

Programmazione Sociale Regionale
2022 - 2024



PIANO SOCIALE
REGIONE ABRUZZO

PROTEZIONE
INCLUSIONE
OPPORTUNITÀ
DI VITA



REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO LAVORO - SOCIALE
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIALE

Pietro Quaresimale - *Assessore con delega alle Politiche Sociali*

Renata Durante - *Direttore Dipartimento Lavoro - Sociale*

Raimondo Pascale - *Dirigente Servizio Programmazione Sociale*

Gruppo di lavoro Regione Abruzzo - *Redazione Piano Sociale Regionale 2022-2024*

Raimondo Pascale - Patrizia Pennelli - Salvatore Gizzi - Cristina Di Baldassarre -
Michele Piscicelli - Concetta Troilo

Gruppo di Lavoro Assistenza Tecnica Abruzzo Sviluppo - *Redazione Piano Sociale Regionale 2022-2024*

Gennaro Tornincasa - Massimiliano Esposito - Federico Cifani - Simona Foschini -
Giulia Ferri - Dasantila Hoxha - Mirca Di Pietro - Federico Romagnoli - Marzio Maria
Cimini - Stefano Gualdi - Manuel Micaloni - Emmalisa Di Felice

Coordinamento Editing
Abruzzo Sviluppo

Grafica e impaginazione
Ecomood

Si ringraziano i tecnici e i dirigenti degli Ambiti Distrettuali Sociali e del Terzo Settore, il mondo dell'associazionismo e del volontariato, le istituzioni locali e tutte le organizzazioni sindacali e del privato sociale per i contributi e le osservazioni. Il loro prezioso apporto ci ha permesso di rendere il Piano più vicino e corrispondente ai bisogni e alle esigenze della parte più fragile della nostra comunità regionale.

Realizzazione editoriale anno 2022
Finito di stampare a ottobre 2022

INDICE

Parte I - Quadro Normativo. Risorse e Politiche della Spesa	1
Parte II - Indirizzi Tematici. Interventi e Servizi alla Persona	139
Parte III - Profilo Sociale Regione Abruzzo	271
Atto di indirizzo applicativo per gli adempimenti della programmazione e implementazione dei piani distrettuali sociali	497
Allegato A - Formulario Piano distrettuale sociale	509
Allegato B - Linee guida per la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi alla persona a elevata integrazione socio-sanitaria	609

Prefazione

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 della Regione Abruzzo è il risultato di un lavoro di condivisione e partecipazione svolto insieme ai referenti istituzionali, del mondo del volontariato e del Terzo Settore che operano direttamente nei diversi ambiti e settori della società civile, degli enti locali e degli Ambiti Distrettuali Sociali, dell'Università, della Giustizia minori e degli adulti, dell'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria, dei servizi educativi per l'infanzia e per la famiglia e del mondo produttivo, del lavoro e delle professioni.

Un'attività di vera e propria co-programmazione coordinata dalla Regione Abruzzo, attraverso il Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Lavoro-Sociale e il supporto strategico e del networking della cabina di pilotaggio della Presidenza "Abruzzo Prossimo", che coordina e indirizza le politiche e le azioni della programmazione strategica regionale per il prossimo decennio 2020-2030.

Numerosi ed essenziali sono risultati i contributi e i suggerimenti degli attori presenti nella cabina di regia, oltre 60 referenti di enti istituzionali e del terzo settore, e di altri organismi e servizi interessati e chiamati a partecipare. Un vero ascolto del territorio ad ampio raggio che ha permesso di programmare le azioni e fornire gli indirizzi ai 24 Ambiti Distrettuali Sociali e a tutti gli operatori sociali e sociosanitari impegnati per accogliere con forza la sfida di una nuova programmazione sociale integrata. Molti fattori e aspetti entrano in gioco, a partire dalla ridefinizione delle politiche sociali ordinarie con l'implementazione e il rafforzamento dei nuovi livelli essenziali di prestazioni sociali indicati dal Piano Sociale Nazionale 2021-2023, passando per le misure di implementazione dei servizi sociali territoriali del Piano Povertà e del PON-Inclusione, le azioni per la non autosufficienza del FNA 2022-24 in corso di definizione, fino alle misure della programmazione sociale e sociosanitaria straordinaria del PNRR e del FSE 2021-2027.

La nuova programmazione regionale vuole indirizzare e stimolare tutti gli attori sociali coinvolti, a partire dagli Ambiti Distrettuali Sociali e dai Comuni, attraverso una costante interlocuzione e l'ascolto del territorio, insieme all'attività della Cabina di Regia di monitoraggio e rielaborazione della co-programmazione in relazione ai dati di contesto rilevati nel profilo sociale e agli elementi di innovazione, di cambiamento e di criticità che possono intervenire e manifestarsi.

La pluralità delle risorse umane e finanziarie messe in campo e previste rappresenta sicuramente un'opportunità in questa fase storica per la nostra regione e il territorio nazionale, ma nello stesso tempo richiede una maggiore coesione e condivisione nella fase di programmazione e la realizzazione di progetti e azioni di rafforzamento e di efficientamento dell'intero sistema locale dei servizi alla persona. Servizi che devono garantire risposte sempre più efficaci e inclusive a bisogni complessi, consolidati ed emergenti, dei cittadini che presentano maggiori criticità e fragilità e rischi di esclusione sociale.

Questo nuovo Piano Sociale rappresenta, pertanto, un nuovo punto di partenza che fa tesoro delle esperienze positive e delle criticità delle precedenti programmazioni, da cui progressivamente far derivare azioni integrative e complementari del sistema e di accompagnamento agli Ambiti Distrettuali Sociali e agli attori sociali impegnati nella sua attuazione. Esso rappresenta inoltre uno strumento di aggiornamento e riadeguamento degli strumenti normativi e regolamentari regionali nel settore dei servizi alla persona, degli assetti territoriali per l'integrazione sociosanitaria che il Piano pone tra le priorità.



L'Assessore regionale alle Politiche Sociali

Avv. Pietro Quaresimale

Premessa

Il Piano Sociale Regionale è un atto fondamentale di programmazione: non è un fantasticare consolatorio oltre le grandi difficoltà, ma vuol dire credere nel futuro, progettarlo convintamente, perseguire con serietà e tenacia il cambiamento, coordinare gli sforzi, spendere al meglio le risorse della comunità, risorse materiali e immateriali.

Programmare il sociale vuol dire anche porsi in ascolto della comunità regionale: lo abbiamo fatto non richiudendoci dentro i nostri uffici dell'ente-Regione, ma aprendoci al territorio, alle istituzioni locali, alle organizzazioni sindacali, al variegato mondo del Terzo Settore.

La Regione ha promosso molti incontri, raccolto osservazioni inviate direttamente o disseminate nel web, le ha analizzate sistematicamente con gli strumenti della ricerca sociale e, alla luce di tutto ciò, ha corretto, integrato, implementato la versione iniziale.

La logica è quella del welfare mix, che si è riversata anche nella stesura del Piano in cui si è consolidato anche un metodo di lavoro, che si sviluppa lungo un percorso: analisi della realtà e dei bisogni - programmazione - attuazione - monitoraggio in itinere - rendicontazione e controllo di gestione - valutazione dell'efficienza/efficacia - "messa in rete" dei risultati, anche per consolidare un "sapere", un granaio di esperienze a cui attingere anche in futuro e per far sì che il Piano sia davvero "Regionale" nel senso più profondo del termine.

Questo Piano Sociale è un testo aperto per un altro motivo ancora: non cristallizza le scelte, ma fissa orientamenti e obiettivi generali, volta per volta adattabili agli scenari in continua trasformazione.

Pur nella necessaria distinzione di ruoli e funzioni, il Piano si basa su una gestione partecipata e sui principi di sussidiarietà. Questa compartecipazione non risponde solo a esigenze di razionalizzazione: essa dovrebbe testimoniare che la cooperazione vale più della competizione e dovrebbe, altresì, presentarsi col volto più nobile della politica. Il nuovo Piano Sociale Regionale prova a cogliere e ad assecondare queste tendenze.

Non rivoluziona, ma innova. Disciplina, ma non accentra. Prova a essere portatrice delle istanze che emergono dal profondo della società abruzzese e mira decisamente a rilanciare una stagione di protagonismo delle comunità locali.

Esce da questo Piano sociale un modello di governance che punta sulla necessità di realizzare, non più solo proclamare, la gestione associata dei servizi da parte delle zone sociali, attraverso un livello più efficace e appropriato con lo scopo di programmare e concretizzare le politiche a favore dei cittadini. Questo Piano, figlio delle difficoltà e delle criticità pregresse e attuali, mira a rimettere al centro la persona: non gli operatori, non i servizi sociali, non i Comuni, non la Regione ma le persone, con i loro rinnovati e urgenti bisogni. L'obiettivo generale è di far ripartire l'Abruzzo senza lasciare indietro nessuno.

Le nostre politiche sociali partono dalla centralità della persona, da cui discende la necessità di personalizzare gli interventi, ossia di evitare risposte standardizzate e routinarie, magari mosse per pura forza d'inerzia. Ma poiché la persona si sviluppa nelle relazioni sociali, la sua centralità chiama in causa in primis le famiglie e le comunità locali: due entità strategiche nei significati che infondono, nei bisogni che esprimono e nelle risposte che danno.

L'ambizione, dunque, è rigenerare il welfare abruzzese con l'approccio dell'innovazione sociale, della logica cooperativa al posto di quella competitiva, con la creazione di opportunità che sconfiggono le rendite di posizione.

In questo, il nuovo Piano sociale può rappresentare anche lo strumento di rilancio di un protagonismo territoriale solidale, centrato sul benessere dei cittadini e in grado di favorire lo sviluppo di un welfare capace di valorizzare i talenti delle persone e che investa sul capitale umano.

Occorre, quindi, osservare e analizzare ciò che accade nel sociale e sostenerlo, per evitare che le sue grandi fonti d'integrazione - anche quelle che sfuggono alla contabilità ufficiale - non subiscano i rovesci della crisi e non ne vengano prosciugate ma, al contrario, costantemente alimentate.

Dirigente Servizio Programmazione Sociale

Raimondo Pascale



PIANO SOCIALE
REGIONE ABRUZZO



Piano Sociale Regionale 2022 - 2024

Includere per contrastare le fragilità

PROTEZIONE INCLUSIONE OPPORTUNITÀ DI VITA

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE
REGIONALE 2022 - 2024

*Quadro normativo
Risorse e Politiche della Spesa*

PARTE I

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE PARTE I

Sezione I - Quadri e Indirizzi Normativi, Assetto Istituzionale e Governance
Sezione II - Risorse e Politiche della Spesa

Introduzione	2
Sezione I - Quadro e indirizzi normativi, Assetto Istituzionale e Governance	
1. Quadro normativo della programmazione sociale e assetto della Governance	4
1.1. Il contesto normativo e programmatorio nazionale	4
1.2. Il contesto normativo e programmatorio regionale	7
1.3. Assetti istituzionali, organizzativi e governance	9
1.4. Terzo Settore, RUNTS, Co-programmazione e Co-progettazione	16
1.5. Regolamentazione sistema e misure di autorizzazione e accreditamento servizi alla persona	20
1.6. Il tema delle risorse umane e professionali per le politiche sociali	23
2. La programmazione sociale regionale 2022-2024: indirizzi del piano sociale nazionale 2021-2023, le politiche comunitarie 2021-2027, il PNRR, il DEFR Abruzzo 2022-2024 e la strategia di "Abruzzo Prossimo"	29
Premessa	29
2.1. Il diritto alla presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno	29
2.2. I nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) del PSN 2021-23	30
2.3. La programmazione sociale e finanziaria integrata (Azioni e Obiettivi)	34
2.4. Assi Tematici e Obiettivi di servizio	44
2.5. Le Politiche sociali comunitarie del FSE 2021-2027 e del FSC 2021-2027 e la strate- gia regionale di "Abruzzo Prossimo"	48
2.6. Le misure integrative per il sociale del PNRR - REACT EU e altri interventi com- plementari del PON inclusione	49
2.7. Le azioni per l'integrazione sociosanitaria e le azioni complementari di riforma	53
2.8. Le azioni per l'integrazione socio-lavorativa, il diritto allo studio e le misure intersettoriali con l'istruzione, la giustizia e l'emergenza abitativa	55
2.9. Le azioni regionali di innovazione e supporto tecnico al PSR 2022-2024	59
2.10. Il ruolo di co-programmazione svolto dalla Cabina di Regia e dai focus tematici nella definizione del PSR 2022-2024	60
2.11. Il processo di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale	86
Sezione II - Le risorse e le politiche della spesa	
3. Il finanziamento delle Politiche Sociali del PSR 2022-2024	87
3.1. Quadro di riferimento della programmazione finanziaria integrata 2022-24	87
3.2. La nuova programmazione finanziaria integrata delle risorse regionali, nazio- nali, comunitarie, PNRR e REACT EU nel PSR 2022-2024	104
3.3. Il quadro sinottico della programmazione strategica e integrata delle risorse del PSR 2022-2024	120
3.4. Le modalità di assegnazione e di gestione delle risorse nel PSR 2022-2024	124
3.5. La gestione integrata dei Fondi	129
3.6. La gestione trasparente dei Fondi. Il bilancio sociale di ambito e il sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi	134

Introduzione

Il Piano Sociale Regionale è un documento di analisi, indirizzi e obiettivi di lavoro per la programmazione del sistema regionale delle politiche sociali della Regione Abruzzo nel triennio 2022-2024. La presente programmazione sociale 2022-2024 recepisce gli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale, ai sensi dell'articolo 21 del Decreto legislativo n. 147/2017 nella propria seduta del 28 luglio 2021 e, in particolare, il Capitolo 1 (La strutturalizzazione del sistema dei servizi sociali) e il Capitolo 2 (Piano Sociale Nazionale 2021-2023) proposti per l'adozione in questa sede e approvati con Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021.

Il Piano Sociale Regionale è il risultato di un'ampia consultazione, realizzata ai sensi della DGR 735/2019 di Istituzione della Cabina di Regia del nuovo Piano Sociale Regionale e della Determinazione Dirigenziale del Servizio Programmazione Sociale n. DPG022/152 del 22.06.2021.

Il processo di co-programmazione con gli attori sociali della regione è stato avviato il 1° luglio 2021 e si è concluso a novembre 2021. Il dialogo con la Cabina di Regia è stato condotto anche attraverso il sito abruzzosociale e la raccolta di contributi e proposte, provenienti da Amministrazioni locali singole e associate, altri soggetti istituzionali, organizzazioni datoriali e sindacali, Terzo Settore, società civile e singoli cittadini.

Oltre agli incontri plenari della Cabina di Regia, sono stati realizzati anche specifici incontri tematici e/o bilaterali su determinate materie sociosanitarie con i servizi territoriali della ASL, sulle risorse professionali in ambito sociosanitario con i referenti regionali dei relativi ordini professionali, con i Referenti degli ADS e con la Presidenza, la Direzione regionale e i referenti dell'ANCI. Attraverso il Piano Sociale 2022-2024 la Regione Abruzzo si propone le seguenti sfide:

- realizzare una pianificazione per il benessere diffuso delle comunità locali;
- costruire una co-programmazione con il territorio in grado di leggere le trasformazioni sociali che interessano le aree urbane e quelle interne della regione;
- valorizzare i saperi comuni ponendo attenzione alle interazioni e alle relazioni tra attori istituzionali, professionali, del Terzo Settore e dei cittadini;
- considerare i servizi sociali come luoghi dei bisogni a cui rispondere in modo integrato per la

complessità che esprimono.

Sulla scorta di queste sfide, la Regione Abruzzo con il Piano Sociale Regionale intende promuovere e assumere le seguenti priorità:

- **proteggere**
- **includere**
- **contrastare le fragilità**
- **fornire opportunità di vita**

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

Il Piano Sociale si pone, pertanto, come lo strumento di promozione di una programmazione strategica e integrata, in cui vengono gestite e messe a sistema le varie risorse finanziarie comunitarie, nazionali e regionali, fornendo indirizzi e stimoli e favorendo forme di coordinamento del sistema dei servizi e delle politiche sociali, sociosanitarie, lavorative, dell'istruzione, abitative, del welfare aziendale e della filantropia.

Il Piano rappresenta un'ulteriore sfida di innovazione e di miglioramento dei servizi sociali, socio-sanitari, socio-lavorativi per l'inclusione e il sostegno alla povertà.

La Regione Abruzzo pone, come strategia generale per la triennalità 2022-2024, la continuità con i risultati positivi già conseguiti, ma anche l'integrazione di ulteriori obiettivi che recepiscano gli indirizzi e le misure di rafforzamento dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali del PSN Piano Sociale Nazionale) 2021-2023 e le disposizioni in materia di risorse umane e rafforzamento dei servizi sociali previsti dal Fondo per gli interventi di contrasto alla povertà 2021-24 e dalla legge di bilancio 2021 (L. 178/2000), nonché attraverso le risorse assegnate ai Comuni dal Fondo di solidarietà comunale.

Provvedimenti che tengono conto dei cambiamenti sociali che hanno interessato il territorio regionale nell'ultimo periodo, caratterizzato dalla complessa gestione dell'emergenza sanitaria, sociale ed economica della pandemia da Covid-19. Nello specifico in ambito nazionale la circolare n. 1 del 2020 del Direttore generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale fornisce indicazioni al sistema dei servizi sociali per il periodo di vigenza dello stato di emergenza causato dal diffondersi del virus Covid-19. Indicazioni che la Regione Abruzzo ha recepito con propria ODPGR n. 71 dell'8 giugno 2020 per gli indirizzi nell'ambito dei servizi alla persona espletati dai Comuni ed enti d'ambito sociale e dalle organizzazioni titolari dei servizi socioassistenziali, sociosanitari e socioeducativi operanti sul territorio regionale.

Sul versante della governance, la strategia prioritaria del nuovo Piano Sociale Regionale sarà quella di consolidare e migliorare l'attuale assetto, attraverso il rilancio dei processi di partecipazione e concertazione nei territori affinché siano in grado di mobilitare e integrare risorse nazionali e comunitarie, sviluppare reti e partnership significative e dare vita a forme virtuose di cooperazione tra gli enti locali e tra ente pubblico e Terzo Settore attraverso gli strumenti della co-programmazione e co-progettazione.

SEZIONE I

QUADRO E INDIRIZZI NORMATIVI, ASSETTO ISTITUZIONALE E GOVERNANCE

1. QUADRO NORMATIVO DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E ASSETTO DELLA GOVERNANCE

1.1. Il contesto normativo e programmatico nazionale

Il quadro normativo nazionale e costituzionale

In ambito nazionale, la materia dei servizi alla persona è oggetto di una vasta azione di riordino nelle competenze e nei contenuti basata su impostazioni già nate con il D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 300 e sistematizzate con la L. 328/2000, che ora sono state riattualizzate in relazione ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) previsti in normativa primaria (art. 22 della L. 328/2000), nel PSN 2018-2020 e ad oggi aggiornati e potenziati nel nuovo Piano Sociale Nazionale (PSN) 2021-2023 e dalle misure di rafforzamento della legge di bilancio 2021 n. 178/2000 (Fondo di solidarietà comunale). La cornice normativa delle politiche socioassistenziali del nostro Paese è costituita dalla sopracitata legge quadro 8 novembre 2000, n. 328, che delinea un sistema integrato di interventi e servizi sociali in grado di garantire livelli essenziali di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale attraverso una pluralità di stanziamenti. A differenza di quanto avviene in campo sanitario, dove i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) indicano nel dettaglio le prestazioni erogate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, ad oggi le politiche sociali sono interpretate diversamente a seconda della Regione o perfino del Comune di riferimento. Alla pluralità di azioni e servizi promossi e attivati a livello territoriale corrisponde altrettanta pluralità di canali di finanziamento.

Le risorse che sostengono finanziariamente il sistema sono costituite da quelle stanziare annualmente per i Fondi che finanziano gli interventi e i servizi sociali previsti per l'area di utenza di riferimento, alle quali si aggiungono quelle dedicate alle misure a sostegno della famiglia e quelle dedicate al contrasto alla povertà.

Nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), istituito dalla legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono contenute le risorse che lo Stato stanziare annualmente con la legge di bilancio per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale indicati dalla legge quadro 328/2000.

Le risorse del FNPS vengono ripartite annualmente, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, fra Regioni, Province autonome, Comuni e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS) e vengono quindi assegnate con decreto interministeriale.

A seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, che ha determinato lo spostamento della materia dell'assistenza sociale dall'area della potestà legislativa concorrente Stato-Regioni a quella della potestà legislativa esclusiva delle Regioni (Sentenza Corte costituzionale n. 423/2004), le risorse del FNPS non possono essere vincolate a una specifica destinazione individuata a livello nazionale.

Il riordino della normativa sociale è disciplinato dalla legge 33/2017 ed è costituito sostanzialmente dalla ricostruzione dell'impianto già normato dalla L. 328/2000, e tiene conto della riforma del

Titolo V della Costituzione del 2002 (legge costituzionale 18 ottobre 2001), che ha ridefinito l'art. 117 della Costituzione in materia di servizi sociali e livelli essenziali delle prestazioni in ambito nazionale.

Una ridefinizione normativa e programmatica, questa, operata attraverso il riferimento costante ai Livelli Essenziali delle Prestazioni che costituiscono materia di competenza statale.

È questa la prospettiva costituzionale entro cui sono state inquadrare tutte le azioni statali successive al D.Lgs. 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura di contrasto alla povertà" che in particolare ha agito e agisce su cinque ambiti di intervento tra loro strettamente interconnessi e complementari:

- la Rete della protezione e dell'inclusione sociale e il contrasto alla povertà;
- il Rafforzamento dei servizi sociali di preassessment e assessment degli ambiti distrettuali;
- l'introduzione di nuove metodologie e azioni di presa in carico e contrasto della Povertà Educativa, che rafforza la metodologia dei progetti individualizzati e la valutazione multidimensionale del bisogno;
- la definizione di indirizzi omogenei a livello nazionale per le procedure di accesso e di valutazione sociosanitaria del bisogno assistenziale per la Non Autosufficienza;
- le Politiche e le azioni per il rafforzamento e l'implementazione di nuove infrastrutture sociali, di riqualificazione urbana, di contrasto alle fragilità e coesione sociale che trova un nuovo impulso con le misure del PNRR e le azioni complementari, finanziate con le risorse aggiuntive del PON Inclusione, del REACT EU, del FSE (fondi residuali 2014/2020 e piano finanziario 2021-2027) e del FSC.

Un sistema unitario e integrato di prossimità, promozione, protezione, universalismo: la normativa primaria e i nuovi LEPS del PSN 2021-2023

Gli ambiti e le azioni d'intervento sociale sopra descritti vengono declinati in via prioritaria attraverso l'elaborazione di diversi Piani nazionali dedicati al settore specifico dei servizi alla persona in ambito socioassistenziale, sociosanitario e socioeducativo:

- il Piano Sociale Nazionale con gli indirizzi per l'aggiornamento dei Piani Sociali Regionali;
- il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà di cui alla L. 208/2015;
- il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021, approvato con DPCM 21.11.2019, con gli indirizzi per l'adozione delle Linee guida e i piani regionali;
- il Piano sul sistema integrato dei servizi educativi per l'infanzia 0-6 anni di cui al D.Lgs. 65/2017

Il contesto normativo e programmatico rappresentato, per la sua evidente caratteristica multisettoriale di diversificazione e complementarietà delle azioni dirette e di sistema, richiede una maggiore capacità di lettura, di condivisione e di programmazione unitaria tra il livello della pianificazione generale pluriennale regionale e l'intero sistema locale dei servizi alla persona degli Ambiti Distrettuali Sociali e degli altri enti territoriali della sanità, dell'istruzione e delle politiche attive del lavoro e della giustizia.

Una modalità operativa che assume sempre più una dimensione modulare e di **co-programmazione e di co-progettazione** a livello esecutivo, che deve essere necessariamente aggiornata all'evoluzione dei riferimenti normativi e programmatici. I settori coinvolti finora dall'azione di riordino della legge 15.03.2017 n. 33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali" e del D.Lgs. 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" non coprono interamente l'ampio ventaglio di misure settoriali attualmente attive nelle politiche sociali nazionali. Infatti concorrono ad ampliare il sistema integrato dei servizi e degli interventi alla persona, solo a titolo indicativo e non esaustivo: Fondo Famiglia – Fondo Infanzia Adolescenza – Bonus Bebè – Fondo Sostegno alla natalità – Premio alla nascita – Bonus asili nido – Voucher baby sitting – Bonus acqua, energia gas – PON Avviso 4 – Fondo carta acquisti – Fondo dopo di noi – Fondo lavoro dei disabili – Fondo caregiver familiare – Fondo sostegno alle locazioni – Fondo morosità incolpevole – Fondo minori stranieri non accompagnati – Fondo asilo e l'ultima misura attivata dal luglio 2021 dell'Assegno Unico per i figli minorenni ed altri interventi settoriali erogati direttamente dai Comuni.

Nella tavola 1 che segue vengono rappresentati la normativa primaria e i nuovi LEPS individuati a livello nazionale nella programmazione 2022-2024.

Tavola 1 – riferimenti della normativa primaria a livello nazionale e definizione dei nuovi LEPS

NORMATIVA PRIMARIA NAZIONALE DEI SERVIZI ALLA PERSONA	
Costituzione – art. 117, comma 2 per la definizione legislativa in materia di diritti civili e sociali	
L. 5 maggio 2009, n. 42 – in materia di federalismo fiscale in attuazione dell’art. 119 della Costituzione	
L. 328/2000 – legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi alla persona	
D.Lgs. 159/2013 – introduzione dello strumento ISEE ai fini dell’accesso alle prestazioni agevolate	
D.Lgs. 15.09.2017, n. 147 – introduzione di una misura nazionale per il contrasto alla povertà	
D.L. 28.01.2019, n. 4 – introduzione del reddito di cittadinanza e misure in materia di pensioni (convertito in legge 28 marzo 2019, n. 26)	
L. 178/2000 – legge di bilancio 2021 per il rafforzamento dei servizi sociali e definizione degli standard dei servizi essenziali presso i Comuni e gli ambiti sociali e Fondo di solidarietà comunale	
Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione e dell’inclusione sociale ai sensi dell’articolo 21 del Decreto legislativo n. 147/2017 nella propria seduta del 28 luglio 2021	

I NUOVI LEPS INDIVIDUATI NEL PSN 2021-2023		
AREA DI INTERVENTO	RISORSE FINANZIARIE	
	NAZIONALI	REGIONALI
Applicazione omogenea ISEE	Fondo Povertà, FNPS (4), PON Inclusione, Fondo solidarietà comunale	FSR, FISS
Servizio sociale professionale e segretariato sociale	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusione, Fondo solidarietà comunale	FSR
Pronto intervento sociale	REACT EU	FSR, POR, altri settoriali
Valutazione multidimensionale e Progetto individuale	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusione, POC (9)	FSR, fondi integrativi FNA, FISS, PNRR
Supervisione del personale dei servizi sociali	PNRR (6), FNPS	FSR, POR, altri settoriali
Dimissioni protette	PNRR, FNPS	FSR, fondi integrativi FNA, FISS, PNRR
Prevenzione allontanamento Familiare (PIPPI)	PNRR, Fondo Povertà	PNRR, altri settoriali
Presa in carico sociale-lavorativa	Fondo Povertà, PON Inclusione	FSR, POR, altri settoriali

Oltre i nuovi LEPS sopra rappresentati, il PSN 2021-2023 individua specifiche azioni di potenziamento per l’infanzia e i minori e altri ambiti sociali che vengono riportati integralmente nella successiva tavola 6 del presente piano.

La programmazione regionale 2022-2024 tiene conto, inoltre, che per l’utilizzo delle risorse nazio-

nali, il comma 1 dell’articolo 89 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella legge 17 luglio 2020, n. 77, stabilisce che “Ai fini della rendicontazione da parte di regioni, ambiti territoriali e comuni al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dell’utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali di cui all’articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, del Fondo nazionale per le non autosufficienze di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, del Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità prive di sostegno familiare di cui all’articolo 3, comma 1, della legge 22 giugno 2016, n. 112, del Fondo nazionale per l’infanzia e l’adolescenza di cui all’articolo 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285, **la rendicontazione del 75% della quota relativa alla seconda annualità precedente è condizione sufficiente alla erogazione della quota annuale di spettanza**, ferma restando la verifica da parte dello stesso Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali della coerenza degli utilizzi con le norme e gli atti di programmazione. Le eventuali somme relative alla seconda annualità precedente non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione”.

1.2. Il contesto normativo e programmatico regionale

La programmazione delle politiche sociali vigente è implementata su macro-linee di intervento tra loro interconnesse e complementari che hanno coinvolto prioritariamente i 24 Ambiti Distrettuali Sociali della Regione Abruzzo. Le aree di intervento sono riportate nella tavola 2 di sintesi che segue.

Tavola 2 – Quadro sinottico delle aree di intervento della programmazione sociale regionale

MISURA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	AREE DI BISOGNO E D’INTERVENTO SOCIALE E SOCIOSANITARIO
Il Piano Sociale Regionale 2016/2018 , approvato con DCR n. 70/1,2,3,4 del 09.08.2016 e che fa riferimento alla L.R. 22/1998 sui servizi sociali, redatta ai sensi della L. 328/2000, quale riferimento generale delle politiche sociali regionali e della condivisione territoriale con i 24 Ambiti Distrettuali Sociali	I Livelli Essenziali delle Prestazioni e dei Servizi sociali (LEPS) declinati per Assi Tematici (AT) e Obiettivi di Servizio (OS)
Le politiche sociali per la non autosufficienza e la disabilità grave che, ai sensi del DPCM 27.11.2019, con DGR 707 del 17.11.2020 hanno istituito il Piano Locale per la Non Autosufficienza 2019-2021	Gli interventi e servizi del FNA 2019-2021 (PNA 2022-2024 in fase di redazione) e a valere sulle risorse del fondo per l’integrazione sociosanitaria (FIS)
Le politiche per la famiglia e i minori che annualmente vengono declinate con il Piano regionale per la famiglia ai sensi della L.R. 95/95 e il ruolo della famiglia quale soggetto attivo di assistenza. Il programma di implementazione delle Linee di indirizzo per gli interventi di sostegno alla genitorialità vulnerabile e il contrasto alla povertà educativa del programma P.I.P.P.I., già finanziato da una quota dedicata del Fondo Nazionale Politiche Sociali, e le azioni progettuali di Careleavers per l’accompagnamento dei minori assistiti fuori dal contesto familiare di origine prossimi alla maggiore età	Le azioni regionali per la famiglia e i minori integrate al Fondo nazionale per la famiglia di cui alla L. 296/2006 Le azioni regionali dei programmi PIPPI e Careleavers

MISURA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

AREE DI BISOGNO E D'INTERVENTO SOCIALE E SOCIO SANITARIO

Le misure settoriali per la valorizzazione e il sostegno del caregiver familiare poste in essere con la L.R. 43/2016 e il sostegno economico alle categorie fragili di persone con patologie oncologiche e soggette o in attesa di trapianto, promosso ai sensi della L.R. 42/2019

Le azioni regionali per il riconoscimento e il sostegno al caregiver familiare (L.R. 43/2016) integrate alle misure nazionali di cui alla L. 205/2017 e il sostegno alle altre categorie fragili (L.R. 42/2019)

Le politiche per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà della Regione Abruzzo che, in recepimento del D.Lgs. 147/2017, con DGR n. 821 del 25.10.2018 ha adottato il Piano Regionale per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà

Le azioni di coordinamento regionale per i piani locali di lotta alla povertà e inclusione sociale (L. 208/2015)

Le misure regionali comunitarie per l'inclusione sociale e l'occupabilità poste in essere con specifici fondi del FSE 2014/2020 e i Fondi di Coesione che hanno coinvolti le reti sociali, gli Ambiti Distrettuali Sociali e gli altri soggetti rappresentativi del territorio e che hanno riguardato in particolare le fasce fragili e a rischio di esclusione sociale (FAMI e FEAD per le minoranze sociali, Abruzzo Include, Garanzia Giovani, Piani di Conciliazione, Abruzzo Care family, Progetto POR-Abruzzo "Agorà - Spazi Inclusivi per i giovani" e altre misure per l'ampliamento dei servizi educativi a prima infanzia) e le famiglie "vulnerabili"

Le azioni per area di intervento sociale a valere sulle risorse FSE e FSC e del POR-FSE e altre misure nazionali e comunitarie di settore per l'inclusione sociale e l'occupabilità

Il sostegno ai centri antiviolenza e alle case rifugio mediante l'assegnazione delle risorse regionali ex L.R. 31/2009 stanziata sul bilancio pluriennale e dei finanziamenti derivanti dalla ripartizione del Fondo annuale per le Pari Opportunità, ai sensi D.L. n. 93/2013 (legge n. 119/2013)

Azioni regionali coordinate sul territorio per i centri antiviolenza e le case rifugio per donne vittime di violenza e altre iniziative di prevenzione e contrasto alle violenze di genere e sui minori

Le politiche per la terza età e l'invecchiamento attivo che tengono conto della legge regionale n. 16/2016

Misure regionali coordinate con la rete nazionale e internazionale promossa dal Dipartimento della Presidenza del Consiglio sull'invecchiamento attivo

Le misure regionali per il contrasto e l'eliminazione dello spreco alimentare ai sensi della L.R. n. 4/2016 e altre azioni di sostegno materiale ed economico per la famiglia (bonus famiglia)

Azioni regionali complementari per il contrasto della povertà

MISURA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

AREE DI BISOGNO E D'INTERVENTO SOCIALE E SOCIO SANITARIO

La L.R. 76/2000 e le misure regionali specifiche per il rafforzamento e l'ampliamento dei servizi educativi per la prima infanzia. La normativa regionale ha introdotto importanti linee di indirizzo che, soprattutto negli ultimi 10 anni, hanno dato un impulso significativo per il riordino sul territorio degli asili nido e dei servizi integrativi per la prima infanzia

Azioni regionali per il coordinamento e l'accreditamento dei servizi educativi per la prima infanzia e per lo sviluppo del sistema territoriale integrato dei servizi per l'infanzia 0-6 anni, di cui al D.Lgs. 65/2017

Il "Diritto allo Studio" per l'integrazione sociale e scolastica degli alunni con disabilità ai sensi della L.R. 78/78

Azioni regionali per l'assistenza e il sostegno al trasporto in ambito scolastico degli alunni disabili, integrate alle azioni di cui al D.Lgs. 66/2017

L.R. 95/1999 contributi alle associazioni con scopi sociali e sanitari

Azioni di sostegno al privato sociale e al mondo del volontariato regionale

Le misure specifiche per il **RUNTS e il Terzo Settore**

Azioni regionali specifiche per la promozione e il riconoscimento del ruolo attivo del Terzo Settore

Altre misure specifiche regionali per il sostegno abitativo (L. 431/98) e l'eliminazione delle barriere architettoniche degli edifici privati (L. 13/89)

Azioni regionali per il sostegno abitativo alle famiglie, per le locazioni private e per l'abbattimento delle barriere architettoniche presso le abitazioni civili

La diversificazione e l'articolazione della normativa e delle misure finanziarie e programmatiche nazionali e regionali possono rappresentare una ricchezza rispetto ai precedenti piani regionali e zonali, se vi è una programmazione efficace, condivisa e ordinata, ma anche un punto di criticità per la governance dei processi e delle fasi della programmazione stessa. Pertanto, dal punto di vista tecnico emerge con chiarezza l'esigenza di dare sistematicità all'insieme dei provvedimenti evitando così sovrapposizioni, mancati coordinamenti, parziali contraddizioni, vuoti involontari. Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile una forte azione di condivisione e di mediazione tra i livelli centrali dello Stato (prioritariamente il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), le amministrazioni regionali e gli ambiti sociali distrettuali. Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 della Regione Abruzzo intende rafforzare tutte le azioni possibili di mediazione e interazione tra le differenti amministrazioni pubbliche responsabili dei servizi alla persona.

1.3. Assetti istituzionali, organizzativi e governance

Le azioni di sistema, la Cabina di Regia regionale e la strategia integrata della governance

La Regione Abruzzo, attraverso i servizi competenti del Dipartimento Lavoro-Sociale, assicura il ruolo amministrativo delle azioni di sistema sopra delineate.

Più che mai per la nuova programmazione sociale regionale risulta essenziale integrare e recordare risorse umane, strutturali e finanziarie che hanno il proprio **punto di forza** nel sistema dell'**integrazione sociosanitaria delle politiche sociali con le misure territoriali della sanità di prossimità, con la finalità prioritaria di migliorare la qualità della vita e ridurre quanto più possibile i tassi di ospedalizzazione e delle medio e lunghe degenze e l'istituzionalizzazione del-**

le persone fragili.

Vanno resi operativi precisi indirizzi e indicazioni per risolvere le consolidate problematiche che ancora ad oggi si manifestano, in sintesi, attraverso il permanere:

- delle differenze territoriali dell'incidenza effettiva e dell'entità delle misure di sostegno e contrasto alle fragilità;
- della disomogeneità delle procedure e degli strumenti di accesso e valutazione multidimensionale del bisogno, per la relativa individuazione dei beneficiari da prendere in carico.

In Abruzzo la progressiva costruzione di un nuovo welfare regionale, avviata ancora prima della stessa legge 328/2000, è stata contraddistinta da scelte che hanno privilegiato fin dall'origine l'affermarsi dell'associazionismo tra gli enti locali e il consolidamento di un welfare sussidiario, in cui vengono valorizzate le risorse sociali del territorio. Questo processo di individuazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali ha tenuto conto delle caratteristiche e delle esigenze di omogeneità territoriale e di raccordo tra le diverse politiche dei servizi alla persona. Un aspetto centrale per la zonizzazione ha riguardato l'articolazione delle sei Aziende USL (e dei loro Distretti sanitari nelle zone collinari e costiere) e dei confini delle Comunità Montane e Unioni dei Comuni nelle aree interne.

