

La condizione di disagio sociale e, quindi, di bisogno meritevole di intervento, deve coincidere con una delle seguenti condizioni:

- la condizione di povertà, valutabile sulla base dei parametri adottati in sede legislativa nazionale e attraverso lo strumento ISEE;
- l'incapacità totale o parziale di una persona di provvedere alle proprie esigenze di vita quotidiana per inabilità di ordine fisico o psichico o l'impossibilità/inadeguatezza della famiglia ad assicurare la cura necessaria a un suo componente in condizioni di dipendenza;
- la presenza di persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria per le quali si richiedono interventi assistenziali;
- l'esistenza di altri fattori e condizioni che determinano stati di marginalità ed esclusione sociale o altre situazioni di bisogno anche di carattere affettivo-educativo.

La definizione dello stato di bisogno dovrà tener conto anche dei seguenti principi:

- il perseguimento dell'autonomia sociale dei soggetti interessati;
- la valorizzazione e il sostegno delle reti sociali primarie, familiari e comunitarie;
- lo sviluppo della comunicazione quale fattore di integrazione e di autogoverno.

L'accertamento dello stato di bisogno dovrà essere effettuata attraverso una ricognizione ed un'analisi globale e integrata dei bisogni e delle problematiche che interessano le persone nel loro sistema di relazioni familiari e ambientali. Oltre a



rilevare la condizione oggettiva nei suoi aspetti materiali l'accertamento è volto a cogliere la dimensione immateriale e sommersa dello stato di bisogno, quale il disagio relazionale, socio-ambientale o psichico, al fine di valutare adeguatamente i rischi insiti nella condizione vissuta dai diversi soggetti interessati e acquisire tutti gli elementi utili ad individuare il percorso di aiuto più appropriato.

L'accertamento è un'operazione complessa che richiede competenze e professionalità diversificate, nell'ambito del servizio sociale professionale. Esso differisce, nella sostanza, dall'attività amministrativa di controllo diretta ad accertare l'esistenza dei requisiti in relazione all'attivazione di un eventuale intervento.

L'accertamento dello stato di bisogno, quindi, richiede:

- competenza e responsabilità tecnico-professionale e amministrativa (integrazione delle competenze);
- coinvolgimento delle persone interessate (partecipazione);
- bilancio sociale individuale/familiare (analisi del capitale umano);
- attenzione alle differenze etniche, culturali, di genere che incidono sulla natura del bisogno e al modo di manifestarsi dello stesso (personalizzazione);
- correttezza nella raccolta e nell'uso delle informazioni (rispetto della persona);
- tempestività nell'avvio dell'accertamento.

L'accertamento deve essere svolto in tempi compatibili con la complessità e l'urgenza dello stato di bisogno e, comunque, in modo da contemperare, costantemente, i tempi tecnici di valutazione con l'esercizio del diritto alle prestazioni dovute da parte della persona, nell'ambito delle scadenze e delle norme previste per la loro fornitura.

Si individuano gli strumenti dell'accertamento in:

- strumenti relazionali (colloqui, ricognizioni ambientali, visite domiciliari e/o ai luoghi di vita, incontri comunitari);
- strumenti amministrativi (autocertificazioni, documentazioni e certificati riferiti alla natura della situazione).

All'accertamento delle condizioni economiche che concorrono a definire lo stato di bisogno, si procede sulla base dei criteri e delle modalità previste dall'art. 2,



D.lgs. 31 marzo 1998, nrR. 109, assumendo come unità di riferimento la composizione del nucleo come risultante dallo stato di famiglia.

L'accertamento delle condizioni economiche è finalizzato, parimenti, a determinare la quota di partecipazione al costo, da parte dei cittadini richiedenti o dei loro familiari, di interventi e servizi collegati a determinate situazioni economiche.

La determinazione delle quote di partecipazione ai costi degli interventi deve essere il più possibile correlata alle condizioni e ai valori di mercato necessari all'acquisto dello specifico intervento.

Quote di compartecipazione eccessivamente elevate rispetto agli standard di mercato, potrebbero svilire la funzione di solidarietà sociale dell'impianto di welfare locale. Così come, quote eccessivamente basse, potrebbero favorire cicli di assistenza inefficaci ed inefficienti, a danno delle casse pubbliche.

Al fine di assicurare al sistema di protezione sociale uniformità ed equità dei trattamenti su scala regionale, si individuano, nell'ambito dei servizi locali, le prestazioni assistenziali e i servizi esclusi dalla partecipazione alla spesa (*servizi universali gratuiti*) e quelli che comportano il pagamento di una quota (*servizi universali a compartecipazione*) da parte dei cittadini che ne fruiscono.

Servizi gratuiti

SERVIZI CUI SI ACCEDE A TITOLO GRATUITO	<input type="checkbox"/> Servizio sociale professionale <input type="checkbox"/> Segretariato sociale <input type="checkbox"/> Pronto intervento sociale <input type="checkbox"/> Affidamento familiare <input type="checkbox"/> Assistenza scolastica disabili <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare minori <input type="checkbox"/> Comunità residenziali minori <input type="checkbox"/> Servizi di inclusione sociale;
--	---



Servizi a compartecipazione

SERVIZI CUI SI ACCEDE COMPARTECIPANDO AI COSTI

- Assistenza domiciliare anziani e disabili
- Telesoccorso e teleassistenza;
- Centri diurni per disabili, minori, anziani;
- Residenze anziani;
- Residenze disabili;
- Servizi prima infanzia;
- Servizi di trasporto

La partecipazione alla spesa è definita sulla base dei seguenti parametri:

1. la condizione economica della persona e/o della famiglia di appartenenza (nel caso di reddito ISEE al di sotto dei cinquemila euro non può essere richiesta la compartecipazione) ;
2. per le persone con disabilità, in tema di compartecipazione al costo, si applica quanto disciplinato dall'art.3 comma 2ter del DLgs 109/1998, che computa solo la condizione economica della persona diversamente abile, con esclusione dell'ISEE familiare;
3. lo stato di salute e/o lo stato di dipendenza dei soggetti;
4. le condizioni di rischio o di esclusione sociale.

In relazione ai suddetti parametri possono costituire criteri per valutare l'accesso alle prestazioni agevolate:

- inadeguatezza delle risorse economiche;
- numerosità familiare;
- nucleo familiare monogenitoriale;
- presenza di soggetti in età minore a carico o di persone anziane o inabili o invalide;
- presenza di persone diversamente abili;



3.7 GLI STANDARD MINIMI DI SISTEMA

La Regione Abruzzo, nel corso dei precedenti Piani sociali, ha cercato attraverso meccanismi differenziati di regolamentare la qualità dei servizi socio-assistenziali, promuovendo iniziative che contribuissero all' uniformità metodologica e di offerta dei diversi livelli di azione sociale.

Un'analisi attenta dei risultati prodotti dai diversi atteggiamenti programmatici assunti nel recente passato, produce un quadro che, ancora oggi, stenta ad individuare standard operativi uniformi, metodologie di accesso, prestazionali e di valutazione sovrapponibili, capisaldi di sistema che rappresentino la migliore garanzia dei diritti sociali in capo ai cittadini abruzzesi.

Eccezione resa per le metodologie oggetto di specifiche sperimentazioni regionali e, quindi, di orientamenti e training organizzati (integrazione socio-sanitaria, carta per la cittadinanza, segretariato sociale, etc.) troppi versanti delle politiche di ambito risultano essere incongruenti con gli strumenti sovraordinati e, ancor più, con i metodi e gli impianti di altri ambiti.

Ciò rende di difficoltosa comparabilità l'equilibrio tra le politiche attuate dai diversi ambiti sociali territoriali. Ciò non è tanto afferente al diverso dimensionamento di un servizio piuttosto di un altro, che a rigor di logica è espressione della tipicità territoriale ed ambientale, ma quanto in relazione ad elementi strutturali la cui dimensione qualitativa e quantitativa è probabilmente oggettivabile.

A tal fine, il presente Piano sociale regionale intende determinare degli **STANDARD MINIMI DI SISTEMA**, che dovranno essere assicurati in ciascuno dei ambiti sociali, e la cui verifica di mantenimento, nel corso della vigenza dei Piani di Zona, sarà oggetto di una specifica azione strategica del PSR 2011-2013. Parimenti, il monitoraggio di controllo degli standard minimi sarà appannaggio degli stessi ambiti sociali, i quali saranno chiamati – in sede di rendicontazione – ad attestare lo stato di mantenimento degli standard.

La volontà di definire degli standard minimi di sistema non si origina in visioni orientate al controllo, ma traggono impulso nell'affermazione di cruciali principi strutturali, senza i quali sarebbe velleitario ogni complessità programmatica.



L'individuazione degli standard minimi di sistema si origina attorno a riflessioni innescate da diffusi macro-criticità di sistema:

- L'eterogeneo accesso ai diritti di cittadinanza sociale in relazione a condizioni di status omologhe e/o comparibili;
- L'eterogenea metodologia di organizzazione di alcuni servizi in relazione ad interventi che presentano precisi riferimenti normativi;
- Lo spreco di risorse in relazione a specifiche aree di azione a detrimento dei fabbisogni emergenti in altri scibili del disagio;
- Il mancato sinallagma tra scala dei bisogni e servizi da implementarsi in ambito locale;
- La parcellizzazione degli impianti di welfare su base locale, a discapito dell'affermazione uniforme di diritti e garanzie sociali realmente fruibili.

Ricorriamo, a titolo esplicativo, ad alcuni esemplificazioni. Ad oggi, se ci riferiamo ad uno studente diversamente abile in condizione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92, è possibile che due comuni vicini, omogenei sul fronte degli indicatori di contesto e territoriali, eroghino prestazioni e servizi diversamente dimensionati (dalle 5 ore alle 20 ore settimanali), attraverso impianti di assistenza che oscillano tra la fornitura di semplici servizi di assistenza materiale (vedere, a tal proposito, il Protocollo d'intesa MIUR-MINWELFARE del 13.09.2000 e la nota MIUR 3390 del 30.11.2001) e servizi socio-educativi di tipo professionale, facendo ricorso a figure professionali o operative la cui soglia formativa oscilla tra il possesso della Licenza di scuola secondaria di primo grado e la laurea specialistica in discipline socio-psicopedagogiche.