Con l'approvazione del Piano Sociale Regionale 2016-2018, in vigore fino al 31 dicembre 2022 (DGR 689/C del 10.11.2020), si è proceduto a ridefinire il passaggio dai 35 Enti di Ambito sociali (EAS) definiti dalla L.R. 22/98 (1° PSR 1998-2000), agli attuali 24 Ambiti Distrettuali Sociali (ADS), per garantire gli assetti istituzionali e organizzativi più sostenibili e funzionali rispetto ai bisogni delle persone e delle famiglie, in grado di migliorare i processi di governance sociale.

I nuovi Ambiti distrettuali sono stati individuati dalla Regione con apposito provvedimento e approvati dal Consiglio regionale con propria deliberazione, adottato nel rispetto delle disposizioni normative finalizzate ad assicurare il raccordo con i Distretti sanitari.

È stato consolidato il ruolo di programmazione, coordinamento e verifica proprio della Regione e, contemporaneamente, potenziato quello dei Comuni e degli ADS/ECAD, quali titolari delle funzioni di programmazione e gestione a livello locale del sistema integrato degli interventi e servizi sociali.

L'attuale zonizzazione sociale, nel rispondere allo scopo principale di assicurare la coincidenza territoriale con i Distretti sanitari, come la stessa denominazione dei nuovi ambiti sociali vuole sottolineare, con l'obiettivo di raggiungere la piena attuazione dell'integrazione sociosanitaria, alla luce della positiva esperienza gestionale del PSR 2016-2018 e di una sua attenta analisi che il Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Regionale Lavoro- Sociale ha effettuato nell'anno 2019, presenta una necessità che si può definire di *naturale revisione*:

- permangono ancora alcune criticità circoscritte in specifiche zone territoriali, che richiedono un ulteriore sforzo **per uniformare e rendere omogenei** gli assetti istituzionali locali, con particolare riferimento alla coincidenza piena dei Distretti Sanitari di Base (DSB) con gli attuali 24 Ambiti Distrettuali Sociali (1). Su questo aspetto, la nuova programmazione sociale regionale prevede sin da subito una specifica azione complementare di ricognizione e verifica territoriale del livello di integrazione ADS/DSB;
- da un'attenta e oggettiva valutazione del loro funzionamento attuale, le "Zone di Gestione Sociale", pur se istituite dal PSR 2016-2018 con la giusta finalità di dare risposte a specifici e peculiari bisogni sociali territoriali, denotano delle significative criticità proprio dal punto di vista gestionale e della governance locale che, per la crescente articolazione e complessità normativa e procedurale, richiede una più efficiente e chiara capacità di gestione dei servizi alla persona (programmazione, affidamenti, monitoraggio e valutazione, rendicontazione delle risorse e altri adempimenti);
- basti pensare alla gestione progettuale e finanziaria non solo del FSR e del FNA, ma anche del PON-Inclusione, del Fondo Povertà, dei progetti di partenariato sociale del FSE 2014-2020 e delle altre azioni settoriali per la famiglia e le categorie fragili e dei Piani Operativi regionali. Oltre questa già complessa articolazione normativa e finanziaria, si deve tener conto della estrema importanza per la prossima programmazione delle misure e risorse finanziarie in ambito sociale e sociosanitario del PNRR e delle risorse complementari del programma Abruzzo Prossimo, REACT EU e del PON Inclusione e POC per le aree svantaggiate del mezzogiorno;
- è necessario favorire e rafforzare il raccordo delle politiche sociali con altre politiche di servizi

alla persona, come quelle scolastiche e del lavoro, per le azioni rivolte all'inclusione sociale e lavorativa e ai percorsi progettuali di autonomia delle persone disabili e non autosufficienti e delle altre categorie fragili a rischio di esclusione sociale.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: gli Ambiti Distrettuali Sociali (ADS), le Organizzazioni Sindacali (CGIL, CISL e UIL) e altri Enti raccomandano azioni di sistema con la finalità di:

- far coincidere il distretto sanitario con l'Ambito Distrettuale Sociale;
- semplificare il processo programmatico in capo agli ambiti sociali distrettuali;
- evitare la previsione, ad esempio, di strumenti ridondanti e di difficile attivazione, quali la CLISS, in quanto nella maggior parte dei casi mai più convocata dopo la formazione del Piano.

Obiettivi e azioni complementari del PSR 2022-2024

Alla luce della complessa articolazione del sistema rappresentato, risulta pertanto essenziale nella nuova programmazione sociale 2022-2024 rafforzare le fasi strategiche che rientrano tra le stesse raccomandazioni di sistema del Piano Sociale Nazionale (PSN) e dal PNRR (Missione 5C):

- **rafforzare le modalità della co-programmazione e il ruolo del Terzo Settore** già nella fase di condivisione e analisi dei bisogni in ambito regionale. La Regione mantiene il suo ruolo di indirizzo e regia dei processi prima della formalizzazione degli atti programmatici (Cabina di Regia);
- **effettuare una dettagliata ricognizione e verifica territoriale dell'integrazione tra Ambito Distrettuale Sociale e distretto sanitario e delle zone di gestione sociale**, per valutare lo stato attuale del funzionamento e delle criticità presenti. L'obiettivo prioritario è quello di condividere azioni e soluzioni in progress a livello istituzionale, per ottimizzare le attività e i processi dell'integrazione sociosanitaria, in cui risultano indispensabili la collaborazione tra le risorse professionali e la condivisione di programmi, di procedure e degli stessi spazi e strutture territoriali in cui si definiscono concretamente la valutazione multidimensionale del bisogno e i piani di intervento sociosanitario;
- **rafforzare il ruolo di riferimento territoriale per l'attuazione da parte dei comuni**, singoli o associati in ADS, delle politiche sociali a livello territoriale, ivi comprese le scelte relative all'individuazione degli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e ai rapporti di
- **co-progettazione** con il Terzo Settore e la condivisione con la cittadinanza attiva e i cittadini;
- **rafforzare l'esercizio delle relative funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e sociosanitari** che si fonda sul potere di indirizzo politico-amministrativo attribuito ai Sindaci, in quanto organi responsabili e rappresentativi dell'amministrazione comunale in forma singola o associata;
- **rafforzare il ruolo essenziale dei Punti Unici di Accesso**. Il servizio PUA rappresenta la porta unitaria di accesso agli interventi ad elevata intensità sociosanitaria del territorio e viene declinato a livello regionale attraverso l'organizzazione del servizio presente nell'Ambito Distrettuale Sociale (ADS), che viene gestito in forma integrata con il competente DSB territoriale;
- **rafforzare la metodologia integrata della Valutazione preliminare (preassessment) e di Presa in Carico (assessment) dei servizi alla persona**. La Regione, con la programmazione unitaria dei servizi alla persona previsti con il PSR 2022-2024, **rafforza e promuove le modalità di presa in carico e di valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario e garantisce una uniformità procedurale su tutto il territorio**, attraverso i piani distrettuali sociali e i servizi e gli interventi riportati negli Asse Tematici e Obiettivi di Servizio del PSR. Tali attività devono essere perseguite attraverso il pieno raccordo operativo con i distretti sociosanitari di base, con particolare riferimento agli interventi e ai servizi sociosanitari (**ADI e Dimissioni protette, Assistenza educativa domiciliare e territoriale**), che hanno la finalità prioritaria di **prevenire ed evitare l'istituzionalizzazione della persona con fragilità** e favorire la permanenza presso il proprio domicilio e ambiente di vita familiare e quotidiana.

È essenziale, in proposito, potenziare e rendere più efficiente il lavoro di raccordo tra i servizi per la presa in carico e l'orientamento del cittadino (servizio sociale professionale e segretariato sociale) con il servizio PUA (per gli aspetti organizzativi e procedurali) e con la UVM, che garantisce la valutazione del bisogno a elevata intensità sociosanitaria del territorio e l'integrazione dei servizi e interventi per l'inclusione sociale e il contrasto alle fragilità con le politiche attive del lavoro, della formazione e dell'istruzione.

La tavola 3 che segue dà una rappresentazione sinottica della governance e delle responsabilità istituzionali del sistema locale dei servizi alla persona.

Tavola 3 – Quadro sinottico governance, funzioni, responsabilità istituzionali del sistema integrato dei servizi alla persona

ENTI ISTITUZIONALI DELLA GOVERNANCE	FUNZIONI ISTITUZIONALI	RESPONSABILITÀ SPECIFICHE
REGIONE	La Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle azioni e programmi regionali, curando l'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, educative, formative, occupazionali e abitative e promuovendo l'integrazione delle politiche sociali ordinarie con i programmi e i finanziamenti regionali, nazionali e comunitari per i servizi alla persona e l'inclusione sociale.	<ul style="list-style-type: none"> a. determina, in attuazione delle indicazioni contenute nel Piano Sociale Regionale e nella programmazione degli interventi sociosanitari, le modalità per il finanziamento degli interventi previsti dalla normativa vigente; b. esercita funzioni di controllo sul buon funzionamento, l'economicità e l'adeguatezza dei servizi erogati dagli Ambiti Distrettuali Sociali, dalle ASP, dagli enti locali e dai soggetti privati gestori di strutture autorizzate e accreditate; c. promuove la formazione continua del personale operante nei settori sociali e sociosanitari; d. istituisce e organizza il sistema informativo; e. promuove, attua e finanzia iniziative per la realizzazione, anche tramite progetti pilota, di obiettivi specifici e per contribuire alla soluzione di bisogni emergenti; f. definisce gli indirizzi per la determinazione dei costi standard e delle compartecipazioni dell'utenza alle prestazioni relative alle tipologie dei servizi dell'area dell'integrazione sociosanitaria e dell'area sociale; g. partecipa a progetti interregionali finalizzati allo studio e allo sviluppo delle politiche sociali e dei sistemi di welfare; h. esercita il potere sostitutivo nei confronti degli enti locali inadempienti ai sensi dell'articolo 136, del D.Lgs. 267/2000; i. detta disposizioni di quanto previsto all'articolo 8 della legge 328/2000.

ENTI ISTITUZIONALI DELLA GOVERNANCE	FUNZIONI ISTITUZIONALI	RESPONSABILITÀ SPECIFICHE
COMUNI	<p>L'esercizio delle relative funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e sociosanitari si fonda sul potere di indirizzo politico-amministrativo attribuito ai Sindaci, in quanto organi responsabili e rappresentativi dell'amministrazione comunale.</p> <p>I Comuni, in forma singola o associata, in quanto titolari delle funzioni e dei compiti concernenti i servizi sociali a livello locale, concorrono alla programmazione del sistema integrato dei servizi sociali ed esercitano le funzioni di progettazione del sistema locale dei servizi mediante il piano sociale distrettuale, in coerenza con la programmazione sociale e sociosanitaria regionale.</p>	<p>I Comuni ricompresi negli ADS hanno la responsabilità gestionale, in forma singola o associata dei servizi sociali secondo le modalità previste nel D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).</p> <p>Concorrono alla gestione dei servizi alla persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. le aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) di cui alla L.R. 24 giugno 2011, n. 17; b. le Unioni di Comuni o le Unioni montane costituite ai sensi della L.R. 9 gennaio 2013, n. 1

ENTI ISTITUZIONALI DELLA GOVERNANCE	FUNZIONI ISTITUZIONALI	RESPONSABILITÀ SPECIFICHE
<p>AMBITI DISTRETTUALI SOCIALI (ADS)</p>	<p>Gli Ambiti Distrettuali Sociali (ADS), di cui alla DCR Abruzzo 9 agosto 2016, n. 70/3 “Definizione degli Ambiti Distrettuali Sociali”, rappresentano il riferimento territoriale per l’attuazione da parte dei comuni, singoli o associati, delle politiche sociali a livello territoriale, ivi comprese le scelte relative all’individuazione degli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e ai rapporti con i cittadini.</p> <p>Il PSR 2022-2024 prevede azioni di efficientamento per uniformare i processi e il sistema dei servizi sociosanitari tra gli ADS e i DSB.</p>	<p>La funzione di indirizzo politico-amministrativo, riferita all’attività di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, si concretizza - in particolare - nell’assolvimento dei compiti di seguito specificati:</p> <p>a. avvio del processo di costituzione dell’Ambito Distrettuale Sociale;</p> <p>b. cura del percorso di programmazione per la predisposizione del Piano sociale distrettuale e azione di impulso, controllo e verifica dei risultati;</p> <p>c. partecipazione delle istituzioni, dei soggetti e organizzazioni del Terzo Settore di cui all’art. 1, comma 4, della legge 328/2000, dei cittadini;</p> <p>d. scelta delle priorità di intervento, tenendo conto degli indirizzi regionali e nazionali delle risorse disponibili;</p> <p>e. concertazione con l’ASL al fine di assicurare coerenza e unitarietà all’attività dei servizi e interventi sociosanitari;</p> <p>f. definizione delle modalità organizzative dei servizi e dei criteri di utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali;</p> <p>g. partecipazione all’accordo di programma per l’approvazione formale del piano sociale distrettuale per le eventuali modifiche (art. 19, legge 328/2000).</p>

<p>LA CONFERENZA DEI SINDACI</p>	<p>In ogni ADS, formato da più Comuni, è costituita la Conferenza dei Sindaci, composta dai Sindaci dei Comuni ricompresi nell’ambito medesimo o loro delegati. La Conferenza elegge al suo interno il Coordinatore e si dota di un regolamento per il proprio funzionamento.</p>	<p>La Conferenza dei Sindaci individua la forma associativa prescelta per la gestione associata delle funzioni e dei servizi sociali, nel rispetto - in quanto applicabili - delle disposizioni in materia di associazionismo comunale obbligatorio di cui al D.L. n. 78/2010 (legge n. 122/2010) e alla L.R. n. 1/2013 e s.m.i. Dalla costituzione della Conferenza dei Sindaci non devono discendere nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, assicurando l’invarianza della spesa per il bilancio della Regione Abruzzo e delle altre Amministrazioni pubbliche interessate. Ai componenti della Conferenza dei Sindaci non spettano compensi, gettoni di presenza o rimborsi spesa.</p> <p>Alla Conferenza dei Sindaci partecipano inoltre i presidenti di Unioni montane, Unioni dei Comuni e ASP presenti nell’ADS.</p>
----------------------------------	---	--

ENTI ISTITUZIONALI DELLA GOVERNANCE	FUNZIONI ISTITUZIONALI	RESPONSABILITÀ SPECIFICHE
<p>ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE</p>	<p>Gli Ambiti Distrettuali Sociali sono rappresentati dall’Ente Capofila dell’Ambito Distrettuale (ECAD), che assicura la regia dei processi istituzionali ed esercita, con l’ausilio diretto dell’ufficio di Piano, le funzioni di organizzazione e gestione unitaria dei servizi sociali, secondo gli assetti più funzionali alla gestione stessa, alla spesa conseguente e ai rapporti con i cittadini e il Terzo Settore.</p> <p>Negli ADS formati da un solo Comune, l’Ente Capofila dell’Ambito Distrettuale (ECAD) coincide con il Comune stesso, mentre in quelli pluricomunali l’individuazione dell’ECAD viene formalmente deliberata dai Consigli Comunali di tutti i Comuni, contestualmente all’individuazione della forma associativa prescelta per la gestione associata. La Regione, nell’atto di programmazione pluriennale delle politiche sociali, individua i criteri e le modalità per l’individuazione degli ECAD in riferimento alla composizione degli stessi Ambiti Distrettuali Sociali che tengono conto della densità demografica, delle caratteristiche orografiche e della omogeneità e coincidenza territoriale con i Distretti sanitari.</p>	<p>L’ECAD adotta gli atti di indirizzo e di programmazione e, in particolare:</p> <p>a. approva il Piano sociale distrettuale e il programma attuativo su proposta del Coordinatore dei Sindaci.</p> <p>b. individua, in riferimento al PSR e ai LEPS del PSN, le tipologie di servizi sociali da realizzare a livello di ADS e le relative modalità di accesso;</p> <p>c. attua gli indirizzi della programmazione regionale, anche avvalendosi della partecipazione dei soggetti della rete sociale;</p> <p>d. destina l’impiego degli stanziamenti dei Fondi di gestione diretta e indiretta;</p> <p>e. nell’ambito delle funzioni di gestione e coordinamento dei servizi svolte dall’Ufficio di Piano dell’ECAD competente, garantisce un servizio permanente di promozione sociale, con funzioni di raccordo tra gli utenti e gli erogatori dei servizi;</p> <p>f. organizza e disciplina i servizi di informazione, orientamento, di accesso e presa in carico, nonché gli interventi assistenziali erogati per aree tematiche, attraverso l’adozione del regolamento dei servizi alla persona d’Ambito Distrettuale Sociale e della Carta della Cittadinanza Sociale.</p> <p>Tenuto conto degli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale e dei principi di efficacia, economicità, efficienza e riduzione delle spese, i Comuni componenti il medesimo ADS, qualora individuino l’ECAD in una delle ASP provinciali, potranno richiedere alla ASP nelle modalità previste dalla normativa vigente.</p>

Il ruolo delle ASP e del Terzo Settore e il rafforzamento della gestione associata e unitaria dei servizi alla persona in ambito locale

È essenziale garantire, nelle forme organizzate e rappresentative, la piena partecipazione – nei termini di legge e delle regolamentazioni nazionali e regionali, sia a livello programmatico sia per

la realizzazione esecutiva degli interventi – degli organismi istituzionali per i servizi alla persona quali le **ASP (L.R. 24 giugno 2011, n. 17)**, dei servizi territoriali della **ASL** (DSB e altri servizi socio-sanitari), del **Terzo Settore** (RUNTS), delle associazioni territoriali e della cittadinanza attiva, per la condivisione delle scelte di sistema e delle decisioni essenziali per un’efficace gestione associata dei servizi alla persona in ambito locale, rafforzando proprio le forme consentite dalla legge di co-programmazione e co-progettazione (più recentemente dagli indirizzi del D.M. 72 del 31.03.2021). La gestione operativa dei servizi alla persona, definita attraverso gli assetti istituzionali e le forme giuridiche associative con *Accordo di Programma*, è demandata alla responsabilità e all’autonomia funzionale propria degli enti locali (Comuni, Conferenza dei Sindaci e Ambiti Distrettuali Sociali), che assicurano a livello locale gli assetti istituzionali e organizzativi più idonei per la gestione associata e unitaria dei servizi alla persona. Va tenuto conto anche dei nuovi assetti di riforma istituzionale in materia di enti locali (la L.R. 1/2013 di riforma delle Comunità Montane e delle Unioni Comuni Montane, la riforma delle Province e della ridefinizione dell’area metropolitana nel pescarese). Una gestione associata che è affidata all’Ente Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) di riferimento e che deve garantire, nelle forme più idonee e rispondenti alle esigenze e alle caratteristiche territoriali dei diversi Ambiti Distrettuali Sociali (attraverso l’esternalizzazione o l’accreditamento dei servizi e altre forme giuridiche, quali l’istituzione o le società consortili e di servizi in house o l’affidamento alle ASP territoriali), il pieno rispetto della normativa vigente in materia di enti locali e pubblici servizi (D.Lgs. 267/2000 e ss. mm. ii. in primis) e dei principi di trasparenza ed economicità, di efficienza ed efficacia e del buon funzionamento, propri di una corretta gestione dei servizi pubblici locali.

La governance locale per la gestione del sistema dei servizi alla persona fa riferimento agli assetti istituzionali previsti dalla normativa:

- Comune, Unione di Comuni (art. 32 D.Lgs. 267/2000), Comunità Montana (artt. 27-28-29 del D.Lgs. 267/2000);
- Azienda Speciale ovvero Azienda Servizi alla Persona, ai sensi dell’art. 114 del D.Lgs. 267/2000 (Ente strumentale del Comune);
- Istituzione ai sensi dell’art. 114 del D.Lgs. 267/2000 (organismo strumentale del Comune);
- Comune capofila, in caso di convenzione (art. 30 del D.Lgs. 267/2000);
- Consorzi per la gestione di servizi socioassistenziali e sociosanitari (art. 31 D.Lgs. 267/2000);
- Società della Salute (riconducibile all’art. 31 D.Lgs. 267/2000);
- Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona, art. 31 e 114 del D.Lgs. 267/2000;
- convenzionamento per l’affidamento dei servizi alle ASP, ai sensi della L.R. 17/2011.

1.4. Terzo Settore, RUNTS, Co-programmazione e Co-progettazione

Gli indirizzi normativi

Il Codice del Terzo Settore (CTS) – Decreto legislativo 3 luglio 2017 n. 117 e ss.mm.ii. – ha provveduto al riordino e alla revisione complessiva della disciplina vigente in materia, sia civilistica sia fiscale, definendo per la prima volta il perimetro del cd. Terzo Settore e, in maniera omogenea e organica, gli enti che ne fanno parte.

Ai sensi dell’art. 4 del Codice, sono Enti del Terzo Settore (ETS), se iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore:

- le organizzazioni di volontariato (ODV) (artt. 32 e ss.);
- le associazioni di promozione sociale (APS) (artt. 35 e ss.);
- gli enti filantropici (artt. 37 e ss.);
- le imprese sociali, incluse le cooperative sociali (art. 40);
- le reti associative (artt. 41 e ss.);
- le società di mutuo soccorso (SOMS) (artt. 42 e ss.);
- le associazioni riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato, diversi dalle società, costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale di cui all’art. 5, in forma di azione volontaria o di erogazione

gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi. Gli enti religiosi civilmente riconosciuti possono essere considerati ETS limitatamente allo svolgimento delle attività di interesse generale di cui all’art. 5 del Codice.

Il Terzo Settore comprende tutti i soggetti privati che, anziché perseguire interessi privati, perseguono “finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale” (Codice del Terzo Settore, art. 4, comma 1). Questo complesso di soggetti è dunque “terzo” sia rispetto ai soggetti pubblici, che perseguono interessi pubblici individuati dalle leggi, sia rispetto ai soggetti privati, che perseguono interessi privati da essi stessi liberamente individuati. In origine il termine Terzo Settore (TS) derivava da un’individuazione di carattere residuale, per cui era tutto ciò che non apparteneva né allo Stato, né al mercato. Oggi, grazie alla legge di riforma, la situazione si è ribaltata e il Terzo Settore è definito non tanto per esclusione, bensì in positivo grazie al riferimento all’interesse che esso persegue: l’interesse generale (CTS, art. 1).

A rafforzare l’operatività di alcuni articoli del CTS è intervenuto anche il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha approvato con D.M. n. 72 del 31.03.2021 le LINEE GUIDA SUL RAPPORTO TRA PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI ED ENTI DEL TERZO SETTORE. Gli artt. 55, 56 e 57 del Codice del Terzo Settore individuano una misura di sostegno e integrazione fra ETS e PP.AA., declinando una serie di istituti specifici, plasmata sulla natura specifica del Terzo Settore.

Si tratta, pertanto, di un’applicazione dell’art. 118, ultimo comma della Costituzione, che valorizza e agevola la possibile convergenza su “attività di interesse generale” fra la pubblica amministrazione e i soggetti espressione del Terzo Settore.

Il primo istituto è quello della co-programmazione, disciplinato dal secondo comma dell’art. 55 CTS: “La co-programmazione è finalizzata all’individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili”. In sostanza, la co-programmazione si sostanzia in un’istruttoria partecipata e condivisa, nella quale – ferme restando le prerogative dell’ente pubblico, quale “amministrazione procedente”, ai sensi della legge n. 241/1990 – il quadro di conoscenza e di rappresentazione delle possibili azioni sociali da intraprendere è il portato della collaborazione di tutti i partecipanti al procedimento. Il fine dell’art. 55, secondo comma, è chiaro. La co-programmazione dovrebbe generare un arricchimento della lettura dei bisogni, anche in modo integrato, rispetto ai tradizionali ambiti di competenza amministrativa degli enti, agevolando – in fase attuativa – la continuità del rapporto di collaborazione sussidiaria, come tale produttiva di integrazione di attività, risorse, anche immateriali, qualificazione della spesa e, da ultimo, costruzione di politiche pubbliche condivise e potenzialmente effettive, oltre alla produzione di un clima di fiducia reciproco.

L’altro istituto è quello della co-progettazione, disciplinato dal terzo comma dell’art. 55 CTS: “La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui al comma 2”.

La co-progettazione diventa, dunque, metodologia ordinaria per l’attivazione di rapporti di collaborazione con ETS; l’art. 55, al riguardo, fornisce due indicazioni di cui tener conto nella sua applicazione: da un lato, l’attivazione della co-progettazione dovrebbe essere la conseguenza dell’attivazione della co-programmazione, quale esito “naturale”; dall’altro, tale istituto è riferito a “specifici progetti di servizio o di intervento”. La collaborazione fra enti pubblici ed ETS, in funzione “sussidiaria”, è attivabile tanto per la costruzione di progetti di intervento, quanto di servizi. La norma, è bene precisarlo, esige che si tratti di “specifici progetti”.

Il ruolo strategico del RUNTS

La materia del Terzo Settore è stata interessata da un’altra importante riforma, attraverso il Decreto Ministeriale n. 106 del 15 settembre 2020 “Procedure di iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, modalità di deposito degli atti, regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione e la gestione del Registro”.

Il Codice del Terzo Settore ha inteso assegnare al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) un ruolo fondamentale. Anche in forza della propria articolazione su base territoriale, esso

assolve a una triplice funzione di pubblicità: segnatamente una pubblicità costitutiva, una pubblicità notizia e una pubblicità dichiarativa. In questa prospettiva, il RUNTS “certifica” l’iscrizione degli ETS nelle apposite sezioni, ne comprova la permanenza nelle stesse e ne determina, nei casi previsti, la cancellazione.

È utile ricordare che l’iscrizione al RUNTS non è obbligatoria per gli enti non profit; ma altrettanto chiaramente deve segnalarsi che dalla mancata iscrizione al Registro unico nazionale discende l’impossibilità di fruire delle agevolazioni previste dal Codice del Terzo Settore.

L’iscrizione al RUNTS ha un valore costitutivo della qualifica di ETS. Qualora, poi, l’ETS intenda conseguire la personalità giuridica di diritto privato, ossia l’autonomia patrimoniale perfetta, con la conseguente “irresponsabilità” dei patrimoni personali di quanti agiscono in nome e per conto dell’ente non profit ovvero dei membri del consiglio direttivo o ancora dei singoli associati, il RUNTS ha altresì l’effetto costitutivo della personalità giuridica.

Al RUNTS trasmetteranno le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che attualmente risultano iscritte nei rispetti registri tenuti dalle Regioni. Tuttavia, il decreto ministeriale stabilisce – in coerenza con l’impianto della riforma – che non trattasi di processo automatico. Infatti, le amministrazioni competenti avvieranno la verifica del possesso dei requisiti per l’iscrizione in una delle sezioni del Registro.

Il RUNTS prevede la possibilità di “migrazioni” interne, facoltative e obbligatorie. Tra le prime rientrano le ipotesi di quegli enti non profit che, a seguito dell’adeguamento dei propri statuti, potrebbero anche decidere di cambiare assetto giuridico, scegliendo una diversa collocazione nel Registro unico rispetto alla loro originaria qualificazione.

Il RUNTS si fonda, inevitabilmente, sulla leale collaborazione tra amministrazioni statali e regionali, le quali mantengono tuttavia la loro sfera di autonomia. L’ufficio del RUNTS cui gli ETS si rivolgono è quello territorialmente competente: in via ordinaria, quindi, la Regione in cui l’ente non profit ha la propria sede legale rappresenta per quest’ultimo il primo interfaccia.

Sul tema del RUNTS e del Terzo Settore, altro termine di fondamentale importanza nell’impianto complessivo della nuova legislazione attiene al **rilascio da parte della Commissione europea, su richiesta curata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dell’autorizzazione necessaria a rendere efficace la maggior parte delle disposizioni di natura fiscale (e promozionale) contenute nel CTS. (1)**

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: (associazioni e altri enti pubblici e privati) invitano la “Regione Abruzzo e gli ambiti sociali a valorizzare le potenzialità delle organizzazioni del Terzo Settore presenti sul territorio che gestiscono da anni i servizi di accoglienza per disabili CONDIVIDENDO REALMENTE PROGETTI E RISULTATI”.

Per la piena funzionalità del RUNTS e per la finalità stessa della valorizzazione del Terzo Settore, considerata anche la stretta connessione voluta dal legislatore della riforma del 2017 tra il quadro sostanziale e il quadro fiscale degli Enti del Terzo Settore, risulta necessario e non più derogabile il rilascio dell’autorizzazione da parte della Commissione Europea.

La Regione Abruzzo, attraverso le DGR n. 151 del 11.03.2020 e DGR n. 272 del 14.05.2020, ha provveduto all’istituzione dell’Ufficio Regionale del RUNTS anche con un’assistenza tecnica da parte della Società Abruzzo Sviluppo a svolgere le seguenti attività:

- supporto all’istituzione presso la Regione Abruzzo dell’Ufficio del RUNTS;
- supporto all’attuazione del RUNTS con riferimento alle attività di competenza del Servizio e dell’Ufficio Regionale individuato;
- supporto alla comunicazione al sistema informativo del RUNTS dei dati degli enti iscritti nei registri delle ODV e delle APS di rispettiva competenza, ai fini della popolazione iniziale del RUNTS ai sensi dell’art. 54 del medesimo Codice;
- supporto all’effettuazione di una prima rilevazione dei fabbisogni formativi del personale addetto agli Uffici del RUNTS ai fini dell’attivazione della formazione iniziale prevista dall’accordo con UNIONCAMERE;

- supporto all’avvio delle verifiche sulla sussistenza dei requisiti per l’iscrizione degli enti nel RUNTS. Inoltre, la Regione Abruzzo ha attivato una piattaforma digitale a supporto delle ODV e APS che intendono adeguare i propri statuti alla nuova disciplina prevista dal Codice del Terzo Settore (D.lgs. n. 117/2017) al fine di poter essere destinatarie/beneficiarie della Riforma del Terzo Settore. La piattaforma, oltre a prevedere il caricamento dei documenti richiesti ai fini della verifica dell’adeguamento, prevede la possibilità di inserire i dati necessari ai fini della trasmissione dell’ente nel nuovo Registro.

Gli obiettivi e le azioni di sistema del Piano Sociale Regionale 2022-2024 per il rafforzamento del ruolo del Terzo Settore

Il quadro normativo e programmatico regionale rappresentato evidenzia la necessità che la Regione, per la sua funzione di indirizzo e regia dei processi e delle fasi della pianificazione sociale pluriennale, dia maggiore riconoscimento e rafforzi il ruolo del Terzo Settore quale attore sociale strategico per la lettura e l’analisi dei bisogni e per l’individuazione degli obiettivi di sistema e di servizio della nuova programmazione sociale.

Un ruolo attivo riconosciuto dalla normativa nazionale e regionale, che viene rafforzato dall’ultimo provvedimento di indirizzo emanato con D.M. 72 del 31.03.2021 e che la Regione Abruzzo ha ritenuto essenziale recepire attraverso il rafforzamento del ruolo di co-programmazione e di indirizzo della Cabina di Regia.

Nella nuova programmazione sociale 2022-2024, il Terzo Settore assume un ruolo strategico rilevante in ambito nazionale e regionale, soprattutto per la realizzazione dei programmi e progetti locali che fanno riferimento alle azioni previste dal REACT EU e dal **PNRR 2021-2025** nella **Missione 5 C2 “Infrastrutture sociali, famiglie e Terzo Settore”** e nella **Missione 5 C3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”**, assumendo a pieno diritto un ruolo di attore importante per la condivisione dei programmi e la realizzazione di azioni mirate ed efficaci. Un esempio significativo è rappresentato dalla necessità di integrare le azioni di assistenza e sostegno sociale del PSR 2022-2024 con le misure della **Missione 5 (sociale)** del **PNRR** e degli interventi per l’inclusione sociale e il contrasto alla povertà, in cui l’apporto del Terzo Settore risulta indispensabile (basti pensare al sostegno dato alla cittadinanza durante la fase prolungata di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19).

Tavola 4 – Matrice di evidenza del ruolo diretto e indiretto del Terzo Settore nel PSR 2022-2024

Programma- zione integrata 2022-2024	Ruolo del Terzo Settore nelle azioni dirette del PSR 2022-2024	Ruolo del Terzo Settore nelle Azioni indirette del PSR 2022-2024
PSR 2022-2024	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione dell'analisi dei bisogni e degli obiettivi e indirizzi del PSR (Cabina di Regia) • Partecipazione ai gruppi di piano locali per la redazione dei piani di stretturali sociali • Definizione a livello locale di accordi di rete e partenariato per azioni di contrasto alle fragilità e coesione sociale • Definizione a livello locale di accordi di rete e partenariato per azioni innovative di prossimità e per l'invecchiamento attivo • Definizione a livello locale di accordi di rete e partenariato per azioni innovative nell'ambito delle politiche giovanili 	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione a tavoli programmatici regionali per gli indirizzi e la condivisione di piani di azione settoriali • Azioni di co-progettazione locale per i servizi alla persona • Gestione dei piani di emergenza sociale per cause esterne emergenziali (es. Covid-19, fattori peculiari di disagio estremo)
PNRR (Missione 5C): Progetti regionali AS 4 del PNRR – REACT EU FSE/FSC 20121/2027: La strategia di Abruzzo Prossimo "Includere per contrastare le fragilità" (DGR 391 del 3.06.2021)	M5C2 - Servizi sociali e marginalità sociale: <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione a reti sociali di partenariato per azioni progettuali di sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione anziani non autosufficienti • Partecipazione a reti sociali di partenariato per percorsi progettuali di autonomia per persone con disabilità e housing sociale • Partecipazione a reti sociali per la realizzazione di azioni locali per la Non Autosufficienza e per il rafforzamento dei processi e servizi di accesso e presa in carico e Valutazione multidimensionale e servizi sociosanitari di prossimità" (budget progetto) 	M5C3 - Interventi speciali per la coesione sociale: <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione a tavoli programmatici e reti sociali per azioni di indirizzo dei progetti di rafforzamento della strategia nazionale aree interne per il miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici educativi, sanitari e sociali • Partecipazione a tavoli programmatici e reti sociali di indirizzo per i programmi di recupero di spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale polifunzionale per l'autonomia e l'inclusione sociale (Dopo di Noi, housing sociale, altre azioni)

1.5. Regolamentazione sistema e misure di autorizzazione e accreditamento servizi alla persona

La **legge n. 328 dell'8 novembre 2000** introduce nel settore dei servizi sociali i principi di "autorizzazione" e "accreditamento".

In accordo con la suddetta legge l'**autorizzazione al funzionamento** è il provvedimento con cui

vengono consentiti "la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie" a soggetti pubblici e privati.

L'**accreditamento** istituzionale viene invece inteso, dalla stessa normativa, come "il provvedimento con cui si riconosce alle strutture pubbliche e private, che sono state precedentemente autorizzate, lo status di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale".

Nell'ambito dei servizi sopra richiamati, la stessa legge n. 328/2000 assegna ai **Comuni**, tra l'altro, l'esercizio delle attività di "autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica" (art. 6, comma 2b).

Viene altresì specificato che "l'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali" (art. 11).

La stessa legge assegna alle **Regioni**:

- "Le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale"
- "La definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica"
- "La definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni"
- "La predisposizione e il finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali"
- "La determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati"

In attuazione della legge n. 328 sopra citata, viene emanato il **Decreto Ministeriale n. 308 del 2001** attraverso il quale viene definito il "**Regolamento concernente i Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale**".

Il Decreto chiarisce che il suddetto regolamento va applicato alle strutture e ai servizi rivolti a:

- minori** per interventi socioassistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia;
- disabili** per interventi socioassistenziali o sociosanitari finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;
- anziani** per interventi socioassistenziali o sociosanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

Il suddetto decreto assegna altresì ai **Comuni** il compito di rilasciare autorizzazioni all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale a seguito della verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali e organizzativi specificati nello stesso decreto.

In mancanza di una definizione nazionale di riferimento, le Regioni si sono dotate di regolamenti attuativi in materia di autorizzazione e accreditamento di strutture e servizi in ambito sociale che contengono alcune differenze, in particolare riguardo a cosa nello specifico comporti lo **status di "soggetto accreditato"**, oltre a differenze nei **settori specifici** per cui sono stati stabiliti i regimi di autorizzazione/accreditamento, **nelle competenze** delle istituzioni interessate, nonché nelle **procedure e nei requisiti** necessari per l'ottenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

La Regione Abruzzo ha stabilito con la **L.R. 4 gennaio 2005, n. 2** obiettivi e procedure per l'**attivazione del regime di autorizzazione e accreditamento sociali**.

Secondo la suddetta legge regionale:

- **l'autorizzazione** è definita come il "provvedimento indispensabile di cui deve dotarsi chiunque intenda erogare prestazioni socioassistenziali, basato sulla verifica del possesso di requisiti minimi di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo" (art. 5);
- **l'accreditamento** invece "consente ai soggetti già autorizzati di essere fornitori di servizi e prestazioni per conto dell'ente pubblico, previo accertamento del possesso di ulteriori requisiti rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione" (art. 7 e 8).