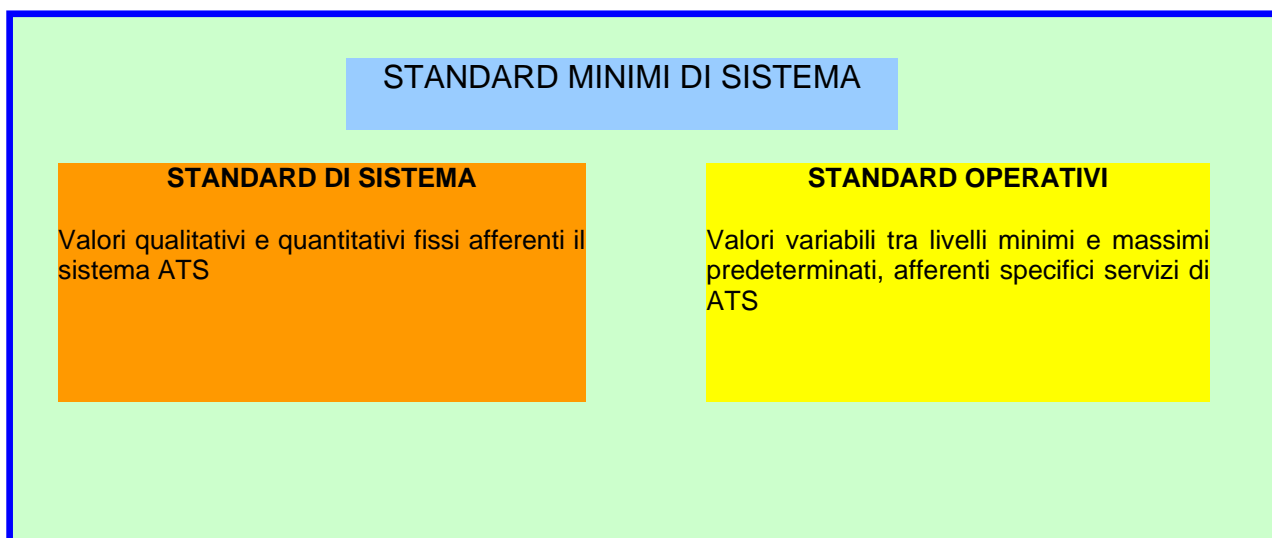
Accade, quindi, che due cittadini abruzzesi, seppur aventi il medesimo status giuridico e lo stesso livello di disabilità grave, ricevono dalle rispettive e competenti istituzioni locali, servizi sostanzialmente diversi, sia nella sostanza e sia nella forma.

Altri aspetti di criticità, infine, attengono al sistema di informazione circa le opportunità e le procedure sociali attivate in ambito locale. E' necessario che il principio della trasparenza amministrativa sia resa operativa in ogni contesto al fine di consentire alla cittadinanza e ai diversi attori sociali un migliore accesso alle opportunità.



E' anche per tali ragioni, che il 4° PSR intende definire gli **STANDARD MINIMI DI SISTEMA** che, verosimilmente, potrebbero contribuire ad evolvere i sistemi e le politiche sociali locali, riposizionando – automaticamente – la reale portata dei diritti di cittadinanza sociale delle persone.

Gli Standard minimi di sistema saranno ricondotti ad un duplice livello di entità: standard di sistema e standard operativi. Nei primi si individuano caratteristiche qualitative e quantitative comuni e standardizzate, che dovranno essere programmate e, quindi, previste in ciascuno degli ambiti sociali territoriali. Nei secondi, si individuano le caratteristiche di servizi specifici comuni, che potranno oscillare tra livelli minimi e livelli massimi, e che, tuttavia, dovranno essere pianificati da ciascun ambito territoriale.





1. A.T.S.

LIVELLO 1	LIVELLO 2
Istituzione, ove non previsto, di Ufficio di servizio sociale	Sito internet ATS ove pubblicare quantomeno le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none">- Generalità organico ufficio- Gare, bandi, avvisi, selezione, concorsi;- Elenco soggetti autorizzati da enti territoriali;- Elenco soggetti gestori;- Carta dei servizi;- Statistiche customer;- Statistiche reclami;- Forum cittadinanza;

1. Servizio Sociale Professionale

LIVELLO 1	LIVELLO 2
Organico minimo Ufficio di servizio sociale	1 assistente sociale ogni 12.000 residenti

2. Segretariato sociale

LIVELLO 1	LIVELLO 2
-----------	-----------



1 assistente sociale ogni 20.000 residenti	Erogazione in ogni ATS di min. ore 24 sett.
---	---

3. Servizio per l'autonomia e la comunicazione degli studenti disabili

LIVELLO 1

Indice di copertura minimo:
mantenimento media oraria
per singolo utente A.S.
2009/2010



CAPITOLO QUARTO

GLI OBIETTIVI E GLI INDIRIZZI DELLA GOVERNACE REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI

4.1. Il ruolo degli attori istituzionali e sociali nel sistema di welfare regionale.

Il sistema regionale di welfare deve essere strutturato come un sistema a responsabilità condivise, il quale opera mediante l'intervento coordinato dei diversi attori istituzionali e sociali presenti sul territorio, al fine di garantire una risposta efficace alla domanda di servizi da parte dei cittadini.

Ogni attore istituzione ha le sue precise responsabilità e deve esercitare la propria funzione, perseguendo l'obiettivo comune di assicurare il corretto funzionamento del sistema locale di servizi sociali.

Nel perseguire degli obiettivi di integrazione, indicati nel presente Piano sociale regionale, tutti gli attori istituzionali presenti sul territorio devono collaborare alla programmazione e all'organizzazione del sistema locale dei servizi.

A tal fine, la Regione Abruzzo intende promuovere specifiche intese finalizzate a rendere operativi gli strumenti e le procedure idonei a rendere effettiva l'integrazione delle politiche d'intervento, nel rispetto dell'unitarietà dell'azione amministrativa dei diversi soggetti istituzionali coinvolti. In tale contesto, si ricorrerà anche al "Programma di Inclusione Sociale" della Programmazione 2009-2010-2011 del P.O. F.S.E. 2007-2013 approvata con la D.G.R., 27-09-2010, nr. 744, per sostenere finanziariamente tutte le forme innovative di collaborazione che concorrano alla crescita e allo sviluppo complessivo del sistema.



4.1.2. Il ruolo dei Comuni.

I Comuni sono gli attori principali di questo sistema di welfare regionale, essendo affidata a loro, in virtù dell'art. 118, comma 1, Cost., la titolarità della funzione amministrativa in materia di servizi sociali. In tale ottica appare opportuno affidare ai Comuni anche il coordinamento dell'azione relativa all'organizzazione del sistema locale dei servizi.

4.1.3. Il ruolo delle Province.

Le Province rappresentano un'importante attore nell'ambito del sistema regionale di welfare sociale, in quanto devono concorrere alla programmazione del sistema integrato dei servizi, compresa la possibilità di contribuire all'attuazione dei Piani di Zona per gli interventi e i servizi che, per la loro stessa natura, trovano un'organizzazione più efficace sulla dimensione territoriale più ampia di quella del singolo ambito.

Pertanto, il ruolo delle Province deve essere significativo anche sotto il profilo del coordinamento istituzionale.

Inoltre, gli osservatori sociali provinciali in quanto organismi deputati alla raccolta dei dati e delle informazioni sui bisogni e sulle risorse disponibili per la comunità locale, concorrono all'attuazione del sistema informativo integrato in ambito sociale capace di mettere a disposizione conoscenze e dati contestualizzati.

Attraverso questo strumento, le Amministrazioni Provinciali fungono da punto di congiunzione tra soggetti, funzioni e contesti tradizionalmente separati, consentendo ai territori di avere informazioni attendibili e aggiornate sui bisogni e sui servizi. Solo, infatti un monitoraggio attento e continuo del territorio in un'ottica di promozione e sviluppo sociale, può favorire l'incontro tra la domanda della comunità e l'offerta di interventi e servizi da parte di enti pubblici e di organismi del terzo settore e permettere una pianificazione ed una programmazione efficace delle politiche sociali di promozione del benessere e di innalzamento della qualità della vita.



Una ricognizione territoriale attenta può altresì essere utile a stimolare la sensibilità e l'attenzione della comunità su particolari problematiche, fungendo da sensore sul territorio dei bisogni sociali emergenti.

In particolare gli Osservatori Sociali Provinciali rappresentano un prezioso strumento per:

- realizzare un monitoraggio continuativo nel tempo su fenomeni sociali, bisogni e problematiche del territorio;
- fornire una mappatura aggiornata dell'offerta dei servizi sociali del territorio abruzzese nella sua diversa articolazione;
- valorizzare ruolo e attività degli Ambiti Sociali del territorio fornendo loro dati e informazioni che agevolino i processi di pianificazione e progettazione degli interventi e dei servizi sociali;
- sviluppare attività di formazione e aggiornamento rivolte agli operatori degli Ambiti Sociali finalizzate a supportare il funzionamento del Sistema Informativo Sociale Regionale;
- sensibilizzare e fornire supporto agli Uffici di Piano nel lavoro di pianificazione e progettazione degli interventi;
- partecipare al lavoro di implementazione del Sistema Informativo Sociale Regionale;
- promuovere nuove modalità di sviluppo della cooperazione istituzionale (coordinamento e progettazione di area vasta), nella consapevolezza dell'insufficienza della dimensione comunale a rispondere adeguatamente a tutte le esigenze del territorio.

4.2. L'innovazione degli assetti istituzionali e organizzativo-gestionali degli Ambiti territoriali.

La gestione associata dei servizi sociali è il più importante obiettivo da perseguire, nell'ambito della concreta attuazione, sia del principio di sussidiarietà tra Enti Locali di dimensioni diverse, sia al principio di pari opportunità nell'accesso ai servizi di cura, per



tutti i cittadini residenti in un ambito territoriale, qualunque sia la dimensione demografica e la complessità organizzativa del Comune di residenza.

Mediante il ricorso alla gestione associata è possibile realizzare rilevanti economie di spesa, nonché applicare criteri uniformi alla gestione dei servizi in tutti i Comuni del medesimo ambito territoriale, rendendo più agevole la programmazione e l'articolazione organizzativa degli stessi.

I principali vantaggi di una gestione associata dei servizi sociali consistono nella capacità di superare le difficoltà operative conseguenti alla scarsità delle risorse finanziarie disponibili da destinare a:

- l'organizzazione dei servizi e degli interventi, nonché ai controlli degli stessi;
- la gestione dei servizi mediante l'utilizzo dei criteri uniformi sul territorio dell'ambito territoriale, in modo da garantire ai cittadini che presentano le medesime condizioni di accesso gli stessi servizi, sia da un punto di vista qualitativo, sia quantitativo;
- il miglioramento della programmazione delle risorse finanziarie.

Nonostante gli evidenti vantaggi che la gestione associata comporta, appare evidente il profondo cambiamento istituzionale, organizzativo e culturale che viene introdotto.

Nell'attuazione del Piano di Zona si ribadisce la distinzione tra la funzione di indirizzo, propria dell'organo politico-istituzionale, individuato nel Sindaco e nella Conferenza dei Sindaci, e quella più strettamente tecnico-gestionale, che è propria degli organi e della struttura amministrativa dell'Ente d'Ambito Sociale, in particolare, dell'Ufficio di Piano.

Appare, inoltre, opportuno ricomporre tutto il ventaglio delle possibilità a disposizione dei Comuni per la gestione associata dei servizi sociali, così come definite dal T.U.E.L (D. Lgs. 267/2000 e successive modificazioni ed integrazioni) e dai precedenti piani sociali regionali: in particolare da un lato le forme gestionali utilizzabili per lo svolgimento delle competenze amministrative in materia sociale dei Comuni in associazione (artt. 30, 31, 32 e 42 del D. Lgs. 267/2000 e successive modificazioni ed integrazioni), dall'altro lo strumento per la definizione e l'attuazione dei Piani di Zona, in



quanto programmi d'intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di diverse Istituzioni (art. 34 del D. Lgs. 267/2000).

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

La scelta dello strumento gestionale adeguato alla natura e allo scopo del servizio da erogare, pur essendo discrezionale, è legata strettamente alla valutazione degli interessi pubblici coinvolti e degli obiettivi programmati. Le forme utilizzabili per la gestione dei servizi sociali sono quelle della gestione in economia, dell'istituzione, dell'azienda speciale e della società a partecipazione pubblica locale (artt. Da 112 a 116 del D. Lgs. 267/2000 e successive modificazioni ed integrazioni).

In caso di affidamento dei servizi le procedure dei contratti pubblici sono disciplinate dal D. Lgs. 12.04.2006, n.163 e ss.mm.ii. in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE. La tendenza delle amministrazioni pubbliche all'esternalizzazione della produzione di servizi sociali è un ricorso tipico della realtà italiana. In tal modo l'operatore pubblico ne affida la gestione ad operatori privati sulla base di meccanismi di selezione competitivi.

Il fornitore privato, quindi, eroga il servizio al cittadino utente sulla base di una delega e di un finanziamento, mentre al delegante pubblico rimangono due tipi di responsabilità:

- la programmazione del sistema dei servizi, con lo scopo di garantire un livello di fornitura adeguato alle esigenze della collettività;
- il finanziamento del sistema, che salvaguarda le esigenze redistributive che sono alla base della nascita dei sistemi di welfare.

I comuni e gli altri soggetti istituzionali si avvalgono, tuttavia, della collaborazione delle organizzazioni di volontariato per l'ideazione, la progettazione e la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali integrati, anche mediante stipula di convenzioni, ai sensi della L.R. 37/1993, di attuazione della legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge quadro sul volontariato). Le istruttorie pubbliche in parola sono strumenti innovativi che consentono ai Comuni e agli altri soggetti istituzionali responsabili dei servizi sociali a livello locale di



promuovere la partecipazione attiva dei soggetti sociali, realizzando forme di coprogettazione in ordine a specifiche problematiche sociali, per le quali è necessario intervenire anche con modalità sperimentali e innovative.

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

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

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

4.3. Il ruolo del Terzo settore e delle organizzazioni sindacali.

4.3.1. Il principio di sussidiarietà

La partecipazione dei cittadini e dei partenariati sociali ai processi di elaborazione delle politiche di intervento di un ente locale rappresenta una delle principali modalità attraverso cui si esplica concretamente il principio di sussidiarietà, il quale, come è noto, ha assunto il rango di principio costituzionale a seguito dell'approvazione della Legge Cost., nr. 3/01.

In particolare, la sussidiarietà orizzontale è una modalità di esercizio di una pubblica funzione, caratterizzata dall'allargamento delle figure soggettive titolari di un'azione ad essa sottesa e finalizzata al perseguimento dell'interesse collettivo dei



cittadini e delle loro organizzazioni, conferendo loro un ruolo di responsabilità rispetto a se stessi ed alla comunità.

Per quanto concerne gli Ambiti territoriali, sull'attuazione di tale principio costituzionale impone l'assunzione del ruolo di soggetto promotore di cittadinanza attiva, che il legislatore costituzionale ha loro assegnato in occasione della riforma del Titolo V della Costituzione. Difatti, l'art. 118, ultimo comma, Cost. dispone che lo Stato, le Regioni, la Province, le Città Metropolitane ed i Comuni favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

Pertanto, l'applicazione del principio della sussidiarietà orizzontale comporta una particolare attenzione al riconoscimento ed alla valorizzazione delle reti di associazioni e di organizzazioni di volontariato sociale, mutando, in tal modo, l'intero assetto dei sistemi regionali e locali di Welfare.

Infatti, la partecipazione attiva di attori e organizzazioni del terzo settore (dal volontariato alle imprese sociali) implica la costruzione di programmi e di azioni di intervento, sia nella sfera mutualistica, sia in quella solidaristica del Welfare, i quali richiedono la presenza dei soggetti presenti nel tessuto delle relazioni sociali e capaci di ricostruire e riprodurre significativamente tali relazioni, anche nei momenti in cui gli interventi pubblici non sono praticabili o appaiono palesemente insufficienti.

Per raggiungere tale obiettivo, occorre affrontare in termini più ampi il rapporto con i soggetti del terzo settore che attualmente risultano essere coinvolti essenzialmente in un rapporto di tipo gerarchico con le amministrazioni locali, attraverso strumenti contrattuali e convenzionali che spesso risultano inefficienti a causa di eccessivi rigidità ed inadeguatezze funzionali.

In altri termini, il ricorso alla sussidiarietà orizzontale deve contribuire alla costituzione di rapporti di tipo orizzontale tra istituzioni locali ed associazioni, organizzazioni *non profit* e imprese sociali cooperative e non. Tale assetto istituzionale si deve esplicitare mediante forme pattizie di cooperazione capaci di accentuare la capacità di mobilitazione di risorse anche informali, in precedenza non individuate e non valorizzate nell'ambito delle comunità territoriali.



Inoltre, attraverso un rapporto diretto e aperto con tali strutture di servizio per il volontariato, si possono individuare obiettivi su cui i centri di servizi possono anche autonomamente intervenire; si possono tuttavia anche consensualmente definire le azioni di formazione e di sostegno di cui la grande ma fragile rete delle associazioni e delle organizzazioni del terzo settore ha necessità al fine della loro qualificazione. Con 'Terzo Settore' (o espressioni equivalenti come 'privato sociale', 'non profit', 'impresa sociale' o 'civile') si indica il complesso delle organizzazioni private e senza scopo di lucro, che erogano beni e servizi di utilità sociale ad elevato contenuto relazionale. Si tratta di un fenomeno sociale che deriva da un lato dalla matrice culturale nordamericana connessa alla teoria del fallimento congiunto sia dello Stato che del mercato «State/Market Failure» e, dall'altro, dal movimento di origine europea legato alle comunità intermedie. Le organizzazioni che fanno capo al Terzo settore sono variegata e differenziate nella struttura (a base filantropica, associativa, mutualistica etc.) e nelle funzioni, che vanno dalla erogazione di servizi ad azioni di *advocacy*, da attività di inclusione lavorativa alla promozione della cittadinanza attiva, dalla mutualità alla redistribuzione di risorse. La varietà organizzativa e funzionale porta alla variabilità di regolazione e inquadramento giuridico. Il Terzo settore, che rappresenta anche in Abruzzo una realtà radicata e organizzata, espressa dal complesso tessuto dell'associazionismo, del volontariato, della cooperazione sociale, ha conosciuto negli ultimi anni un sensibile sviluppo, sotto la pressione di profonde trasformazioni socioeconomiche che hanno portato alla crescita dimensionale della domanda di beni pubblici e servizi sociali erogati dal settore pubblico, al quale si chiede di garantire non soltanto la soddisfazione dei bisogni primari, ma anche la qualità della vita e il benessere complessivo dei cittadini, a fronte di una violenta crisi fiscale degli Stati contemporanei che ne diminuisce sempre più la capacità finanziaria. In questo contesto, il Terzo settore rappresenta l'elemento centrale della transizione dal 'Welfare State', sempre più insostenibile, al 'Welfare Mix' – in cui lo Stato svolge un ruolo di coordinamento, regolazione e sostegno, lasciando all'iniziativa privata il compito di colmare con la sussidiarietà l'area dei bisogni non coperta dal 'pubblico', sia sotto forme specializzate e professionali, sia nella veste di 'Welfare di Comunità'.



4.3.2. Il contesto nazionale ed europeo

Il fenomeno ha trovato codificazione a livello nazionale con la l.c. 3/2001 (riforma del titolo V della Costituzione) la quale, alla luce del principio di solidarietà, richiamato nell'art. 2, ha codificato con forza il principio della sussidiarietà, inquadrandolo in un sistema multilivello di attuazione dei diritti in cui Stato, Regioni, Enti locali e l'autonoma iniziativa dei cittadini (o sussidiarietà orizzontale - art.118, u.c. Cost. - ma già presente nella legge 328/2000, art.1, comma 4), ciascuno secondo le proprie competenze, concorrono a garantire l'effettivo godimento dei diritti civili e sociali. Si tratta di indirizzi già in parte riconosciuti e promossi dalla normativa nazionale di settore, in materia di organizzazioni non governative (l. n. 49/1987) e di organizzazioni di volontariato (l. n. 266/91), di cooperative sociali (l. n. 381/1991), di associazioni sportive dilettantistiche (legge n. 398/1991), di associazioni di promozione sociale (l. n. 383/2000), di Istituti di patronato e di assistenza sociale (legge n. 152/2001). Inoltre, l'attuazione della riforma della disciplina delle IPAB (d.lgs. n. 207/2001) potrebbe attivare anche in Abruzzo trasformazioni delle attuali strutture di ente pubblico in nuovi soggetti privati che confluirebbero anch'essi nel Terzo Settore. Le forme giuridiche sono quelle strettamente "privatistiche" previste in via generale dal codice civile (associazioni, riconosciute o meno, fondazioni, comitati, imprese (cooperative). A tali forme alcuni ne aggiungono alcune più o meno discusse (enti ecclesiastici, società di mutuo soccorso, etc.), che secondo la giurisprudenza prevalente rientrano comunque nella disciplina delle prime. Discipline trasversali sono contenute nelle disposizioni sulle ONLUS (d.lgs. n. 460/1997), e in quelle sull'impresa sociale (d.lgs. n. 155/2006).

Anche nel contesto europeo il Terzo settore è andato assumendo un rilievo crescente, come dimostra la recente risoluzione del Parlamento europeo (INI/2008/2250), nella quale si invitano gli Stati membri a provvedere al riconoscimento dell'economia sociale e dei soggetti che ne fanno parte, nell'ambito della loro legislazione e delle loro politiche e si indicano i campi di intervento nei quali la normazione interna deve intervenire per la definizione di un quadro giuridico certo basato sul riconoscimento di specifici valori¹.