I procedimenti di autorizzazione e accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona, definiti dalla legge regionale n. 2/2005, prevedono tra l'altro il coinvolgimento dei seguenti soggetti istituzionali:

- **la Regione:** "definisce gli strumenti e le modalità per il rilascio delle autorizzazioni al funziona-

mento e per l'accreditamento" dei soggetti eroganti servizi alla persona (art. 2). Nonché "predispone specifici strumenti di controllo al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi" (art.2);

- **i Comuni** cui compete "l'esercizio delle funzioni in materia di rilascio formale dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali, sociosanitari e socioeducativi (...) secondo gli strumenti e le modalità fissati dalla Regione.
- **le Province** a cui spettano funzioni di "verifica degli standard per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento" (art. 3). Per l'esercizio di tali funzioni ciascuna provincia è tenuta a istituire un "Organismo tecnico" (art. 12 et alibi) che svolga la funzione ispettiva finalizzata alla verifica degli standard, come definito in precedenza.

Oltre alla legge regionale sopra richiamata, la materia dell'**autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento delle strutture sociali e sociosanitarie** è regolata, in Abruzzo, dalle norme o dagli atti amministrativi qui di seguito riportati:

- **la Delibera della G.R. 12 dicembre 2001, n. 1230**, concernente le "Direttive Generali Provvisorie" in ordine ai procedimenti amministrativi di autorizzazione, da parte dei Comuni, al **funzionamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale**, in attuazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308;
- **la L.R. 76/2000 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia"** e la successiva DGR 565/2001 contenente le disposizioni attuative "Direttive generali di attuazione della L.R. 76/2000", che prevedono agli artt. 57-58-59 le modalità di rilascio e revoca dell'autorizzazione al funzionamento; la DGR 935/2011 contenente le disposizioni attuative per l'introduzione di una "Disciplina sperimentale del sistema di accreditamento dei servizi educativi per la prima infanzia"; la DGR 393/2012 che modifica la 935/2011, in particolare prevedendo la necessità di un "progetto pedagogico/progetto educativo" per ciascun gestore pubblico e privato di servizi per la prima infanzia;
- **la DGR 833/2015** che prevede la II fase di sperimentazione dell'accreditamento dei servizi per la prima infanzia;
- **la L.R. 31 luglio 2007, n. 32** "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" e s.m.i.

Gli obiettivi e le azioni di regolamentazione ed efficientamento del funzionamento dei servizi alla persona del PSR 2022-2024

Al fine di favorire l'applicazione della legge regionale sopra richiamata, il Piano Sociale Regionale 2016 – 2018 aveva definito la necessità di una verifica generale della L.R. 2/2005, alla luce delle modifiche del quadro normativo e delle mutate condizioni di fatto rispetto al momento della sua entrata in vigore.

In relazione all'azione di "verifica generale della L.R. 2/2005" e in conseguenza alla progressiva riduzione del ruolo delle Province, come previsto dalla normativa nazionale, ferma restando in capo alla Regione la competenza nella definizione di strumenti e modalità per il rilascio delle autorizzazioni al funzionamento e per l'accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona (in tal senso ci si può avvalere della consulenza tecnica di un apposito organismo di carattere regionale), è necessario riformare la suddetta legge regionale nei seguenti aspetti:

1. tra gli enti istituzionali coinvolti nel procedimento di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona e nella riformulazione del suddetto procedimento, vi è la necessità di identificare **un soggetto istituzionale alternativo alle Province** che si occupi della funzione di "verifica degli standard per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento";
2. è necessario ridefinire il ruolo di vigilanza e controllo della sussistenza e/o del mantenimento dei requisiti richiesti per l'autorizzazione al funzionamento e/o per l'accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona, trasferendo tali competenze dalle Province al Comune (Ambito sociale monocomunale) o al Comune capofila dell'Ambito Sociale (Ambito pluricomunale). Per l'esercizio di tale funzione, il Comune/Ambito sociale può avvalersi del supporto tecnico di una Commissione Multidisciplinare nominata dallo stesso ente. La commissione è composta da personale avente professionalità specialistiche in ambito sociosanitario.

Andranno altresì definiti progressivamente gli standard regionali di erogazione dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari, attraverso uno o più regolamenti. **(1)**

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: viene rafforzata nella Cabina di Regia, da parte dei rappresentanti degli ECAD, del Forum del Terzo Settore, delle OO.SS. e di altri Enti, la necessità di riforma della L.R. 2/2005 (per le OO.SS. anche di una nuova legge quadro sui servizi alla persona) per dare attuazione a quanto previsto dalla legge in materia di autorizzazione e accreditamento di strutture e servizi, mediante una ridefinizione della norma nelle parti incompatibili con l'attuale quadro normativo.

La programmazione sociale regionale 2022-2024 tra le azioni complementari di sistema non più rinviabili, per le sue funzioni di regia e programmazione generale e interpellando le migliori competenze e le buone prassi in ambito sociale, sociosanitario e socioeducativo, dovrà pertanto porre in essere una serie di misure regolamentari quali:

- l'adeguamento normativo in materia di accreditamento e autorizzazione al funzionamento;
- una nuova normativa regionale quadro sul Sistema dei Servizi alla persona che recepisca la legge n. 328/2000 e le ss.ii.mm. in materia e superi la L.R. 22/98;
- l'aggiornamento della L.R. 95/95 sulla famiglia;
- l'aggiornamento degli attuali dispositivi di indirizzo regionale sull'integrazione sociosanitaria (DGR n. 191/2017) e sui livelli di compartecipazione della spesa sociale e sociosanitaria (DGR n. 112/2017).

Inoltre, l'analisi e una prima valutazione delle prassi più recenti realizzate nell'ambito degli interventi di partenariato finanziati con il POR FSE 2014-2020 (Abruzzo Include, Piani di Conciliazione, Abruzzo Care Family e, in fase di attuazione, il POR Abruzzo "Agorà" per gli spazi inclusivi dei giovani) evidenziano il buon funzionamento, da parte delle reti sociali di partenariato progettuale, dell'utilizzo di **procedure che istituiscono albi a livello di ambito territoriale per l'accreditamento di soggetti fornitori di servizi e prestazioni sociali e sociosanitarie**, attraverso l'impiego, da parte dell'utente beneficiario, di "buoni servizio" e "buoni forniture" per un corrispettivo prestazionale qualificato e validato dalla rete sociale.

Un sistema locale che, reso diffuso e omogeneo, potrebbe funzionare in affiancamento alle altre disposizioni di legge in materia di affidamenti e accreditamento dei servizi e di applicazione degli indirizzi per la co-progettazione dei servizi locali con il Terzo Settore.

1.6. Il tema delle risorse umane e professionali per le politiche sociali

I riferimenti nazionali e le azioni di rafforzamento del PSN 2021-2023

Appare chiaro ed evidente che, per la governance della programmazione sociale e per la realizzazione efficiente sul territorio delle azioni e dei progetti esecutivi, declinati per Assi Tematici ridefiniti e obiettivi di servizio attraverso i rispettivi piani distrettuali sociali, un ruolo essenziale è giocato dalla capacità di mettere in campo risorse umane e reti di competenze qualificate, che hanno maturato esperienze in ambito sociale, sociosanitario e socioeducativo.

Uno degli obiettivi della normativa nazionale più recente, il D.Lgs 147/2017, è proprio quello di **rafforzare i servizi territoriali della valutazione preliminare dell'accesso (preassessment) e di presa in carico (assessment) dei servizi alla persona.**

Obiettivo ripreso con forza anche dal PNRR nella Misura 5C sulle politiche sociali, cui gli ambiti sociali e la stessa Regione Abruzzo per quanto di competenza devono rispondere con azioni di condivisione, di accompagnamento e di corretta gestione delle fasi e delle azioni previste e da mettere in campo per il rafforzamento e l'efficientamento interdisciplinare delle risorse umane.

In questo senso va anche il riconoscimento del ruolo essenziale di gestione amministrativa svolta dagli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) e dagli uffici di piano spesso con risorse umane e

professionali limitate e con profili contrattuali di precariato di lungo termine.

Gli aspetti delineati sono presi in considerazione e fanno parte delle raccomandazioni della normativa nazionale sopra richiamata, rafforzate negli indirizzi nazionali emanati per la realizzazione dei piani povertà e delle azioni del PON Inclusion (Avviso 3/2016 e Avviso 1/2019), che stabiliscono per gli ambiti sociali criteri e parametri di utilizzo delle risorse ben precisi e che recentemente vengono monitorati dal Ministero e dalle Regioni tramite il sistema di monitoraggio dei servizi SIOSS (basti pensare al parametro standard da raggiungere di 1 assistente sociale ogni 5000 abitanti e 1/4000 quale livello ottimale e agli incentivi finanziari previsti in tal senso a livello ministeriale, con le risorse del Fondo Povertà e del Fondo di solidarietà comunale di cui alla legge 178/2000 di Bilancio 2021).

Le azioni complementari e di supporto agli Ambiti Distrettuali Sociali del PSR 2022-2024 sul tema risorse umane

Risultano necessarie azioni progressive e complementari al PSR 2022-24 di accompagnamento e sostegno (es. il Progetto *Rebuilding* promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e gestito dalla Regione Abruzzo), promosse e coordinate a livello regionale e rivolte direttamente agli Ambiti Distrettuali Sociali, per assicurare una *governance* locale che renda operativi gli indirizzi nazionali e ministeriali per il raggiungimento di obiettivi e standard di prestazioni e servizi sociali e del corretto utilizzo delle risorse, assegnate attraverso il riparto del Fondo Povertà 2021-2023 agli ambiti sociali e del Fondo di solidarietà comunale 2021-2023 ai Comuni, secondo i criteri e le modalità di spesa e rendicontazione stabiliti nel DPCM del 1° luglio 2021 e pubblicato in G.U. n. 209 del 1 settembre 2021 (legge di bilancio 2021). Risorse nazionali che fanno riferimento al raggiungimento di standard di servizio e di adeguamento delle risorse umane e a relativi parametri di spesa nel periodo 2021-2023, che concorrono al rafforzamento del sistema integrato dei servizi sociali locali. Viene attivata un'azione regionale progressiva e costante di monitoraggio insieme all'ANCI e di assistenza tecnica e di accompagnamento agli ADS, per mettere a sistema a livello locale gli indirizzi dei nuovi LEPS e gli adeguamenti ai fabbisogni standard dei Comuni, che vengono espressamente richiamati nella legge di bilancio 2021 (L. 178/2000), nel PSN 2021-2023 e nel Piano Povertà 2021-2024, di cui è parte integrante e sostanziale insieme al nuovo Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNA), in fase di redazione a livello nazionale e previsto per inizio anno 2022 (prossimo capitolo 4 del PSN 2021-2023).

Le azioni di rafforzamento sociale del Fondo di solidarietà comunale (DPCM 1° luglio 2021)

La nuova programmazione sociale regionale attiva azioni di sistema di assistenza tecnica affinché si possa dare piena applicazione agli indirizzi della **legge di bilancio 2021 (L. 178/2020)**. Con la norma di bilancio si è, difatti, arrivati alla formale definizione in norma di un livello essenziale di sistema, nei termini di un rapporto minimo assistenti sociali e popolazione di 1:5000, e allo stanziamento di risorse finalizzate al suo perseguimento nell'ambito del servizio pubblico (art. 1 commi 797-804). Tale misura può a buon diritto qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero edificio del sistema dei servizi sociali. Inoltre, sono state individuate, nell'ambito del federalismo fiscale, nuove risorse specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali (art. 1 commi 791-793); tali risorse sono collegate formalmente alla definizione di obiettivi di servizio, cui si è iniziato a lavorare in modo coordinato con la filiera sociale e con gli enti locali. Tali risorse vanno ad aggiungersi al rifinanziamento e rafforzamento dei diversi fondi sociali nazionali.

Nel mentre, anche alcune Regioni e Comuni hanno provveduto a individuare livelli essenziali e obiettivi di servizio da riconoscere nei propri territori, in un contesto normativo sempre sostanzialmente coerente con le linee guida individuate dalla L. 328/2000.

Gli obiettivi del Fondo di solidarietà comunale di cui al DPCM del 1° luglio 2021 prevedono il riconoscimento della spesa per gli adempimenti di adeguamento delle risorse umane da parte di Comuni, in forma singola o associata, su trasferimento delle risorse come esplicitato nella seguente tabella:

	Obiettivo	Indicatore / Target
A	Dotazione di assistenti sociali: avvicinamento al rapporto di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti, che costituisce la soglia di riferimento per l'attivazione dell'incentivo al raggiungimento del "livello essenziale", nell'ambito della normativa vigente sui servizi sociali, dato dal rapporto di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti (co. 797, lett. a), dell'articolo 1 della legge di bilancio 2021)	Attivazione della procedura di assunzione di almeno un assistente sociale dipendente (a tempo indeterminato), con variazione del piano di fabbisogno di personale, accantonamento delle risorse necessarie a norma del principio contabile vigente ed effettuazione delle comunicazioni obbligatorie ex art. 34-bis del D.Lgs n. 165/2001 e successive modifiche. Le risorse convenzionalmente considerate assorbitate dal raggiungimento del target ammontano a 50 mila euro per singola figura professionale di cui si avvia l'assunzione. Si segnala che per i Comuni o ambiti che non raggiungono il rapporto di 1 assistente sociale per 6.500 abitanti, l'acquisizione di uno o più assistenti sociali a tempo indeterminato concorre alla possibilità di acquisire le risorse specifiche, incentivanti il raggiungimento del rapporto 1:5000 ab., di cui al co. 797, lett. a) della legge di bilancio 2021.
B	Dotazione di assistenti sociali (o di figure qualificate di supporto ai servizi sociali comunali): miglioramento della dotazione di personale qualificato nello svolgimento dei servizi sociali del Comune o dell'Ambito (in particolare nei casi di già raggiunto rapporto 1:6500 ab. per gli assistenti sociali)	Attivazione della procedura di assunzione di almeno un operatore qualificato dei servizi sociali (a tempo indeterminato o determinato oltre 12 mesi), con variazione del piano di fabbisogno di personale, accantonamento delle risorse necessarie a norma del principio contabile vigente ed effettuazione delle comunicazioni obbligatorie ex art. 34-bis del D.Lgs n. 165/2001 e successive modifiche. Le risorse convenzionalmente considerate assorbitate dal raggiungimento del target ammontano a 50 mila euro per singola figura professionale di cui si avvia l'assunzione.

Azioni funzionali e complementari agli obiettivi di rafforzamento dei servizi sociali, previsti a livello nazionale, sono riportate nella seguente tavola 5.

Tavola 5 – Obiettivi di sistema per il rafforzamento della valutazione preliminare dell'accesso ai servizi sociali (preassessment) e di presa in carico (assessment) dei servizi alla persona

ASSI TEMATICI	OBIETTIVI DI SISTEMA (Programmazione 2021-2023)				Indicatori di risultato
	1. Azioni dirette del PSR 2022-2024	2. Fondo Povertà; Fondo di Solidarietà Comunale	3. PON Inclusione	4. PNRR	
Attuazione degli Obiettivi Essenziali di servizio		Rafforzare il sistema di accesso in ambito sociale (azioni integrate PSN, PSR, Piano Povertà; PON; M5C2.1 PNRR) e risorse del Fondo di Solidarietà Comunale			Adeguamento ai parametri nazionali obiettivi di servizio del personale
		Rafforzare il modello di presa in carico integrato (PAI/PEI) in riferimento ai LEPS del PSN 2021-2023			Adeguamento del personale agli obiettivi di servizio nazionali e uniformità degli strumenti e dei processi di valutazione sociosanitaria
Altri interventi del PSR 2022-2024	-FNPS -FSR -Comuni/ ADS	Il servizio sociale professionale (LEPS del PSN 2021-23) e risorse del Fondo di Solidarietà Comunale			Adeguamento parametri PSN e obiettivi di servizio Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/2020)
		Potenziamento professioni sociali (potenziamento PSN 2021.23)			Adeguamento indirizzi PSN e obiettivi di servizio del Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/020)
		Supervisione personale servizi sociali (LEPS del PSN 2021/23)			Azioni di supervisione professionale annuale (con i parametri e gli indirizzi del PSN 2021/23)

Il Ministero delle Politiche del Lavoro e delle politiche sociali nel recente D.M. n. 144 del 25.06.2021, in merito agli adempimenti di adeguamento evidenziati nella tavola 5, ha già ripartito una quota di risorse a favore degli ambiti sociali per l'annualità 2021, prendendo a riferimento le richieste inoltrate tramite il SIOSS entro la data del 28 febbraio 2021.

Risulta, pertanto, necessario, accompagnare tutti i 24 Ambiti Distrettuali Sociali regionali durante la fase di adeguamento ai parametri delle risorse umane e agli standard prestazionali e di servizio stabiliti a livello nazionale (LEPS), che sono condizione indispensabile per l'utilizzo e la rendicontazione delle risorse assegnate con il Fondo Povertà, con il Fondo di solidarietà comunale e con lo stesso Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS).

L'assegnazione di tali risorse integrative denota la piena volontà di rafforzare e rendere uniforme su tutto il territorio nazionale il sistema dei servizi sociali locali gestiti in forma associata ai sensi della legge 328/2000. La nuova programmazione sociale regionale 2022-2024, partendo dalle azioni intraprese a livello ministeriale, vuole ulteriormente potenziare il sistema della governance locale attraverso azioni di orientamento, accompagnamento e supporto, condivise con gli stessi Ambiti Distrettuali Sociali. Il monitoraggio, effettuato nel 2019 con l'ausilio dell'assistenza tecnica al PSR 2016/2018, ha messo in luce molti aspetti positivi che hanno riguardato la gestione associata dei servizi alla persona negli ultimi anni di programmazione sociale (che in buona parte sono stati evidenziati nei precedenti punti di discussione), con qualche aspetto di criticità su cui è necessario fare uno sforzo comune di adeguamento ed efficientamento.

Come già evidenziato nella sezione dedicata al funzionamento e accreditamento dei servizi, è necessario ga-

rantire una maggiore efficienza della governance dei processi di gestione e affidamento dei servizi alla persona. In questo, molto possono fare una nuova legge quadro regionale sui servizi alla persona, **la revisione della normativa regionale in materia di accreditamento e autorizzazione al funzionamento e anche l'implementazione di albi territoriali per la validazione degli enti fornitori di servizi e prestazioni sociali, che possono garantire la qualità prestazionale e possono notevolmente agevolare gli enti di ambito sociale nelle fasi di monitoraggio e valutazione e di rendicontazione della spesa sociale.**

L'interdisciplinarietà delle risorse umane e le azioni di sostegno sociale del PSR 2022-2024

L'altro aspetto su cui puntare riguarda la necessità di integrare le misure di potenziamento intraprese direttamente a livello ministeriale con azioni di sistema da parte degli ambiti sociali che puntino a riconoscere e garantire **il ruolo essenziale svolto dalle varie figure professionali che operano nei servizi alla persona, che in gran parte sono responsabili del loro funzionamento complessivo, anche delle fasi e dei processi della governance locale:** dalla programmazione e progettazione esecutiva dei piani distrettuali, al coordinamento della fase di consultazione politica della conferenza dei sindaci e di tutte le altre fasi gestionali esecutive, di affidamento dei servizi e di rendicontazione della spesa. Un lavoro riorganizzativo che rientra tra gli obiettivi prioritari della piattaforma SIOSS e che, oltre al ruolo promotore e di coordinamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e quello intermediario della Regione Abruzzo, coinvolge direttamente gli stessi Ambiti Distrettuali Sociali.

Dal punto di vista della *governance locale*, il monitoraggio effettuato sui piani distrettuali sociali, su dati aggiornati al 31.12.2018, ha difatti evidenziato un quadro complessivo con luci e ancora zone d'ombra.

Risulta evidente il ruolo significativo e consolidato della figura professionale dell'assistente sociale che, oltre a garantire le funzioni dirette di accesso ai servizi e di presa in carico dell'utente, svolge una funzione rilevante anche in ambito amministrativo presso gli uffici di piano, di gestione e coordinamento dei servizi, a fronte di una scarsa presenza delle altre figure professionali dello psicologo, del sociologo e dell'educatore professionale.

Da qui l'esigenza di integrare i servizi sociali territoriali dell'ADS con le figure professionali che possano garantire l'interdisciplinarietà a livello psicologico ed educativo, necessarie per le valutazioni dei bisogni complessi e per l'attivazione di percorsi mirati e individuali di assistenza in ambito sociale, sociosanitario e socioeducativo. (1)

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: l'Ordine degli Psicologi e quello degli Educatori professionali hanno indicato:

- l'implementazione delle attività di prevenzione e l'integrazione sociosanitaria favorendo l'inserimento delle due figure professionali nelle strutture presenti nel territorio;
- l'inserimento della figura professionale dello psicologo-psicoterapeuta e dell'educatore professionale, in affiancamento alla figura dell'assistente sociale, nel servizio di segretariato sociale e nel servizio sociale professionale, delle UVM per la valutazione dei bisogni complessi e la redazione e la verifica dei PIA/PEI per una presa in carico multidisciplinare;
- la presentazione di un disegno di legge per l'inserimento dello psicologo all'interno dei PUA e altri servizi sociali e sociosanitari;
- un progetto di rilevazione delle fragilità attraverso strumenti diagnostici idonei, in particolare per approfondire il disagio derivante da dipendenze tecnologiche (IAD-HIKIKOMORI) a seguito della pandemia da Covid-19;
- il rafforzamento delle attività di prevenzione e il trattamento dei disturbi post-traumatici;
- progetti specifici per la supervisione del personale e la gestione del burn-out, con corsi qualificati (EMDR) per trattamento da stress lavorativo da burn-out.

Si deve pertanto tener conto di questo aspetto anche in considerazione degli indirizzi nazionali (LEPS del PSN 2021-2023) e delle buone prassi comunitarie e internazionali in materia di gestione dei servizi alla persona, che mettono in evidenza l'importanza della **multidisciplinarietà delle risorse professionali** ai vari livelli operativi e di responsabilità. Basti pensare all'importanza della gestione di aspetti relativi al disagio psicologico e alle criticità territoriali rilevanti, che nell'ultimo periodo di emergenza sociosanitaria della pandemia da Covid-19 sono emersi con maggior forza.

INDIRIZZI E RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E I PROCESSI DI LAVORO DEL PSR 2022-2024

- a. Capacità di gestione del disagio e dello stress da lavoro (burn-out), che interessano non solo il target assistito ma gli stessi operatori sociali e il caregiver familiare, che richiede una maggiore interdisciplinarietà delle figure professionali presso gli stessi servizi sociali del territorio (**competenze sociali, psicologiche, educative**)
- b. Azioni di pre-assessment e di assessment da parte di Equipe Multidisciplinari a livello di ambito sociale per la gestione dei casi con bisogno complesso e multifattoriale
- c. **Strumenti di supervisione del personale**, delle azioni di aggiornamento e formazione continua e di figure professionali capaci di facilitare i processi, le reti sociali e **le azioni di co-programmazione e co-progettazione a vari livelli**, sempre più complesse e intersettoriali (scuola, sanità, sociale, formazione, lavoro, giustizia, ecc.)
- d. Gestione degli strumenti telematici di lavoro sociale e di monitoraggio, che richiede buone capacità informatiche e di gestione dei dati e delle piattaforme ministeriali e regionali (bilancio locale, rendicontazioni, monitoraggio servizi, Gepi, Sigma, SIUSS, SIOSS, Osservatorio Regionale, Sportello regionale e altri settori dedicati)
- e. Percorsi di formazione continua sociosanitaria condivisa dal personale sociosanitario della ASL e dal personale degli Ambiti Distrettuali Sociali, con particolare riferimento alle procedure di gestione dei processi, di valutazione del bisogno e della presa in carico dei servizi a elevata integrazione sociosanitaria (UVM, PAI-PEI, **Budget di Progetto**) (1)

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: le Organizzazioni Sindacali (CGIL, CISL e UIL) e l'Osservatorio Abruzzo per il Disagio Mentale, tra le altre indicazioni, propongono di "individuare percorsi di formazione continua condivisa" dal personale sociosanitario della ASL e degli Ambiti

2. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE 2022-2024: INDIRIZZI DEL PIANO SOCIALE NAZIONALE 2021- 2023, LE POLITICHE COMUNITARIE 2021-2027, IL PNRR, IL DEFR ABRUZZO 2022-2024 E LA STRATEGIA DI "ABRUZZO PROSSIMO"

Premessa

Una programmazione integrata, modulare e progressiva

La programmazione regionale sociale 2022-2024 (PSR) intende assicurare livelli essenziali di interventi e servizi alla persona su tutto il territorio regionale, in un quadro normativo e finanziario di azioni e risorse regionali, nazionali e comunitarie integrato e coerente, che risponde ai bisogni sociali e a **Obiettivi Essenziali di servizio** e di benessere, declinati in **Assi Tematici** del PSR 2022-24, individuati e definiti in riferimento agli indirizzi delle **macro-azioni** e del sistema dei **Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali** (LEPS) condivisi dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con le Regioni, l'ANCI e gli altri attori rappresentativi del territorio nazionale, individuati nel PSN 2021-2023.

Partendo dagli indirizzi e dai diritti fondamentali sociali e dagli obiettivi di benessere, costituzionali, comunitari e sanciti dalle convenzioni internazionali sui diritti delle persone disabili, dell'infanzia, sull'invecchiamento attivo, sulla parità e il contesto delle violenze di genere e sui minori, e dagli obiettivi sociali dell'Agenda 2020-2030, il quadro normativo nazionale e regionale di riferimento (cap. 1 del PSR 2022-24) fornisce gli strumenti e le linee guida per una **programmazione sociale integrata a valenza pluriennale** uniforme e omogenea, che metta a sistema le varie misure e risorse finanziarie per garantire LEPS omogenei su tutto il territorio nazionale e regionale. Competenze programmatiche già definite dalla carta costituzionale (art. 117, comma 2) e che fanno riferimento ai dettami internazionali e dell'Unione Europea per le azioni di sostegno alle persone disabili, all'infanzia e alla famiglia, agli anziani, ai giovani e alle altre categorie sociali della società civile e per l'eguaglianza e la parità di genere.

Una vision e una mission oggi più che mai complesse, impegnative e stimolanti allo stesso tempo, che richiedono un approccio partecipativo e condiviso, in un'ottica di co-programmazione regionale e co-progettazione territoriale.

Un'attenzione particolare è mantenuta sulla situazione di prolungata emergenza sociale e sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, che vede la Regione Abruzzo impegnata sui vari fronti dei servizi pubblici locali e del mondo produttivo e, nello specifico, per il settore dei servizi alla persona socioassistenziali, sociosanitari e socioeducativi restano in vigore fino al permanere dell'emergenza pandemica le disposizioni e gli indirizzi dell'Ordinanza PGR n. 71 dell'8 giugno 2020.

2.1. Il diritto alla presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno

Il sistema integrato dei servizi alla persona assicura prestazioni, interventi e servizi, validati e riconosciuti su tutto il territorio nazionale, sulla base di una precisa analisi dei contesti territoriali, attraverso **una valutazione del bisogno sociale multidimensionale** e un **intervento progettuale individualizzato**, che per le diverse aree di bisogno si avvale di attori istituzionali e del privato sociale e Terzo Settore che partecipano a pieno titolo, con un significativo bagaglio di competenze ed esperienze, e attivamente alle fasi di analisi e individuazione dei bisogni e alla programmazione regionale degli interventi e servizi e dei piani distrettuali sociali. Un approccio **multidimensionale e intersettoriale** (sociale e socioeducativo, sociosanitario, dell'istruzione e formazione, sociolavorativo e di contrasto alla povertà e per l'inclusione sociale) che deve garantire un sistema informativo e di accesso universale, diffuso e trasparente. Un sistema integrato che, sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno, per la "presa in carico" e il sostegno sociale mette in rete una serie azioni di **"protezione e inclusione sociale"** (art. 21 del D.Lgs 147/2017) tra loro complementari, che la stessa L. 328/2000 individua sin dalla sua emanazione per definire il **sistema integrato di interventi e servizi sociali** (art. 22, comma 2):

- il sostegno sociale in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale, delle persone con limitata capacità di autonomia personale e in situazione di disabilità e non autosufficienza, volto alla

permanenza in ambito domiciliare e alla riduzione dei livelli di istituzionalizzazione e ricoveri impropri;

- misure per il contrasto alla povertà, l'inclusione sociale e il sostegno al reddito (RdC e altre misure di contrasto all'esclusione sociale);
- il sostegno per i minori in situazione di disagio in ambito familiare, diurno, semiresidenziale e residenziale (strutture comunitarie di tipo familiare);
- misure per il sostegno delle responsabilità familiari per la conciliazione dei tempi di lavoro e cura familiare (L. 53/2000);
- prestazioni integrate di tipo socioeducativo per contrastare dipendenze, di prevenzione, recupero e reinserimento sociale).

La nuova programmazione sociale, per le motivazioni evidenziate, facendo propri gli indirizzi nazionali per la **presa in carico multidimensionale** e del **progetto assistenziale e/o educativo individualizzato** e tenendo conto del contesto sociale ed economico lavorativo regionale e degli ambienti territoriali, assicura a livello regionale la regia della governance dei processi e delle reti sociali, sulla base di un quadro normativo e finanziario plurimo e in continua evoluzione di misure sociali, socioeducative e sociosanitarie integrate (non ultimo il PNRR in fase di avvio). Da questo contesto generale nasce la necessità di promuovere una pianificazione sociale *modulare, integrata*, nell'ottica della condivisione e partecipazione delle reti sociali che sono proprie della co-programmazione e della co-progettazione di servizi e interventi.

In questo processo programmatico regionale assumono un ruolo essenziale gli **Ambiti Distrettuali Sociali (ADS)** e gli altri attori istituzionali sociosanitari, dell'istruzione, della scuola, della giustizia e del privato sociale e Terzo Settore **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: la valutazione multidimensionale e la presa in carico tramite progetto individualizzato e budget di spesa sono aspetti che devono essere valorizzati e rafforzati, aspetti questi condivisi dagli attori della Cabina di Regia.

2.2. I nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) del PSN 2021-23

Il rafforzamento del sistema e delle azioni della normativa primaria

Date le premesse e il contesto normativo e finanziario, la nuova programmazione sociale 2022-2024 si configura come una pianificazione modulare e in progress, fondata su **livelli essenziali di prestazioni** che, già a partire dalla L. 328/2000, hanno avuto un percorso inizialmente *sperimentale* e progressivamente *esperienziale* e di *consolidamento* nei diversi contesti nazionali (e anche all'interno delle stesse Regioni).

Negli ultimi cinque anni vi è stata una maggiore condivisione delle politiche sociali in atto tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni, i Comuni (ANCI) e gli Ambiti Distrettuali Sociali (ADS), con un significativo impulso dovuto in primis alle misure di *contrasto alla povertà e inclusione sociale*, introdotte dal D.Lgs 147/2017 prima del *Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA)* e del *Reddito di Inclusione (REI)* e successivamente del *Reddito di Cittadinanza (RdC)* istituito con D.M. 4/2019.

Il rafforzamento dei servizi sociali di preassessment e di assessment per il raggiungimento di standard e parametri di copertura territoriale dei servizi essenziali di accesso e presa in carico (il parametro, ad esempio, di **1 assistente sociale/5000 ab. fino al raggiungimento ottimale di 1/4000 ab.**) e l'istituzione delle **equipe territoriali multidisciplinari per l'inclusione sociale** su tutto il territorio nazionale, hanno dato un concreto e significativo impulso per l'efficientamento del sistema integrato dei servizi alla persona.

Nell'ambito del riordino dei servizi sociali, una funzione strategica è quella di avere un sistema informativo nazionale e regionale efficiente. Il **Sistema dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS)**, istituito con D.M. 103 del 22.08.2019, si integra alle sezioni telematiche del casellario dell'assistenza e

del **SIUSS** (che comprende anche le sezioni tematiche specifiche denominate SINBA per i minori e la famiglia e SINA per la non autosufficienza e disabilità) e rappresenta un elemento significativo di condivisione dei dati e dei processi programmatori e finanziari.

La pluralità normativa e finanziaria, nei diversi livelli della governance e della gestione dei piani d'intervento che concorrono nel loro insieme alla realizzazione del **sistema integrato locale dei servizi alla persona, è composta da:**

- il Piano Nazionale Sociale 2021 - 2023;
- il Piano Nazionale Povertà 2021-2024 (inserito nel PSN 2021-2023);
- il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 (DPCM 21.11.2019 e DGR 707 del 17.11.2020) e il prossimo piano 2022-2024, in fase di redazione, oltre alle risorse nazionali e regionali per il sostegno al caregiver familiare (DPCM 27.10.2020, L.R. 43/2019);
- le misure di contrasto alla povertà attivate ai sensi del D.Lgs 147 del 2017, realizzate a valere sul fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386);
- le misure per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà a valere sui fondi del PON Inclusione (es. Avviso 3/2016, Avviso 4/2016 e l'Avviso 1/2019);
- le azioni per l'inclusione sociale e il contrasto alle fragilità previste nel PNRR e REACT EU; il PNRR MISSIONE 5 - *Inclusione e coesione* comprende una revisione strutturale delle politiche attive del lavoro, un rafforzamento dei centri per l'impiego e la loro integrazione con i servizi sociali e con la rete degli operatori privati
- intervengono a sostegno delle situazioni di fragilità sociale ed economica, delle famiglie, della genitorialità (a cui contribuisce anche il Piano asili nido, previsto nella Missione 4) e delle persone con disabilità o non autosufficienti. Si rafforza infine la strategia nazionale delle aree interne rilanciata dal Piano Sud 2030, con interventi sulle infrastrutture sociali e misure a supporto dei giovani, finalizzate alla transizione ecologica;
- la strategia regionale integrata delle azioni e delle risorse di "Abruzzo Prossimo";
- le misure del FSE 2021-2027 e risorse specifiche del Fondo Sviluppo Coesione (FSC) e Fondo Asilo Migrazione Integrazione (FAMI), le risorse FEAD, le risorse della Cassa Ammende;
- il Fondo Sociale Regionale (FSR) e le altre risorse settoriali regionali per la famiglia e i minori, i giovani e le categorie fragili (L.R. 95/95, L.R. 42/2019, L.R. 29/2006 ed altre disposizioni regionali settoriali);
- le misure per l'infanzia (0-6 anni) del D.Lgs 65/2017, il Fondo 0 - 6 del Miur, il programma PIPPI per contrastare la povertà educativa e l'istituzionalizzazione dei minori e le azioni in favore dei Careleavers per l'accompagnamento verso la maggiore età dei minori assistiti fuori dal contesto familiare.

Le misure e le azioni sopra rappresentate vengono declinate sul territorio regionale attraverso interventi e servizi che devono garantire i LEPS individuati nel PSN 2021-2023, con l'obiettivo prioritario di **perseguire e assicurare la coesione sociale** attraverso:

- il contrasto alle fragilità;
- la riduzione dell'emarginazione sociale;
- la prevenzione e la riduzione dell'istituzionalizzazione e dell'allontanamento dal proprio domicilio e contesto sociale;
- l'inclusione della persona in un contesto familiare e di vita appropriato alle esigenze individuali di carattere socio-familiare, economico-lavorativo, sanitario e sociosanitario.

I nuovi LEPS individuati nel PSN 2021-2023

La nuova programmazione regionale 2021-2023 promuove a livello territoriale le azioni di potenziamento dei LEPS e recepisce l'impostazione del riparto delle risorse finanziarie del PSN 2021-2023 per macro-attività e area di intervento, tenendo contestualmente conto delle peculiarità di bisogno sociale evidenziate nel profilo sociale e del sistema consolidato dei servizi alla persona, programmati e realizzati a livello locale dagli Ambiti Distrettuali Sociali attraverso servizi e interventi dei propri piani distrettuali sociali, intervenendo sul consolidamento dei punti di forza e sulle criticità

della precedente programmazione.

La tavola 6 che segue riporta le principali indicazioni nazionali sulle azioni di potenziamento e sui **LEPS già individuati in normativa primaria e previsti e potenziati nel PSN 2021-2023**, che fanno riferimento a misure, risorse finanziarie e piani nazionali e comunitari tra loro integrati, complementari e funzionali all'efficientamento del sistema integrato dei servizi alla persona.

Pertanto, risulta strategicamente rilevante che la nuova programmazione sociale regionale 2022-2024 declini gli obiettivi di sistema e di servizio e implementazione e potenziamento dei LEPS, richiamati nelle tavole 1 e 6, attraverso la realizzazione di interventi e servizi alla persona programmati a livello territoriale nei piani distrettuali sociali per **Assi Tematici (AT)** ridefiniti e alle Macro-attività e **Obiettivi Essenziali di servizio (OE)**, che rispondono ai bisogni sociali e socio-sanitari individuati nel profilo sociale e agli indirizzi del PSR 2022-2024.

Tavola 6 – LEPS e principali azioni di potenziamento recepite nel PSR 2022-2024 (rif. PSN 2021-2023)

Intervento e servizio	Tipologia azione di sistema	Ambito di trattazione nel PSN 2021-2023 ¹	Principali fonti di finanziamento nazionale ²	Principali fonti di finanziamento regionale ²
Applicazione omogenea ISEE	LEPS	PSN ¹	Fondo Povertà, FNPS ⁴ , PON Inclusionione, Fondo Solidarietà Comunale	FSR, FISS
Servizio sociale professionale e Segretariato sociale	LEPS	P.POV ²	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusionione, Fondo Solidarietà Comunale	FSR
Potenziamento professioni sociali	Potenziamento	PSN	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusionione, Fondo Solidarietà Comunale	FSR, POR, altri settoriali
Pronto intervento sociale	LEPS	P.POV	REACT EU ⁷	FSR, POR, altri settoriali
Punti unici di accesso	Potenziamento	PSN	FNPS, FNA ⁵	FSR, fondi integrativi FNA, FISS
Valutazione multidimensionale e progetto individualizzato	LEPS/Potenziamento	PSN/P.POV	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusionione, POC ⁹	FSR, fondi integrativi FNA, FISS, PNRR
Supervisione personale servizi sociali	LEPS	PSN	PNRR ⁶ , FNPS	FSR, POR, altri settoriali
Dimissioni protette	LEPS	PSN	PNRR, FNPS	FSR, fondi integrativi FNA, FISS, PNRR
Prevenzione allontanamento familiare (PIPPI)	LEPS	PSN	PNRR, Fondo Povertà	PNRR, altri settoriali
Garanzia infanzia	Potenziamento	PSN/P.POV	PON Inclusionione	altri settoriali

Intervento e servizio	Tipologia azione di sistema	Ambito di trattazione nel PSN 2021-2023 ¹	Principali fonti di finanziamento nazionale ²	Principali fonti di finanziamento regionale ²
Promozione rapporti scuola territorio	Potenziamento	PSN	FNPS, POC	FSR, Diritto allo Studio, POR, altri settoriali
Careleavers	Potenziamento	PSN/P.POV	Fondo Povertà	PNRR, altri settoriali
Sostegno monetario al reddito	Potenziamento	P.POV	Fondo Bilancio per RdC	FSR, altri settoriali
Presa in carico sociale-lavorativa	LEPS/Potenziamento	P.POV	Fondo Povertà, PON Inclusionione	FSR, POR, altri settoriali
Sostegno alimentare	Potenziamento	P.POV	FEAD ⁸ , REACT, PON Inclusionione 2021-2027	Fondi regionali per il sostegno alimentare (L.R. 4/2016), POR, altri settoriali
Housing first	Potenziamento	P.POV	PNRR, Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Centri servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione	Potenziamento/LEPS	P.POV	PNRR, Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Servizi per la residenza fittizia	Potenziamento/LEPS	P.POV	Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Progetti Dopo di Noi per categorie prioritarie	Obiettivo servizio	PNA ³	Fondo Dopo di Noi (L. 112/2016)	PNRR, altri settoriali
Progetti Dopo di Noi e Vita indipendente	Potenziamento/LEPS	PNA	PNRR, FNA, Fondo Dopo di Noi	PNRR, L.R. 57/2012, fondi integrativi FNA
Indennità di accompagnamento (INPS)	LEPS (competenza statale)	Risorse dello Stato	Bilancio pubblico	Risorse dello Stato
Servizi per la non autosufficienza	Potenziamento/LEPS	PNA	FNA, risorse dedicate	Fondi per il caregiver familiare (L.R. 43/2019) e altre categorie fragili

Note/Legenda: (1) PSN Piano Sociale Nazionale; (2) P.POV Piano per la lotta alla povertà; (3) PNA Piano Non Autosufficienza (cap. 4 del PSN 2021-23 che si aggiungerà nel 2022); (4) FNPS Fondo Nazionale Politiche Sociali; (5) FNA Fondo Non Autosufficienza; (6) PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; (7) REACT EU Programma Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe; (8) FEAD Fondo Europeo Aiuti agli Indigenti; (9) POC Piano Operativo Complementare Inclusionione.

La Regione Abruzzo assicura una costante e permanente funzione di regia e di accompagnamento degli Ambiti Distrettuali Sociali e delle reti sociali interessate, durante le fasi e i processi della programmazione locale e della realizzazione dei **piani distrettuali sociali e del loro aggiornamento in riferimento all'evoluzione del quadro normativo e programmatorio-finanziario nazionale, regionale e comunitario.**

2.3. La programmazione sociale e finanziaria integrata (Azioni e Obiettivi)

La strategia del Piano Sociale Regionale 2022-2024

Il nuovo **PSN 2021-2023**, approvato con Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021, compie un significativo sforzo programmatico per definire una cornice quadro di riferimento per la programmazione regionale e territoriale dei servizi alla persona nel prossimo triennio. Evidenzia la necessità e allo stesso tempo l'opportunità che la pluralità delle misure in atto può rappresentare per il sistema integrato locale dei servizi alla persona. Alle misure di consolidamento e rafforzamento dei servizi sociali vengono integrate azioni e risorse finanziarie ordinarie, strutturali e straordinarie per un arco temporale ampio, di largo respiro, a cui sono chiamati le Regioni, gli ambiti sociali e le reti sociali coinvolte nella programmazione sociale sul territorio nazionale. La tavola 6 sopra riportata dà una rappresentazione sinottica di quanto sia più che mai necessario garantire una *programmazione integrata e pluriennale* mirata e condivisa attraverso procedure e processi progettuali e di allocazione delle risorse ben definiti, in cui devono essere individuati obiettivi di sistema e di servizio che rispondano ai reali bisogni sociali e sociosanitari del territorio.

Un approccio sistemico e integrato che la Regione Abruzzo nella presente programmazione ha rafforzato, istituendo un networking di rete programmatica delle azioni e risorse pluriennali regionali, nazionali e comunitarie con la strategia di **"Abruzzo Prossimo"** e ampliando la composizione e le funzioni stesse della **Cabina di Regia** per il coordinamento delle attività proprie della programmazione sociale 2022-2024.

Le priorità del PSN 2021-2023 recepite nella programmazione sociale 2022-2024

Il Piano Sociale Nazionale 2021-2023, in continuità con i precedenti, ha come obiettivo il benessere sociale della popolazione attraverso lo strumento del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Con specifico riferimento alle azioni che fanno riferimento al FNPS, si distinguono due maggiori ambiti di impiego: Azioni di sistema e Interventi rivolti alle persone di minore età, all'interno del quale alcune attività vengono individuate come prioritarie nell'ottica della programmazione triennale.

Nello specifico, gli interventi considerati come prioritari vengono indicati come segue:

- **Azioni di sistema**
 - » **Punti unici di accesso**
 - » **LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali**
 - » **LEPS Dimissioni protette**
 - » **Potenziamento professioni sociali**
- **Interventi rivolti alle persone di minore età**
 - » **LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.**
 - » **Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up**
 - » **Sostegno ai Careleavers**
 - » **Garanzia infanzia**

Gli ambiti di utilizzo del Fondo Nazionale Politiche Sociali

Nel successivo capitolo 10 del presente piano vengono riportati nel dettaglio gli importi e gli impieghi del FNPS nell'orizzonte triennale di programmazione, destinati alle Regioni e al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per la copertura degli oneri di funzionamento e delle assistenze finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Si conferma la previsione, già concordata in sede di decreto di riparto del FNPS per l'anno 2020, di destinare il 50% delle risorse regionali agli interventi per le persone di minore età, delle quali si confermano 5 milioni destinati al programma P.I.P.P.I. che verrà integrato, nell'ottica del riconoscimento come LEPS, dai fondi PNRR.

Nell'ambito del rimanente 50%, una quota di 10 milioni sarà destinata a finanziare la supervisione del personale, mentre altri 10 milioni finanzieranno le Dimissioni protette. Tali finanziamenti

sono integrativi a quelli che verranno riconosciuti ai territori a valere sul PNRR.

La descrizione dei LEPS e delle azioni di potenziamento recepite nel PSR 2022-2024

Il PSN 2021-2023 individua un **sistema integrato di LEPS** incentrato sulla necessità di consolidare i livelli essenziali delle prestazioni, degli interventi e dei servizi alla persona, già individuati precedentemente in norma primaria, realizzati a livello regionale e territoriale nei rispettivi piani sociali regionali e piani distrettuali sociali, prevedendo ben precise azioni di rafforzamento e potenziamento che vengono recepite e declinate nel **PSR 2022-2024** con attività di consolidamento e potenziamento dei piani distrettuali sociali e che, per la definizione operativa, fanno riferimento alle **schede tecniche allegate al PSN 2021-2023** (cfr. all 2.7. al PSN).

Azioni e obiettivi del PSR 2022-24

Utilizzo diffuso e omogeneo dell'ISEE

Per la determinazione della compartecipazione alla spesa sociale, sociosanitaria e socioeducativa da parte dei cittadini, la Regione deve fornire precisi indirizzi agli ambiti sociali da recepire nei propri regolamenti unitari di ambito.

Obiettivi: Piena copertura territoriale di procedure uniformi per la compartecipazione alla spesa sociale e sociosanitaria.

Potenziamento delle professioni sociali

La Regione, sulla base del monitoraggio fatto sui servizi erogati al 31.12.2018, ha già messo in campo azioni progettuali di accompagnamento e supporto tecnico agli ambiti sociali per il potenziamento delle risorse umane, anche nell'ottica del contenimento del burn-out e del supporto alle nuove fragilità (es. Avviso PON Inclusione 2014-2020 Rebuilding).

Obiettivi: è necessario rafforzare queste azioni di supporto tecnico rivolto agli ambiti sociali con maggiori criticità anche per il raggiungimento degli obiettivi di servizio previsti a livello nazionale.

Risorse: Fondo di solidarietà comunale (L. 178/2020), la quota servizi del Fondo Povertà, il PNRR.

Potenziamento del Pronto Intervento Sociale (PIS)

Ridurre la disomogeneità territoriale degli interventi e dei servizi per garantire standard di servizio e prestazionali omogenee su tutto il territorio regionale.

Obiettivi: aumentare la risposta a bisogni complessi con interventi e servizi dedicati e continuativi.

Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, FEAD, FAMI, Fondo Cassa ammende.

Potenziamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Definire con gli ADS e i DSB il potenziamento delle strutture territoriali, delle competenze professionali e delle reti telematiche di condivisione dati e processi e la definizione dei Piani di Attuazione Locale per l'accesso unitario e la presa in carico sociosanitaria.

Obiettivi: rafforzare l'accesso e la presa in carico sociosanitaria multidisciplinare su tutto il territorio.

Risorse: FNPS, FSR, FNA, PNRR e REACT-EU.

Rafforzamento dei servizi per la presa in carico

Azioni per il raggiungimento entro il 2024 dei parametri del personale dedicato su base demografica (1/5000 ab fino al parametro ottimale di 1/4000 ab).

Obiettivi: accompagnare e sostenere i Comuni e gli ADS nel raggiungimento degli obiettivi di rafforzamento entro il 2023 e l'utilizzo delle risorse integrative (Piano Povertà, Fondo Solidarietà Comunale, altre risorse dedicate).

Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, Fondo solidarietà comunale, PNRR e REACT-EU.

Valutazione del bisogno sociale e sociosanitario multidimensionale e modalità di sostegno sociale tramite il progetto assistenziale ed educativo individuale

Definire con gli ADS e i DSB strumenti, risorse professionali (sociosanitarie e per la valutazione psicologica) e procedure uniformi e omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario, del PAI e PEI e del Budget di Progetto.

Obiettivi: prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e le degenze e i ricoveri impropri.
Risorse: FNPS, FSR, FNA, PNRR e REACT-EU.

Supervisione personale servizi sociali

Potenziare il sistema informativo regionale (OSR, Sportello Regionale, SIOSS) per il monitoraggio dei servizi e del personale, nell'ottica della condivisione con gli ADS e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di dati e processi e di nuove modalità di redazione bilanci sociali e rendicontazione della spesa.

Obiettivi: raggiungimento standard ottimali secondo gli indirizzi e i parametri stabiliti nel PSN 2021-23 (modalità tecniche/ore supervisione/costi unitari riportati nel Cap. II del PSN 2021-23 pag. 57) entro il 2024.

Risorse: FNPS, PNRR.

Dimissioni protette

Contrasto alle fragilità, riduzione dell'emarginazione sociale, prevenzione e riduzione dell'istituzionalizzazione e dell'allontanamento dal proprio domicilio e contesto sociale, inclusione della persona in un contesto familiare e di vita appropriato alle esigenze individuali di carattere sociale e familiare, economico e lavorativo, sanitario e sociosanitario.

Obiettivi: prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e le degenze e i ricoveri impropri.
Risorse: FNPS, FSR, FIS, FNA, PNRR.

Prevenzione allontanamento familiare

Rafforzare la metodologia PIPPI per la tutela dei minori e il contrasto della povertà educativa.

Obiettivi: Rafforzare e promuovere la conoscenza della metodologia di lavoro multidisciplinare PIPPI presso gli ambiti sociali, per il lavoro di rete con le famiglie multiproblematiche al fine di ridurre l'allontanamento dei minori dal nucleo familiare;

Risorse: FNPS (50% azioni per minori), Piano Povertà, altre risorse regionali e nazionali per i minori e la famiglia, PNRR e REACT EU.

Garanzia infanzia

Integrare azioni, iniziative e risorse nell'ambito dei servizi per i minori e la famiglia con le misure regionali, nazionali e comunitarie.

Obiettivi: Rafforzare azioni presso gli ambiti sociali per il contrasto della povertà educativa e del disagio dell'infanzia e l'esclusione sociale.

Risorse: FNPS, L.R. 95/95, PNRR e FSC, FSE+, FESR e Next Generation EU.

Promozione rapporti scuola – territorio

Definire con l'Ufficio Scolastico Regionale e gli ADS standard qualitativi e quantitativi omogenei su tutto il territorio regionale.

Obiettivi: efficientare il servizio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione dell'alunno disabile (L. 104/92) potenziando le azioni di raccordo con il Servizio regionale Istruzione per gli interventi socio-assistenziali e socioeducativi di programmazione territoriale e rendicontazione della spesa a valere sul fondo regionale del "Diritto allo Studio" (L.R. 78/78), gli interventi per l'infanzia 0-6 anni a valere sui fondi del D. Lgs 65/2017 e gli altri progetti di rete scuola-territorio.

Risorse: FNPS, Fondo Politiche Giovanili L. 248/2006, L.R. 95/95, D.Lgs 65/2017, PNRR e POR-FSE/FSC.

Careleavers

Rafforzare la metodologia di accompagnamento del minore allontanato dalla famiglia di origine verso il raggiungimento della maggiore età.

Obiettivi: Incrementare i progetti a livello di ambito sociale attraverso l'integrazione delle risorse previste nelle azioni del REACT EU e del PNRR, al fine di contrastare la povertà educativa e allargare il target Careleavers.

Risorse: FNPS (50% azioni per minori), Piano Povertà, altre risorse regionali e nazionali per i Careleavers, PNRR e REACT EU.

Sostegno monetario al reddito

Potenziare le azioni territoriali per il sostegno al reddito attraverso l'integrazione alla misura del RdC, con azioni FEAD e PON Inclusione.

Obiettivi: ridurre la povertà e incrementare l'occupazione degli esclusi dal mondo del lavoro.
Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, PON Inclusione e POC.

Presenza in carico sociale/lavorativa

Potenziare i processi e l'integrazione dei servizi sociali con i servizi del lavoro a livello territoriale: ADS/CPI).

Obiettivi: definire modalità chiare ed efficienti di condivisione di dati e strumenti di lavoro (GEPI/ANPAL) al fine di efficientare la realizzazione dei patti di inclusione, i patti del lavoro e i progetti di utilità collettiva (PUC); aumentare i patti inclusione e lavoro e i PUC (Fondo Povertà e PON inclusione); ridurre la povertà e aumentare l'occupazione degli esclusi dal mondo del lavoro.

Risorse: Fondo Povertà.

Sostegno alimentare

Potenziare le azioni con il Terzo Settore e gli Enti caritatevoli riconosciuti (es. CARITAS e Banco alimentare) per la lotta allo spreco alimentare e il rafforzamento delle mense e degli empori sociali.

Obiettivi: Integrare le risorse regionali con il FEAD, REACT e PON Inclusione 2021-27 per aumentare il sostegno alimentare al target in situazione di povertà estrema.

Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, risorse regionali per la lotta allo spreco alimentare, FEAD.

Housing first

Implementare il nuovo LEPS e potenziare, dove già attivi, i servizi di Housing first per i senza fissa dimora. Accompagnare gli ADS nelle fasi di implementazione del LEPS previsto nel PSN 2021-23, attraverso il rafforzamento della co-progettazione con gli enti del Terzo Settore.

Obiettivi: integrare le risorse regionali con le risorse e le misure di PNRR e Fondo Povertà per incrementare il sostegno all'emergenza abitativa del target in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora. Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, FEAD.

Centri servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione

Implementare il nuovo LEPS per le aree demografiche con 75.000 abitanti e oltre, fino al raggiungimento di uno standard ottimale di 1 centro servizi per ogni Ambito Distrettuale Sociale; potenziare, dove già attivi, i servizi di "Stazioni di posta" per i senza fissa dimora privi di residenza anagrafica. Accompagnare i Comuni mono-ambito e capoluogo di provincia e gli ADS nelle fasi e modalità di implementazione del LEPS previsto nel PSN 2021-23, attraverso il rafforzamento della co-progettazione con gli enti del Terzo Settore.

Obiettivi: integrare le risorse regionali con quelle del PNRR e Fondo Povertà per incrementare il sostegno all'emergenza abitativa del target in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora privi di residenza anagrafica.

Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, FEAD.

Servizi per la residenza fittizia

Implementare il nuovo LEPS e potenziare, dove già attivi, i "Servizi per la residenza fittizia" per i senza fissa dimora privi di residenza anagrafica. Accompagnare i Comuni mono-ambito e capoluogo di provincia e gli ADS nelle fasi e modalità di implementazione del LEPS previsto nel PSN 2021-23, attraverso il rafforzamento della co-progettazione con gli enti del Terzo Settore.

Obiettivi: Integrare le risorse regionali con le risorse e misure del Fondo Povertà per incrementare il sostegno all'emergenza abitativa del target in situazione di povertà estrema e senza fissa dimora privi di residenza anagrafica.

Risorse: FNPS, FSR, Fondo Povertà, FEAD.

Progetti Dopo di Noi per categorie prioritarie

Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone con svantaggio sociale e personale prive di sostegno familiare (Dopo di Noi) attraverso le azioni regionali di accompagnamento, inclusione sociale e di autonomia abitativa previste ai sensi della L. 112/2016. Definire con gli ADS, i DSB, i Centri Salute Mentale, le Associazioni dei familiari e il Terzo Settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato.

Obiettivi: Garantire procedure uniformi e omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario, del PAI e PEI e del budget di progetto. L'obiettivo prioritario è quello di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri e garantire percorsi di inclusione sociale e autonomia abitativa.

Risorse: regionali e nazionali del Fondo Dopo di Noi, PNRR.

Progetti Dopo di Noi e Vita indipendente

Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone con svantaggio sociale con azioni regionali integrate di inclusione sociale, ai sensi della L.R. 57/2012 e PNA e di autonomia abitativa L. 112/2016. Definire con gli ADS, i DSB, i CSM, le Associazioni dei familiari e il Terzo Settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato. Garantire procedure uniformi e omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario, del PAI e PEI e del budget di progetto.

Obiettivi: prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri e garantire percorsi di inclusione sociale e autonomia abitativa, aumentare il target potenziale.

Risorse: regionali della L. 57/2012 e nazionali FNA, Fondo Dopo di Noi, PNRR.

Servizi per la non autosufficienza

Rafforzare i processi e le misure per il sostegno alle persone non autosufficienti con azioni regionali integrate del PNA e altre azioni regionali per la non autosufficienza. Definire con gli ADS, i DSB, i CSM, le Associazioni dei familiari e il Terzo Settore, indirizzi e strumenti condivisi, per implementare e potenziare servizi e interventi appropriati e rispondenti al bisogno rilevato.

Obiettivi: garantire procedure uniformi e omogenee per la valutazione multidimensionale del bisogno sociale e sociosanitario, del PAI e PEI e del budget di progetto. L'obiettivo prioritario, per dare piena risposta con interventi diretti e indiretti alle disabilità complesse e gravissime, è garantire la permanenza nel proprio domicilio e contesto di vita sociale e familiare della persona non autosufficiente, oltre quello di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e i ricoveri impropri.

Risorse: regionali e nazionali FNA, Fondo Dopo di Noi, PNRR.

La precedente tavola 6 riporta nel dettaglio le azioni e i relativi finanziamenti a valere su diverse misure nazionali e comunitarie disponibili nel periodo 2021-2027.

Risulta essenziale che i LEPS sopra richiamati vengano declinati su tutto il territorio regionale attraverso il consolidamento e il potenziamento delle azioni di sistema, dei servizi e degli interventi dei piani distrettuali sociali nel prossimo triennio.

Le azioni per il contrasto alle fragilità e l'inclusione sociale del PSR 2022-2024

I macro-livelli di intervento, gli obiettivi di servizio per i piani attuativi territoriali

Nella nuova programmazione sociale 2022-2024 si ottimizzano le strategie, i processi e le esperienze operative e progettuali vigenti che hanno garantito il raggiungimento degli obiettivi di sistema e di servizio individuati nella fase programmatoria, intervenendo sugli aspetti che confermano vecchie e nuove criticità, rilevate anche dalle recenti azioni di monitoraggio e analisi dei bilanci sociali effettuati dal Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Lavoro-Sociale della Regione Abruzzo.

Nella realizzazione dei piani distrettuali sociali e la governance locale del modello di implementazione degli interventi e servizi sociali per **Assi Tematici** e **Obiettivi di Servizio** della vigente programmazione si evidenziano buoni risultati.

In riferimento ai **macro-livelli di intervento**, agli **Obiettivi di Servizio** e ai **LEPS** individuati a livello di programmazione ordinaria nazionale e comunitaria, così come definiti nel PSN 2018/2020 e implementati nel nuovo PSN 2021-2023, gli stessi sono ritenuti indispensabili per la programmazione regionale e locale, pur nella consapevolezza della plasticità e continua evoluzione negli ultimi anni della normativa sociale nazionale per la lotta alla povertà e l'inclusione sociale, oltre alle misure e azioni straordinarie ai vari livelli istituzionali. Basti pensare all'ultimo periodo di emergenza sociale e sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ancora in corso.

Una premessa necessaria e da cui ripartire con nuovi stimoli e indirizzi, per definire nella nuova

programmazione 2022-2024 azioni e obiettivi di sistema che possano consolidare le esperienze e competenze sociali positive e rendere più efficiente e inclusivo il sistema integrato dei servizi alla persona su tutto il territorio regionale, a garanzia dei principi di universalità di accesso, di esigibilità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi di tutela e coesione sociale, di contrasto alle fragilità e di inclusione sociale della persona.

Restano validi gli indirizzi già definiti in norma primaria e individuati nel PSN 2018-2020 (Macroazioni, Obiettivi di Servizio e LEPS), così come integrati e potenziati, nel PSN 2021-2023 e con le nuove misure infrastrutturali, di coesione sociale e contrasto alle fragilità in fase di avvio del PNRR, con le azioni complementari di riforma (legge sulla disabilità e sulla Non Autosufficienza) e le risorse REACT EU, delle politiche di inclusione sociale del POC, del PON Inclusione complementare 2021-2027, delle misure integrative del Fondo di solidarietà comunale (legge n. 78/2000 di bilancio 2021-23) e delle azioni comunitarie del FSE 2021-2027, FSC e altri interventi settoriali.

Pertanto, la programmazione sociale regionale rafforza il riferimento all'impianto della precedente programmazione nazionale riferita alla matrice di macro-livelli e aree di intervento, su cui dal 2013 (nomenclatore degli interventi e servizi sociali CISIS del MLPS) le Regioni programmano le risorse del FNPS, ferme restando le integrazioni relative alle azioni prioritarie e di potenziamento e ai nuovi LEPS individuati nel PSN 2021-23.

I macro-livelli di riferimento nazionale individuati nel PSR 2022-2024

Il quadro sinottico che segue dà una prima rappresentazione della programmazione finanziaria regionale 2022-2024, che tiene conto degli indirizzi nazionali e contestualmente delle peculiarità di bisogno sociale, dei punti di forza consolidati e delle criticità rilevate nel profilo sociale, ad oggi evidenziati nel sistema locale dei servizi alla persona.

La nuova programmazione sociale regionale 2022-2024 recepisce, pertanto, gli indirizzi e le azioni definiti in ambito nazionale dal PSN 2021-23, della Misura 5 del PNRR e della programmazione comunitaria 2021-2027 in corso di definizione, al fine di garantire il sistema dei LEPS (tavole 1 e 6) attraverso Piani sociali distrettuali che tengono conto delle peculiarità territoriali e dei punti di forza della precedente programmazione consolidati nel sistema locale dei servizi alla persona.

MACRO - ATTIVITÀ	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4
	FAMIGLIA E MINORI	ANZIANI E INVECCHIAMENTO ATTIVO	PERSONE CON DISABILITÀ	NON AUTOSUFFICIENTI	POVERTÀ E INCLUSIONE SOCIALE	DISAGIO ADULTI, DIPENDENZA E SALUTE MENTALE	MULTIUTENZA, PROGETTAZIONE, ACCESSO, VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO E GIOVANI
	Asse Tematico 4: famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Asse Tematico 5: prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	Asse Tematico 2; disabilità e non autosufficienza; il supporto al caregiver familiare e altre fragilità		Asse tematico 3: contrasto alla povertà e inclusione sociale		Asse Tematico 1: Obiettivi Essenziali di servizio
	Asse Tematico 7: empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia						Asse Tematico 6: giovani e Youth Guarantee
Accesso, valutazione e progettazione, presa in carico	FNPS/Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/2020)	FNPS/Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/2020)	FNPS/Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/2020)	FNA	FONDO POVERTÀ/Fondo Solidarietà Comunale (L.178/2020)	FONDO POVERTÀ/Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/2020)	FNPS/Fondo Solidarietà Comunale (L. 178/2020)
	FSR	FSR	FSR	FSR	FNPS/FSR	FNPS/FSR	FSR
	L.R. 95/95	L.R. 16/2016	FIS	FIS	PON/POC/POR	PON/POC/POR	FONDO POL. GIOVANILI
	PNRR/FSE/FSC/INFANZIA	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR
Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	FNPS	FNPS	FNPS	FNA	PIANO POVERTÀ	PIANO POVERTÀ	FNPS
	FSR	FSR	FSR	FSR	FNPS/FSR	FNPS/FSR	FSR
	L.R. 95/95	L.R. 16/2016	L.R. 78/78	L.R. 78/78	PON/POC/POR	PON/POC/POR	FONDO POL. GIOVANILI
	PNRR/FSE/FSC/INFANZIA	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR/FEAD/FAMI	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR/FEAD	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR
Interventi per favorire la domiciliarità	FNPS	FNPS	FNPS	FNA	PIANO POVERTÀ	PIANO POVERTÀ	FNPS
	FSR	FSR	FSR	FSR	FNPS/FSR	FNPS/FSR	FSR
	L.R. 95/95	L.R. 16/2016	L.R. 78/78	FIS	PON/POC/POR	PON/POC/POR	FONDO POL. GIOVANILI
	PNRR/FSE/FSC/INFANZIA	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR
Centri, servizi diurni e semiresidenziali	FNPS	FNPS	FNPS	FNA	PIANO POVERTÀ	PIANO POVERTÀ	FNPS
	FSR	FSR	FSR	FSR	FNPS/FSR	FNPS/FSR	FSR
	L.R. 95/95	L.R. 16/2016	L.R. 37/14	FIS/L.R. 37/14	PON/POC/POR	PON/POC/POR	FONDO POL. GIOVANILI
	PNRR/FSE/FSC/INFANZIA	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR
Strutture comunitarie e residenziali	FNPS	FNPS	FNPS	FNA	PIANO POVERTÀ	PIANO POVERTÀ	FNPS
	FSR	FSR	FSR	FSR	FNPS/FSR	FNPS/FSR	FSR
	L.R. 95/95	L.R. 16/2016	L.R. 37/14	FIS/L.R. 37/14	PON/POC/POR	PON/POC/POR	FONDO POL. GIOVANILI
	PNRR/FSE/FSC/INFANZIA	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27	R.E./PNRR/FSE 21-27/POR
Azioni di sistema	FNPS	FNPS	FNPS	FNPS	FNPS/PON/POC	FNPS/PON/POC	FNPS/FONDO POLITICHE GIOVANILI
	FSR/POR/altre risorse regionali	FSR/POR/altre risorse regionali	FSR/POR/altre risorse regionali	FSR/POR/altre risorse regionali	FSR/POR altre risorse regionali	FSR/POR/altre risorse regionali	FSR/POR/altre risorse regionali

2.4. Assi Tematici e Obiettivi di Servizio

Le tavole 8 e 9 che seguono danno una prima rappresentazione degli interventi e dei servizi che fanno riferimento alle macro-attività e che vengono declinati per Assi Tematici (AT), macro-attività e Obiettivi Essenziali di servizio (OE) nella programmazione sociale 2022-2024.

Tavola 8 – Assi Tematici di riferimento del PSR 2022-2024*

ASSI TEMATICI		INTERVENTO/SERVIZIO (art. 24, comma 8, D.Lgs 147/2014)
AT 1	Obiettivi Essenziali di servizio	Segretariato sociale
		Servizio sociale professionale
		Punto Unico di Accesso (PUA) e Valutazione sociosanitaria (UVM)
		Pronto Intervento Sociale (PIS)
		Assistenza domiciliare socioassistenziale
		Assistenza domiciliare integrata
		Dimissioni protette (nuovo LEPS del PSN 2021-2023)
		Servizi di teleassistenza e telefonia solidale
		Servizi di prossimità
		Supervisione del personale (nuovo LEPS del PSN 2021-2023)
		Potenziamento Professioni Sociali (potenziamento del PSN 2021-2023)
AT 2	Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità. Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e sostegno al caregiver familiare Area 2B – Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza Area 2C – Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	Assistenza domiciliare socioassistenziale
		Assistenza domiciliare integrata
		Dimissioni protette (nuovo LEPS del PSN 2021-2023)
		Assegno di cura per la non autosufficienza grave
		Interventi diretti e indiretti per la vita indipendente
		Assegno per la disabilità gravissima
		Centri diurni e altri servizi diurni e semiresidenziali
		Trasporto sociale
		Interventi comunitari per l'integrazione scolastica-formativa e lavorativa e l'autonomia personale, promozione dell'integrazione sociale attraverso il diritto allo sport
		Servizi di residenzialità temporanea
		Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale (Case di Comunità)
Strutture comunitarie a carattere sociosanitario (Case della Salute)		
Altri interventi e servizi comunitari e residenziali per il Dopo di Noi		
Altri interventi diretti e indiretti di sostegno al caregiver familiare		
Altri interventi regionali settoriali: sostegno all'autonomia personale, alla mobilità e abbattimento di barriere architettoniche		
AT 3	Contrasto alle povertà e inclusione sociale	Integrazione al reddito ed emergenza abitativa
		Interventi di sostegno all'inserimento lavorativo e presa in carico socio-lavorativo (patti per l'inclusione sociale di ADS/patti per il lavoro di CPI percettori RdC)
		Sostegno alimentare
		Pronto intervento sociale e interventi per la povertà estrema
		Alloggi per accoglienza emergenza
		Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema
		Servizi per aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti
		Housing first
		Centri di servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione
		Servizi per la residenza fittizia
		Integrazione rette/voucher residenziali
Interventi e servizi per prevenzione e contrasto del disagio degli adulti, del disagio psichico e mentale, delle dipendenze e per il reinserimento sociale		

ASSI TEMATICI		INTERVENTO/SERVIZIO (art. 24, comma 8, D.Lgs 147/2014)
AT 4	Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Servizi domiciliari educativi
		Interventi comunitari di mediazione familiare e sostegno alla genitorialità
		Servizi per l'affido familiare e le adozioni
		Centri diurni socioeducativi e ricreativi
		Strutture residenziali per minori a carattere familiare
		Alloggi protetti
		Integrazione rette/voucher residenziali
		Garanzia infanzia (potenziamento del PSN 2021-2023)
		Progetti metodologia "PIPPI" (potenziamento del PSN 2021)
		Progetti Careleavers (potenziamento del PSN 2021-2023)
Promozione rapporti scuola – territorio (potenziamento del PSN 2021-2023): progetti di prevenzione e contrasto alla povertà educativa e di promozione diritti dei minori (BES-DSA, altri interventi)		
AT 5	Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	Centri con funzione socioassistenziale
		Centri con funzione ricreativa
		Trasporto sociale
		Integrazione retta/voucher per centri diurni
		Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale
		Strutture comunitarie a carattere sociosanitario
		Servizi di housing sociale per gli anziani
		Integrazione retta/voucher residenziali
		Altri Interventi innovativi comunitari e di prossimità per l'invecchiamento attivo
		Progetti di scambio intergenerazionali giovani/anziani
AT 6	Giovani e Youth Guarantee	Centri diurni per l'integrazione sociale dei giovani
		Servizi comunitari per l'inclusione sociale dei giovani (Youth Guarantee)
		Servizi di orientamento e accompagnamento
		Sistema duale (scuola/lavoro e formazione on the job)
		Servizio Civile universale
AT 7	Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia	Servizi comunitari per la conciliazione dei tempi di vita familiare e lavoro e per le pari opportunità e l'empowerment femminile
		Centri anti violenza e servizi comunitari di mediazione e contrasto alle violenze (L.R. 31/2006; L. 119/2013)
		Asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia (potenziamento della rete territoriale e progetto per il rafforzamento dei servizi educativi 0-3 anni sul bene comune dell'educazione e cura della prima infanzia - Progetti regionali del PNRR)
		Altri servizi e interventi innovativi per pari opportunità e diritti di genere e per l'empowerment femminile

*Assi Tematici coerenti e rispondenti agli indirizzi del PSN e LEPS 2021-2023, del Fondo Povertà e FNA e della legislazione nazionale e regionale ad hoc, es. L.R. 76/2000, L. 53/2000, D. Lgs 65/2017 e delle risorse comunitarie FSC, FESR, FSE 2021-2027 e del REACT EU e PNRR.

Le azioni del PSR si integrano con le azioni regionali del PNRR “L’Abruzzo e il PNRR. Il contributo della Regione al rilancio del Paese”, del “REACT-EU. La proposta della Regione Abruzzo” e delle altre misure e risorse comunitarie 2021-27.

Una strategia d’insieme coordinata a livello regionale dalla cabina di pilotaggio di “Abruzzo Prossimo” attraverso le “Linee di indirizzo strategico per lo sviluppo sostenibile e l’integrazione dei fondi 2021-2030”, avviata dalla Regione con la DGR. 391 del 3 giugno 2021.

Il quadro sinottico degli Obiettivi di servizio nella programmazione sociale 2022-2024

La tavola 9 che segue dà una prima rappresentazione sinottica dei servizi e degli interventi del PSR 2022-2024 che, pur recependo gli indirizzi del quadro normativo e programmatico nazionale e comunitario in evoluzione e in fase di definizione da parte delle Regioni, tiene conto del sistema locale dei servizi alla persona e declina le macro-attività individuate nel PSN 2021-2023 attraverso Obiettivi di Servizio e Assi Tematici, ridefiniti in relazione ai bisogni sociali rilevati ed evidenziati nel nuovo profilo sociale regionale e agli indirizzi e obiettivi di sistema della **co-programmazione regionale 2022-2024**, condivisa nella Cabina di Regia con gli attori istituzionali e del Terzo Settore rappresentativi in ambito regionale.