1



Tuttavia, la tendenza del Terzo settore a presentarsi come alternativo sia allo Stato che al mercato non è sempre condivisa, nella misura in cui eleva il suo carattere 'non commerciale', cioè la assenza di finalità lucrative, come sostitutivo delle dinamiche del mercato, della concorrenza, della crescita economica quantitativa, chiedendo e ottenendo privilegi regolatori e incentivi economici dai governi nazionali. Sotto questo profilo, con i connessi corollari in termini di politiche di concorrenza, aiuti di Stato, appalti pubblici e in genere mercato unico, la compatibilità complessiva del fenomeno è al vaglio della Commissione europea. Si sta formando anche una giurisprudenza della Corte di giustizia, che non appena troverà consolidamento, influenzerà in una direzione o in un'altra i giudici nazionali

Sotto la lente delle istituzioni comunitarie sono da un lato le regolazioni protezionistiche e dall'altro le (connesse) incentivazioni selettive, specie di natura fiscale ma non solo, che il carattere della 'non commercialità' cioè dell'assenza dello scopo di lucro non sarebbe sufficiente a giustificare. Secondo la Commissione, infatti, anche i servizi prestati nel settore sociale potrebbero essere ritenuti un'attività economica, conformemente agli articoli 43 e 49 del Trattato, dato che se i soggetti che prestano questi servizi sono in qualche modo pagati per farlo, non rileva se il pagamento è fornito direttamente dai beneficiari del servizio o dallo Stato (Commissione UE, Comunicazione sui servizi sociali di interesse generale, COM/2006/177 def). Al riguardo, e per inciso, alcuni modelli (ad es. quello 'nordico') delle erogazioni a carattere sociale eliminano alla radice questioni di legittimità comunitaria in quanto lo Stato non eroga benefici ai prestatori di servizi ma ai cittadini beneficiari, che li spendono scegliendo l'assistenza sul relativo mercato dei servizi

Un mercato unico dei servizi è appunto ciò a cui mira l'Europa, non solo sotto il profilo delle incentivazioni, ma anche dal punto di vista delle regolazioni dell'accesso e dell'offerta, secondo le prescrizioni della direttiva 'Servizi' (2006/123/CE) che sta progressivamente entrando in vigore e con la quale la normativa regionale in materia di cooperazione sociale dovrà essere confrontata. Non vi è dubbio comunque che lo scenario in cui gli attori del Terzo settore dovranno muoversi sarà quello prefigurato dalla Commissione europea, che nella citata Comunicazione, spinge per una «modernizzazione



dei servizi sociali» realizzata attraverso «l'introduzione di metodi di "benchmarking", di controlli di qualità e partecipazione degli utilizzatori alla gestione; la decentralizzazione dell'organizzazione dei servizi verso un livello locale o regionale; *l'esternalizzazione* dei compiti del settore pubblico verso il settore privato; lo sviluppo di partenariati pubblico/privato e il ricorso ad altre forme di finanziamento, complementari al finanziamento pubblico». In sostanza, si mira da un lato alla standardizzazione dei requisiti di qualità e dall'altro al *contracting out* e PPP (*Public Private Partnership*) che nel linguaggio comunitario presuppongono comunque *evidenza pubblica e gara* nella scelta dei partner.

4.3.3. Le prospettive dell'intervento regionale

A livello regionale la vitalità delle formazioni sociali del terzo settore costituisce una ricchezza irrinunciabile per il sistema dei servizi sociali. Tale ricchezza va coltivata e implementata, garantendo i diritti sociali degli utenti, nel rispetto delle finalità e della libertà degli attori della variegata galassia del 'privato sociale', e nel contesto dell'armonizzazione delle regole, disegnata dal diritto comunitario del mercato e dai vincoli della finanza pubblica, a livello nazionale, regionale e locale.

In Abruzzo le strutture soggettive facenti capo al Terzo settore, per le quali esiste o è in via di formazione una disciplina legislativa, si articolano principalmente in organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali. Queste ultime costituiscono attualmente la parte più rilevante del fenomeno, avendo registrato un notevole incremento quantitativo sia in assoluto sia come numero di soci, e sono divenute le principali interlocutrici operative per l'attuazione del piano sociale e dei Piani di Zona, attraverso l'esternalizzazione dei servizi. In particolare, nel cooperativismo sociale, legato alla sfera del *caring*, tradizionalmente appannaggio del lavoro femminile, è prevalente l'impiego delle donne. Tale caratteristica, unita alle notevoli potenzialità di sviluppo, rendono il settore un terreno privilegiato per il perseguimento della crescita dell'occupazione femminile e per l'attuazione del principio di pari opportunità, a patto che vi sia una riqualificazione di tutto il contesto dal punto di vista economico e professionale. Uno sguardo ai dati concernenti il valore della quota annua pro socio (ottenuta dividendo il valore della produzione e dei costi per il numero degli addetti nel settore che nel 2005 –



anno preso in esame – era di 4651 unità), equivalente a 18.800 euro annui testimonia come si tratti ancora di un lavoro scarsamente redditizio.

A ciò si aggiunga la dequalificazione delle professionalità che caratterizza il settore e il rischio che comunque le donne restino maggiormente concentrate nelle fasce più basse di figure professionali

Alla crescita quantitativa deve pertanto affiancarsi anche una implementazione della formazione degli operatori, sia iniziale, sia continua, parallelamente alla qualità delle strutture, attraverso metodi e procedure di misurazione, certificazione e accreditamento di coloro che operano nel campo dei servizi alla persona, in particolare delle cooperative sociali di tipo A, ai sensi della legge 381/1991 e della l.r. 38/2004.

Al riguardo vi è un progetto di legge regionale di revisione dei regimi autorizzatori e di accreditamento previsti dalla L.R. 2/2005, ma l'intensità dei fenomeni e dei mutamenti implica riforme e razionalizzazioni di più ampio respiro, attraverso la revisione e l'aggiornamento della normativa sul volontariato (l.r. 37/93) e di quella sulla cooperazione sociale (l.r. 38/2004) e la predisposizione e approvazione del disegno di legge sull'associazionismo di promozione sociale, mentre è già in dirittura d'arrivo la riforma delle IPAB che dovrebbe portare alla trasformazione delle stesse in ASP (Aziende Servizi alla Persona) o alla loro privatizzazione, che andrà a incrementare il tessuto del Terzo settore. Naturalmente si tratta di un processo che non può essere calato dall'alto, ma richiede la partecipazione dei protagonisti del Terzo settore ai vari livelli della programmazione regionale, anche attraverso la previsione di momenti di dialogo e negoziazione, come per esempio la Conferenza Regionale del Volontariato e la sua dilatazione in Conferenza del Terzo settore.

Appare dunque di vitale necessità ristrutturare il governo del sistema attraverso la promozione di forme organizzative flessibili ed efficaci, regolazioni semplici, ma qualitativamente orientate, l'uso razionale delle risorse finanziarie, e solo con una radicale riorganizzazione del Terzo settore abruzzese, elevandone le potenzialità e la managerialità, la capacità organizzativa e l'efficienza aziendale, l'organizzazione di reti, la qualità e la competitività. Solo a queste condizioni si potrà procedere a esternalizzazioni e contracting out, dei servizi sociali senza che ciò si trasformi in un elemento di crisi per le



organizzazioni regionali a beneficio di organizzazioni extraregionali più qualificate e competitive.

4.4. I POTERI SOSTITUTIVI

La Regione Abruzzo, nel quadro della normativa vigente mantiene le seguenti competenze in materia sociale:

- indirizzi generali di programmazione delle politiche sociali;
- coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, ancorché sperimentali, di verifica e controllo della loro rispettiva attuazione a livello territoriale.

Questo quadro di competenze richiede un'attività di raccordo e concertazione, capace di dar vita a modalità di collaborazione tra la Regione Abruzzo e gli enti locali, in ottemperanza dei principi costituzionali di sussidiarietà, efficienza ed economicità dell'amministrazione.

In particolare, l'attività di verifica regionale è orientata al controllo dell'efficacia ed efficienza dei servizi sociali sul territorio.

Il potere sostitutivo tende ad assicurare che il quadro normativo delineato con la legge o con atti governativi, oltre ad essere rispettato, sia anche applicato ed attuato. Esso viene riconosciuto alle Regioni, in quanto titolari di competenza legislativa esclusiva in materia di servizi socio-assistenziali e responsabili per le relative determinazioni di politica generale. Nei casi in cui la Regione riscontri casi di inadempienza ed inosservanza degli obblighi espressamente previsti anche dai propri atti di indirizzo, essa interviene mediante l'attivazione della procedura per l'esercizio dei poteri sostitutivi.

La mancata adozione del Piano di Zona rientra tra le ipotesi di esercizio dei poteri sostitutivi regionali. La Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di politiche sociali, invita l'ambito territoriale interessato a provvedere entro un congruo termine, comunque non inferiore a quindici giorni e non superiore a novanta giorni, a sanare la situazione che ha prodotto inadempienza ovvero inosservanza degli obblighi normativi e regolamentari.

Con il medesimo provvedimento, la Giunta nomina un commissario ad acta il quale, decorso inutilmente il termine fissato, provvede agli adempimenti in via sostitutiva. Sono



comunque assicurate congrue garanzie procedurali, in conformità con il principio di leale collaborazione, in modo che l'ente sostituito sia comunque messo in grado di evitare la sostituzione attraverso l'autonomo adempimento e di interloquire nel medesimo procedimento.

In attuazione dell'art. 120 Cost., si prevede il seguente procedimento dell'intervento sostitutivo, pur facendo eccezione per i casi di assoluta urgenza. Il procedimento si articola in:

- a) una fase di diffida ad adempiere, in cui viene assegnato all'ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari;
- b) una fase di partecipazione, in cui viene sentito l'organo interessato;
- c) una fase decisoria, in cui decorso inutilmente il termine, la Regione adotta i provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina un commissario ad acta.

La nomina del commissario ad acta viene effettuata tenendo conto dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione.

4.5. LE PROFESSIONI E LE OCCUPAZIONI PER IL WELFARE DI QUALITÀ

4.5.1. Il contesto e gli scenari

La variabile "risorse umane" è universalmente riconosciuta come la più importante tra quelle che definiscono la qualità del lavoro in un ambito, quello sociale, generalmente ritenuto *labour intensive*. Ne deriva che l'investimento più produttivo nel campo del lavoro sociale è appunto quello sulle risorse umane. Un piano sociale, pertanto, deve in primo luogo promuovere le condizioni affinché interventi e servizi sociali si avvalgano di tutto il potenziale valore aggiunto dei *care workers*, in quanto operatori che hanno come compito quello di fornire 'prodotti' immateriali: *relazioni* (con una pluralità di soggetti, ognuno dei quali rappresenta un *unicum*, portatore di bisogni, richieste e aspettative in nessun caso identici); *analisi e interpretazioni* (di situazioni complesse); *individuazione di soluzioni*;



attivazione di input e del network di aiuti della sussidiarietà orizzontale e verticale; *valutazioni* delle azioni messe in campo e *reformulazione* delle strategie di azione.