Tavola 9 - Quadro sinottico del sistema: Macro-attività, Obiettivi di Servizio, Assi Tematici e servizi/interventi del PSR 2022-2024

MACRO-ATTIVITÀ	OBIETTIVI DI SERVIZIO	ASSI TEMATICI	SERVIZIO/INTERVENTO*	
Accesso, presa in carico, valutazione e progettazione	1. ACCESSO	AT 1: Obiettivi Essenziali di servizio	Segretariato sociale	
	2. PRESA IN CARICO		Servizio sociale professionale	
	3. PRONTO INTERVENTO SOCIALE		Punto Unico di Accesso e UVM	
	4. VALUTAZIONE DEL BISOGNO, PROGETTAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI SOCIALI		Pronto Intervento Sociale	
			Servizi di Prossimità	
			Supervisione del personale	
			Assistenza domiciliare socioassistenziale	
	4. ASSISTENZA DOMICILIARE		AT 1: Obiettivi Essenziali di servizio	Dimissioni protette
			AT 2: Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità	Assistenza domiciliare integrata
				Teleassistenza, telesoccorso e altri interventi di telefonia solidale
5. SERVIZI DI PROSSIMITÀ		AT 4: Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Servizi domiciliari educativi per minori e famiglia	
	Progetti PIPPI e di Careleavers			
	Altri servizi di prossimità			
	AT 5: Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	Servizi di trasporto sociale		
		Servizi comunitari per gli anziani e l’invecchiamento attivo		

MACRO-ATTIVITÀ	OBIETTIVI DI SERVIZIO	ASSI TEMATICI	SERVIZIO/INTERVENTO*
Centri e servizi diurni e semiresidenziali	6.a. ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER INFANZIA E LA GENITORIALITÀ	AT 7: Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia	Asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia
			Altri servizi integrativi per l’infanzia e per la genitorialità e Garanzia Infanzia
			Promozione rapporti scuola-territorio: progetti di prevenzione e contrasto alla povertà educativa e di promozione diritti dei minori (BES-DSA, altri interventi)
			Servizi comunitari per la conciliazione dei tempi di vita familiare e lavoro
			Centri antiviolenza e servizi comunitari di mediazione
	6.b. CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI DI COMUNITÀ SEMIRESIDENZIALI	AT 4: Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Centri con funzione socioeducativa e ricreativa
		AT 5: Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	Centri con funzione socioassistenziale
		AT 2: Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità	Interventi e servizi per l’affido familiare e le adozioni
			Integrazione retta/voucher per centri diurni
		AT 6: Giovani e Youth Guarantee	Centri diurni per l’integrazione sociale dei giovani
	Servizi comunitari per l’inclusione sociale dei giovani		
	Servizi di orientamento e accompagnamento		
Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità	7.COMUNITÀ/RESIDENTE A FAVORE DI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ	AT 2: Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità	Alloggi per accoglienza emergenza
			Alloggi protetti
	AT 5: Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	Strutture per minori a carattere familiare	
		Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale (Case di Comunità)	
	AT 4: Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Strutture comunitarie a carattere sociosanitario (Case della Salute)	
		Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema	
	AT 3: Contrasto alle povertà ed inclusione sociale	Servizi per aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti	
		Integrazione rette/voucher residenziali	

MACRO-ATTIVITÀ	OBIETTIVI DI SERVIZIO	ASSI TEMATICI	SERVIZIO/INTERVENTO*
Misure per il sostegno e l'inclusione sociale e contrasto alla povertà	8. INTERVENTI/MISURE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E L'AUTONOMIA; MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO E CONTRASTO ALLA POVERTÀ	AT 2 – Area 2C: Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare ed altre fragilità	Integrazione al reddito e all'emergenza abitativa
			Sostegno alimentare
			Interventi di sostegno all'inserimento lavorativo e presa in carico socio-lavorativo (patti per l'inclusione sociale di ADS/patti per il lavoro di CPI percettori RdC)
			Interventi per l'inclusione sociale e la vita indipendente e per l'autonomia abitativa del Dopo di Noi, promozione dell'integrazione sociale attraverso il diritto allo sport
		AT 3: Contrasto alle povertà e inclusione sociale ----- AT 6: Giovani e Youth Guarantee	Sostegno per l'inclusione scolastica-formativa
			Sostegno all'autonomia personale, alla mobilità e abbattimento barriere architettoniche
			Pronto intervento sociale e contrasto all'emergenza sociale e abitativa, interventi per la povertà estrema e senza fissa dimora, Housing first, Centri servizio per le indigenze e l'esclusione, servizi per la residenza fittizia
			Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale e la prevenzione e il contrasto al disagio psicologico e mentale e da dipendenze
			Servizio civile universale e altri interventi per l'integrazione sociale dei giovani
Azioni di sistema	9. AZIONI REGIONALI COMPLEMENTARI DEL PSR 2022-2024	Azioni regionali trasversali della programmazione 2021-2023	Azioni complementari di efficientamento e promozione del piano, di assistenza tecnica e supporto al sistema locale

*Gli interventi e i servizi indicati fanno riferimento al Decreto n. 103 del 22 agosto 2019 attuativo del SIOSS, di cui all'art. 24, comma 8, del Decreto Lgs 147 del 2017, oltre che ai nuovi LEPS del PSN 2021-23

2.5. Le Politiche sociali comunitarie del FSE 2021-2027 e del FSC 2021-2027 e la strategia regionale di "Abruzzo Prossimo"

Il sistema delle funzioni e delle responsabilità regionali

Nel quadro complessivo della nuova programmazione sociale si è potuto evidenziare come risultati essenziali e strategici integrare le varie misure sociali e socio-sanitarie, socioeducative e per l'inclusione sociale. Una pianificazione modulare che si evolve anche in relazione ai cambiamenti dei contesti sociali e agli indirizzi nazionali e comunitari. La stessa normativa, soprattutto nell'ultimo quinquennio, ha recepito cambiamenti e stimoli di carattere sociale, economico-lavorativo e dovuti a eventi straordinari, tra cui la pandemia da Covid-19 ancora in atto.

Un ruolo importante nell'ambito della programmazione unitaria regionale è rappresentato dal documento elaborato dalla Giunta Regionale "Abruzzo Prossimo" che contiene le linee di indirizzo della Programmazione unitaria 2021-30 e promuove una nuova strategia programmatica, con uno spirito di forte innovazione di processo; a questo fanno seguito il piano di interventi approvato con

DGR n. 319 del 3 giugno 2021 "L'Abruzzo e il PNRR. Il contributo della Regione al rilancio del Paese" e il programma regionale "REACT-EU. La proposta della Regione Abruzzo", oltre che le misure e risorse comunitarie 2021-2027.

Una strategia integrata e di ampio respiro che, attraverso le "Linee di indirizzo strategico per lo sviluppo sostenibile e l'integrazione dei fondi 2021-30", ha l'obiettivo di contrastare i rischi della sovrapposizione degli interventi, delle liste della spesa e delle progettualità poco coerenti con le esigenze del territorio.

Si tratta dello schema generale di orientamento per l'elaborazione, in particolare, dei Programmi operativi FESR, FSE+, FEASR e FEAMP 2021-2027 e del Piano di Sviluppo e Coesione (PSC) 2021-2027. Un Comitato di Sorveglianza del PSC della Regione Abruzzo, in continuità con il Comitato di Sorveglianza istituito per la programmazione 2007-2013, opportunamente adeguato, ha il compito di garantire la correttezza di procedure e atti ed è costituito da componenti a titolo effettivo e componenti a titolo consultivo, portatori di istanze rilevanti ai fini della programmazione e attuazione degli interventi. In attesa della definizione del sistema di gestione e controllo del PSC, l'attuazione degli interventi e la certificazione della spesa dovranno procedere speditamente nel rispetto dei principi di continuità amministrativa, di economicità, di efficacia, di buon andamento e di non aggravamento dei procedimenti e nel rispetto di quanto previsto nelle disposizioni quadro approvate dal CIPESS.

La Regione Abruzzo con DGR n. 446 del 19.07.2021 ha dato avvio al processo per la definizione del POR FESR 2021-2027, del POR FSE+ 2021-2027 e del programma FSC 2021-2027, nonché della Valutazione Ambientale (VAS) del POR FSE 2021-2027, e ha l'obiettivo prioritario di assicurare un corretto ed efficace utilizzo delle risorse plurime (un ammontare di risorse pari a 2 miliardi e 200 milioni di euro) fino al 2030, per rilanciare la crescita economica e infrastrutturale e contrastare le fragilità sociali presenti, che negli ultimi due anni hanno visto un incremento significativo.

Un piano definito dal documento "Abruzzo Prossimo" in cinque assi:

- a) Digitalizzare per competere
- b) Infrastrutturare l'Abruzzo cerniera dell'Adriatico
- c) Tutelare il territorio per centrare la transizione
- d) Includere per contrastare le fragilità
- e) Riequilibrare l'Abruzzo per un benessere diffuso

Una strategia, quella individuata, per un partenariato diffuso e inclusivo, che sarà coinvolto in modo permanente in tutte le fasi della programmazione 2021-27 attraverso sedi di confronto codificate, che saranno attivate dopo la raccolta dei contributi, per avviare l'iter che renderà finanziabili i 37 obiettivi contenuti nelle quattro aree strategiche e nel tema trasversale, attuando così il modello di sviluppo per l'Abruzzo del prossimo decennio.

2.6. Le misure integrative per il sociale del PNRR - REACT EU e altri interventi complementari del PON Inclusione

Un ruolo essenziale nella programmazione sociale del prossimo triennio 2022-2024 è rappresentato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede, oltre a rilevanti finanziamenti per il rafforzamento delle infrastrutture sociali e misure per la coesione sociale attraverso il contrasto alle fragilità e azioni di riqualificazione urbana, anche azioni strategiche di riforma nell'ambito della normativa sulla disabilità e la non autosufficienza. Un complesso di misure declinate nella MISSIONE 5 del PNRR suddivisa in:

- Missione 5 C1 "Politiche per il lavoro"
- Missione 5 C2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore"
- Missione 5 C3 "Interventi speciali per la coesione territoriale"

La programmazione sociale regionale 2022-2024 ha il ruolo e la responsabilità di individuare precisi ambiti e aree di bisogno sociale, su cui intervenire attraverso la realizzazione di azioni progettuali integrate e complementari alle altre misure sociali e socio-sanitarie proprie della programmazione ordinaria in ambito nazionale (Piano Povertà, PNA, PON Inclusione) e regionale e comunitaria del

FSE e FSC 2021-2027.

Vengono recepiti e declinati a livello territoriale gli indirizzi del PSN 2021-2023 per effettuare una programmazione integrata e modulare (in progress), in cui la partecipazione e la condivisione con le reti sociali rappresentative risultano essere il punto di forza e il valore aggiunto per garantire indirizzi chiari e mirati per la realizzazione di piani distrettuali sociali efficaci e rispondenti ai bisogni sociali, socioeducativi e sociosanitari che nell'ultimo periodo hanno visto un significativo incremento delle fragilità materiali ed economico-lavorative e di carattere psicosociale a causa della pandemia da Covid-19 ancora in corso.

Più che mai si deve dar forza al welfare generativo in cui, oltre ai soggetti pubblici e istituzionali, entrano in gioco gli attori sociali del privato sociale e del Terzo Settore.

Un ruolo attivo riconosciuto dalla normativa nazionale e regionale e che viene rafforzato anche dal recente provvedimento di indirizzo emanato con D.M. 72 del 31.03.2021 per le azioni di co-programmazione e co-progettazione con il Terzo Settore.

Le tavole 10, 11 e 12 che seguono forniscono una rappresentazione sinottica dell'integrazione delle misure e azioni e il ruolo del Terzo Settore nella programmazione sociale 2022-2024.

Tavola 10 – Progetti del PNRR Abruzzo per inclusione occupazionale, sostegno alle imprese (Misura M5C1 del PNRR), coesione sociale, contrasto alle fragilità e inclusione sociale (Misure 5C1 e 5C2 del PNRR)

PNRR	TITOLO PROGETTO	Obiettivi di sistema e indicatori di risultato	Periodo di implementazione e realizzazione
61	Sostegno alle imprese attraverso un sistema permanente di incentivi per nuove assunzioni e/o il mantenimento dei livelli occupazionali	Incentivare l'occupazione, in particolare femminile e giovanile	2021-2025
62	Sostegno alla creazione di nuove imprese nei settori chiave del Green Deal	Sviluppare nuova imprenditorialità e aumento dell'occupazione	2021-2025
63	Realizzazione di spazi per servizi sociali poli-funzionali e integrati per l'inclusione sociale, lo sviluppo dell'autonomia personale e delle capacità funzionali in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale (Dopo di Noi, Case di Comunità, Case della Salute e altri servizi di prossimità innovativi)	Riqualificare spazi urbani e territoriali, ridurre istituzionalizzazione	2021-2026
64	Diritto allo studio universitario. Erogazione borse di studio triennio 2020-2021-2022.	Ridurre tassi di abbandono scolastico universitario e incentivare occupazione giovanile	2021-2025
65	Reti territoriali per l'apprendimento permanente	Ridurre tassi di abbandono scolastico, mantenere livelli occupazionali e incentivare occupazione giovanile	2021-2025
66	Nuovi percorsi IFP e apprendistato nell'ambito della DIGITAL & GREEN ECONOMY per lo sviluppo sostenibile	Sviluppare nuova imprenditorialità e aumento dell'occupazione	2021-2025

Inoltre, a seguito dell'adozione del Decreto Direttoriale n. 450 del 9 dicembre 2021 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Regione Abruzzo sta coordinando e gestendo la presentazione, da parte degli ambiti sociali territoriali, di ulteriori proposte di adesione alle progettualità di cui alla Missione 5 C2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di individuare ulteriori azioni progettuali relative ai 3 Investimenti e ai 7 Sub investimenti del Piano operativo di seguito indicati.

1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	n. 12 progetti	budget in € 2.538.000
1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti	n. 3 progetti	budget in € 7.380.000
1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	n. 4 progetti	budget in € 1.320.000
1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori	n. 4 progetti	budget in € 840.000
1.2 percorsi di autonomia persone con disabilità	n. 15 progetti	budget in € 10.725.000
1.3 povertà estrema. Housing first	n. 5 progetti	budget in € 3.550.000
1.3.2 povertà estrema. Centri servizi	n. 5 progetti	budget in € 5.450.000
TOTALE	n. 48 progetti	budget in € 31.803.000

Regione Abruzzo – Popolazione 1.285.256 - AMBITI TERRITORIALI n.24

Tavola 11 – Altri progetti specifici del REACT EU per il potenziamento dei servizi sociali per il contrasto alle fragilità e l'inclusione sociale (Misure 5C1 e 5C2 del PNRR)

REACT EU	TITOLO PROGETTO	Obiettivi di sistema e indicatori di risultato	Periodo di implementazione e realizzazione
REACT EU	Interventi a sostegno della famiglia	Ridurre la povertà educativa e l'allontanamento di minori	2022-2024
REACT EU	Interventi per l'invecchiamento attivo	Attuare azioni innovative e di prossimità per prevenzione e riduzione istituzionalizzazione	2022-2024
REACT EU	Sostegno alla spesa dei Comuni per la quota sociale prestazioni socio-sanitarie residenziali (FISS, L.R. 37/2014)	Rafforzare l'evasione del bisogno socio-sanitario	2022-2024
REACT EU	Sostegno rette minori in residenzialità e per progetti Careleavers	Ridurre la povertà educativa e incentivare l'integrazione sociale nel passaggio alla maggiore età	2022-2024
REACT EU	Sostegno disabilità gravissima e non autosufficienza	Attuare azioni dirette e indirette per prevenzione e riduzione istituzionalizzazione	2022-2024

Le azioni del PNRR e del REACT EU vanno a integrarsi alle politiche sociali ordinarie nazionali e regionali, pertanto le stesse dovranno essere necessariamente aggiornate e integrate, in relazione alla nuova programmazione in atto e in fase di avvio delle politiche comunitarie 2021-2027, con altre risorse residue della programmazione 2014-2020, del FSE, del FSC e del FESR, nonché con altri interventi regionali e nazionali settoriali (caregiver, vita indipendente, piano famiglia, centri anti-violenza, Terzo Settore e associazioni di promozione sociale e altre azioni).

2.7. Le azioni per l'integrazione socio-sanitaria e le azioni complementari di riforma

L'integrazione socio-sanitaria: un percorso già intrapreso che prosegue

Un punto di forza della nuova programmazione strategica integrata sociale regionale 2022-2024 è rappresentato dalla capacità di rafforzare i processi dell'integrazione socio-sanitaria all'interno del sistema dei servizi alla persona. Un sistema integrato di servizi e interventi sociali e socio-sanitari rivolto alle categorie più fragili della disabilità e non autosufficienza, che si caratterizza con **il processo di presa in carico e la capacità di assicurare un insieme di interventi e servizi tra loro complementari che rispondono ai bisogni socio-sanitari della persona, del caregiver e del nucleo familiare, attraverso un progetto assistenziale o educativo individualizzato e un vero e proprio budget di progetto personalizzato.**

Un percorso già delineato dalla L. 328/2000 e rafforzato dal D.M. 26 settembre 2016 che, difatti, pone le basi per una concreta applicazione dei principi universali della Convenzione ONU sulla disabilità del 13 dicembre 2006 (L. 18/2019). Sia il PSN 2021-2023 sia le Linee guida nazionali 2019-2021 del PNA richiamano espressamente gli indirizzi del D.M. 26 settembre 2016 e danno maggior risalto alla capacità di una mirata presa in carico, dalla quale possono originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiedendo unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.), della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo.

Per garantire e rafforzare i processi dell'integrazione socio-sanitaria risulta inoltre essenziale efficientare e potenziare gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati,

anche in considerazione della necessità, da parte dei Comuni, degli Ambiti Distrettuali Sociali e dei beneficiari stessi, di alimentare le banche dati delle nuove piattaforme ministeriali e regionali (Casellario assistenza, SIUSS, SINBA, SINA, HCP, ecc.) e più recentemente del SIOSS, istituito con D.M. 103 del 22 agosto 2019. Il coordinamento e il monitoraggio interno all’Ambito Distrettuale Sociale degli interventi posti in essere sono demandati al **case-manager** che cura anche i rapporti della famiglia con gli enti territoriali coinvolti **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: Le OO.SS. evidenziano la necessità di rafforzare l’integrazione sociosanitaria e propongono:

- la redazione del bilancio sociale regionale;
- l’integrazione del Piano Sociale Regionale con il PNRR;
- l’obiettivo principale del nuovo PS è definire progetti personalizzati con budget di spesa unitari; pertanto, sono necessari una ricostruzione delle fonti di finanziamento e dati aggiornati, chiari e pertinenti.

Segnalano quali criticità:

- integrazione sociosanitaria che stenta a decollare;
- frammentazione dei Fondi;
- verifica attuazione territoriale dei programmi;
- aumento della trasparenza; analisi aggiornata sulle fragilità;
- monitoraggio della componente integrata sociosanitaria;
- valutazione del personale impiegato. Il PS porti l’obbligo di applicazione dei CCNL.

Propongono azioni trasversali per:

- attuare la piena coincidenza tra ambiti sociali e Distretti sanitari;
- favorire la conoscenza degli strumenti di assistenza e inclusione;
- colmare il gap tra risorse programmate e impegnate;
- individuare strumenti di formazione continua e congiunta sociosanitaria;
- incrementare le ore di assistenza domiciliare ad anziani, persone con disabilità e non autosufficienti;
- potenziare i servizi all’infanzia, di prevenzione della violenza di genere e quelli dedicati alla salute mentale;
- disporre di maggiori risorse per l’inclusione dei disabili e per la non autosufficienza.

Le azioni di sistema e di rafforzamento dell’integrazione sociosanitarie del PSR 2022-2024

Il nuovo Piano Sociale Regionale 2022-2024 dovrà garantire la realizzazione delle azioni di sistema sopra delineate nell’ambito di una programmazione unitaria, integrata, strategica, pluriennale, recependo e applicando gli indirizzi e i LEPS forniti dal PSN 2021-2023 e dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 approvato con DPCM del 21.11.2019 (il prossimo PNA 2022-24 è in fase di redazione), integrati con le azioni di riforma per la disabilità (Riforma 1.1 del PNRR) e per la non autosufficienza (Riforma 1.2. del PNRR) e le misure di prossimità e di sviluppo locale stabilite nel PNRR nella **Missione 5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie e Terzo Settore”**, nella **Missione 5C3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”** e nell’ambito delle azioni sanitarie e sociosanitarie del PNRR nella **Missione 6 (Salute) per una “Salute di Prossimità”**.

Un compito complesso, stimolante e non più rinviabile, che richiede la capacità di integrare risorse umane, strutturali e finanziarie con la finalità prioritaria del consolidamento di buone prassi e di rafforzamento dell’**integrazione sociosanitaria in ambito sociale e di rafforzamento delle azioni territoriali che si integrano ai servizi territoriali di una sanità di prossimità, vicina al cittadino**.

Da questo punto di vista, sia il nuovo PSN 2021-2023 sia gli interventi del PNRR pongono una significativa attenzione alle fragilità della non autosufficienza e della disabilità e danno un impulso significativo per definire gli strumenti e i processi di valutazione del bisogno e della presa in carico sociosanitaria e per realizzare o riconvertire infrastrutture sociali che rispondono al bisogno

territoriale di tutela, inclusione e coesione sociale, nell’ottica di un servizio e intervento sociale e sociosanitario di prossimità che tiene conto delle specificità di bisogno della persona e del suo contesto di vita.

Un percorso programmatico integrato che prevede azioni dirette per trovare soluzione ai punti di criticità che permangono e agli squilibri territoriali individuati ed evidenziati, che richiedono a livello normativo e regolamentare la revisione degli atti di indirizzo del PSR 2016/2018 per l’integrazione sociosanitaria (DGR 191/2017). La finalità prioritaria è quella di migliorare la qualità della vita, prevenire e ridurre quanto più possibile i tassi di istituzionalizzazione e di ospedalizzazione e i ricoveri impropri delle degenze medie e lunghe delle persone fragili **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: l’Osservatorio Regionale Salute Mentale sottolinea la necessità di unire e definire le risorse finanziarie rimediando anche alla mancata integrazione sociosanitaria. Il nuovo Piano Sociale Regionale deve individuare tutti gli strumenti necessari per far uscire gli Ambiti dalla mera distribuzione di prestazioni, definendo per ogni utente progetti personalizzati e budget di spesa unitari.

Propone di:

- evidenziare le debolezze del Terzo Settore;
- inserire nel sistema di monitoraggio informazioni che rilevino la componente integrata sociosanitaria;
- individuare strumenti operativi (a partire dalle Strutture Regionali) e sistemi premianti capaci di integrare effettivamente le diverse politiche;
- creare percorsi di formazione continua rivolta in modo unitario agli operatori sociali dei Comuni, delle ASL e del Terzo Settore;
- dedicare risorse all’inclusione dei disabili, compresa quella contro lo stigma della malattia mentale;
- accompagnare la crescita delle Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore.

2.8. Le azioni per l’integrazione socio-lavorativa, il diritto allo studio e le misure intersettoriali con l’istruzione, la giustizia e l’emergenza abitativa

La presa in carico nell’ambito dell’istruzione e dei servizi per l’inclusione e l’inserimento lavorativo

Altro aspetto strategico della programmazione sociale 2022-2024 è rappresentato dalla capacità di porre in essere misure integrate e complementari a valere sulle diverse misure e risorse nazionali, regionali e comunitari e dalla necessità di intervenire in tempi brevi sulle criticità che permangono in alcuni specifici ambiti di bisogno e intervento sociale, che si configurano come maggiormente intersettoriali e devono necessariamente trovare soluzione attraverso azioni condivise e integrate tra i diversi attori istituzionali coinvolti.

Permangono criticità rilevanti soprattutto nell’ambito di alcuni aspetti evidenziati nella precedente programmazione, per cui risulta necessario intervenire con azioni di sistema e di indirizzo per migliorare le procedure e le modalità di intervento:

- **Azione progressiva e complementare al PSR 2022-2024 per rafforzare l’integrazione tra ADS/CPI per gli interventi di inclusione sociale e lavorativa**

Si ravvisa la necessità di definire a livello di Ambito Distrettuale Sociale assetti procedurali e processi condivisi, riconosciuti e validati per le azioni di inclusione sociale e lavorativa, di pre-assessment e di presa in carico che ad oggi si riferiscono ai percettori del Reddito di Cittadinanza (D.M. 4/2019).

Vanno corrette le incongruenze e difficoltà per la condivisione delle procedure e dei dati tra i Comuni, gli Ambiti Distrettuali Sociali e i Centri per l’Impiego per la definizione dei “patti di inclusione sociale” gestiti dagli ADS e dai Comuni e i “patti per il lavoro” gestiti dai CPI; il perma-

nere delle difficoltà di condivisione delle due piattaforme telematiche GEPI e ANPAL accentua significativamente questa problematica, che deve essere risolta in tempi brevi – basti pensare alle difficoltà rilevate per l’attivazione dei progetti di utilità collettiva (PUC).

- **Azione progressiva e complementare al PSR 2022-2024 per definire standard prestazionali a livello quantitativo e qualitativo per i servizi di integrazione scolastica e il diritto allo studio.** È necessario definire più precisamente le competenze e gli standard quantitativi e qualitativi delle azioni e delle risorse umane e professionali per l’assistenza all’autonomia e alla comunicazione in ambito scolastico degli alunni disabili (L. 104/92). Devono essere corrette le incongruenze e disomogeneità a livello territoriale in merito al monte ore assistenziale settimanale e all’impiego dei profili professionali, nonché la collaborazione con il personale curricolare e di sostegno. La nuova programmazione sociale deve intervenire su questo aspetto di concerto con la Direzione dell’Ufficio Scolastico Regionale per l’Abruzzo e con il Servizio Istruzione del Dipartimento Lavoro-Sociale, per meglio definire anche le azioni di programmazione e rendicontazione degli interventi assistenziali e del trasporto scolastico per gli alunni frequentanti le scuole secondarie di secondo grado che, pur se programmati integralmente all’interno dei piani distrettuali sociali, fanno capo per gli adempimenti amministrativi e finanziari al Servizio Istruzione regionale ai sensi della L.R. 78/78 “diritto allo Studio” (1).

- **Azione progressiva e complementare al PSR 2022-2024 per ridefinire la regolamentazione delle procedure e delle modalità di accreditamento dei servizi sociali.**

Altro aspetto critico che ha una valenza intersettoriale è riferito alla necessità di revisionare o superare la normativa regionale in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei servizi alla persona, che ad oggi non viene applicata per la mancanza del regolamento attuativo (L.R. n. 2/2015), e di dotare la Regione Abruzzo di una nuova legge quadro sui servizi alla persona che aggiorni la L.R. 22/98.

- **Azione complementare di raccordo interistituzionale per integrare gli interventi del PSR 2022-2024 con le azioni per il sostegno abitativo (L. 431/98) e l’abbattimento delle barriere architettoniche degli edifici privati (L. 13/89).**

Nell’ottica della programmazione sociale unitaria viene rafforzata l’integrazione interistituzionale per gli interventi di sostegno al reddito che la Regione assicura attraverso il supporto alle locazioni abitative, ai sensi della L. 431/89, e per promuovere e sostenere le famiglie per l’abbattimento delle barriere architettoniche presso le abitazioni civili, ai sensi della L. 13/89.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: viene rafforzata su indicazione degli ADS la necessità, per il Servizio Assistenza scolastica per l’autonomia e la comunicazione dei disabili, di definire un Accordo di Programma Quadro, ai sensi della L.104/92, tra la Regione (che ha assorbito il ruolo delle Province) e l’Ufficio Scolastico Regionale che delinea in modo netto il sistema delle responsabilità delle scuole, delle ASL e degli enti locali a tutela del diritto allo studio degli studenti disabili.

La nuova programmazione sociale 2022-2024 fa proprio l’approccio del PSN 2021-2023 per intervenire attraverso azioni di sistema modulari, aggiornati, condivisi e definiti con gli attori sociali significativi, che tengono conto delle criticità rilevate e degli indirizzi nazionali in ambito sociale e socio-sanitario.

Azioni che si integrano e rafforzano progressivamente il PSR 2022-2024, che assume sempre più un ruolo di strumento programmatico flessibile e modulare, che si aggiorna durante la sua stessa fase di attuazione.

Le azioni integrate con la Giustizia per la presa in carico e la tutela dei minori e il disagio adulto con provvedimento giudiziario e penale

Le attività di rafforzamento dei servizi per la presa in carico giocano un ruolo strategico e rilevante per tutto il sistema integrato dei servizi alla persona a livello territoriale per la definizione delle azioni di intervento.

Il PSR 2022-2024 vuole potenziare i processi e le reti sociali soprattutto in quegli ambiti che risultano essenziali per il benessere e la crescita delle persone e delle famiglie.

Uno degli aspetti significativi è proprio rappresentato dalla capacità di rafforzare i rapporti tra le diverse istituzioni che intervengono direttamente nelle situazioni di maggiore criticità e fragilità della cittadinanza. L’importanza delle collaborazioni tra i servizi e le risorse professionali dei Comuni e degli ambiti sociali con i servizi territoriali della Giustizia rappresenta uno degli elementi strategici che garantisce l’efficacia e l’appropriatezza delle azioni di tutela e di presa in carico. Basti pensare alla rilevanza che assume la rete sociale attivata per i minori che vivono gravi situazioni di disagio sociale e familiare, per cui l’attivazione delle diverse e complementari competenze istituzionali della presa in carico sociale, della giustizia per la tutela dei minori (tribunale per i Minorenni e Servizio sociale minori), dei servizi socio-sanitari della ASL e della scuola risulta essenziale per far sì che la presa in carico del minore e della famiglia di origine e di adozione segua un percorso di reale tutela e reinserimento sociale. Un percorso integrato in cui, a seconda dei casi individuali, entrano in gioco le varie possibilità di intervento sociale del sostegno educativo domiciliare e territoriale, dell’affido e dell’adozione familiare e in ultima ratio dell’ospitalità del minore presso strutture residenziali a carattere familiare. Per la definizione delle azioni d’intervento e presa in carico, oltre alla normativa nazionale e regionale di riferimento, alle misure PIPPI, Careleavers e Garanzia Bambini per il contrasto della povertà educativa e l’accompagnamento dei minori verso la maggiore età, risultano di grande utilità gli indirizzi e le diverse Linee guida emanate dal Dipartimento per la Famiglia della Presidenza del Consiglio, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dal Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità e dall’Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza in materia di presa in carico dei minori in regime residenziale, per l’affido e le adozioni familiari e gli indirizzi per le responsabilità familiari e genitoriali.

Un approccio sistemico che deve essere rivolto anche al disagio delle persone adulte che si trovano in uno stato di detenzione, che possono usufruire di misure alternative di esecuzione penale esterna in regime di esecuzione penale (Tribunale di sorveglianza, Servizio sociale adulti e UEPE).

Negli ultimi anni sia la Cassa delle Ammende, ente strumentale del Ministero della Giustizia, sia lo stesso Ministero della Giustizia hanno avviato interventi rivolti allo sviluppo di servizi pubblici per l’assistenza dei detenuti, delle vittime di reato, per la giustizia riparativa e la mediazione penale anche in attuazione della Direttiva 2012/29/UE che ha istituito le “Norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato”.

La Regione Abruzzo ha dato adesione partecipando con una propria progettazione agli inviti pubblicati dal Ministero della Giustizia - Dipartimento Affari di Giustizia e dalla Cassa delle Ammende. La realizzazione dei progetti di seguito indicati viene svolta in collaborazione con vari enti e istituzioni interessati da un Accordo di Partenariato, stipulato con il Tribunale di Sorveglianza, il Tribunale per i Minorenni, il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria, l’Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna, il Centro della Giustizia Minorile, il Garante Regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. Di seguito i progetti attivi:

- “Accoglienza e Inclusione” - Programma di intervento della Cassa delle Ammende per fronteggiare l’emergenza epidemiologica da Covid-19 negli istituti penitenziari (Annualità 2019), in co-progettazione con l’Organismo di Volontariato – ETS;
- “R.I.M.E. Riparazione, Mediazione, Vittime” - Programma di intervento della Cassa delle Ammende (Annualità 2021) per lo sviluppo di servizi pubblici per l’assistenza generale alle vittime di reato per la giustizia riparativa e la mediazione penale;
- “ReAgire” - Interventi rivolti all’assistenza e al sostegno delle vittime di qualsiasi tipologia di reato in ottemperanza della Direttiva 2012/29/UE (Annualità 2021), progetto presentato su invito del Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia. Tale progetto è stato redatto in coerenza e in continuità col richiamato progetto R.I.M.E. presentato a Cassa delle Ammende e sarà attuato in co-progettazione.

Nei due casi di sostegno sociale e di presa in carico sopra evidenziati, la Regione Abruzzo nella nuova programmazione sociale vuole rafforzare l’interlocuzione della rete sociale istituzionale e del Terzo Settore e assicura azioni di ascolto, di supporto e accompagnamento ai Comuni e agli Ambiti Distrettuali Sociali, ai servizi territoriali della Giustizia e della ASL, che prioritariamente si trovano a intervenire per propria competenza e funzione (1).

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: Il Servizio Sociale per i Minorenni del Tribunale per i Minorenni di L'Aquila propone azioni di rafforzamento degli enti gestori territoriali per:

- garanzia di uno spazio di cura, di ascolto e tutela per la vittima. In Abruzzo non ci sono strutture terapeutiche;
- necessità di una collaborazione fattiva con il servizio sociale professionale per rendere strutturati gli Uffici di Mediazione Penale per attuare la giustizia riparativa;
- sostegno educativo domiciliare per i più piccoli con le loro famiglie e per i giovani ancora fuori dai circuiti formativi/lavorativi;
- contrasto alla violenza di genere e servizi di sostegno alla genitorialità;
- centri di aggregazione e polivalenti, almeno uno per quartiere/paese;
- formazione degli operatori delle Comunità Educative;
- centri diurni per accogliere minori e giovani adulti;
- comunità Educative a vocazione terapeutica;
- potenziamento di inclusione sociale / autonomia e offerta abitativa (housing sociale);
- formazione professionale gratuita fino ai 25 anni favorendo Borse Lavoro per giovani, sistema di collaborazione interistituzionale e potenziamento dei consultori familiari.

Le azioni integrate per il sostegno all'emergenza abitativa, dei senza fissa dimora, il disagio sociale grave dell'adulto e il contrasto alle dipendenze

La povertà estrema e i senza fissa dimora

Un tema a cui dà una rilevante evidenza il PSN 2021-2023 riguarda l'emergenza abitativa, con particolare riferimento ai senza fissa dimora. Il Fondo Povertà 2021-2024, oltre alle risorse per i servizi essenziali e di pronto intervento sociali (si veda la tabella 22 del capitolo 7), individua una parte delle risorse impegnate per il contrasto della povertà estrema e dei senza fissa dimora, che il piano sociale nazionale 2021-2023 riprende con forza individuando specifiche azioni di potenziamento nei LEPS. Il PSR 2022-2024 assicura una significativa azione di supporto tecnico e di accompagnamento ai Comuni e agli Ambiti Distrettuali Sociali per l'implementazione e/o il potenziamento dei servizi di sostegno sociale da prevedere nei piani distrettuali sociali 2022-2024:

Tavola 12 – LEPS e principali azioni di potenziamento del PSR 2022-2024 (rif. PSN 2021-23)

Intervento e servizio	Tipologia azione di sistema	Ambito di trattazione nel PSN 2021-2023 ¹	Principali fonti di finanziamento nazionale ²	Principali fonti di finanziamento regionale ³
Housing first	Potenziamento	P. POV	PNRR, Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Centri servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione	Potenziamento/LEPS	P. POV	PNRR, Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Servizi per la residenza fittizia	Potenziamento/LEPS	P. POV	Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali

Note/Legenda: (1) P. POV Piano per la lotta alla povertà; (2) PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; Fondo Povertà; (3) POR Piano Operativo Regionale; FSR Fondo Sociale Regionale.

La Regione Abruzzo già interviene nello specifico ambito di sostegno alle locazioni private attraverso risorse annuali erogate ai Comuni ai sensi della L. 431/1998 (art.11); per le specifiche problematiche dei senza fissa dimora può sicuramente intervenire con la programmazione regionale prossima del FSE, FSC 2021-2027 e altri fondi dedicati all'emarginazione sociale, che possono essere integrati alle risorse del Piano Povertà 2021-2024, per promuovere reti di partenariato e progetti operativi in collaborazione con gli Ambiti Distrettuali Sociali e con il Terzo Settore, nell'ottica di un approccio intersettoriale e di co-progettazione.

La prevenzione e il contrasto alle dipendenze

Nell'ambito delle azioni sociosanitarie per il contrasto al disagio adulti e per l'inclusione e il reinserimento sociale, la nuova programmazione sociale regionale 2022-2024 promuove il rafforzamento dei servizi e interventi di prevenzione e di contrasto alle dipendenze, integrati tra gli Ambiti Distrettuali Sociali e i servizi territoriali preposti della ASL (SerD, consultori, CIM), del Terzo Settore e dei Centri famiglia regionali già impegnati sul territorio (tema approfondito nel capitolo 5 "Contrasto alle povertà e inclusione sociale" della parte seconda sugli approfondimenti tematici del PSR 2022-2024).

2.9. Le azioni regionali di innovazione e supporto tecnico al PSR 2022-2024

(1) Nell'ambito delle azioni complementari di sistema e supporto alla gestione del Piano Sociale Regionale, una quota del Fondo Sociale Regionale è annualmente utilizzata dalla Regione Abruzzo per il finanziamento delle azioni regionali di innovazione sociale e per l'attuazione di interventi diretti consistenti in programmi speciali regionali. Al fine di assicurare la piena funzionalità ed efficienza, la nuova programmazione 2022-2024 garantisce:

- un'azione complementare di assistenza tecnica e monitoraggio del PSR 2022-2024 coordinata con le azioni dell'area inclusione e contrasto alle fragilità della strategia di "Abruzzo Prossimo";
- la costituzione di un fondo per la compartecipazione finanziaria a progetti settoriali per l'integrazione e l'inclusione sociale in ambito comunitario, nazionale e regionale;
- l'efficientamento dell'osservatorio e del sistema informativo regionale per la gestione integrata, uniforme e interattiva dei flussi dei dati e della documentazione con il sistema di monitoraggio delle piattaforme SIUSS e SIOSS e del sistema gestione fondi FSC;
- il coinvolgimento delle Università e degli altri attori sociali per la redazione e/o l'aggiornamento di normativa, atti di indirizzo e regolamentazione regionale, autorizzazione e accreditamento in materia sociale, sociosanitaria e socioeducativa;
- il sostegno allo svolgimento delle funzioni regionali descritte dall'art. 8 della legge 328/2000;
- la realizzazione di studi, ricerche e attività di monitoraggio e del bilancio sociale regionale.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: Il CORIFISI delle Università Abruzzesi raccomanda la necessità di azioni di sistema complementari e di rafforzamento per:

- effettuare una mappatura della realtà sociale regionale. Promuovere iniziative di inclusione sociale come raccordo e coordinamento tra Università, Regione, enti locali e Terzo Settore. Realizzare corsi di apprendimento indirizzati verso modelli di collaborazione diretta tra mondo dell'istruzione, mondo della formazione e mondo produttivo/imprenditoriale;
- capitalizzare le competenze per creare livelli crescenti di abilità e competenze; atti di divulgazione/comunicazione che portino a un empowerment individuale e collettivo così da poter orientare scelte consapevoli sui sentieri della sostenibilità e del benessere equo-sostenibile.

2.10. Il ruolo di co-programmazione svolto dalla Cabina di Regia e dai focus tematici nella definizione del PSR 2022-2024

La composizione e il ruolo della Cabina di Regia

La Cabina di Regia, già costituita con Deliberazione di Giunta Regionale n. 735 del 29.11.2019 e ampliata con la Determinazione Dirigenziale n. DPG022/152 del 22 giugno 2021 ad altri enti rappresentativi dell'Università, delle Istituzioni e del Terzo Settore, ha svolto un ruolo significativo di condivisione tematica e di indirizzo per la programmazione regionale degli interventi e dei servizi alla persona.

L'iter della co-programmazione e la gestione dei tavoli di lavoro tematici e della documentazione condivisa sono stati gestiti dal competente servizio regionale Programmazione Sociale di concerto con l'organismo regionale per la programmazione strategica delle risorse "Abruzzo Prossimo"; sono stati svolti incontri tematici per la condivisione degli indirizzi, dei contenuti e obiettivi della programmazione sociale 2022-2024. In tal senso la Cabina di Regia allargata ad altri Enti rappresentativi dei diversi ambiti di interesse generale ha assunto e continua a svolgere un ruolo di coordinamento e di vera co-programmazione sociale in ambito regionale.

Tavola 13 - La composizione della Cabina di Regia nella programmazione sociale 2022-2024 (DGR 735/2019; D.D. n. DPG022/152 - 22.06.2021)

n.	ENTI PARTECIPANTI NELLA CONDIVISIONE INDIRIZZI E PROGRAMMAZIONE PER AREA TEMATICA
1	Regione Abruzzo – Assessore Politiche Sociali e del Lavoro
2	Regione Abruzzo – Assessore Salute
3	Direttore dipartimento lavoro sociale
4	Direttore dipartimento sanità
5	Direttore Asl Chieti Lanciano Vasto
6	Direttore Asl Pescara
7	Direttore Asl Avezzano Sulmona L'Aquila
8	Direttore Asl Teramo
9	Direttore Ufficio scolastico regionale
10	Segretario CGIL
11	Segretario CISL
12	Segretario UIL
13	Segretario UGL
14	Presidente Confindustria Abruzzo

n.	ENTI PARTECIPANTI NELLA CONDIVISIONE INDIRIZZI E PROGRAMMAZIONE PER AREA TEMATICA
15	Presidente Confcommercio Abruzzo
16	Presidente Confartigianato Abruzzo
17	Presidente CNA Abruzzo
18	Presidente Confesercenti Abruzzo
19	Presidente Camera di commercio Chieti - Pescara
20	Presidente Camera di commercio L'Aquila - Teramo
21	ANCI Abruzzo
22	Rappresentante Anci – Comune di Pescara
23	Rappresentante Anci – Comune di Teramo
24	Rappresentante Anci – Comune di L'Aquila
25	Rappresentante Anci – Comune di Chieti
26	UPI Abruzzo
27	CSV Abruzzo
28	Rappresentante Forum Terzo Settore Abruzzo
29	Alleanza Cooperative Abruzzo
30	Caritas Abruzzo
31	Rappresentante Ambito Distrettuale Sociale Pv Aquila
32	Rappresentante Ambito Distrettuale Sociale Pv Chieti
33	Rappresentante Ambito Distrettuale Sociale Pv Pescara
34	Rappresentante Ambito Distrettuale Sociale Pv Teramo
35	Rappresentante ASP 1 Chieti
36	Rappresentante ASP 1 Pescara
37	Rappresentante ASP 1 L'Aquila
38	Rappresentante ASP 2 L'Aquila
39	Rappresentante ASP 1 Teramo

n.	ENTI PARTECIPANTI NELLA CONDIVISIONE INDIRIZZI E PROGRAMMAZIONE PER AREA TEMATICA
40	Rappresentante ASP 2 Teramo
41	Prefettura di Pescara
42	Prefettura di Chieti
43	Prefettura di Teramo
44	Prefettura di L'Aquila
45	Centro per la Giustizia Minorile Abruzzo - Ufficio Sociale per i minorenni USSM
46	Protezione Civile
47	Garante Detenuti Regione Abruzzo
48	Commissione per le Pari Opportunità
49	Garante per l'Infanzia
50	Centri Antiviolenza Case Rifugio
51	Associazioni delle professioni sociali (assistenti sociali)
52	Associazioni delle professioni sociali (psicologi)
53	Associazioni delle professioni sociali (educatori)
54	CP ISTIT PENIT Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria del Lazio, Abruzzo e Molise
55	UEPE Esecuzione Penale esterna Ufficio Interdistrettuale di esecuzione penale esterna del Lazio, Abruzzo e Molise
56	Tribunali - Tribunale per i Minorenni - Tribunale Minori - Tribunale Sorveglianza
57	UNIVERSITÀ CH-PE
58	UNIVERSITÀ AQ
59	UNIVERSITÀ TE
60	CCRU (Comitato Coordinamento Università Abruzzesi)
61	CORIFISI Centro Interateneo di Orientamento, Ricerca, Alta Formazione e Inclusione Sociale
62	Ordine degli Psicologi Abruzzo
63	Ordine degli Educatori Professionali

La Cabina di Regia, pertanto, ha svolto un ruolo essenziale di condivisione e di indirizzo delle aree

tematiche e delle linee programmatiche, evidenziandone i punti di forza e le criticità ad oggi presenti e su cui intervenire nella nuova programmazione 2022-2024, per il raggiungimento di obiettivi di sistema di miglioramento e rafforzamento dell'intero sistema regionale dei servizi alla persona essenziali per rispondere a bisogni sociali complessi, consolidati ed emergenti, che negli ultimi due anni hanno riguardato target e fasce della popolazione più ampie e variegata anche a causa della grave emergenza sociosanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19.

La tavola 14 che segue riporta le fasi della co-programmazione gestite nell'ambito della strategia del partenariato regionale diffuso "Abruzzo Prossimo" dall'Assessore alle Politiche Sociali e dal competente Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Regionale Sociale-Lavoro.

Tavola 14 – Sintesi dei lavori di co-programmazione della Cabina di Regia e di focus di approfondimento per la definizione di obiettivi e priorità del PSR 2022-2024

TEMATICA DELLA CABINA DI REGIA/FOCUS	ENTI INTERESATI	DOCUMENTAZIONE PRODOTTA	DATA DEI LAVORI
Insedimento componenti Cabina di Regia; Primi atti di indirizzo finalizzati alla redazione del Piano Sociale Regionale 2022-2024.	Cabina di Regia	Le Politiche Sociali in Abruzzo Presentazione Appunti per Piano Sociale Regionale 2022-2024 e cronoprogramma	01/07/2021
Analisi del quadro di Sintesi del Profilo Sociale Regionale; Estratto del bilancio sociale regionale; Riepilogo risorse Piano Sociale Regionale 2018; Quadro previsionale delle risorse finanziarie.	Cabina di Regia	Sintesi del Profilo Sociale Regionale con le relative 11 aree tematiche approfondite. Sintesi del Bilancio sociale regionale 2018 Quadro delle misure e delle risorse della precedente programmazione 2016/18	29/07/2021
Focus di approfondimento sui punti di forza e di criticità con i referenti degli Ambiti Distrettuali Sociali regionali	Referenti ADS regionali della Cabina di Regia	Verifica della documentazione prodotta negli incontri della Cabina di Regia del 1/07/2021 e 29/07/2021	06/09/2021
Focus di approfondimento e condivisione sulle nuove dipendenze e il disagio adulti	ASL 2 in coordinamento con i Servizi Dipendenze (SerD) delle Aziende Sanitarie Locali regionali	Documento di sintesi del capitolo sulle dipendenze della I bozza del PSR 2022-24 Verbale di concertazione del 9 settembre 2021 dei SerD ASL regionali con le proposte migliorative	31/08/2021
Focus di approfondimento sulla necessità di rafforzamento della funzione interdisciplinare delle figure professionali in ambito sociale e sociosanitario	Referenti regionali dell'Ordine degli educatori professionali	Verifica della documentazione prodotta negli incontri della Cabina di Regia del 1/07/2021 e 29/07/2021	11/10/2021
Focus di approfondimento sulla governance locale dei piani in ambito sociale e sociosanitario	Direttori ANCI Abruzzo e Referenti ANCI Provinciali e UPI	Verifica della documentazione prodotta negli incontri della cabina di regia del 1/07/2021 e 29/07/2021	11/10/2021

TEMATICA DELLA CABINA DI REGIA/FOCUS	ENTI INTERESSATI	DOCUMENTAZIONE PRODOTTA	DATA DEI LAVORI
4 Incontri nel territorio (ADS) per presentazione bozza PSR – 4 incontri complessivi in ognuna delle Province abruzzesi	Ambiti Distrettuali Sociali	Verifica bozze documenti PSR 2022-2024	11; 12; 15 novembre 2021
Presentazione della Proposta di Piano Sociale Regionale 2022-2024	Cabina di Regia	Proposta di PSR 2021-2023 (Parte I; Parte II; Parte III)	19/11/2021
Ulteriore confronto sulla proposta di PSR 2022-2024	Referenti di ANCI Abruzzo	Proposta di PSR 2022-2024 (Parte I; Parte II; Parte III)	01/12/2021

Gli obiettivi e le priorità della programmazione sociale regionale 2022-2024

La condivisione dei temi trattati ha avuto la finalità di individuare gli obiettivi e le priorità della nuova programmazione sociale regionale 2022-2024 e ha tenuto conto principalmente di una serie di elementi quali:

- l'analisi dei dati del nuovo profilo sociale aggiornato al 2021;
- l'analisi di dati, atti e documentazione della precedente programmazione, delle indicazioni sui punti di forza e criticità evidenziati nel bilancio sociale regionale effettuato dal competente Servizio regionale Programmazione Sociale sull'annualità 2018 del PSR 2016/2018;
- gli indirizzi nazionali del PSN 2021-2023, del Piano Povertà 2021-2023 e degli obiettivi di servizio della legge di bilancio 2021-2023 (L. 178/2000);
- gli indirizzi, i programmi e le azioni di riforma del PNRR, del REACT EU e delle linee programmatiche dei fondi comunitari 2021-2027.

Le tavole 15, 16 e 17 che seguono sintetizzano i risultati della co-programmazione effettuata, in cui vengono individuate le tre macroaree di azioni per il rafforzamento del sistema nella programmazione 2022-2024 regionale, che viene declinata sul territorio dagli Ambiti Distrettuali Sociali attraverso servizi e interventi programmati nei piani distrettuali e che si riferiscono ai nuovi Assi Tematici ridefiniti e agli Obiettivi di Servizio.

a. AZIONI E OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE E IL RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Tavola 15 – Matrice di sintesi delle azioni integrate e complementari e del ruolo diretto e indiretto del Terzo Settore, gli obiettivi di sistema e i risultati attesi del PSR 2022-2024

Programma- zione integra- ta per Assi Te- matici del PSR 2022-2024	Tipologia di intervento-servizio	Azioni progettuali complementari del PNRR e REACT EU, Piano po- vertà, PON Inclusione nella pro- grammazione sociale 2022-2024		Rafforzamento del ruolo del Terzo Setto- re nelle azioni dirette e indirette del PSR 2022-2024	Obiettivi di sistema e risultato atteso del PSR 2022-2024
<p>AT 1. Obiettivi Essenziali di servizi</p>	<p>Segretariato sociale</p> <p>Servizio sociale professionale</p> <p>Punto Unico di Accesso (PUA) e Valutazio- ne sociosanitaria (UVM)</p> <p>Supervisione del personale</p> <p>Pronto Intervento Sociale (PIS)</p> <p>Assistenza domiciliare socioassistenziale</p> <p>Assistenza domiciliare integrata</p> <p>Teleassistenza e telefonia solidale (azioni integrate con interventi PNRR M5/M6 es. Telemedicina)</p> <p>Dimissioni protette</p>	<p>Piano Povertà (L. 208/2015)</p> <p>PON Inclusione: Avviso 3/2016; Avvi- so 1/2019 rafforzamento servizi sociali e inclusione</p> <p>PNR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” (Sevizi sociali, disabilità e marginalità sociale):</p> <p>1.1. Servizi sociali, disabilità e margi- nalità sociale</p> <p>Risorse fondi PON (risorse aggiuntive REACT EU per la politica di coesione 2014- 2020 per misure entro il 2023)</p> <p>Percorsi e progetti sociosanitari inte- grati di prossimità con le misure sociali del PNRR (M5C) e sociosanitarie (Missione 6)</p> <p>Il ruolo del Terzo Settore (e del RUN- TS) quale soggetto attivo per la co-programmazione e co-progettazione strategica integrata</p>		<p>Condivisione dell’analisi dei bisogni e degli obiet- tivi e indirizzi del PSR (Cabina di Regia)</p> <p>Partecipazione ai gruppi di piano locali per la re- dazione dei piani distrettuali sociali</p> <p>Gestione dei piani di emergenza sociale per cause esterne emergenziali (es. Covid-19, fattori peculia- ri di disagio estremo)</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Rafforzare il sistema di accesso in ambito sociale (azio- ni integrate PSN, PSR, Piano Povertà, PON, M5C2.1 PNRR)</p> <p>Rafforzare PAI/PEI come modello di presa in carico integrato (PAI/PEI)</p> <p>Rafforzare e semplificare l’accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno sociosanitario (UVM) e la presa in carico in ambito sociosanitario (azione integrata PSN, PSR, FNA, M5C2.1 PNRR)</p> <p>Rafforzare il sistema integrato di PIS (sociale- lavoro-sanità-Terzo Settore)</p> <p>Promuovere azioni integrate con i servizi sanitari di prossimità (azione integrata PSR, PNRR-M6 “Missione Salute”)</p> <p><u>Risultato atteso</u></p> <p>Riduzione dei tassi di istituzionalizzazione e ospedalizzazione impropria e integrazione fa- miliare e sociale</p>

Programma- zione integra- ta per Assi Te- matici del PSR 2022-2024	Tipologia di intervento-servizio	Azioni progettuali comple- mentari del PNRR e REACT EU, Piano povertà, PON Inclu- sione nella programmazione sociale 2022-2024		Rafforzamento del ruolo del Terzo Setto- re nelle azioni dirette e indirette del PSR 2022-2024	Obiettivi di sistema e risultato atteso del PSR 2022-2024
<p>AT 2. Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità:</p> <p>Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e sostegno al caregiver familiare</p> <p>Area 2B – Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza</p> <p>Area 2C – Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona</p>	<p>Assistenza domiciliare socioassistenziale FNA</p> <p>Assistenza domiciliare integrata FNA</p> <p>Dimissioni protette</p> <p>Assegno di cura per la non autosufficienza grave FNA</p> <p>Interventi diretti e indiretti per la Vita indipendente FNA e L.R. 57/2012</p> <p>Assegno per la disabilità gravissima FNA</p> <p>Centri diurni e altri servizi diurni e semiresidenziali (anche attraverso il recupero di spazi e infrastrutture locali Progetti regionali del PNRR)</p> <p>Interventi comunitari per l'integrazione scolastica-formativa e lavorativa e l'autonomia, percorsi integrati con i servizi di inserimento lavorativo del CPI (L.R. 78/78, D.Lgs 66/17, L. 112/16, progetti integrati ADS/ASL/Com.), l'integrazione e il diritto allo sport</p> <p>Servizi di residenzialità temporanea e housing sociale (anche attraverso il recupero di spazi e infrastrutture locali Progetti regionali del PNRR)</p> <p>Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale e housing sociale (anche attraverso il recupero di spazi e infrastrutture locali Progetti regionali del PNRR)</p> <p>Strutture comunitarie a carattere sociosanitario (anche attraverso il recupero di spazi e infrastrutture locali Progetti regionali del PNRR)</p> <p>Altri interventi e servizi comunitari e residenziali per il Dopo di Noi (anche attraverso il recupero di spazi e infrastrutture locali Progetti regionali AS 4 del PNRR)</p> <p>Altri interventi diretti e indiretti di sostegno nazionale e regionale al caregiver familiare e le altre categorie fragili (L.R. 43/2019, DPCM 27.10.2020, FSC)</p> <p>Integrazione/voucher retta residenziale/semiresidenziale spesa sociosanitaria (L.R. 37/2014)</p> <p>L.R. 20 ottobre 2015 n. 32, art. 4, c. 1. - Interventi socioassistenziali in favore di ciechi e sordomuti ex art. 3 della L.R. n. 32/1997</p> <p>Interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche (L. 13/89)</p>	<p>PNR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”</p> <p>- Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale:</p> <p>1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti</p> <p>1.2. percorsi di autonomia per persone con disabilità</p> <p>- Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità” (azione complementare al PNRR)</p> <p>- Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti” (azione complementare al PNRR)</p> <p>Progetti regionali del PNRR - REACT EU “Interventi per la Non autosufficienza”</p> <p>Percorsi e progetti sociosanitari integrati di prossimità con le misure sociali del PNRR (M5C) e sociosanitarie (Missione 6)</p>		<p>Partecipazione ai gruppi di piano locali per la redazione dei piani distrettuali sociali</p> <p>Partecipazioni a reti sociali di partenariato per azioni progettuali di sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione anziani non autosufficienti</p> <p>Partecipazione a reti sociali di partenariato per percorsi progettuali di autonomia per persone con disabilità e housing sociale</p> <p>Partecipazione a reti sociali per la realizzazione di azioni locali per la Non Autosufficienza, per il rafforzamento dei processi e servizi di accesso e di presa in carico, valutazione multidimensionale e servizi sociosanitari di prossimità (budget progetto)</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Rafforzare il sistema di accesso in ambito sociale (azioni integrate PSN, PSR, Piano Povertà, PON, M5C2.1 PNRR)</p> <p>Rafforzare PAI/PEI come modello di presa in carico integrato (PAI/PEI)</p> <p>Rafforzare e semplificare l'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno sociosanitario (UVM) e la presa in carico in ambito sociosanitario (azione integrata PSN, PSR, FNA, M5C2.1 PNRR)</p> <p>Incrementare dimissioni protette</p> <p>Incrementare utenza svantaggiata, non autosufficienti e disabili (azioni integrate PSR, PSN, FNA, PNRR, L.R. 78/78)</p> <p>Garantire un'adeguata copertura trasporto scolastico e sociale disabili che dal 2022 diventa LEPS (L.R. 78/78; altre misure a supporto di Comuni e ADS)</p> <p>Incrementare percorsi integrati di assistenza scolastica - formazione-lavoro e autonomia (azioni integrate PSR, PSN, FNA, PNRR, L.R. 78/78)</p> <p><u>Risultato atteso</u></p> <p>Riduzione dei tassi di istituzionalizzazione e ospedalizzazione impropria e integrazione familiare e sociale della persona svantaggiata</p>

Programma- zione integra- ta per Assi Te- matici del PSR 2022-2024	Tipologia di intervento-servizio	Azioni progettuali complementari del PNRR e REACT EU, Piano pover- tà, PON Inclusion e nella program- mazione sociale 2022-2024		Rafforzamento del ruolo del Terzo Setto- re nelle azioni dirette e indirette del PSR 2022-2024	Obiettivi di sistema e risultato atteso del PSR 2022-2024
<p>AT. 3 Contrasto alle povertà e inclusione sociale</p>	<p>Integrazione al reddito e sostegno sociale all'emergenza abitativa (RdC e altri interventi diretti e indiretti)</p> <p>Azioni regionali per il sostegno alle locazioni civili (L. 431/89) - si tenga conto del documento sulla precarietà abitativa di Milano del 1° ottobre 2021 del CO.N.I.A. (Conf. Naz. Inquilini Associati)</p> <p>Sostegno alimentare e lotta allo spreco Sostegno all'inserimento lavorativo e percorsi integrati con i servizi di inserimento lavorativo del CPI (Patti per il lavoro e patti di inclusione sociale per i percettori di RdC)</p> <p>Tirocini inclusione sociale (TINA) e percorsi integrati con i servizi di inserimento lavorativo del CPI</p> <p>Progetti integrati di inclusione sociale, il disagio mentale e psicologico e il contrasto alle dipendenze (ASL/ADS)</p> <p>Progetti di Welfare di prossimità attraverso il recupero di spazi integrati volti a contrastare l'emarginazione sociale adulta (Progetti regionali AS 4 del PNRR)</p> <p>Centri servizio di pronto intervento sociale e interventi housing first per la povertà estrema e per la residenza fittizia</p> <p>Alloggi per accoglienza emergenza e senza fissa dimora e privi di residenza anagrafica</p> <p>Centri servizio per indigenza e strutture di accoglienza notturna per povertà estrema</p> <p>Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti</p> <p>Integrazione rette/voucher residenziali</p>	<p>Piano Povertà (L. 208/2015) PON-Inclusione (Avviso 3/2016; Avviso 1/2019)</p> <p>PNR - M5C1 "Politiche per il lavoro": 1. Rafforzamento integrazione politiche sociali con politiche attive lavoro (ADS/CPI); - Politiche attive lavoro e formazione- Sistema duale - Sistema certificazione parità di genere - Servizio civile universale</p> <p>PNR - M5C2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore": 1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale 1.1. Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione anziani non autosufficienti 1.2. Percorsi di autonomia per persone con disabilità 1.3 Housing temporaneo e stazioni di posta 2. Rigenerazione urbana e housing sociale 3. Sport e inclusione sociale</p> <p>L.R. 37/2020 (DGR 346/2000) - L. 190/2014</p> <p>Progetti regionali PNRR: Welfare di prossimità attraverso il recupero di spazi integrati volti a contrastare l'emarginazione sociale adulta</p> <p>Risorse fondi PON (risorse complementari al PNRR aggiuntive REACT EU per la politica di coesione 2014-2020 per misure entro il 2023)</p> <p>Fondo regionale per la lotta allo spreco e il sostegno alimentare (art. 23 L.R. 29/2006)</p> <p>Altre misure settoriali regionali e nazionali, PON, FAMI (fondi asilo, migrazione e integrazione), FSE 2021-27</p>		<p>Definizione a livello locale di accordi di rete e partenariato per azioni di contrasto alle fragilità e coesione sociale</p> <p>Partecipazione a tavoli programmatici e reti sociali di indirizzo per i programmi di recupero di spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale polifunzionale per l'autonomia e l'inclusione sociale (Dopo di Noi, housing sociale, altre azioni)</p> <p>Gestione dei piani di emergenza sociale per cause esterne emergenziali (es. Covid-19, fattori peculiari di disagio estremo)</p> <p>Gestione dei piani territoriali per il contrasto al disagio estremo e l'emarginazione sociale per i senza fissa dimora</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Incrementare presa in carico soggetti fragili</p> <p>Incrementare percorsi integrati di inclusione sociale lavoro e consolidare patti inclusione e patti per il lavoro (ADS/CPI)</p> <p>Incrementare percorsi di presa in carico, orientamento e accompagnamento di soggetti fragili adulti</p> <p>Incrementare servizi dedicati per il sostegno dei senza fissa dimora e per la mancanza della residenza anagrafica (housing first, residenza fittizia, servizi, Centri servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione)</p> <p><u>Risultato atteso</u> Riduzione della povertà ed esclusione, incremento tassi di occupazione e miglioramento degli indicatori di genere</p>

Programmazione integrata per Assi Tematici del PSR 2022-2024	Tipologia di intervento-servizio	Azioni progettuali complementari del PNRR e REACT EU, Piano Povertà, PON Inclusione nella programmazione sociale 2022-2024		Rafforzamento del ruolo del Terzo Settore nelle azioni dirette e indirette del PSR 2022-2024	Obiettivi di sistema e risultato atteso del PSR 2022-2024
<p>AT 4. Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee</p>	<p>Servizi domiciliari e territoriali educativi</p> <p>Interventi comunitari di mediazione familiare e sostegno alla genitorialità</p> <p>Servizi per l'affido familiare e le adozioni (rafforzamento delle equipe territoriali)</p> <p>Centri diurni socioeducativi e ricreativi per i minori</p> <p>Strutture residenziali per minori a carattere familiare</p> <p>Servizi e interventi comunitari per famiglie immigrate e minori non accompagnati (FAMI/SPRAR)</p> <p>Alloggi protetti per l'infanzia</p> <p>Integrazione rette/voucher residenziali</p> <p>Altri servizi integrativi per l'infanzia e la genitorialità (garanzia Infanzia)</p> <p>Altri servizi comunitari per la promozione dei diritti del minore e promozione rapporti scuola territorio (BESDSA, altri interventi)</p>	<p>L. 296/2006 - Fondo nazionale per la famiglia</p> <p>Piano Regionale Famiglia (L.R. 95/95) a valere sul fondo nazionale regionale sulla famiglia</p> <p>Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU "Provvidenze in favore della famiglia"</p> <p>Programma PIPPI e azioni di Careleavers</p> <p>Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU "Minori - Careleavers"</p> <p>PNRR - M5C3 "Interventi speciali per la coesione territoriale": Rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali</p> <p>Potenziamento degli strumenti di contrasto alla dispersione scolastica e dei servizi socioeducativi ai minori (contrasto povertà educativa e valorizzazione Terzo Settore)</p> <p>Riattivazione dello sviluppo economico attraverso il miglioramento delle infrastrutture di servizio delle Aree ZES</p>		<p>Gestione dei piani di emergenza sociale per cause esterne emergenziali (es. Covid-19, fattori peculiari di disagio estremo)</p> <p>Partecipazione a tavoli programmatici e reti sociali per azioni di indirizzo dei progetti di rafforzamento della strategia nazionale aree interne, per il miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici educativi, sanitari e sociali</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali (PAI/PEI)</p> <p>Rafforzare equipe territoriali affido-adozioni</p> <p>Potenziare la metodologia PIPPI e percorsi di Careleavers</p> <p><u>Risultato atteso</u></p> <p>Contrastare la povertà educativa, prevenire e ridurre i tassi di istituzionalizzazione minori e accompagnare verso la maggiore età i minori allontanati dall'ambito familiare</p>

Programmazione integrata per Assi Tematici del PSR 2022-2024	Tipologia di intervento-servizio	Azioni progettuali complementari del PNRR e REACT EU, Piano Povertà, PON Inclusione nella programmazione sociale 2022-2024		Rafforzamento del ruolo del Terzo Settore nelle azioni dirette e indirette del PSR 2022-2024	Obiettivi di sistema e risultato atteso del PSR 2022-2024
<p>AT 5. Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo</p>	<p>Centri diurni e semiresidenziali con funzione socioassistenziale</p> <p>Centri diurni e semiresidenziali con funzione ricreativa</p> <p>Trasporto sociale</p> <p>Integrazione retta/voucher per centri diurni</p> <p>Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale</p> <p>Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario</p> <p>Servizi comunitari per gli anziani e housing sociale</p> <p>Integrazione retta/voucher residenziali</p> <p>Altri Interventi comunitari (Case di Comunità e Case della Salute) e di prossimità (teleassistenza, telemedicina) per l'invecchiamento attivo (L.R. 16/2016/PSR/PNRR)</p>	<p>LL.R. 16/2016 misure per l'invecchiamento attivo</p> <p>Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU "Interventi per l'invecchiamento attivo"</p> <p>Percorsi e progetti sociosanitari integrati di prossimità: interventi innovativi integrati per l'invecchiamento attivo in ambito sociale e servizi sanitari di prossimità (PNRR/PSR/FIS)</p>		<p>Definizione a livello locale di accordi di rete e partenariato per azioni innovative di prossimità e per l'invecchiamento attivo</p> <p>Partecipazione a progetti innovativi di interscambio generazionale</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Potenziare l'offerta dei servizi per la riduzione di rischi di emarginazione e disagio psicologico</p> <p>Rafforzare la mobilità sociale</p> <p>Rafforzare servizi comunitari per integrazione sociale e ricreativa</p> <p>Attivare progetti innovativi di scambio intergenerazionale</p> <p>Rafforzare servizi comunitari e di housing sociale (Case di Comunità)</p> <p>Incrementare percorsi e progetti sociosanitari integrati di prossimità (Case della Salute)</p> <p><u>Risultato atteso</u></p> <p>Percorsi di accompagnamento e servizi di prossimità per la prevenzione, la riduzione dell'istituzionalizzazione e per il rafforzamento del benessere di vita quotidiana</p>
<p>AT 6. Giovani e Youth Guarantee</p>	<p>Centri diurni per l'integrazione sociale e la promozione dei diritti dei giovani</p> <p>Servizi comunitari per l'inclusione sociale dei giovani (Youth Guarantee)</p> <p>Sistema duale: rafforzare le azioni di integrazione scuola-formazione-lavoro</p> <p>Servizi territoriali di orientamento e accompagnamento scuola-formazione-lavoro per i giovani</p>	<p>L. 248/2006 azioni delle Politiche giovanili</p> <p>POR-FSE Progetto Spazi Inclusivi Progetti di rete tra ADS e Terzo Settore per l'inclusione dei giovani "Agorà"</p> <p>Progetti regionali del PNRR di partenariato - "Officina delle idee - laboratori esperienziali di comunità educante"</p> <p>Progetti regionali PNRR Abruzzo per l'apprendimento permanente, le borse di studio universitario, la creazione d'impresa e il mantenimento dei livelli occupazionali</p> <p>PNRR - M5C1 "Politiche per il lavoro":</p> <p>1. rafforzamento integrazione politiche sociali con politiche attive lavoro (ADS/CPI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiche attive lavoro e formazione - Sistema duale - Creazione imprese femminili - Sistema certificazione parità di genere - Servizio civile universale <p>Garanzia Giovani e altri programmi di inserimento al lavoro dei giovani</p>		<p>Definizione a livello locale di accordi di rete e partenariato per azioni innovative per i giovani</p> <p>Partecipazione a progetti innovativi di interscambio generazionale</p> <p>Partecipazione a progetti del servizio civile universale</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Potenziare i centri diurni</p> <p>Potenziare i servizi per l'inclusione dei giovani</p> <p>Rafforzare i servizi di orientamento e accompagnamento scuola-formazione-lavoro</p> <p>Rafforzare interventi comunitari per la promozione dei diritti dei giovani</p> <p>Rafforzare e incrementare i progetti del servizio civile universale</p> <p><u>Risultato atteso</u></p> <p>Ridurre indice di abbandono scolastico, ridurre indice disoccupazione giovanile e promuovere i diritti dei giovani</p>

Programmazione integrata per Assi Tematici del PSR 2022-2024	Tipologia di intervento-servizio	Azioni progettuali complementari del PNRR e REACT EU, Piano Povertà, PON Inclusione nella programmazione sociale 2022-2024		Rafforzamento del ruolo del Terzo Settore nelle azioni dirette e indirette del PSR 2022-2024	Obiettivi di sistema e risultato atteso del PSR 2022-2024
<p>AT 7. Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia</p>	<p>Servizi comunitari per la conciliazione dei tempi di vita familiare e lavoro, per le pari opportunità e l'empowerment femminile</p> <p>Centri antiviolenza, Case rifugio e altri servizi comunitari per la riabilitazione delle persone che compiono i reati e per la mediazione e il contrasto alle violenze (L.R. 31/2006; L. 119/2013)</p> <p>Asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia (potenziamento della rete territoriale e progetto per il rafforzamento dei servizi educativi 0-3 anni sul bene comune dell'educazione e cura della prima infanzia - Progetti regionali AS 4 del PNRR)</p> <p>Altri Servizi e interventi innovativi per le pari opportunità, i diritti di genere e l'empowerment femminile</p>	<p>PNRR – M5C1 Abruzzo “Politiche per il Lavoro”: Certificazione parità di genere e azioni per il lavoro, l'imprenditorialità femminile e il mantenimento livelli occupazionali</p> <p>Risorse Premiali FSC e fondi PON (risorse aggiuntive REACT EU per la politica di coesione 2014-2020 per misure entro il 2023)</p> <p>Progetti regionali AS 4 del PNRR per il rafforzamento dei servizi educativi 0-3</p> <p>Progetti regionali del PNRR di partenariato - “Officina delle idee – laboratori esperienziali di comunità educante”</p> <p>L.R. 31/2006 (Centri antiviolenza), L. 119/2013 (contrasto alle violenze sessuali di genere e sui minori)</p> <p>FSC obiettivo servizi educativi prima infanzia</p> <p>Fondo Piano sviluppo sistema servizi educativi prima infanzia (L. 190/2014)</p>		<p>Gestione dei piani di emergenza sociale per cause esterne emergenziali (es. Covid-19, fattori peculiari di disagio estremo)</p> <p>Partecipazione a tavoli programmatici e reti sociali per azioni di indirizzo dei progetti di rafforzamento della strategia nazionale aree interne per il miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici educativi, sanitari e sociali</p> <p>Partecipazione a tavoli programmatici e reti sociali per la coprogettazione di azioni innovative e di rafforzamento per le pari opportunità e il contrasto alla violenza di genere e sui minori</p>	<p><u>Obiettivi</u></p> <p>Incrementare presa in carico soggetti fragili</p> <p>Potenziare l'offerta dei servizi</p> <p>Ampliare la capacità ricettiva e la flessibilità del servizio</p> <p>Incrementare i posti nido in previsione dello standard ottimale 2027 del 33% (LIVEAS 2022)</p> <p><u>Risultato atteso</u></p> <p>Aumentare i tassi di occupazione femminile e la parità di genere, ridurre la violenza di genere e sui minori</p>

b. AZIONI E OBIETTIVI PER GARANTIRE LE PRIORITÀ E I NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI PRESTAZIONI SOCIALI, UNIFORMI SU TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE E CHE RECEPISCONO GLI INDIRIZZI NAZIONALI DEL PSN 2021-2023

Tavola 16 – Le priorità e i nuovi LEPS da promuovere, uniformare e integrare nel PSR 2022-2024

Priorità del PSR 2022-2024	Azioni di rafforzamento	Obiettivi	Area delle azioni di sistema	Indicatori di risultato		
				2022	2023	2024
► Punti unici di accesso	Promuovere un modello organizzativo di accesso e valutazione sociosanitario omogeneo ed efficace	Rafforzare il ruolo di porta unitaria di accesso in ambito socio-sanitario		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Piena copertura territoriale dei PUA integrati con i DSB	Uniformità territoriale dei modelli di accesso e valutazione del bisogno sociosanitario
► LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali	Promuovere standard attuativi del PSN 21/23 uniformi	Rafforzare le competenze multidisciplinari e prevenire criticità da burn-out		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Attivazione nei Piani distrettuali di percorsi integrati di supervisione	Piena copertura territoriale di percorsi di supervisione
► LEPS Dimissioni protette	Promuovere gli indirizzi del PSN 2021-2023 per rafforzare il sistema territoriale dei servizi socio-sanitari	Rafforzare il sistema delle prestazioni, i servizi per la tutela domiciliare e la riduzione dell'istituzionalizzazione e dei ricoveri impropri		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Piena copertura territoriale del servizio sociosanitario integrato	Uniformità territoriale dei modelli di presa in carico e output
► Potenziamento professioni sociali	Sostenere ADS/Comuni per il rafforzamento degli obiettivi di servizio	Adeguamento agli standard nazionali su base demografica e professionale per migliorare i servizi locali		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Individuazione nei Piani distrettuali di personale multidisciplinare	Piena copertura territoriale uniforme delle equipe multidisciplinari

Interventi rivolti alle persone di minore età			2022	2023	2024
► LEPS Prevenzione allontanamento familiare - PIPPI	Promuovere i progetti PIPPI a livello territoriale e gli indirizzi del PSN 2021-2023	Rafforzare la metodologia d'intervento socioeducativo PIPPI per ridurre la povertà educativa	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Attivazione nei Piani distrettuali percorsi metodo PIPPI	Piena copertura territoriale metodo PIPPI per la riduzione della povertà educativa e allontanamento familiare minori
► Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up	Promuovere gli indirizzi del PSN 2021-23 per rafforzare il sistema territoriale dei servizi scuola-territorio	Migliorare le azioni integrate per l'inclusione degli alunni con disabilità Attivare servizi integrati per i minori e i giovani in età scolare di promozione sociale Garantire percorsi di mediazione sociale e familiare e per la genitorialità	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Incremento del sostegno in ambito scolastico Incremento di spazi integrati scuola-territorio per percorsi di sostegno e inclusione sociale dei minori e giovani	Piena copertura del sostegno complesso in ambito scolastico Incremento di spazi integrati scuola-territorio per percorsi di sostegno e inclusione sociale dei minori e giovani
► Sostegno ai Careleavers	Promuovere i progetti Careleavers a livello territoriale e gli indirizzi del PSN 2021-2023	Rafforzare la metodologia d'intervento socioeducativo per la riduzione della povertà educativa e accompagnare verso percorsi virtuosi di inserimento sociale il minore verso la maggiore età	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Attivazione nei Piani distrettuali di percorsi metodo Careleavers	Piena copertura territoriale metodo Careleavers per la riduzione della povertà educativa l'inserimento sociale di minori verso la maggiore età
► Garanzia infanzia	Promuovere progetti e percorsi per prevenire e contrastare l'esclusione sociale di bambini e adolescenti. In particolare le fasce più fragili di minori che la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 14.06.2021, varata a seguito della risoluzione del Parlamento Europeo del 2015, ha istituito una Garanzia europea per l'Infanzia "V Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva" (documento di maggio 2021 del Dipartimento per le Politiche della famiglia)	Migliorare le azioni integrate per l'inclusione dei bambini e adolescenti in situazione di fragilità Attivare servizi integrati per i bambini e i giovani in età scolare di prevenzione, promozione dei diritti e di inclusione sociale	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Incremento dei percorsi di prevenzione, sostegno e inclusione in ambito territoriale Incremento di spazi integrati scuola-territorio-Terzo Settore e famiglie per percorsi di prevenzione, sostegno e inclusione sociale dei minori e giovani vulnerabili	Incremento dei percorsi di prevenzione, sostegno e inclusione in ambito territoriale Incremento di spazi integrati scuola-territorio-Terzo Settore e famiglie per percorsi di prevenzione, sostegno e inclusione sociale dei minori e giovani vulnerabili

c. AZIONI DI SISTEMA COMPLEMENTARI DI PROMOZIONE, ASSISTENZA TECNICA ED EFFICIENTAMENTO DEL PSR 2022-2024

Tavola 17 – Le azioni di sistema di assistenza tecnica, promozione ed efficientamento del PSR 2022-2024