Non a caso la strategia di Lisbona, fondata sulla *knowledge economy* e ribadita dal Consiglio europeo di Barcellona del 2002, ha fissato come obiettivo strategico quello di rendere *i sistemi di istruzione e formazione* dei paesi dell'Unione un punto di riferimento qualitativo a livello mondiale, incentivando inoltre la mobilità dei lavoratori, dei discenti e dei formatori da un sistema all'altro e da un paese all'altro, e attivando strumenti europei comuni di trasparenza e riconoscimento delle qualifiche.

In tale ottica non appare più eludibile, all'interno della più vasta problematica del lavoro sociale il *tema della formazione*, iniziale e continua, degli operatori.

Una fotografia dello status quo in tale ambito mostra l'immagine di un settore complesso e articolato, nel quale afferiscono una miriade di figure e profili professionali e di filiere formative. Pertanto è necessaria la ricomposizione di tale frammentazione dell'area delle professionalità sociali, anche in funzione della garanzia di standard essenziali in tutti i servizi, tenendo conto sia della ripartizione delle competenze tra Stato e Regione e degli indirizzi comunitari, sia delle specificità e degli interessi generali della Regione.

Il d.lgs. 112/98, ha introdotto la nozione di "professione sociale", lasciando allo Stato la competenza sia a individuare i requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali, sia a emanare i principi generali di disciplina dei corsi di formazione professionale (*requisiti per l'accesso, durata, standard, costi ammissibili etc.*), la cui gestione restava in capo alle Regioni. La legge 328/2000 (art. 12) ha successivamente avviato l'attuazione di questi principi rinviando ancora a decreti del Ministro del Welfare (da emanare di concerto con altri ministeri), il primo dei quali, sulla base dei criteri e parametri individuati dalla Conferenza unificata (di cui all'art. 8, d.lgs. 281/1997), avrebbe dovuto definire i profili professionali delle figure professionali sociali. Il secondo decreto, d'intesa con la stessa Conferenza unificata, avrebbe dovuto definire:

a) le figure professionali da formare con i corsi di laurea organizzati (e definiti quanto a ordinamenti didattici) dalle Università;



b) le figure professionali da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni (compresi i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei corsi);

c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della legge.

Poco dopo l'emanazione della legge 328/2000, la modifica del Titolo V della Costituzione (l.c. 3/2001) ne ha confermato nella sostanza l'impianto, individuando l'istruzione pubblica e la disciplina delle professioni fra le materie di legislazione concorrente, e collocando assistenza sociale e formazione professionale tra quelle residuali, in teoria destinate alla competenza regionale esclusiva. Ma solo in teoria. Come ha rilevato più volte la Corte Costituzionale, su tali materie, come su altre attribuite alle Regioni, incidono altre e più generali materie "trasversali" di competenza esclusiva statale. In sostanza anche dopo la suddetta riforma costituzionale del Titolo V permane a livello statale la disciplina di un nucleo di figure professionali sociali di rilievo nazionale con i connessi profili e titoli abilitanti. Tale potere viene esercitato dallo Stato nel rispetto del principio di 'leale collaborazione' (attraverso l'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni e Conferenza Unificata), né potrebbe essere altrimenti in considerazione della diversità tra i sistemi di protezione sociale assicurata dalle regioni e della pluralità degli stakeholder che tramite la regione trovano un interprete delle loro istanze.

A distanza di nove anni i DM non sono ancora stati emanati, creando notevoli criticità. Il Ministro del Welfare ha lanciato nel dicembre 2007 un programma (*"Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali. Esigenze conoscitive e possibile definizione degli step di ricerca"*) avviando un progetto di ampio respiro che ha coinvolto le Regioni e varie istituzioni nazionali di ricerca (sono disponibili i rapporti IRSO, 2009; FORMEZ, 2009; CNR, 2009), mentre un'altra ricerca parallela, della quale non è ancora disponibile il rapporto, è stata commissionata dalle Regioni a tre Università.

Caratteri e problemi dell'occupazione nel settore sociale.

Attualmente, il settore dei servizi sociali appare ancora marginale e poco stabile, fonte di occupazione spesso precaria e non tutelata, e di professionalità non sempre certificate. Infatti, una parte di operatori è priva di qualifica, o possiede qualifiche non attinenti al servizio prestato, come è messo in rilievo dall'Indagine



regionale su strutture e servizi” condotta per conto della regione Abruzzo ed evidenziato nella seguente tabella (dati 2004-2005).

SERVIZI		Personale con nessuna qualifica	Personale con altre qualifiche di carattere sociale	Totale (personale operante)
Per anziani	Numero	192	27	1143
	% sul totale operante	16,7%	2,4 %	
Per persone diversamente abili	Numero	240	9	1173
	% sul totale operante	20,5 %	0,8 %	
Per minori	Numero	72	28	670
	% sul totale operante	10,7 %	4,2 %	
TOTALE	Numero	503	64	2986
	% sul totale operante	16,8 %	2,1 %	

A livello nazionale le riforme dovrebbero ridisegnare i percorsi formativi. Si noti, peraltro che, come ha evidenziato lo stesso Ministero del Welfare, «l'innovazione formativa per il settore sociale è stata prodotta non tanto e non solo dalle istituzioni scolastiche e dalle università, quanto dalle agenzie formative distribuite sul territorio. Questo ha determinato la proliferazione di moltissime figure professionali con nomi e profili differenti da regione a regione. Per giunta, le stesse figure professionali create hanno una traduzione a dir poco problematica nella successiva pratica lavorativa del settore». (Ministero del Welfare, *Il lavoro nel settore dei servizi sociali*, cit.). La proliferazione/frammentazione delle professioni sociali è dimostrata dalla quantità di regolazioni sulle figure professionali del settore; ad esempio, la citata ricerca del



Formez ha censito ben 548 atti normativi delle Regioni riguardanti 202 figure professionali, mentre a livello nazionale le figure sono riconducibili a soli 18 profili di riferimento (come mostra la tabella seguente; fonte: Formez, 2009).

Profilo di riferimento	Figure professionali	Fonti primarie	Fonti secondarie	Totale
Animatore			1	1
Assistente sociale	Assistente sociale	4	7	11
	Assistente sociale specialista		2	2
Educatore	Educatore professionale		7	7
	Educatore per adulti		1	1
	Operatore psico-pedagogico	1	1	2
	Pedagogista		1	1
Educatore d'infanzia	Figura educativa	1		1
	Assistente all'infanzia		1	1
	Educatore di comunità		1	1
	Puericultrice	1	3	4
Figure tecniche	Vigilatrice d'infanzia	1	3	4
	Responsabile della struttura		1	1
Mediatore	Mediatore culturale	1	2	3
Operatore d'assistenza	Operatore d'assistenza		1	1
Operatore socio-sanitario (OSS)	Operatore socio-sanitario (OSS)	1	4	5
Psicologo	Psicologo	1	4	5
Sociologo	Sociologo		1	1

Un altro aspetto rilevante emerge dalla ricerca del CNR (2009, cit.), che combinando informazioni da diverse fonti, stima, relativamente al 2005, circa 617 mila operatori sociali impiegati a vario titolo (per oltre due terzi donne), di cui 225 mila nel settore pubblico, 244 mila in cooperative sociali, 120 mila in altre organizzazioni non profit e 27 mila in imprese private.

«E' significativo tuttavia – conclude il CNR – che le stime attuali sul numero di assistenti familiari (le cosiddette badanti, in larga parte donne immigrate) arrivino ormai intorno alle 700 mila unità, documentando una "familiarizzazione" dell'assistenza che rischia di svuotare il ruolo delle politiche sociali del paese».

È appena il caso di rilevare le implicazioni di tali conclusioni nella progettazione delle azioni formative di base.

Specificità regionali e direttive di piano.

La L.328/2000 ha messo in moto un vasto processo di rinnovamento istituzionale, metodologico, operativo lanciando le nuove sfide del welfare universalistico e della cittadinanza sociale. Tuttavia, anche in Abruzzo il mercato delle professioni sociali è caratterizzato da una marcata frammentazione, con una galassia di



figure professionali, formate in parte attraverso la frequenza di corsi statali, e soprattutto delle più varie agenzie formative a livello regionale.

La chiarezza sui profili professionali, con la definizione giuridicamente certa degli stessi, è condizione essenziale per una più mirata ed efficiente politica dei percorsi formativi in un contesto che consenta di garantire sia i diritti e la professionalità degli operatori, pubblici e del privato sociale, sia l'adeguamento dei servizi alla crescita e al mutamento continuo dei bisogni.

A tali fini deve essere avviato un processo di analisi, di monitoraggio e di intervento, che dovrà completarsi con la ricognizione delle professioni sociali su tutto il territorio regionale e con la revisione del sistema formativo delle figure sociali nella regione, all'interno di un contesto costituito:

a) dalle **soluzioni nazionali** che passeranno per gli accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni per quanto concerne la formazione di base e specialistica degli operatori sociali nell'ambito dell'istruzione superiore e di quella universitaria;

b) dalla definizione di una rinnovata offerta formativa regionale - articolata su tre livelli di operatività: di base, medio, e apicale - nella quale siano individuati profili professionali, requisiti di accesso, competenze, percorsi formativi c) dall'aggiornamento e riqualificazione delle figure sociali già operanti. In tale ambito va affrontato il problema del personale che ancora opera nei servizi sociali senza una specifica qualifica, messo in rilievo anche nella già citata "Indagine".

La definizione dell'offerta formativa deve essere in linea con le scelte *strategiche del piano*, i cui principali strumenti sono appunto la formazione e l'aggiornamento professionale. L'attuazione degli obiettivi di *promozione dell'autonomia* e delle capacità residue degli individui, in luogo della mera assistenza, di *permanenza nella famiglia e nella comunità* come scelta prioritaria rispetto al ricovero nelle strutture, di *valorizzazione* delle varie espressioni della *sussidiarietà* come modello privilegiato per l'erogazione dei servizi, richiede che gli operatori siano dotati di professionalità basate su un bagaglio di saperi, competenze specifiche e attitudini rapportati alla nuova domanda di welfare.