Priorità del PSR 2022-2024	Azioni di rafforzamento	Obiettivi		Indicatori di risultato		
				2022	2023	2024
Area delle azioni di sistema in ambito regionale						
Rafforzare e consolidare il metodo e il ruolo della co-programmazione in ambito sociale e socio-sanitario	Attivazione del RUNTS Ampliamento e consolidamento del ruolo della Cabina di Regia Focus tematici di condivisione	Consolidare il modello della co-programmazione per la definizione di obiettivi e azioni, il monitoraggio e la valutazione dei piani		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Attivazione della funzione del RUNTS entro il I semestre Attivazione Tavoli per il monitoraggio semestrale del piano Verifica dei progetti integrati del partenariato diffuso Abruzzo Prossimo	Piena funzionalità a regime del RUNTS Funzionalità a regime dei Tavoli per il monitoraggio semestrale del piano Valutazione esiti e stato di attuazione dei progetti integrati del partenariato diffuso Abruzzo Prossimo
Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e definire un modello chiaro e uniforme di valutazione dei bisogni complessi e di presa in carico (budget integrati e progetti individuali con particolare riferimento all'area della disabilità complessa e non autosufficienza)	Approvazione nuovo atto di indirizzo e convenzione sociosanitaria Attivazione di percorsi di formazione e aggiornamento congiunti (ambito sociale, socio-sanitario e Terzo Settore) Promozione delle azioni complementari di riforma del PNRR: Riforma 1.1. sulla disabilità e Riforma 1.2. sulla Non autosufficienza	Rendere uniformi e omogenei i processi e modelli della valutazione del bisogno complesso Potenziare l'integrazione delle risorse umane in ambito socio-sanitario Promuovere modelli di presa in carico globale tramite PAI/PEI e budget di progetto		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Numero della presa in carico globale tramite PAI/PEI e budget progetto Riduzione tassi di istituzionalizzazione e dei ricoveri impropri Numero dei corsi attivati e dei partecipanti da ASL/ADS/Terzo Settore Percentuale della presa in carico globale individuale presso ADS/DSB	Pieno regime della presa in carico globale tramite budget progetto Riduzione tassi istituzionalizzazione e dei ricoveri impropri Numero percentuale dei corsi attivati e dei partecipanti da ASL/ADS/Terzo Settore Piena attuazione a regime del modello di presa in carico globale individuale presso ADS/DSB
Efficientare il sistema informativo sociale, i processi di monitoraggio, valutazione e gestione dati e documentazione e promozione del bilancio sociale regionale	Azioni di efficientamento del sistema regionale informatico e di condivisione con gli Ambiti Distrettuali Sociali	Promuovere un sistema informativo regionale efficiente		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Attuazione a regime del SIOSS (D.M. 103/2019) Monitoraggio intermedio del piano Attivazione Piattaforma interoperativa per le rendicontazioni dei piani e azioni complementari	Funzionalità a regime del SIOSS (D.M. 103/2019) Redazione Bilancio sociale regionale Piena funzionalità a regime Piattaforma documentale e per le rendicontazioni dei piani e azioni complementari
Potenziare la collaborazione con le Università e i Centri di ricerca per l'efficientamento del sistema generale della programmazione sociale	Azioni di ricerca e analisi studio in ambito sociale e socio-sanitario Azioni per la definizione di atti di riforma e modelli di efficientamento del sistema dei servizi e delle risorse umane	Analisi, ricerca e studio per migliorare il sistema		Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Accordi di partenariato per la definizione di azioni di efficientamento del sistema Analisi del sistema normativo e regolamentale e dei processi programmatici	Modelli di studio e ricerca per la valutazione degli impatti del bilancio sociale Valutazione degli impatti e Modelli di efficientamento del piano

Priorità del PSR 2022-2024	Azioni di rafforzamento	Obiettivi	Indicatori di risultato		
			2022	2023	2024

Area delle azioni di sistema in ambito regionale			2022	2023	2024
Promuovere il piano e le azioni complementari, di assistenza tecnica per la revisione degli atti e il rafforzamento della capacità di progettazione e di gestione integrata delle risorse	Azione di supporto tecnico al sistema regionale Azioni di monitoraggio analisi per la redazione del bilancio sociale regionale Azioni di supporto alla progettazione integrata di interventi innovativi per l'inclusione sociale Azioni di revisione normativa, regolamentale ed elaborazione di proposte migliorative (es. accreditamento servizi alla persona, legge regionale sui servizi alla persona, legge regionale sulla famiglia)	Promozione del piano e di progetti innovativi di inclusione sociale e sostegno alle fragilità consolidate ed emergenti (fondi ordinari, PNRR, PON Inclusione e risorse comunitarie in fase di programmazione)	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo Attivazione azioni progettuali PNRR e REACT EU Definizione della programmazione dei Fondi comunitari e dei piani operativi regionali 2021-2027	Consolidare il ruolo della Cabina di Regia e la strategia di rete di Abruzzo Prossimo	Verifica e valutazione degli esiti e degli impatti intermedi della programmazione integrata

Azioni di sistema rivolte alla rete sociale territoriale			2022	2023	2024
Rafforzare le reti sociali e i partenariati locali per co-progettazione dei servizi/interventi e i processi operativi interistituzionali per l'integrazione sociosanitaria (ADS/DSB) e per l'inclusione socio-lavorativa (ADS/CPI)	Azioni di orientamento e accompagnamento per il rafforzamento del sistema locale	Migliorare e uniformare a criteri di efficienza ed efficacia il sistema locale dei servizi	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo Promozione di reti di partenariato sociale per progetti integrati PNRR e REACT	Rafforzamento delle reti di partenariato sociale per la co-progettazione integrata PNRR e REACT EU	Consolidamento dei processi di co-progettazione
Rafforzare il ruolo degli Uffici di Piano e accompagnare gli Ambiti Distrettuali Sociali e i Comuni per l'implementazione nei piani sociali locali delle azioni prioritarie e dei LEPS individuati nel PSN 2021-2023 e per il raggiungimento degli obiettivi di servizio previsti nel Piano Povertà e nella legge di bilancio 2021 (L. 178/2020)	Azioni di orientamento e accompagnamento per il recepimento delle priorità e nuovi LEPS nei piani locali	Migliorare e uniformare a criteri di efficienza ed efficacia il sistema locale dei servizi	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo Rafforzamento della governance locale e dei processi di co-progettazione Definizione delle modalità di utilizzo delle risorse integrative del Fondo di solidarietà comunale legge di bilancio 2021	Attivazione partenariati sociali locali rappresentativi ed efficienti per la co-progettazione dei piani locali e delle azioni integrate del Piano Povertà, del PON Inclusione, del PNRR e REACT EU	Consolidamento dei processi efficaci di attivazione dei servizi/interventi, di verifica e valutazione degli esiti e degli impatti intermedi e di chiusura intervento della programmazione integrata
Sostenere e rafforzare le relazioni operative con gli ambiti sociali per la gestione del SIUSS, del SIOSS e la interoperatività relativa alla definizione dei rendiconti, del monitoraggio dei servizi/ interventi, della condivisione documentale e dei bilanci sociali	Azioni di efficientamento del sistema informativo locale	Promuovere un sistema informativo locale efficiente	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Definizione assetti strumentali e competenze di sistema a regime per sistema SIUSS e SIOSS (D.M. 103/2019)	Funzionalità a regime del SIUSS e del SIOSS

Promuovere attività di informazione, sensibilizzazione e accompagnamento per la realizzazione dei progetti integrati	Azioni di orientamento e accompagnamento per l'implementazione dei nuovi LEPS e progetti integrati nei piani locali	Migliorare e uniformare a criteri di efficienza ed efficacia il sistema locale dei servizi	Approvazione preliminare del PSR e Atti indirizzo	Attivazione partenariati sociali locali rappresentativi ed efficienti per la co-progettazione dei piani locali e delle azioni integrate	Consolidamento dei processi efficaci di attivazione dei servizi/interventi, di verifica e valutazione degli esiti e degli impatti intermedi e di chiusura intervento
--	---	--	---	---	--

2.11. Il processo di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale

Gli interventi e i servizi dei piani distrettuali sociali da programmare recepiscono gli indirizzi nazionali e regionali e, per la loro definizione, fanno riferimento al Decreto n. 103 del 22 agosto 2019 attuativo del SIOSS di cui all'art. 24, comma 8 del Decreto Lgs 147/2017, che dal 2013 prevede l'utilizzo del nomenclatore CISIS – documento condiviso e validato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 2013 – oltre che ai LEPS, alle azioni di potenziamento del PSN 2021-2023 e ai nuovi atti di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria e per la compartecipazione alla spesa socio-sanitaria.

Il Piano sociale di ambito distrettuale è fondato sull'approccio unitario da parte dei Comuni alla programmazione e gestione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari per l'intero Ambito distrettuale. Esso, in particolare, contribuisce a qualificare i servizi, valorizzando il principio di sussidiarietà e attuando percorsi efficaci di integrazione socio-sanitaria. È, inoltre, occasione di partecipazione e concertazione, intese anche come forme di responsabilità condivisa, e di chiarezza in ordine all'esigenza di certezza delle responsabilità e di esercizio delle funzioni connesse.

Le modalità di avvio e realizzazione del processo programmatico per la predisposizione del Piano distrettuale sono state definite entro 60 giorni dall'approvazione del nuovo Piano Sociale Regionale 2022-2024 con specifico atto di Giunta Regionale, che contiene l'Atto di Indirizzo applicativo e gestionale del Piano distrettuale, le Linee Guida e la Convenzione per l'integrazione socio-sanitaria insieme al formulario.

SEZIONE II

LE RISORSE E LE POLITICHE DELLA SPESA

3. IL FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI DEL PSR 2022-2024

3.1. Quadro di riferimento della programmazione finanziaria integrata 2022-24

I riferimenti della precedente programmazione regionale finanziaria sociale 2016-2020

La programmazione sociale finanziaria regionale del periodo 2016-2020 ha recepito gli indirizzi nazionali dei LEPS, dei macro-livelli e Obiettivi di Servizio declinati attraverso il PSR 2016-2018 (prorogato al 2021).

Un impianto programmatico che già tiene conto di una vasta azione di riordino delle competenze e nei contenuti delle materie sociali, basata su impostazioni già definite con la L. 328/2000 e riattualizzate in relazione ai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) del PSN 2018-2020.

La nuova programmazione sociale 2022-2024 riprende l'impianto avviato con il riordino della normativa sociale già disciplinato dalla legge 33/2017, che sostanzialmente riadegua l'impianto già normato dalla L.328/2000 e dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, intervenuta in materia di competenze e funzioni dello Stato e delle Regioni.

Un'azione rafforzata in modo particolare dalle più recenti normative dal 2017 ad oggi, che difatti hanno operato tale ricostruzione attraverso il riferimento costante ai Livelli Essenziali delle Prestazioni che costituiscono materia di competenza statale.

Una "prospettiva costituzionale" entro cui sono state inquadrare tutte le azioni statali successive al D. Lgs 147/2017 che, in particolare, ha disciplinato **La Rete della protezione e dell'inclusione sociale**.

N.	Ambito Distrettuale Sociale	E.C.A.D.	Comuni
01	L'Aquila	Comune di L'Aquila	L'Aquila
02	Marsica	Comunità Montana Montagna Marsicana	Aielli, Balsorano, Bisegna, Canistro, Capistrello, Cappadocia, Carsoli, Castellafiume, Celano, Cerchio, Civita D'Antino, Civitella Roveto, Collarmele, Collelongo, Gioia Dei Marsi, Lecce Dei Marsi, Luco Nei Marsi, Magliano De' Marsi, Massa D'Albe, Morino, Oricola, Ortona Dei Marsi, Ortuchio, Ovindoli, Pereto, Pescina, Rocca Di Botte, S. Vincenzo Valle Roveto, San Benedetto Dei Marsi, Sante Marie, Scurcola Marsicana, Tagliacozzo, Trasacco, Villavallelonga
03	Avezzano	Comune di Avezzano	Avezzano
04	Peligno	Comune di Sulmona	Anversa Degli Abruzzi, Bugnara, Campo Di Giove, Cansano, Cocullo, Corfinio, Introdacqua, Pacentro, Pettorano Sul Gizio, Pratola Peligna, Prezza, Raiano, Roccasale, Scanno, Sulmona, Villalago, Vittorito
05	Montagne Aquilane	Comunità Montana Montagna di L'Aquila	Acciano, Barete, Barisciano, Cagnano Amiterno, Calascio, Campotosto, Capistrano, Capitignano, Caporciano, Carapelle Calvisio, Castel Del Monte, Castel Di Ieri, Castelvecchio Calvisio, Castelvecchio Subequo, Collepietro, Fagnano Alto, Fontecchio, Fossa, Gagliano Aterno, Goriano Sicoli, Lucoli, Molina Aterno, Montereale, Navelli, Ofena, Ofena, Pizzoli, Poggio Picenze, Prata D'ansidonia, Rocca Di Cambio, Rocca Di Mezzo, S. Benedetto In Perillis, S. Demetrio Ne' Vestini, S. Eusanio Forconese, S. Pio Delle Camere, S. Stefano Di Sessanio, Scoppito, Secinara, Tione Degli Abruzzi, Tornimparte, Villa S. Angelo, Villa S. Lucia
06	Sangrino	Comune di Castel Di Sangro	Alfedena, Ateleta, Barrea, Castel Di Sangro, Civitella Alfedena, Opi, Pescasseroli, Pescocostanzo, Rivisondoli, Rocca Pia, Roccaraso, Scontrone, Villetta Barrea
07	Vastese	Comune di Vasto	Casalbordino, Cupello, Fresagrandinaria, Lentella, Pollutri, San Salvo, Torino Di Sangro, Vasto, Villalfonsina
08	Chieti	Comune di Chieti	Casalincontrada, Chieti
09	Val di Foro	Comune di Francavilla Al Mare	Ari, Francavilla Al Mare, Miglianico, Ripa Teatina, S. Giovanni Teatino, Torrevecchia Teatina, Vacri, Villamagna
10	Ortonese	Comune di Ortona	Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Giuliano Teatino, Ortona, Poggiofiorito, Tollo
11	Frentano	Comune di Lanciano	Castelfrentano, Fossacesia, Frisa, Lanciano, Mozzagrogna, Rocca S. Giovanni, S. Maria Imbaro, S. Vito Chietino, Treglio
12	Sangro - Aventino	Unione Montana dei Comuni del Sangro	Altino, Archi, Atessa, Bomba, Borrello, Casoli, Civitaluparella, Civitella M. Raimondo, Colledimacine, Colledimezzo, Fallo, Fara San Martino, Gamberale, Gessopalena, Lama Dei Peligni, Lettopalena, Montazzoli, Montebello Sul Sangro, Monteferrante, Montelapiano, Montenerodomo, Paglieta, Palena, Palombaro, Pennadomo, Perano, Pietraferrazzana, Pizzoferrato, Quadri, Roccasale, Roio Del Sangro, Rosello, S. Eusanio Del Sangro, Taranta Peligna, Tornareccio, Torricella Peligna, Villa S. Maria
13	Marrucino	Comune di Guardiagrele	Bucchanico, Casacanditella, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna, Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, S. Martino Sulla Marrucina

N.	Ambito Distrettuale Sociale	E.C.A.D.	Comuni
14	Alto Vastese	Comune di Monteodorisio	Carpineto Sinello, Carunchio, Casalanguida, Castelguidone, Castiglione Messer Marino, Celenza Sul Trigno, Dogliola, Fraine, Furci, Gissi, Guilmi, Liscia, Monteodorisio, Palmoli, Roccaspinaveti, S. Buono, S. Giovanni Lipioni, Scerni, Schiavi D'Abruzzo, Torrebruna, Tuffillo
15	Pescara	Comune di Pescara	Pescara
16	Metropolitano	Comune di Spoltore	Brittoli, Cappelle Sul Tavo, Catignano, Cepagatti, Città S. Angelo, Civitaquana, Elice, Moscufo, Nocciano, Pianella, Rosciano, Spoltore
17	Montagna Pescara	Comune di Manoppello	Abbateggio, Alanno, Bolognano, Bussi Sul Tirino, Caramanico Terme, Castiglione A Casauria, Corvara, Cugnoli, Lettomanoppello, Manoppello, Pescosansonesco, Pietranico, Popoli, Roccamorice, Salle, San Valentino In A.C., Sant'Eufemia A Maiella, Scafa, Serramonacesca, Tocco Da Casauria, Torre Dei Passeri, Turrialignani
18	Montesilvano	Comune di Montesilvano	Montesilvano
19	Vestino	Comune di Carpineto Della Nora	Carpineto Della Nora, Civitella Casanova, Collecorvino, Farindola, Loreto Aprutino, Montebello Di Bertona, Penne, Picciano, Vicoli, Villa Celiera
20	Teramo	Comune di Teramo	Teramo
21	Val Vibrata	Unione dei Comuni "Città Territorio Val Vibrata"	Alba Adriatica, Ancarano, Civitella Del Tronto, Colonnella, Controguerra, Corropoli, Martinsicuro, Nereto, Sant'Egidio Alla Vibrata, Sant'Omero, Torano Nuovo, Tortoreto
22	Tordino - Vomano	Unione dei Comuni "Terre del Sole"	Bellante, Giulianova, Morro D'Oro, Mosciano S. Angelo, Notaresco, Roseto Degli Abruzzi
23	Fino - Cerrano	Comune di Silvi	Arsita, Atri, Basciano, Bisenti, Canzano, Castellalto, Castiglione M. Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Penna S. Andrea, Pineto, Silvi
24	Gran Sasso - Laga	Comunità Montana Gran Sasso	Campli, Castel Castagna, Castelli, Colledara, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Isola Del Gran Sasso, Montorio Al Vomano, Pietracamela, Rocca S. Maria, Torricella Sicura, Tossicia, Valle Castellana

Tavola 18 - Interventi sociali e inclusione sociale periodo 2016-2020: azioni dirette e indirette degli ADS

Servizi e interventi sociali e di inclusione nella programmazione 2016-2020	
1.	Piano Sociale Nazionale, in riferimento al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (L. 328/2000)
2.	Fondo Sociale Regionale (quota FSR crateri, quota FSR minori, quota FSR progetti speciali, quota FSR ambiti complessi, quota FSR Piano distrettuale)
3.	Fondo Integrazione Socio-Sanitaria (F.I.S.S.) ai sensi della L.R. 37/2014
4.	Piano per la non autosufficienza, in riferimento al Fondo per le non autosufficienze (DPCM 21.11.2019)
5.	Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, Fondo Povertà (L. 208/2015)
6.	Sostegno al caregiver familiare e altre categorie fragili a valere sulle risorse regionali della L.R. 43/2019 e DPCM 27.10.2020 (caregiver familiare), L.R. 42/2019 (oncologici)
7.	Interventi regionali e nazionali per Il Dopo di Noi (L. 112/2016)
8.	Interventi regionali e nazionali per la famiglia e i minori (L. 296/2006, L.R. 95/95), PIPPI, Careleavers, i centri antiviolenza (L.R. 31/2006) e il contrasto alle violenze di genere e sui minori (L. 119/2013)
9.	Sviluppo del sistema integrato dei servizi educativi per la prima infanzia a valere sulle risorse FSC e il D.Lgs 65/2017
10.	Interventi regionali per l'inclusione e il contrasto della povertà a valere sul PON Inclusione (Avviso 3/2016 e Avviso 4-FEAD), FAMI, FSE 2014-2020 e POR-FSE 2014-2020 e altri interventi settoriali
11.	Interventi a favore dei Giovani a valere sulle risorse regionali del Fondo Politiche Giovanili (L. 248/2006)
12.	Contributi regionali per le Associazioni e il Terzo Settore a valere sulle risorse della L.R. 95/99

Una programmazione sociale e finanziaria che si è articolata attraverso la realizzazione di interventi e servizi dei Piani nazionali dei servizi alla persona, della non autosufficienza, dell'inclusione sociale e altri interventi per la famiglia, il caregiver familiare, il Terzo Settore e altri ambiti sociali, che fanno riferimento alle seguenti disposizioni programmatiche e normative. Interventi nazionali che si sono integrati e resi complementari con le misure comunitarie del FSE, FSC e FESR e di altre azioni specifiche per l'inclusione sociale e di carattere straordinario, rese necessarie per contrastare la grave emergenza sanitaria, sociale ed economico-lavorativa causata dalla pandemia da Covid-19 ancora in corso. La tavola 18 fornisce una sintesi del sistema degli interventi per la persona. Nel periodo 2016-2020, attraverso le linee di intervento riportate nelle tavole che seguono, sono state erogate risorse (per azioni dirette e di strategia indirette) agli Ambiti Distrettuali Sociali e alle reti sociali di partenariato per la realizzazione degli interventi e dei servizi socioassistenziali, socio-sanitari, socioeducativi e per l'inclusione sociale.

Fondi di finanziamento diretti e indiretti della programmazione sociale 2016-2020

Vengono riportate le principali risorse poste in essere per la realizzazione degli interventi e dei ser-

vizi della programmazione sociale regionale 2016-2020.

Tavola 19 - Fondi di finanziamento Azioni dirette PSR 2016-2020 erogati e gestiti dagli ADS

Fondi diretti	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	TOTALI
FSR	10.800.000,00	11.000.000,00	10.700.000,00	10.393.027,00	10.400.000,00	42.593.027,00
FNPS (*)	6.916.971,70	6.904.876,42	6.641.620,10	9.753.982,43	9.508.901,44	39.726.352,09
FNNA	9.555.000,00	10.666.120,00	11.102.870,00	13.699.480,00	16.514.900,00	61.538.370,00
F.I.S.S.	7.775.118,23	7.200.000,00	6.000.000,00	5.500.000,00	5.500.000,00	31.975.118,23
ADS/Comuni	34.927.137,93	N.D.	19.804.760,83	20.030.167,35	25.299.698,72	100.061.764,83
Utenti	484.226,00	N.D.	812.756,17	1.240.269,81	819.009,68	3.356.261,66
TOTALI	70.458.453,86	35.770.996,42	55.062.007,10	60.616.926,59	68.042.509,84	289.950.893,85

Dati rendiconti piani distrettuali sociali Abruzzo

(*) Fondo Nazionale Politiche Sociali

Prendendo a riferimento l'annualità 2018 (tavole 20 e 21), si evidenzia come la programmazione assume sempre maggiormente un sistema plurimo e integrato di azioni e risorse.

Tavola 20 - Fonti di finanziamento del Piano Sociale Regionale - annualità 2018 - riepilogo risorse dirette e piani settoriali per l'inclusione sociale

Fondo Sociale Regionale (F.S.R.)	Modalità riparto	Importi
	Quota FSR Cratere	517.500,00
	Quota FSR Minori	2.070.000,00
	Quota FSR Speciali	1.242.000,00
	Quota FSR Ambiti Complessi	310.500,00
	Quota FSR Piano distrettuale	6.560.000,00
	Totali	10.700.000,00
Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)	Modalità riparto	Importi
	Quota FNPS Piano distrettuale	5.977.458,09
	Quota FNPS Gestione associata	664.162,01
	Totali	6.641.620,10
Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (F.N.N.A.)	Modalità riparto	Importi
	Quota Servizi diretti e assegni cura	5.551.435,00
	Quota S.L.A. e disabilità gravissima	5.551.435,00
	Totali	11.102.870,00

Fondo Integrazione Socio-Sanitaria (F.I.S.S.)	Fondo Integrazione Socio-Sanitaria (F.I.S.S.)	6.000.000,00
Fondo Piano Nazionale Povertà (L. 208/2015)	Fondo annualità 2018	6.521.200,00
PON "Inclusione sociale" Avviso 3 x 24 Ambiti	Fondo annualità 2018	5.381.486,00
PON "Inclusione sociale" Avviso 4 FEAD x Ambiti x 2 ambiti	Fondo annualità 2018	823.600,00
TOTALE CO-FINANZIAMENTO NAZIONALE E REGIONALE		47.170.776,10
	Risorse Comunali	29.935.304,30
	Compartecipazione degli utenti	1.772.707,91
TOTALE PIANI DISTRETTUALI		78.878.788,31

Tavola 21 - Fonti di finanziamento del Piano Sociale Regionale - annualità 2018 - Riepilogo risorse indirette

Tipologia dei fondi indiretti	Risorse assegnate €
FI01 Fondo Vita Indipendente (L.R. 57/2012)	600.000,00
FI02 Fondo Dopo di Noi	2.822.600,00
FI03 Fondo regionale invecchiamento attivo (L.R.n.16/2016)	-
FI04 Fondo per la Famiglia (L.R. 95/95)	171.625,84
FI05 Fondo diritto allo studio (L.R. 78/78)	2.318.570,47
FI06 Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia (L.296/2006)	108.467,21
FI07 Fondo Politiche Giovanili (L.248/2006)	52.483,00
FI08 Fondo Centri antiviolenza (L.R. 31/2006)	150.000,00
FI09 Fondo Piano nazionale contrasto violenza di genere (L.119/2013)	276.955,00
FI10 Fondi ministeriali piano straordinario contro la violenza di genere	318.500,00
FI11 P.O. FSE Abruzzo - Piani di Conciliazione	1.297.030,18
FI12 P.O. FSE Abruzzo - Abruzzo Include	7.800.000,00

FI13 P.O. FSE Abruzzo - Abruzzo Care family	3.821.143,40
FI14 P.O. FSE Abruzzo - Contrasto Violenza di Genere	800.000,00
FI15 Fondo FAMI immigrazione (PRIMA, IMPACT e PARI)	2.009.607,48
FI16 Fondo sostegno alimentare (L.R. 29/2006)	245.000,00
FI17 Fondi FSC Obiettivi di servizio	4.536.645,48
FI18 Fondi reg. Interventi ciechi e sordi (L.R. 32/1997)	240.000,00
FI19 Fondo Piano sviluppo asili nido	1.184.250,95
FI20 Servizio Civile	2.030.490,00
FI21 Terzo Settore	847.720,00
FI22 Fondi LL.RR. 95-99	370.000,00
FI23 Altri da nuove norme caregiver, malattie rare e pediatrica	300.000,00
TOTALE	32.301.089,01

La Regione Abruzzo, attraverso gli interventi integrati e le relative risorse finanziarie dirette e indirette (regionali, nazionali e comunitarie) tra loro complementari nell'ambito delle politiche sociali, **ha messo in campo annualmente - sulla base dei dati relativi al monitoraggio annualità 2018 - un ammontare di risorse pari a 112.148.877,32 euro** declinati per le attività sul territorio regionale attraverso i fondi a gestione diretta e indiretta, di cui una parte rilevante erogata agli ADS e alle reti sociali di partenariato per la realizzazione dei progetti a valere sulle risorse PO-FSE Abruzzo 2014-2020, FSC Obiettivi di Servizio, nonché altre misure nazionali e comunitarie per le politiche sociali e l'inclusione sociale.

Si riportano di seguito i dati dei rendiconti relativi alle risorse utilizzate per le azioni dirette dei piani distrettuali nel periodo 2018-2020.

Tavola 22 - Fondi diretti di finanziamento anno 2018 Azioni dirette del PSR 2016-2018 erogate agli ADS

Ambito sociale	FNPS	FSR	Quote fondi propri dei Comuni	Altre risorse		Comp. utenti	FNNA	F.I.S.S.	TOTALE RISORSE	% Fondi propri dei Comuni su totale risorse
1 - L'AQUILA	290.821,00	552.885,00	-	-		-	545.778,00	214.656,00	1.604.140,00	0,0%
2 - MARSICA	449.178,00	692.916,00	663.506,00	-		90.580,00	740.340,00	364.478,00	3.000.998,00	22,1%
3 - AVEZZANO	183.153,00	287.141,00	639.663,85	97.193,28		9.452,51	343.720,00	183.142,00	1.743.465,64	36,7%
4 - PELIGNO	266.628,00	354.799,00	705.565,73	151.387,39		47.461,60	436.794,00	71.462,00	2.034.097,72	34,7%
5 - MONTAGNE AQUILANE	303.482,00	508.023,00	253.968,00	473.626,00		-	492.540,00	-	2.031.639,00	12,5%
6 - SANGRINO	191.182,00	206.300,00	35.559,86	22.547,35		6.224,90	317.730,00	88.165,00	867.709,11	4,1%
7 - VASTESE	410.614,00	521.544,00	N.D.	N.D.		N.D.	599.048,00	74.473,00	1.605.679,00	0,0%
8 - CHIETI	245.926,00	316.708,00	N.D.	N.D.		N.D.	406.372,00	333.259,00	1.302.265,00	0,0%
9 - VAL DI FORO	263.111,00	395.754,00	1.879.793,91	-		19.500,00	430.956,00	58.841,00	3.047.955,91	61,7%
10 - ORTONESE	183.340,00	198.345,00	274.066,98	-		6.934,96	296.958,00	264.800,00	1.224.444,94	22,4%
11 - FRENTANO	278.304,00	363.637,00	N.D.	N.D.		N.D.	456.704,00	484.870,00	1.583.515,00	0,0%
12 - SANGRO-AVENTINO	294.593,00	417.851,00	940.222,70	-		32.650,50	471.254,00	262.256,00	2.418.827,20	38,9%
13 - MARRUCCINO	173.157,00	188.117,00	590.922,18	-		17.109,54	279.138,00	269.966,00	1.518.409,72	38,9%
14 - ALTO VASTESE	189.390,00	207.742,00	N.D.	N.D.		N.D.	305.088,00	146.070,00	848.290,00	0,0%
15 - PESCARA	447.463,00	851.349,00	6.189.072,74	824.380,33		246.515,07	839.746,00	545.438,00	9.943.964,14	62,2%
16 - METROPOLITANO	314.834,00	375.927,00	1.337.704,36	-		97.109,54	516.264,00	367.455,00	3.009.293,90	44,5%
17 - MONTAGNA PESCARA-SE	233.768,00	309.651,00	624.383,33	274.803,32		18.000,00	374.742,00	170.561,00	2.005.908,65	31,1%
18 - MONTESILVANO	221.919,00	316.497,00	N.D.	N.D.		N.D.	416.472,00	235.936,00	1.190.824,00	0,0%
19 - VESTINO	188.170,00	244.228,00	294.777,91	-		-	304.754,00	51.906,00	1.083.835,91	27,2%
20 - TERAMO	227.547,00	480.324,00	N.D.	N.D.		N.D.	427.032,00	653.645,00	1.788.548,00	0,0%
21 - VAL VIBRATA	437.708,00	567.352,00	1.603.700,00	-		-	647.560,00	53.016,00	3.309.336,00	48,5%
22 - TORDINO-VOMANO	339.177,00	382.155,00	3.517.533,28	33.931,76		205.236,51	564.016,00	648.467,00	5.690.516,55	61,8%
23 - FINO-CERRANO	313.280,00	373.039,00	N.D.	N.D.		N.D.	514.988,00	350.969,00	1.552.276,00	0,0%
24 - GRAN SASSO-LAGA	226.836,06	345.716,00	254.320,00	-		15.981,04	374.876,00	106.169,00	1.323.898,10	19,2%
TOTALE IN EURO	6.673.581,06	9.458.000,00	19.804.760,83	1.877.869,43		812.756,17	11.102.870,00	6.000.000,00	55.729.837,49	35,5%

Tavola 23 - Fondi diretti di finanziamento anno 2019 Azioni dirette del PSR 2016-2018 erogate agli ADS

Ambito sociale	FNPS	FSR	Quote fondi propri dei Comuni	Altre risorse		Comp. utenti	FNNA	F.I.S.S.	TOTALE RISORSE	% Fondi propri dei Comuni su totale risorse
1 - L'AQUILA	433.712,00	566.619,00	250.082,75	2.311.090,75		-	666.168,00	206.632,00	4.434.304,50	5,6%
2 - MARSICA	655.592,00	653.465,00	663.506,96	-		90.580,00	877.230,00	392.328,00	3.332.701,96	19,9%
3 - AVEZZANO	274.655,00	292.264,00	764.644,61	85.957,43		9.417,86	414.990,00	176.691,00	2.018.619,90	37,9%
4 - PELIGNO	384.668,00	352.663,00	490.391,18	162.992,29		33.922,00	517.692,00	174.814,00	2.117.142,47	23,2%
5 - MONTAGNE AQUILANE	441.507,00	521.099,00	254.371,00	637.556,00		39.089,00	585.748,00	232.838,00	2.712.208,00	9,4%
6 - SANGRINO	281.278,00	198.293,00	5.264,00	13.080,00		-	380.716,00	135.647,00	1.014.278,00	0,5%
7 - VASTESE	533.852,00	480.315,00	2.544.626,39	-		270.360,00	718.474,00	98.170,00	4.645.797,39	54,8%
8 - CHIETI	359.710,00	292.726,00	2.690.810,87	10.000,00		20.139,50	489.436,00	193.546,00	4.056.368,37	66,3%
9 - VAL DI FORO	392.648,00	296.612,00	1.762.198,80	-		37.040,00	522.174,00	189.422,00	3.200.094,80	55,1%
10 - ORTONESE	265.742,00	196.549,00	-	-		-	351.988,00	389.282,00	1.203.561,00	0,0%
11 - FRENTANO	409.452,00	316.034,00	2.942.765,19	-		548.002,74	548.104,00	285.870,00	5.050.227,93	58,3%
12 - SANGRO-AVENTINO	425.945,00	416.374,81	1.209.683,68	-		18.375,00	558.764,00	95.367,00	2.724.509,49	44,4%
13 - MARRUCCINO	250.922,00	171.658,00	713.541,66	-		22.372,00	331.548,00	221.694,00	1.711.735,66	41,7%
14 - ALTO VASTESE	273.599,00	206.076,00	232.975,00	-		22.680,24	362.588,00	111.630,00	1.209.548,24	19,3%
15 - PESCARA	650.151,00	908.192,00	-	-		-	1.011.382,00	834.415,00	3.404.140,00	0,0%
16 - METROPOLITANO	470.642,00	360.056,00	1.452.624,22	-		37.750,00	620.910,00	284.219,00	3.226.201,22	45,0%
17 - MONTAGNA PESCARA-SE	339.260,00	288.720,00	N.D.	N.D.		N.D.	444.466,00	204.570,00	1.277.016,00	0,0%
18 - MONTESILVANO	332.309,00	298.398,00	206.716,06	-		-	500.334,00	166.811,00	1.504.568,06	13,7%
19 - VESTINO	275.536,00	245.588,00	265.920,07	-		-	363.530,00	19.294,00	1.169.868,07	22,7%
20 - TERAMO	336.612,00	488.668,00	1.544.443,28	-		10.000,00	513.054,00	89.146,00	2.981.923,28	51,8%
21 - VAL VIBRATA	577.210,00	549.072,00	N.D.	N.D.		N.D.	785.930,00	135.539,00	2.047.751,00	0,0%
22 - TORDINO-VOMANO	497.722,00	361.421,00	N.D.	N.D.		N.D.	673.300,00	555.210,00	2.087.653,00	0,0%
23 - FINO-CERRANO	460.772,00	364.840,00	2.170.022,31	195.341,00		54.529,47	614.552,00	125.888,00	3.985.944,78	54,4%
24 - GRAN SASSO-LAGA	330.486,43	320.160,95	115.662,07	-		26.012,00	446.402,00	180.977,00	1.419.700,45	8,1%
TOTALE IN EURO	9.653.982,43	9.145.863,76	20.280.250,10	3.416.017,47		1.240.269,81	13.299.480,00	5.500.000,00	62.535.863,57	32,4%

Tavola 24 - Fondi diretti di finanziamento anno 2020 Azioni dirette del PSR 2016-2018 erogate agli ADS

Ambito sociale	FNPS	FSR	Quote fondi propri dei Comuni	Altre risorse		Comp. utenti	FNNA	F.I.S.S.	TOTALE RISORSE	% Fondi propri dei Comuni su totale risorse
1 - L'AQUILA	434.082,00	625.232,00	262.066,50	1.137.034,47		-	N.D.	189.609,00	2.648.023,97	9,9%
2 - MARSICA	651.476,00	636.528,00	663.506,00	-		90.580,00	N.D.	244.630,00	2.286.720,00	29,0%
3 - AVEZZANO	270.412,00	300.339,00	763.079,91	109.975,61		4.054,00	N.D.	241.639,00	1.689.499,52	45,2%
4 - PELIGNO	386.577,00	316.353,00	371.880,47	114.986,68		-	N.D.	122.085,00	1.311.882,15	28,3%
5 - MONTAGNE AQUILANE	441.379,00	502.560,00	239.044,72	-		38.598,75	N.D.	167.756,00	1.389.338,47	17,2%
6 - SANGRINO	280.107,00	202.029,00	111.376,39	-		4.777,68	N.D.	90.846,00	689.136,07	16,2%
7 - VASTESE	528.935,00	424.949,00	2.842.512,66	-		56.000,00	N.D.	201.993,00	4.054.389,66	70,1%
8 - CHIETI	361.997,00	322.034,00	2.291.056,73	20.000,00		16.044,43	N.D.	336.168,00	3.347.300,16	68,4%
9 - VAL DI FORO	389.743,00	326.926,00	1.052.688,78	-		37.040,00	N.D.	234.154,00	2.040.551,78	51,6%
10 - ORTONESE	266.025,00	188.838,00	308.678,53	-		10.000,00	N.D.	335.408,00	1.108.949,53	27,8%
11 - FRENTANO	408.568,00	316.879,00	507.885,14	-		26.696,27	N.D.	269.586,00	1.529.614,41	33,2%
12 - SANGRO-AVENTINO	427.460,00	425.700,00	1.196.275,40	-		13.209,00	N.D.	101.580,00	2.164.224,40	55,3%
13 - MARRUCCINO	251.685,00	183.695,00	745.685,50	-		17.525,00	N.D.	262.233,00	1.460.823,50	51,0%
14 - ALTO VASTESE	275.250,00	212.673,00	N.D.	N.D.		N.D.	N.D.	139.946,00	627.869,00	0,0%
15 - PESCARA	659.027,00	849.706,00	5.899.382,71	-		197.228,21	N.D.	600.257,00	8.205.600,92	71,9%
16 - METROPOLITANO	463.008,00	333.079,00	933.028,90	-		35.253,00	N.D.	236.637,00	2.001.005,90	46,6%
17 - MONTAGNA PESCARA-SE	339.352,00	292.694,00	585.000,00	-		15.000,00	N.D.	183.590,00	1.415.636,00	41,3%
18 - MONTESILVANO	326.023,00	270.691,00	588.416,00	-		-	N.D.	194.597,00	1.379.727,00	42,6%
19 - VESTINO	274.627,00	222.806,00	187.806,06	-		-	N.D.	68.867,00	754.106,06	24,9%
20 - TERAMO	334.311,00	519.760,00	1.093.680,51	-		10.000,00	N.D.	283.460,00	2.241.211,51	48,8%
21 - VAL VIBRATA	575.353,00	594.866,00	1.098.950,00	-		-	N.D.	103.183,00	2.372.352,00	46,3%
22 - TORDINO-VOMANO	495.838,00	407.474,00	2.268.293,02	35.896,00		175.154,92	N.D.	535.287,00	3.917.942,94	57,9%
23 - FINO-CERRANO	457.413,00	350.140,00	1.420.433,07	-		64.038,42	N.D.	220.761,00	2.512.785,49	56,5%
24 - GRAN SASSO-LAGA	330.334,43	326.049,00	131.038,22	-		7.810,00	N.D.	135.728,00	930.959,65	14,1%
TOTALE IN EURO	9.653.982,43	9.152.000,00	25.561.765,22	1.417.892,76		819.009,68	N. D.	5.500.000,00	52.079.650,09	9.628.982,43

Per quel che riguarda la **spesa sociale** secondo l'indagine ISTAT-MEF – tavola 25 Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per la Regione Abruzzo negli anni 2015-2018 – si registra un incremento progressivo sia in valori assoluti sia pro-capite nel triennio.