In tale ottica dovranno convergere i molteplici obiettivi qui di seguito delineati:



- ❖ *Adeguamento al REPERTORIO* delle figure sociali nazionali (il corpus unitario delle professioni sociali e dei percorsi formativi comuni a livello statale), che sta vedendo la luce a livello di coordinamento tra le regioni, come, prefigurato dalla 328/2000, anche al fine di assicurare una reale mobilità dei lavoratori sul territorio nazionale e la possibilità di partecipare a pubblici concorsi;
- ❖ *Adeguamento alle previsioni europee* in merito alle certificazioni di qualità formativa, volte a favorire la circolazione dei titoli e delle qualifiche nel territorio comunitario, anche se risulta problematica la dimensione effettiva del ruolo che le entità substatali (come le Regioni) e gli Stati stessi possono giocare nella definizione giuridica e della regolazione della 'qualità' in rapporto all'accesso al mercato e ai finanziamenti pubblici in un contesto, quale quello del mercato unico europeo, in cui agiscono forze giuridiche come la liberalizzazione della circolazione dei servizi, con il suo corredo di regole di uniformizzazione ed equivalenza (mutual recognition).
- ❖ *Definizione di un corpus unitario regionale* di figure professionali con la riunificazione di più funzioni all'interno delle singole figure professionali, al fine di ridurre la frammentazione, con la previsione di percorsi formativi articolati su una base comune e una serie di moduli specialistici per declinare, all'interno della stessa figura, varie opzioni di *profili professionali differenti* (es. tecnici della mediazione sociale, con moduli per mediatore culturale, familiare, etc.);
- ❖ *Adeguate valutazione di nuovi profili professionali* necessari per far fronte a servizi che si stima in espansione come l'accompagnamento al lavoro, l'accoglienza, e il contrasto alla violenza contro le donne, per i quali sono già state avviate attività formative. Per esempio, in tema di contrasto alla violenza contro le donne, è stato realizzato (con finanziamento POR Abruzzo Ob. 3 2000-2206 FSE Misura E 1.1), l'innovativo progetto di ricerca/azione denominato LeA – Lavoro e Accoglienza, Ricerca intervento sul fenomeno della violenza sulle donne. LeA è stato seguito, nelle province abruzzesi, dal progetto T.E.R.R.A. (Trasferibilità di Esperienze e Relazioni di Reti Antiviolenza, finanziato dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri), che ha messo in atto anche un'attività di formazione mirata agli operatori di servizi e di enti: centri antiviolenza, servizi



sociali degli enti locali, servizi sanitari, dal pronto soccorso ai consultori, forze dell'ordine, magistratura, centri per l'impiego, mondo dell'associazionismo e del volontariato – e altri servizi, già impegnati, o che si impegneranno nelle attività di contrasto e prevenzione della violenza alle donne. Si tratta di servizi innovativi ai quali si dovrà dare il dovuto supporto anche attraverso la promozione di ulteriore formazione e il riconoscimento delle specificità formative acquisite.

- ❖ *Definizione di un sistema di monitoraggio* (che agisca da interfaccia tra l'area sociale territoriale e il livello programmatorio) volto alla rilevazione e analisi delle dimensioni quanti-qualitative dell'offerta, delle criticità, del potenziale di sviluppo, del rispetto delle normative sui contratti, della rispondenza dei servizi alle aspettative dei cittadini.
- ❖ *Formazione continua*: la centralità della formazione permanente *nel moderno sistema di servizi sociali* costituisce anche la risposta ad una delle criticità delle risorse umane a livello europeo: l'innalzamento dell'età media degli operatori, fenomeno che rischia di affievolire la capacità di fronteggiare la domanda di nuovo welfare (come evidenziato nella Conferenza di Helsinki del National Research and Development Centre for Welfare and Health, *The future of employment in social care in Europe*, ottobre 2006);
- ❖ *Formazione di figure manageriali*, in grado di svolgere attività di coordinamento, monitoraggio continuo, supervisione e valutazione dell'efficienza della gestione e dell'economicità della spesa, in rapporto alla qualità e alla quantità dei servizi erogati; tale obiettivo è rilevante sia nell'ambito del lavoro pubblico – dove a livello locale esiste sia un sottodimensionamento del personale tecnico-sociale sia una difficoltà di carriera, in ragione di vincoli di spesa e normativi con conseguente blocco delle assunzioni e ricorso a consulenze esterne, sia nell'ambito del privato sociale. La formazione delle figure manageriali deve essere mirata anche ad implementare la competitività delle imprese sociali regionali, che rischiano di non riuscire a partecipare alle opportunità offerte dalla apertura dei mercati del lavoro sociale, e di essere scavalcate da imprese esterne, come dimostra il fatto che molte imprese del terzo settore di altre Regioni lavorano in Abruzzo, vincono gare e



assorbono finanza regionale, mentre non avviene lo stesso fenomeno per le imprese abruzzesi fuori regione.

- ❖ *Raccordo del settore politiche sociali con il settore formazione e lavoro.* L'attuale inquadramento dei due settori, Politiche sociali e Politiche attive del lavoro e della istruzione e formazione, nella stessa Direzione, ne deve facilitare il raccordo, con l'attivazione di tutti gli strumenti offerti dai finanziamenti comunitari previsti dall'Asse 3 "Inclusione sociale" del P.O. - F.S.E. - C.R.O. Abruzzo 2007-2013.
- ❖ È necessario infine richiamare l'attenzione sulle *nuove sfide* derivanti dall'impatto dell'evento terremoto sulla domanda sociale e sul sistema dei servizi. L'esperienza relativa alla crescita e alla specificità delle richieste emerse in occasione del drammatico evento conduce a una riflessione sulla sua generalizzazione e sulla opportunità di prevedere percorsi specialistici per la formazione di operatori dotati di specifiche competenze capaci di dare risposta immediata ed efficace a esigenze e bisogni di individui e comunità prodotti da situazioni di emergenza e di post emergenza.

La moltiplicazione delle occupazioni e delle professioni del lavoro sociale è stata particolarmente intensa negli ultimi decenni, sulla base di spinte particolaristiche manifestatesi in diversi contesti istituzionali e organizzativi.

Essa, tuttavia, ha funzionalmente ampliato il novero delle professioni impegnate nei servizi alle persone, tradizionalmente focalizzate su professioni tradizionali.

Per lungo tempo, è stato difficile comprendere quanto il sistema delle politiche e dei servizi sociali, pur focalizzato alla determinazione della salute come condizione globale della persona, dovesse essere governato da competenze maggiormente capaci di leggere ed affrontare il disagio quale prospettiva in cui fattori socio-culturali, economici, geoterritoriali, strutturali e personali si correlano.

A titolo esemplificativo, se il sistema sanitario nazionale si focalizza sulla prevenzione, diagnosi/cura e riabilitazione della condizione patologica, il sistema socio-assistenziale assume, nel contempo, funzione riparativa, compensativa, integrativa rispetto agli effetti che le dinamiche sociali e personali producono sull'individuo.

In ciò, l'intervento sociale presenta una paradossale complessità di azione.



Esso necessita di anamnesi, di valutazione dei network, di valutazione dei contesti gruppali, di pianificazione individuale in cui il rapporto causa / effetto è legato dinamicamente a fattori conosciuti e ad elementi variabili, alla capacità empatica e a quella di rappresentanza, alla necessità di coordinare – molto più di quanto avvenga in altri settori del welfare, la priorità dei bisogni e alle risorse disponibili. L'eccessiva parcellizzazione dei profili operanti in area sociale, tuttavia, non sempre trova una ragionevole giustificazione nei livelli di specializzazione delle attività e nella specificità delle domande sociali espresse dalla popolazione. In altre sedi sono stati evidenziati gli effetti prodotti da questa differenziazione di attività e di figure professionali che si sono tradotti in un ulteriore indebolimento delle professioni del lavoro sociale, anche e soprattutto con riferimento alla competizione che tali figure devono continuamente affrontare nei confronti delle figure sanitarie da un lato e di quelle amministrative dall'altro.

Per affrontare in maniera adeguata l'evidente processo di frammentazione di tali profili e l'indebolimento progressivo delle competenze del lavoro sociale professionale, occorre agire con tempestività su due linee:

- Realizzare, nel più breve tempo possibile, un **catalogo delle competenze professionali**, capaci di rappresentare nella loro globalità gli esiti del processo di diversificazione delle attività e delle funzioni del lavoro sociale nell'ambito dei servizi sociali territoriali e istituzionali;
- Definire un **indirizzo generale** per quanto attiene il collocamento funzionale delle diverse competenze, al fine di dirimere quelle incertezze che producono differenti piattaforme prestazionali a parità di tipologia di intervento, ivi compreso la definizione dei processi di formazione continua da realizzarsi in maniera mirata, anche attraverso convenzioni con pubblici atenei o organismi accreditati relativamente ai focus formativi;



4.6 OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE - Il potenziamento del sistema informativo regionale

L'esperienza fin qui realizzata dalla rete degli Osservatori (regionale e provinciali) ha accompagnato la predisposizione di una nuova strategia di consolidamento e sviluppo del sistema informativo sociale regionale che partendo da una riflessione sulla logica fin qui utilizzata - e cioè quella di un sistema cui è affidato il compito di raccogliere dati finalizzati fundamentalmente a necessità di monitoraggio statistico - si evolve allo scopo di promuovere un nuovo modello finalizzato alla realizzazione di un sistema informativo che risponda, non solo alle esigenze di conoscenza e monitoraggio, ma che sia concretamente connesso alle esigenze di gestione del sistema dei servizi dell'Ambito sociale.

In questa strategia il sistema informativo regionale determina gli obiettivi da raggiungere ridisegnando le proprie attività prevalentemente intorno alle esigenze degli ambiti sociali territoriali, curando, nel contempo, la messa a regime - attraverso un sistema di strumenti, regole e debiti informativi - di una efficace e proficua interconnessione con i livelli superiori (provinciale e regionale).

Si tratta senza dubbio di un obiettivo strategico rilevante che permetterebbe di effettuare un vero salto di qualità nella dotazione degli strumenti informativi a supporto delle attività di programmazione e monitoraggio. Ma si tratta anche di un obiettivo il cui raggiungimento implica un percorso complesso, sia sotto il profilo dell'organizzazione informativa e informatica, quanto per le implicazioni di carattere organizzativo e motivazionale del personale che opera all'interno del sistema dei servizi. Si tratta pertanto di un progetto di lavoro che richiede un impegno robusto sia da parte del livello politico sia da parte del livello dirigenziale.

I principali tratti del nuovo disegno organizzativo possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- Implementazione dei sistemi informativi attivati in funzione delle esigenze degli ambiti sociali territoriali, allo scopo di garantire l'aggiornamento della mappa dell'offerta di interventi e servizi sociali; la raccolta sistematica dei dati relativi ai percorsi dell'utenza



all'interno del sistema dei servizi; la raccolta dei dati che descrivono il personale impegnato nei servizi; i dati economici;

- Adozione della cartella sociale informatizzata al fine di: seguire puntualmente l'utenza lungo tutto il processo di ascolto - accoglienza - presa in carico-dimissione; archiviare e storicizzare gli interventi effettuati per poter disporre di una visione integrata degli interventi effettuati sulla persona e sulla famiglia; omogeneizzare le metodiche del lavoro sociale professionale e raccogliere i dati in modo strutturato, agevolando lo scambio delle informazioni con gli altri servizi della rete sociale; favorire l'integrazione delle informazioni sociali con quelle afferenti alle altre professionalità sanitarie che concorrono in fase di valutazione multidisciplinare o di definizione di progetti di intervento complessi;

- Consolidamento del ruolo degli Osservatori Provinciali che supportano e coordinano le attività di monitoraggio e raccolta delle informazioni sul territorio sviluppando, con gli ambiti sociali territoriali, una rete di interconnessione in grado di offrire la massima omogeneità, comparabilità e affidabilità dei dati, l'unitarietà del sistema, la più ampia libertà di "sfruttamento delle informazioni", le attività di monitoraggio a sostegno alle progettazione, programmazione e valutazione degli interventi, il supporto alla formazione degli operatori;

- Definizione di un disegno unitario del sistema, che si sostanzia in un insieme di requisiti, vincoli, classificazioni, indirizzi e debiti informativi, definito dal livello regionale (in raccordo con analoghi indirizzi di livello nazionale), cui è affidato il compito di garantire i necessari caratteri di omogeneità della base dati e la disponibilità dei dati statistici minimi indispensabili al sistema informativo sociale regionale. I principali caratteri di unitarietà del sistema sono costituiti da seguenti punti: condivisione di un "database unico regionale degli interventi e dei servizi sociali" e impegno al costante aggiornamento dei dati; adesione ad un sistema di classificazione condiviso; impegno a rendere disponibili in tempi definiti specifici e concordati debiti informativi; rispetto di specifici vincoli informatici e di telecomunicazione che assicurino l'interfacciabilità dei sistemi locali e del sistema regionale



CAPITOLO QUINTO

LA POLITICA DELLA SPESA

5.1. PREMESSA

La politica della spesa riveste un ruolo fondamentale di strategia trasversale cui è affidato il raggiungimento degli obiettivi del Piano Sociale Regionale, con la consapevolezza del difficile momento in cui versa l'economia del Paese e della diminuzione delle risorse sia a livello regionale che statale.

Le risorse complessive che concorrono all'attuazione del Piano Sociale Regionale 2011-2013 sono di diverse tipologie stanziare dallo Stato (Fondo Nazionale Politiche Sociali - FNPS), dalla Regione (Fondo Sociale Regionale - FSR) e dall'Unione Europea (Fondo Sociale Europeo -FSE).

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



Le risorse finanziarie gestite dalla Regione - Assessorato alle Politiche Attive del Lavoro Formazione, Istruzione, Politiche Sociali - e destinate direttamente alla realizzazione del piano sociale regionale si sintetizzano nella tabella che segue:

Tabella
Risorse finanziarie specifiche - Previsione Programmazione triennale

<i>Risorse Regionali (FSR)</i>	<i>Risorse statali (FNPS)</i>	<i>Risorse Comunitarie (FSE)</i>
€ 33.000.000,00	€ 30.000.000,00	13.000.000,00 (anno2011) 12.000.000,00 (anno 2012-2013)

➤ **RISORSE REGIONALI** sono quelle del Fondo Sociale Regionale, iscritte del bilancio di competenza di ciascuna annualità

Le risorse regionali annuali del Fondo Sociale Regionale sono ripartite in :

1. Risorse destinate ai Comuni per l'attuazione di interventi generali
2. Risorse destinate agli Ambiti territoriali sociali per interventi speciali
3. Risorse destinate alla sostenibilità del fondo minori istituito presso gli Ambiti

Territoriale Sociali

4. Interventi diretti regionali
5. Azioni di sistema

1. - Risorse destinate ai Comuni per l'attuazione di interventi generali

Una quota pari al 40% delle risorse regionali è ripartita ed assegnata annualmente a tutti i Comuni della Regione quale contributo per l'attuazione degli interventi generali.



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

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

- 80% delle risorse è suddiviso fra tutti i Comuni in proporzione alla popolazione residente;
- 10% delle risorse è suddiviso fra tutti i comuni in proporzione al tasso di natalità;
- 10% delle risorse è suddiviso fra tutti i comuni in proporzione alla percentuale di anziani (65 e oltre) residenti

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

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

Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati dai Comuni e non possono superare l'80% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione degli interventi generali, calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione degli stessi



(altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.)

La quota gravante direttamente su ciascun Comune deve essere pari ad almeno il 20% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione degli interventi generali - anche nel caso di trasferimento all'EAS per l'attuazione del piano di zona - calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione degli stessi (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.)

I contributi assegnati e insufficientemente rendicontati alla Regione, sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.

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

2. - Risorse destinate agli Ambiti Territoriali sociali per interventi speciali

Una quota pari al 25% delle risorse regionali, è destinata agli Ambiti Territoriali Sociali, per il finanziamento di programmi operativi e/o sperimentali che realizzano specifiche azioni nelle materie/aree previste nel Piano Sociale Regionale ed incluse nel piano di zona.

L'assegnazione del contributo , calcolato secondo i seguenti criteri:



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

,dopo l'approvazione del piano di zona da parte dell'Esecutivo Regionale, è effettuata annualmente con determinazione dirigenziale.

L'ammontare regionale non può essere superiore all'importo richiesto.

Eventuali risorse non assegnate, per insufficienza o inadeguatezza dei programmi presentati, sono utilizzate per incrementare le risorse della quota "Interventi diretti regionali"

3. Risorse destinate alla sostenibilità del fondo minori istituito presso gli Ambiti Territoriale Sociali

Una quota pari al 20% delle risorse regionali è assegnata agli Ambiti territoriali sociali, per la sostenibilità del Fondo Minori, presso ciascun ambito sociale, destinato a sostenere la spesa dei Comuni per i minori allontanati dalla famiglia con provvedimento del Giudice o dei minori non accompagnati.

La Regione ha stabilito, con proprio atto di indirizzo applicativo, le modalità e il funzionamento del Fondo.

Obiettivo prioritario del Fondo deve essere la destinazione al sostegno specifico sulle spese che i Comuni sostengono per i minori immigrati non accompagnati non residenti nel proprio territorio.

Il fondo è alimentato sia dal contributo regionale che da risorse proprie dei Comuni dell'ambito di appartenenza.

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



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

4 – Interventi diretti regionali

La quota pari al 5% delle risorse regionali è riservata alla Regione per l'utilizzazione diretta, relativa al finanziamento dei progetti, azioni innovative e sperimentali, per realizzare studi e ricerche e per l'attività dell'Osservatorio Sociale Regionale.

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

- dalla quota - Risorse destinate ai Comuni per l'attuazione di interventi generali;
- dalla quota - Risorse destinate agli Ambiti territoriali sociali per interventi speciali
- dalla quota – Azioni di sistema.

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

5 – Azioni di sistema

Una quota pari al 10% quota del Fondo sociale regionale, è destinata al finanziamento delle azioni di attuazione del piano sociale regionale denominate "azioni di sistema

In tale quota confluiscono annualmente anche le somme non utilizzate dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (quota B.1 – Piani di Zona e dalla quota B.2 – Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali).

Per il finanziamento di alcune azioni che richiedono una spesa particolarmente rilevante, possono confluire, in tale quota, anche somme del FNPS appositamente



individuata dalla Giunta regionale in sede di ripartizione annuale delle risorse con specifica finalizzazione.

La Giunta Regionale, con proprio atto di indirizzo applicativo stabilisce l'impiego di detti fondi, finalizzato alla scelta di specifiche azioni da realizzare ed alla dotazione di risorse assegnate a ciascuna azione.

➤ **RISORSE STATALI:** sono quelle del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), messe a disposizione annualmente dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, senza vincolo di destinazione.

La tabella che segue, evidenzia l'entità delle risorse statali nel periodo 2007-2010, provenienti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali, dove si evince chiaramente il dimezzamento, ad oggi, delle risorse.

Tabella 14
Destinazione delle risorse statali (FNPS)

Risorse provenienti dal FNPS	2007 (in migliaia di euro)	2008 (in migliaia di euro)	2009 (in migliaia di euro)	2010 (in migliaia di euro)
Dotazione Fondo Nazionale Politiche Sociali	18.261.223,16	16.090.739,56	12.702.618,09	9.315.462,05 *

* su richiesta dell'assessorato alle Politiche Sociali, si è ottenuto un emendamento al decreto del fondo nazionale politiche sociali, anno 2010, concernente l'aumento di risorse finanziarie a favore della sola regione Abruzzo, in particolare ottenendo le medesime risorse finanziarie assegnate per l'annualità 2009

Entro trenta giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale sulla Gazzetta Ufficiale, la Giunta Regionale provvede a stabilire, sulla base degli obiettivi e delle indicazioni del presente piano sociale, l'entità delle risorse direttamente utilizzabili per la realizzazione dei piani di zona ("risorse indistinte statali" pari al 90% per PDZ e 7%



Gestione associata) e quelle da finalizzare ad altre attività sociali (pari al 3% della dotazione del FNPS), anche gestite da più Direzioni Regionali.

Le risorse destinate dal Piano sociale regionale direttamente al finanziamento dei piani di zona così ripartite :

1. Piani di Zona
2. Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali

1 – Piani di Zona.

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

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

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

L'ammontare del contributo da assegnare agli ambiti territoriali sociali per i piani di zona è calcolato secondo il criterio che segue:
70% in proporzione diretta alla popolazione residente
25% in proporzione all'indice di dipendenza
5% in proporzione inversa alla densità demografica,



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

Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative all'attuazione del Piano di zona.

L'ammontare del contributo statale non può essere superiore all'importo richiesto.

Le risorse della quota 1 non possono superare l'80% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione del piano di zona nell'annualità di riferimento, calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione del piano di zona (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.).

La quota di spesa complessivamente gravante sui Comuni dell'Ambito deve essere pari ad almeno il 20% della spesa impegnata per la realizzazione del Piano di zona nell'annualità di riferimento. La quota è calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione del piano di zona, quali altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc..

I contributi assegnati e insufficientemente rendicontati alla Regione, nei tempi e con le modalità previste nel Piano Sociale Regionale sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.

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

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



Una quota delle risorse statali pari al 7% è destinata ogni anno al finanziamento dei piani di zona è attribuita agli ambiti territoriali sociali per incentivare la gestione associata dei servizi sociali.

A seguito dell'accertamento delle entrate provenienti dal FNPS , il finanziamento sarà attribuito agli ambiti in relazione all'istituzione formale dell'Ufficio di Piano per l'attuazione del piano di zona e può essere utilizzato per il funzionamento di detto organismo o qualora l'ambito territoriale sociale lo ritenesse opportuno , la possibilità di utilizzare tale quota per l'organizzazione dei servizi.

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

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

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

- 50% in parti uguali fra tutti gli ambiti;
- 25% in proporzione alla popolazione residente;
- 25% in proporzione inversa alla densità demografica.

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

I contributi assegnati e insufficientemente rendicontati alla Regione, sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.



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



IL FORMULARIO

Piano Sociale Regionale 2011-2013

Piano di zona 2011-2013

STESURE	Piano di Zona	Data sottoscrizione accordo di programma
01		
02		
03		





AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

<i>n.</i>	<i>Denominazione</i>
Ente di Ambito Sociale:	

Comune/Comuni

..	COMUNE DI	..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	
..		..	

Provincia	
Azienda USL	
Distretto/i Sanitario/i di Base	

GRUPPO DI PIANO <i>(indicare nominativi e rappresentanze dei componenti del Gruppo di Piano)</i>	
Nominativo	Organismo rappresentato



Descrizione del processo di formazione del Piano di Zona (max 30 righe)

**SEZIONE I - PROFILO SOCIALE LOCALE****1.1. Gli indicatori di impatto e di strategia contesto dell'Ambito territoriale** (a cura ATS)

COD.	INDICATORE	INDICATORE AMBITO	CATEGORIA INDICATORE
A.n.E	Indicatori di impatto dei livelli essenziali (Infanzia, giovani e famiglia)		
A.1.E	Tasso copertura posti asili nido /servizi integrativi per la prima infanzia per popolazione della classe di età 0-2 anni		Impatto LIVEAS
A.2.E	Tasso di partecipazione giovanile 15-25 anni ai servizi attivati		Impatto LIVEAS
A.3.E	Tasso di copertura su totale famiglie		Impatto LIVEAS
A.4.E	Tasso copertura su totale famiglie con persone diversamente abili		Impatto LIVEAS
A.5.E	Numero affidi e adozioni		Impatto LIVEAS
A.6.E	Numero bambini e famiglie seguite		Impatto LIVEAS
A.7.E	Numero minori in comunità		Impatto LIVEAS
A.8.E	Numero segnalazioni casi violenza ai minori		Impatto LIVEAS
B.n.E	Indicatori di impatto dei livelli essenziali (Inclusione sociale)		
B.1.E	Tasso copertura servizi di inclusione per gruppo target		Impatto LIVEAS
B.2.E	Percentuale di progetti personalizzati con reddito di inserimento su totale utenti		Impatto LIVEAS
B.3.E	Tasso di accessi con ISEE su tot. Utenti		Impatto LIVEAS



B.4.E	Percentuale progetti integrati su totale utenti		Impatto LIVEAS
B.5.E	Numero contatti e interventi Pronto Intervento Sociale		Impatto LIVEAS
C.n.E	Indicatori di impatto dei livelli essenziali (Anziani)		
C.1.E	Tasso di copertura domiciliarità		Impatto LIVEAS
C.2.E	Tassi copertura servizio domiciliare h/utente		Impatto LIVEAS
C.3.E	Numero utenti assistiti a distanza		Impatto LIVEAS
C.4.E	Tasso copertura anziani non autosufficienti		Impatto LIVEAS
C.5.E	N. attività continue di auto-mutuo-aiuto per anziani		Impatto LIVEAS
C.n.E	Indicatori di impatto dei livelli essenziali (Disabilità)		
D.1.E	Tasso copertura servizio domiciliare disabili		Impatto LIVEAS
D.2.E	Numero di persone diversamente abili fruitori assistenza scolastica specialistica/media oraria di assistenza		Impatto LIVEAS
D.3.E	Percentuale di progetti personalizzati su tot. popolazione disabile		Impatto LIVEAS
D.4.E	Numero posti disponibili di comunità "dopo di noi"		Impatto LIVEAS
D.5.E	Tasso copertura servizi diurni su tot. pop. disabile		Impatto LIVEAS
D.6.E	Numero pers. con disagio mentale in carico		Impatto LIVEAS
S	Indicatori di strategia		
S.1	Percentuali di spesa per area Infanzia, giovani e famiglia		Strategia



S.2	Percentuali di spesa per area Inclusionione sociale		Strategia
S.3	Percentuali di spesa per area Anziani		Strategia
S.4	Percentuali di spesa per area Disabilità		Strategia
S.5	Percentuale di spesa dei livelli essenziali		Strategia
S.6	Quote investite Azienda Usl e Ambito per integrazione		Strategia
S.7	Punti Unici di Accesso attivati nell'ambito		Strategia
S.8	Percentuale di finanziamento da parte ambito		Strategia
S.9	Percentuale di compartecipazione utenza		Strategia
S.10	Quota pro-capite investita utente per servizio		Strategia



1.2 Elaborazione ed analisi del contesto sociale generale dell'Ambito Territoriale (max 120 righe)



I.3 Valutazione di impatto dei risultati della precedente programmazione (max 60 righe)



I.4. Analisi del sistema locale di offerta di servizi alla persona (max 60 righe)

--

I.5. Domanda ed offerta di servizi socio-assistenziali in ATS (max 60 righe)

TIPOLOGIA SERVIZIO	DOMANDA 2009 (valore in unità)	OFFERTA 2009 (valore in unità)	SCOSTAMENTO (valore %)



SEZIONE II – OBIETTIVI DEL PIANO

Gli obiettivi del Piano di zona e gli indicatori

▪ AREA A: MINORI-GIOVANI-FAMIGLIA

A1.E.	
A.2.E.	
A.3.E.	
A.4.E.	
A.5.E.	

AREA B: INTERVENTI SPECIALI

B.1.E.	
B.2.E.	
B.3.E.	
B.4.E.	
B.5.E.	

▪ AREA C: ANZIANI

C.1.E.	
C.2.E.	
C.3.E.	
C.4.E.	
C.5.E.	

▪ AREA D: PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

D.1.E.	
---------------	--



D.2.E.	
D.3.E.	
D.4.E.	
D.5.E.	

AZIONI PROPOSTE

OBIETTIVO	AZIONE Piano di Zona

II.3. Valutazione di impatto sociale del Piano di Zona 2011-2013 (GLI STANDARD MINIMI DI SISTEMA)

STANDARD MINIMI	FOCUS STANDARD	TEMPI DI ATTUAZIONE	MODALITA'
Livello 1			
Livello 2			
Livello 3			
Livello 4			
Livello 5			
Livello 6			
Livello 7			



STANDARD OPERATIVI	FOCUS STANDARD	TEMPI DI ATTUAZIONE	MODALITA'
Livello 1			
Livello 2			
Livello 3			
Livello 4			
Livello 5			

SEZIONE III – SISTEMA LOCALE DEI SERVIZI

III.1. I livelli essenziali di assistenza del Piano di Zona 2011-2013

TIPOLOGIA PER AREA	SERVIZIO
SERVIZI GENERALI	
AREA MNORI GIOVANI FAMIGLIA	
AREA ANZIANI	
AREA PERSONE DIVERSAMENTE ABILI	



III.2 Strategie per il welfare globale (max 60 righe)

III.3. Il sistema locale di accesso (max 60 righe)



SEZIONE IV – AREE PRIORITARIE DI BISOGNO E SERVIZI

IV. LIVELLI ESSENZIALI GENERALI

IV.1. Analisi dei problemi e definizione degli obiettivi *(max 30 righe)*



IV.1.1. Servizi ed interventi

LIVELLI ESSENZIALI GENERALI	
Num.	Scheda
1
Obiettivo	

TITOLO AZIONE							
OBIETTIVI							
STRATEGIA							
ATTIVITA' PREVISTE							
TEMPISTICA							
STRUTTURE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE PREVISTE							
RISORSE FINANZIARIE – COSTO AZIONE	<table border="1"><thead><tr><th><i>2011</i></th><th><i>2012</i></th><th><i>2013</i></th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>			
<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>					
ANALISI DEI COSTI							
STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE ATTIVA, COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE							
AZIONI SUSSIDIARIE							
METODOLOGIE DI VALUTAZIONE							
RISCHI E CRITICITA'							



MODALITA' DI GESTIONE DELL'AZIONE	
COSTO ORARIO DEL SERVIZIO (in caso di esternalizzazione)	

IV.2. AREA MINORI, GIOVANI, FAMIGLIA

IV.2. Analisi dei problemi e definizione degli obiettivi (max 30 righe)

--

IV.2.1. Servizi ed interventi

<u>AREA MINORI, GIOVANI, FAMIGLIA</u>	
Num.	Scheda
1
Obiettivo	

TITOLO AZIONE	
OBIETTIVI	



STRATEGIA							
ATTIVITA' PREVISTE							
TEMPISTICA							
STRUTTURE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE PREVISTE							
RISORSE FINANZIARIE – COSTO AZIONE	<table border="1"><thead><tr><th><i>2011</i></th><th><i>2012</i></th><th><i>2013</i></th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>			
<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>					
ANALISI DEI COSTI							
STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE ATTIVA, COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE							
AZIONI SUSSIDIARIE							
METODOLOGIE DI VALUTAZIONE							
RISCHI E CRITICITA'							
MODALITA' DI GESTIONE DELL'AZIONE							
COSTO ORARIO DEL SERVIZIO (in caso di esternalizzazione)							



IV.3. AREA PERSONE ANZIANE

IV.4 Analisi dei problemi e definizione degli obiettivi (max 30 righe)

--

IV.4.1.

<u>AREA ANZIANI</u>	
Num.	Scheda
1
Obiettivo	

TITOLO AZIONE	
OBIETTIVI	
STRATEGIA	
ATTIVITA' PREVISTE	



TEMPISTICA							
STRUTTURE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE PREVISTE							
RISORSE FINANZIARIE – COSTO AZIONE	<table border="1"><thead><tr><th><i>2011</i></th><th><i>2012</i></th><th><i>2013</i></th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>			
<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>					
ANALISI DEI COSTI							
STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE ATTIVA, COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE							
AZIONI SUSSIDIARIE							
METODOLOGIE DI VALUTAZIONE							
RISCHI E CRITICITA'							
MODALITA' DI GESTIONE DELL'AZIONE							
COSTO ORARIO DEL SERVIZIO (in caso di esternalizzazione)							

IV.4. AREA PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

IV.4. Analisi dei problemi e definizione degli obiettivi (max 30 righe)



--

IV.4.1.

<u>AREA PERSONE DIVERSAMENTE ABILI</u>	
Num.	Scheda
1
Obiettivo	

TITOLO AZIONE	
OBIETTIVI	
STRATEGIA	
ATTIVITA' PREVISTE	
TEMPISTICA	
STRUTTURE ORGANIZZATIVE ED OPERATIVE PREVISTE	



RISORSE FINANZIARIE – COSTO AZIONE			
	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
ANALISI DEI COSTI			
STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE ATTIVA, COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE			
AZIONI SUSSIDIARIE			
METODOLOGIE DI VALUTAZIONE			
RISCHI E CRITICITA'			
MODALITA' DI GESTIONE DELL'AZIONE			
COSTO ORARIO DEL SERVIZIO (in caso di esternalizzazione)			



SEZIONE V – GESTIONE DEL PIANO

V.1. Composizione ed organizzazione Ufficio di Piano *(max 30 righe)*

V.2. Informazione, comunicazione, partecipazione della cittadinanza e degli attori sociali sussidiari *(max 30 righe)*



V.3. La formazione professionale degli operatori *(max 30 righe)*

VI. GLI ATTI ALLEGATI