Tavola 25 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati (indagine ISTAT-MEF) periodo 2015-2018

TERRITORIO	SPESA SOCIALE VALORI ASSOLUTI			
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
ABRUZZO	87.285.149,00	88.803.239,00	95.231.421,00	95.237.681,00
ITALIA	8.952.393.203,00	9.077.079.947,00	9.107.121.185,00	9.493.874.255,00

TERRITORIO	SPESA PRO-CAPITE			
	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
ABRUZZO	65,80	67,16	72,41	73,22
ITALIA	147,57	149,81	150,57	158,72

Risulta evidente come il sistema integrato delle risorse dirette e strategiche indirette messe in campo nel periodo di Programmazione Sociale Regionale 2016-2020 abbia rafforzato il sistema della gestione associata degli ADS, che per la gestione dei piani distrettuali sociali partecipano mediamente con una spesa del 40% (avendo come riferimento la spesa del triennio 2018/2020).

Una programmazione regionale che assume sempre più il ruolo di riferimento centrale per gli ADS e le reti sociali territoriali e che ha garantito:

- 1. un sistema di governance delle politiche sociali che capitalizza e rafforza i risultati raggiunti con il Piano Sociale Regionale 2016-2018**, garantendo la centralità della funzione essenziale e strategica degli enti di ambito sociale e dei cosiddetti Enti Capofila di Ambito Distrettuale e la programmazione omogenea e integrata territoriale dei servizi e degli interventi socioassistenziali, socioeducativi e sociosanitari, che risultano ad oggi più strutturati ed efficienti anche per merito della coincidenza degli ADS con i Distretti sanitari presenti nella regione Abruzzo;
- 2. l'attività di monitoraggio sullo stato di attuazione dei 24 Piani sociali distrettuali, svolta nell'annualità 2019/2020**, che ha evidenziato principalmente un rafforzamento del sistema di offerta dei servizi sociali regionali, **un aumento della spesa media pro-capite per i servizi sociali, con un incremento dall'anno 2015 (65,80 euro) al 2018 (73,22 euro) pari a circa l'11%, se si tiene conto delle risorse relative alla spesa dei servizi e interventi diretti e indiretti gestiti dagli ADS.**

Inoltre, in considerazione anche delle misure comunitarie, del POR-FSE e altre misure per l'inclusione sociale, l'integrazione sociale dei giovani e l'occupabilità e le pari opportunità messe in campo (es. Garanzia Giovani, Abruzzo Include, Abruzzo Carefamily, Recode per la conciliazione dei tempi,

Avviso Agorà "Spazi Inclusivi" per i giovani), **prendendo a riferimento i dati del monitoraggio sul bilancio sociale regionale al 31.12.2018, effettuato nel 2019, la spesa media pro-capite arriva ad essere pari a circa 86 euro (registrando un incremento spesa pro-capite reale rispetto al 2015 di oltre il 25%).**

Al dato finanziario in crescita si registra un relativo aumento dell'accesso da parte dei cittadini ai servizi sociali territoriali, una prevalente capacità di integrazione tra politiche sociali e politiche sociosanitarie e socio-inclusive.

La spesa sociale regionale nel triennio 2016-2018 ha riguardato prioritariamente interventi e servizi per bisogni complessi dei target minori e famiglia (mediamente il 40%), disabili e non autosufficienti (35%), anziani (circa il 14%), povertà e disagio adulti e senza fissa dimora (5,3%) e, in misura minore, le altre aree della multiutenza, nonché altre aree di bisogno sociale.

Tavola 26 - Spesa percentuale per area di bisogno ed intervento sociale periodo 2016-2018

Abruzzo	Famiglia e minori	Disabili e non autosufficienti	Povertà disagio adulti e senza fissa dimora	Anziani	Immigrati e nomadi	Dipendenze	Multiutenza e accesso servizi generali	Totale percentuale
2016	41,9%	34,2%	4,3%	15,3%	0,9%	0,2%	3,1%	100
2017	40%	36,9%	5,1%	13,6%	1,5%	0,2%	2,7%	100
2018	39,1%	35,7%	6,2%	12,4%	3,9%	0,1%	2,7%	100
Media Italia 2018	33,9%	25,2%	6,9%	25,5%	3,7%	0,6%	4,2%	100

Elaborazione centro studi sociali IRIS su dati ISTAT, confermati dai dati del monitoraggio e bilancio sociale regionale dati anno 2018

I dati percentuali della spesa sociale confermano le analisi dei dati del monitoraggio dei servizi e della spesa sociale effettuato dalla Regione Abruzzo sui dati del 2018.

In linea generale si evidenzia un accostamento all'andamento della spesa su base nazionale, ma con alcune significative differenze: **il dato più basso della spesa per l'area anziani, 14% di media a fronte del dato nazionale 2018 del 25,5%, e una maggiore spesa per la disabilità e la non autosufficienza, che vede per la Regione Abruzzo una media del 35% a fronte del dato nazionale 2018 del 25,2%.**

Le ragioni sono state analizzate nel bilancio sociale 2018 e forniscono utili indicazioni per intervenire nella nuova programmazione sociale 2022-2024 proprio su determinati fattori di criticità, con azioni di riadeguamento condivise con gli ADS e gli attori della rete sociale e sociosanitaria, per rimodulare dove necessario i processi di valutazione e di presa in carico del bisogno complesso e di riallocazione delle risorse, e sugli stessi punti di forza da potenziare. A tal fine risulta funzionale e di grande efficacia l'impostazione programmatica per Assi Tematici che ha garantito una maggiore uniformità e omogeneità dei piani distrettuali sociali sul territorio (tavola 27 riferita all'anno 2020).

I dati sopra evidenziati dovranno orientare la nuova programmazione locale dei piani distrettuali sociali tenendo conto anche dei propri profili sociali e del bilancio sociale locale, con l'obiettivo prioritario di allocare le risorse e definire budget di spesa mirati e rispondenti ai reali bisogni sociali rilevati.

**Tavola 27 - Quadro riepilogativo della spesa complessiva per i Piani sociali distrettuali
2020. Rendiconti 2020**

Ambito sociale	AT 1 Livelli essenziali	AT 2 Non autosufficienza e disabilità*	AT 3 Inclusione sociale e contrasto alle povertà	AT 4 Sostegno famiglie, nuove generazioni	AT 5 Strategia per le persone con disabilità	AT 6 Strategia per l'invecchiamento attivo	AT 7 Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi prima infanzia	Costi amministrativi	TOTALI
1 - L'AQUILA	1.161.000,00	1.085.754,78	887.494,34	2.035.000	1.422.630,61	74.484,00	2.500,00	5.000,00	6.673.863,73
2 - MARSICA	575.500,00	1.097.454,00	773.374,00	258.023,00	659.317,00	72.000,00	215.925,00	959.946,37	4.611.539,37
3 - AVEZZANO	370.000,00	254.000,00	100.000,00	448.000,00	455.250,00	95.000,00	-	8.000,00	1.730.250,00
4 - PELIGNO	527.500,00	3.000,00	-	41.000,00	656.000,00	-	90.000,00	49.621,00	1.367.121,00
5 - MONTAGNE AQUILANE	188.500,00	-	227.758,00	168.000,00	748.000,00	293.290,00	33.000,00	100.663,00	1.759.211,00
6 - SANGRINO	328.496,00	-	19.000,00	125.828,00	83.000,00	-	-	37.050,00	593.374,00
7 - VASTESE	1.017.064,80	-	178.328,00	985.579,91	1.835.418,93	163.483,96	-	50.998,91	4.230.874,51
8 - CHIETI	777.400,00	404.388,00	134.000,00	670.600,00	1.557.894,58	60.000,00	67.000,00	31.169,12	3.702.451,70
9 - VAL DI FORO	209.188,51	-	149.038,89	437.390,12	730.874,42	155.280,27	-	103.629,21	1.785.401,42
10 - ORTONESE	177.579,22	-	136.454,95	132.658,90	248.984,00	48.039,00	351.100,00	36.000,00	1.130.816,07
11 - FRENTANO	1.059.651,63	841.387,44	191.190,70	564.372,19	1.907.520,86	145.144,91	1.138.446,16	-	5.847.713,89
12 - SANGRO-AVENTINO	172.059,88	787.040,96	118.554,54	300.966,50	857.883,25	353.846,67	21.261,09	80.745,57	2.692.358,46
13 - MARRUCCINO	93.141,12	-	176.566,44	422.222,94	318.176,21	91.941,36	-	90.136,43	1.192.184,50
14 - ALTO VASTESE**									
15 - PESCARA	2.763.179,00	1.674.161,00	1.816.971,00	2.830.537	2.385.704,00	481.668,00	2.057.433,00	-	14.009.653,00
16 - METROPOLITANO	571.012,91	-	101.992,54	470.164,14	983.116,58	5.822,89	-	34.260,25	2.166.369,31
17 - MONTAGNA PESCARESE	481.893,79	458.506,06	232.609,03	185.236,20	433.785,81	72.483,24	93.500,00	296.654,36	2.254.668,49
18 - MONTESILVANO	843.000,00	639.616,00	3.129.136,51	540.000,00	1.037.393,00	110.000,00	400.000,00	-	6.699.145,51
19 - VESTINO	173.214,41	289.152,00	92.952,58	170.428,52	605.895,11	184.847,55	43.457,30	65.993,82	1.625.941,29
20 - TERAMO	910	883.000,00	20.000,00	782.320,00	1.540.000,00	-	2.871.000,00	-	6.097.230,00
21 - VAL VIBRATA	395.000,00	528.600,00	411.500,00	905.000,00	1.434.000,00	3.700,00	-	44.628,00	3.722.428,00
22 - TORDINO-VOMANO	367.250,00	1.432.157,00	494.798,00	1.277.177	2.778.264,92	524.379,00	1.596.083,47	166.000,00	8.636.109,39
23 - FINO-CERRANO	784.500,00	781.000,00	264.723,50	601.000,00	1.068.000,00	245.000,00	15.000,00	57.500,00	3.816.723,50
24 - GRAN SASSO-LAGA	399.500,00	602.862,42	887.494,34	154.800,00	332.328,07	-	-	-	1.489.490,49
TOTALE IN EURO	13.436.541,27	11.762.079,66	9.656.443,02	14.506.304,42	24.079.437,35	3.180.410,85	8.995.706,02	2.217.996,04	87.834.918,63

Fonte: rendiconti 2020 trasmessi dagli ADS

* Le risorse F.N.N.A. sono oggetto di rendicontazione separata

** Modello rendiconto non leggibile.

3.2. La nuova programmazione finanziaria integrata delle risorse regionali, nazionali, comunitarie, PNRR e REACT EU nel PSR 2022-2024

Le risorse del FNPS nel triennio 2021-2023 e gli indirizzi di utilizzo del PSN 2021-2023

Con l'approvazione del nuovo PSN 2021-2023, la programmazione delle risorse segue l'andamento modulare e progressivo degli interventi e delle azioni di potenziamento dei servizi e dei LEPS richiamati nei precedenti capitoli del documento (tavola 6).

Le risorse complessivamente afferenti al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel triennio 2021-2023 a livello nazionale sono pari a € 390.925.678,00 per ognuna delle annualità 2021-2022-2023.

Le Regioni possono eventualmente destinare una quota non superiore all'1% del Fondo in via sperimentale per ciascuna annualità per realizzare azioni di sistema, a valenza regionale, da rendicontare in maniera specifica.

Le Regioni procedono al successivo trasferimento delle risorse agli ambiti territoriali entro sessanta giorni dall'effettivo versamento delle stesse alle Regioni da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'erogazione agli Ambiti è comunicata al Ministero medesimo entro trenta giorni dall'effettivo trasferimento delle risorse secondo le modalità previste nel decreto di riparto dei Fondi.

La programmazione sociale regionale e gli stessi piani distrettuali sociali, in merito all'utilizzo delle risorse nazionali del FNPS 2021-2023, recepiscono le disposizioni del Decreto Ministeriale di approvazione del PSN 2021-2023: questo specifica che la programmazione, di cui al comma 1, è inserita, entro sessanta giorni dall'emanazione del decreto, nella specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS), di cui al decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 22 agosto 2019, avendo come unità di rilevazione l'ambito territoriale e secondo le modalità di cui all'articolo 6, comma 5, del medesimo decreto.

In particolare, devono essere inserite le informazioni relative:

- alla ripartizione delle risorse tra macro-attività;
- alle risorse e agli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità (P.I.P.P.I.), di cui all'articolo 4, del D.M. di approvazione del PSN 2021-2023.

Viene stabilito, inoltre, che l'erogazione delle risorse di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte degli Ambiti territoriali, nella specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, fatta salva la facoltà della Regione di curare direttamente la raccolta delle informazioni e alimentare direttamente il SIOSS per conto degli Ambiti, ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 103 del 22 agosto 2019. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.

Altresì, in ragione delle esigenze legate all'epidemia Coronavirus e in attuazione di quanto previsto dal richiamato articolo 89, comma 2, del decreto-legge n. 34 del 2020, in sede di rendicontazione delle spese sostenute nell'anno 2021, laddove le amministrazioni destinatarie abbiano sostenuto specifiche spese legate all'emergenza Covid-19 - anche finalizzate alla riorganizzazione dei servizi, all'approvvigionamento di dispositivi di protezione e all'adattamento degli spazi, relativi a prestazioni sociali fornite sotto forma di servizi effettivamente erogati - possono includerle nella rendicontazione, indipendentemente dall'annualità di riferimento. In tal caso, la documentazione di cui al precedente comma è integrata con una relazione che specifichi l'ammontare delle somme utilizzate, il periodo cui la spesa fa riferimento, gli estremi dei relativi atti di autorizzazione e la specifica tipologia delle spese considerate.

Ai sensi dell'articolo 46, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, il mancato utilizzo delle risorse da parte degli enti destinatari comporta la revoca dei finanziamenti, i quali sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per la successiva riassegnazione al Fondo stesso.

Si riporta nella tavola 28 che segue il quadro sinottico delle risorse previste a livello nazionale, di cui la **Regione Abruzzo, ai sensi delle modalità di riparto, usufruisce per una quota pari al 2,49%**.

Tavola 28 – Utilizzi del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali FNPS e altri finanziamenti 2021-2023 e prospettive successive

Milioni di euro	2021		2022		2023	
	FNPS	Altre risorse	FNPS	Altre risorse	FNPS	Altre risorse
Azioni di sistema e altri interventi	192.962.839	PNRR FNA POC PON Inclusionione Fondo solidarietà comunale	192.962.839	PNRR FNA POC PON Inclusionione Fondo solidarietà comunale	192.962.839	PNRR FNA POC PON Inclusionione Fondo solidarietà comunale
Interventi per le persone di minore età	192.962.839	POC PON Inclusionione Fondo solidarietà comunale	192.962.839	POC PON Inclusionione Fondo solidarietà comunale	192.962.839	POC PON Inclusionione Fondo solidarietà comunale
Somme attribuite al Ministero Lavoro e P.S. assistenze tecniche e obiettivi di sistema	7,5		7,5		7,5	
Totale	390.925.678		390.925.678		390.925.678	

(1) Al quadro delle risorse sopra rappresentato vanno integrate altre risorse del Fondo Povertà, comunitarie FSE/FSC e proprie delle regioni e degli ambiti sociali, allocate all'interno delle macroaree di intervento e per la realizzazione dei LEPS (indirizzi del PSN 2021-2024); le risorse del 2024 sono meramente indicative in quanto non contemplate nella programmazione triennale 2021-2023 (salvo le indicazioni del Piano Povertà 2021-2024 e del FNA 2022-2024 in fase di redazione).

Tavola 29 – Utilizzi del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali FNPS e altri finanziamenti 2021-2023 e prospettive successive

UTILIZZO DEL FNPS 2021-2023 FNPS E ALTRE RISORSE NAZIONALI 2021-2023 (1)			
Milioni di euro	2021	2022	2023
a) Sistema e altri interventi:	192.962.839	192.962.839	192.962.839
Supervisione personale servizi sociali	10	10	10
Dimissioni protette	10	10	10
Altro (PUA/UVM/Dimissioni protette e altri LEPS)	172.962.284	172.962.284	172.962.284
b) Interventi per le persone di minore età:	192.962.839	192.962.839	192.962.839
Prevenzione allontanamento familiare PIPPI	4	5	5
Promozione rapporti scuola-territorio Get Up, Garanzia infanzia e altri interventi per minori Careleavers (Fondo Povertà)	188.962.839 (in Fondo Povertà)	188.962.839 (in Fondo Povertà)	188.962.839 (in Fondo Povertà)
c) Somme attribuite al Ministero Lavoro e P.S. assistenze tecniche e obiettivi di sistema	5	5	5
TOTALE	390.925.678	390.925.678	390.925.678

(1) Al quadro delle risorse sopra rappresentato vanno integrate altre risorse del Fondo Povertà, comunitarie FSE/FSC e proprie delle regioni e degli ambiti sociali, allocate all'interno delle macroaree di intervento e per la realizzazione dei LEPS (indirizzi del PSN 2021-2023); le risorse seguono la pianificazione triennale del PSN 2021-2023 (salvo le indicazioni del Piano Povertà 2021-2024 e del FNA 2022-2024 in fase di redazione e previsto nel 2022); la Regione Abruzzo, ai sensi delle modalità del riparto nazionale, ne usufruisce per una quota pari al 2,49%.

Se si tiene conto delle modalità del riparto delle risorse previste a livello nazionale, la **Regione Abruzzo ne usufruisce per una quota pari al 2,49%, prevedendo un riparto annuale nel triennio 2021-2023 del FNPS di 9.609.549,38 euro.**

Le risorse del Fondo Povertà e gli indirizzi di utilizzo nel periodo 2021-2023

Tavola 30 – Utilizzi del Fondo Povertà e altri finanziamenti 2021-2023 e prospettive successive

Milioni di euro	2021		2022		2023	
	Fondo Povertà	Altre risorse (1)	Fondo Povertà	Altre risorse (1)	Fondo Povertà	Altre risorse (1)
a) Rafforzamento servizio sociale professionale	66,9	Fondo solidarietà comunale (L. 178/20)	180	Fondo solidarietà comunale	180	Fondo solidarietà comunale
	527 di cui:		414 di cui:		414 di cui:	
b) RdC	20	Risorse povertà estrema e REACT EU	20	Risorse povertà estrema e REACT EU	20	Risorse povertà estrema e REACT EU
	507,01	PON inclusione	394	PON inclusione	394	PON inclusione
	20 di cui:		20 di cui:		20 di cui:	
	5	30 PNRR	5	30 PNRR	5	30 PNRR
	2,5	3 REACT EU	2,5	3 REACT EU	2,5	3 REACT EU
c) Povertà estrema	2,5	27 REACT EU	2,5	27 REACT EU	2,5	27 REACT EU
	/	30 PNRR	PNRR	30 PNRR	PNRR	30 PNRR
	/	Feas/REACT EU	Feas/REACT EU	Feas/REACT EU	Feas/REACT EU	Feas/REACT EU
d) Careleavers	5		5		5	
TOTALE	619		619		619	

(1) Le altre risorse sono indicative e vanno integrate con altre risorse comunitarie FSE/FSC e proprie delle regioni e degli ambiti sociali, allocate all'interno delle macroaree di intervento e per la realizzazione dei LEPS (indirizzi del PSN 2021-2023).

Tavola 31 – Utilizzo del Fondo Povertà nel triennio 2021-2023 – risorse nazionali

Milioni di euro	2021	2022	2023
Rafforzamento servizio sociale professionale (assunzione a tempo indeterminato assistenti sociali)	66,9	180	180
	527,1 di cui:	414 di cui:	414 di cui:
RdC di cui:			
Pronto Intervento Sociale (PIS)			
Altri servizi per la presa in carico (UVM, PAI/PEI)	20	20	20
	507,1	507,1	507,1
	20 di cui:	20 di cui:	20 di cui:
	5	5	5
Povertà estrema di cui:			
housing first			
servizi di posta per residenza fittizia	2,5	2,5	2,5
Pronto Intervento Sociale (PIS)			
Presa in carico, accompagnamento e centri estivi	2,5	2,5	2,5
Povertà alimentare e deprivazione materiale			
	0	0	0
	0	0	0
Careleavers	5	5	5
TOTALE (2)	619	619	619

(1) A norma di legge può essere determinata puntualmente la quota del primo anno di ogni triennio, indicando a titolo previsionale l'ammontare di 180 mln per il 2022 e 2023. Le risorse residue saranno utilizzate ai fini degli altri servizi e prestazioni inseriti nella categoria RdC;

(2) I quadri delle risorse sopra rappresentate vanno integrati con altre risorse comunitarie FSE/FSC e proprie delle regioni e degli ambiti sociali, allocate all'interno delle macroaree di intervento e per la realizzazione dei LEPS (indirizzi del PSN 2021-2024);

(3) Le risorse sarebbero 622 di cui 3 risultano al momento al vaglio del MEF, in quanto accantonati per iniziativa legislativa in corso di approvazione per il rafforzamento dei servizi diretti al careleavers;

(4) Le risorse seguono la pianificazione triennale del PSN 2021-2023 (salvo le indicazioni del Piano Povertà 2021-2024 e del FNA 2022-2024 in fase di redazione e previsto nel 2022);

La Regione Abruzzo, ai sensi delle modalità dell'ultimo riparto 2020 già erogato agli Ambiti Distrettuali Sociali, ne usufruisce per una quota pari al 2,05%.

Se si tiene conto delle modalità del riparto delle risorse Fondo Povertà, la **Regione Abruzzo ne usufruisce per una quota pari al 2,05%. Nell'anno 2020 sono state assegnate alla Regione Abruzzo risorse del Fondo Povertà pari ad 11.577.200,00 euro.**

Le risorse previste nel periodo 2021-2023, così come indicato nell'ultima bozza di Decreto Ministeriale Piano Povertà 2021-2023, sono riportate nella tabella 32 che segue.

Tavola 32 – Previsione delle risorse del Fondo Povertà assegnate alla Regione Abruzzo 2021-2023

Annualità 2021	Annualità 2022	Annualità 2023
Quota servizi Fondo Povertà	Quota servizi Fondo Povertà	Quota servizi Fondo Povertà
11.386.075,00	8.445.600,00	8.445.600,00

Tavola 33 – Risorse del Fondo Povertà ripartito per ADS Regione Abruzzo 2020

AMBITI DISTRETTUALI SOCIALI	ANNUALITÀ 2020
	QUOTA SERVIZI FONDO POVERTÀ
L'AQUILA	576.929,38
MARSICA	937.245,30
AVEZZANO	505.598,86
PELIGNO	383.809,79
MONTAGNE AQUILANE	276.148,61
SANGRINO	133.527,26
VASTESE	658.124,35
CHIETI	526.054,10
VAL DI FORO	573.371,02
ORTONESE	297.781,10
FRENTANO	493.994,91
SANGRO-AVENTINO	335.064,50
MARRUCCINO	189.653,28
ALTO VASTESE	153.044,51

AMBITI DISTRETTUALI SOCIALI	ANNUALITÀ 2020
	QUOTA SERVIZI FONDO POVERTÀ
PESCARA	1.265.082,70
METROPOLITANO	564.507,00
MONTAGNA PESCARRESE	369.465,22
MONTESILVANO	604.455,03
VESTINO	240.148,63
TERAMO	445.810,10
VAL VIBRATA	696.986,03
TORDINO-VOMANO	585.751,00
FINO-CERRANO	508.751,00
GRAN SASSO - LAGA	256.539,30
TOTALE	11.577.200,00

Le risorse del Fondo di solidarietà comunale e gli indirizzi di utilizzo nel periodo 2021-2024

Per il rafforzamento dei servizi sociali e l'adeguamento dei LEPS del PSN 2021-2023, concorrono a livello nazionale le risorse assegnate con la legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) direttamente ai Comuni in relazione ai fabbisogni standard di servizio sociale, come da riparto di cui al DPCM del 1 luglio 2021, pubblicato sulla G.U. n. 209 del 01.09.2021, che si aggiungono alle altre risorse nazionali, regionali e comunitarie per le azioni di sistema e di rafforzamento della programmazione sociale integrata del PSR 2022-2024.

Aggregando per Ambito Distrettuale Sociale le risorse assegnate in relazione ai parametri di fabbisogno standard ai Comuni della Regione Abruzzo, si evidenziano risorse aggiuntive per il rafforzamento dei servizi sociali per ulteriori **9.004.819,23 euro**.

Le risorse disponibili per i servizi sociali dovrebbero confluire, per quanto possibile, in una programmazione unitaria e integrata che risponda a bisogni sociali e sociosanitari a livello di Ambito Distrettuale Sociale. Altresì andrebbe garantita una governance dei processi e dei piani esecutivi di intervento da parte dell'ECAD competente per territorio, assicurando in tal modo la condivisione con i Comuni appartenenti all'ambito sociale, nonché l'applicazione degli indirizzi e dei parametri nazionali e regionali stabiliti.

Tavola 34 - Previsione delle risorse assegnate ai Comuni con il Fondo di solidarietà comunale in relazione ai fabbisogni Standard legge 178/2000 (legge di bilancio 2021) - aggregate per Ambiti Distrettuali Sociali anno 2021

Ambito	Denominazione	Provincia	Fabbisogno standard monetario per la funzione sociale 2021		Somma tra Incremento dotazione F.S.C. 2021 di 215,923 mln e variazione dovuta all'aggiornamento della metodologia assegnata (somme in crescita fino al 2030 dal 2022, affiancate da fondi per i nidi per ogni anno)	Indice per Comuni di attribuzione risorse	Somme a disposizione per i Comuni per lo sviluppo dei servizi sociali	Totale somme aggiuntive Fondo solidarietà comunale bilancio 2021
1	L'AQUILA	L'Aquila	6.110.856,63		615.949,47 €	0,0684	615.949,47 €	615.949,47 €
2	MARSICA	L'Aquila	5.451.822,60		472.737,40 €	0,0525	472.737,40 €	472.737,40 €
3	AVEZZANO	L'Aquila	3.430.309,04		315.923,10 €	0,0351	315.923,10 €	315.923,10 €
4	PELIGNO	L'Aquila	3.303.920,49		195.219,92 €	0,0217	195.219,92 €	195.219,92 €
5	MONTAGNE AQUILANE	L'Aquila	2.111.463,61		157.059,74 €	0,0174	157.059,74 €	157.059,74 €
6	SANGRINO	L'Aquila	1.024.819,76		93.136,43 €	0,0103	93.136,43 €	93.136,43 €
7	VASTESE	Chieti	6.016.344,88		551.510,80 €	0,0612	551.510,80 €	551.510,80 €
8	CHIETI	Chieti	4.515.731,94		392.207,24 €	0,0436	392.207,24 €	392.207,24 €
9	VAL DI FORO	Chieti	3.926.613,54		349.107,67 €	0,0388	349.107,67 €	349.107,67 €
10	ORTONESE	Chieti	2.504.444,76		238.119,71 €	0,0264	238.119,71 €	238.119,71 €
11	FRENTANO	Chieti	4.221.499,89		308.530,29 €	0,0343	308.530,29 €	308.530,29 €
12	SANGRO-AVENTINO	Chieti	3.075.651,60		212.968,20 €	0,0237	212.968,20 €	212.968,20 €
13	MARRUCINO	Chieti	1.660.147,14		99.924,92 €	0,0111	99.924,92 €	99.924,92 €
14	ALTO VASTESE	Chieti	1.310.484,35		48.876,80 €	0,0054	48.876,80 €	48.876,80 €
15	PESCARA	Pescara	12.414.986,36		1.178.799,74 €	0,1309	1.178.799,74 €	1.178.799,74 €
16	METROPOLITANO	Pescara	4.364.695,25		314.991,71 €	0,035	314.991,71 €	314.991,71 €
17	MONTAGNA PESCARESE	Pescara	2.491.655,66		125.285,32 €	0,0139	125.285,32 €	125.285,32 €
18	MONTESILVANO	Pescara	4.308.988,65		482.194,93 €	0,0535	482.194,93 €	482.194,93 €
19	VESTINO	Pescara	2.049.752,67		578.522,37 €	0,0642	578.522,37 €	578.522,37 €
20	TERAMO	Teramo	4.492.619,49		308.317,12 €	0,0342	308.317,12 €	308.317,12 €
21	VAL VIBRATA	Teramo	5.500.002,73		706.661,31 €	0,0785	706.661,31 €	706.661,31 €
22	TORDINO-VOMANO	Teramo	5.561.475,75		531.538,93 €	0,059	531.538,93 €	531.538,93 €
23	FINO-CERRANO	Teramo	4.385.323,10		392.919,55 €	0,0436	392.919,55 €	392.919,55 €
24	GRAN SASSO - LAGA	Teramo	1.918.737,31		334.316,56 €	0,0371	334.316,56 €	334.316,56 €
	TOTALI	ABRUZZO						9.004.819,23

Le risorse del FNA per la non autosufficienza 2021-2023

Altra componente essenziale della programmazione finanziaria integrata a livello regionale è rappresentata dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) e dal Fondo Integrazione Socio-sanitaria (FIS) per la compartecipazione alla spesa sociosanitaria (L.R. 37/2014). Se si tiene conto che il PNA 2022-2024 è in fase di redazione a livello ministeriale, quale parte modulare integrante del PSN 2021-2023 che ne formerà a integrazione il capitolo 4, il dato regionale disponibile si riferisce all'anno 2021, in quanto rappresenta l'ultima annualità del piano per la non autosufficienza 2019-2021 che la Regione Abruzzo ha approvato con DGR 707 del 17.11.2020, ai sensi del DPCM 21.11.2019 Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021.

Tavola 35 – Previsione delle risorse del FNA Regione Abruzzo 2019-2021

FNA 2019-2021 della Regione Abruzzo						
RISORSE PER INTERVENTI DIRETTI E INDIRETTI E PER LA VITA INDIPENDENTE DEL FNA						
Aree di intervento	Annualità 2019		Annualità 2020		Annualità 2021	
	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave
a) Assistenza domiciliare	500.000,00	5.200.000,00	500.000,00	5.200.000,00	500.000,00	5.200.000,00
b) Assistenza indiretta	5.800.000,00	800.000,00	8.668.000,00	800.000,00	8.668.000,00	800.000,00
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare	374.740,00	624.740,00	348.450,00	598.450,00	348.450,00	598.450,00
Totale (esclusa Vita indipendente)	6.674.740,00	6.624.740,00	9.516.450,00	6.598.450,00	9.516.450,00	6.598.450,00
d) Progetti Vita indipendente - Fondo F.N.A.						
-Cofinanziamento (Ambiti)	500.000,00		880.000,00		880.000,00	
Totale (Vita indipendente)						
Totale Generale risorse F.N.A.	13.699.480,00		16.994.900,00		16.994.900,00	

La programmazione regionale 2022-2024 prevede la messa a sistema e gli indirizzi per gli ADS per una gestione integrata delle risorse sopra riportate con gli interventi e i servizi del nuovo FNA 2022-2024, in fase di redazione a livello nazionale (previsto a inizio anno 2022), e con le altre misure per il caregiver familiare e la disabilità gravissima e complessa, nonché con le azioni regionali del PNRR per la non autosufficienza e la disabilità e le riforme complementari in atto del PNRR, quali la **Riforma 1.1 nuova legge sulla disabilità** e la **Riforma 1.2 sugli interventi per la non autosufficienza**.

Tavola 36 – Previsione delle risorse per il sostegno al caregiver familiare nella Regione Abruzzo 2021-23

Azioni per il sostegno al caregiver familiare	Annualità 2021	Annualità 2022	Annualità 2023
Fondi Nazionali (DPCM 27.10.2020)	1.632.720,43 (risorse afferenti le annualità 2018-2019-2020)	Nessuna indicazione	Nessuna indicazione
Fondi Regionali L.R. 43/2016 (Integrazione fondi nazionali)	280.000,00	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Fondi Regionali L.R. 43/2016 Genitore caregiver per minore con malattia rara	620.000,00	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Riprogrammazione risorse FSC per interventi a favore del caregiver familiare	500.000,00	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Totale	3.032.720,43		

Tavola 37 - Previsione delle risorse per il sostegno delle persone svantaggiate prive di sostegno familiare (Dopo di Noi) nella Regione Abruzzo 2021-2023

Azioni di sostegno	Annualità 2021	Annualità 2022	Annualità 2023
Fondi Nazionali (L. 112/2016)	1.239.810,00 (risorse afferenti l'annualità 2019)	1.718.200,00 (risorse afferenti l'annualità 2020)	1.818.790,00 (previsione risorse afferenti l'annualità 2021)
Totale	1.239.810,00	1.718.200,00	1.818.790,00

Le risorse del Sistema integrato dei servizi educativi 0-6 anni nel periodo 2021-2023 e dei servizi per la parità e il contrasto alle violenze di genere

Altra componente essenziale della programmazione finanziaria integrata a livello regionale è rappresentata dal Fondo nazionale 0-6 anni di competenza del MIUR che, attraverso il Servizio Istruzione - Formazione e Università della Regione Abruzzo, viene erogato annualmente dal 2017 agli Ambiti Distrettuali Sociali per lo sviluppo e il rafforzamento dei servizi educativi per l'infanzia pubblici e privati, autorizzati e accreditati. Un insieme di risorse significativo, che già ha rappre-

sentato un elemento di forza per il potenziamento dei servizi per l'infanzia a livello territoriale e che si integra fortemente con le altre azioni e risorse specifiche regionali del FSC e anche del PNRR in fase di avvio.

Tavola 38 – Previsione delle risorse per i servizi educativi 0-6 anni nella Regione Abruzzo 2021-2023

Azioni per l'infanzia regionali	Annualità 2021	Annualità 2022	Annualità 2023
	Risorse interventi per il rafforzamento servizi educativi infanzia 0-6 anni	Risorse interventi per il rafforzamento servizi educativi infanzia 0-6 anni	Risorse interventi per il rafforzamento servizi educativi infanzia 0-6 anni
a) Interventi D.Lgs 65/2017 interventi 0-6 anni	5.387.793,50	5.387.793,50	5.387.793,50
b) Interventi regionali del FSC sviluppo servizi prima infanzia	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Totale	5.387.793,50	5.387.793,50	5.387.793,50

Nello schema di Decreto del Ministero dell'Istruzione del riparto delle risorse del Fondo nazionale 2021 di cui al D. Lgs 65/2017, trasmesso a titolo informativo in data 12.08.2021 agli ADS vengono ripartite le risorse previste nell'anno 2021, da cui si evince che la quota maggioritaria del fondo annuale è assegnata agli Ambiti Distrettuali Sociali (tavola 39).

Tavola 39 - Previsione delle risorse per i servizi educativi 0-6 anni nella Regione Abruzzo anno 2021 (D.Lgs 65/2017)

Ambito	Denominazione	Provincia	Previsione risorse anno 2021 D.Lgs 65/2017
1	L'AQUILA	L'Aquila	402.879,54 €
2	MARSICA	L'Aquila	210.925,04 €
3	AVEZZANO	L'Aquila	234.659,40 €
4	PELIGNO	L'Aquila	133.464,82 €
5	MONTAGNE AQUILANE	L'Aquila	87.110,08 €
6	SANGRINO	L'Aquila	30.268,65 €
7	VASTESE	Chieti	331.042,05 €
8	CHIETI	Chieti	178.368,83 €
9	VAL DI FORO	Chieti	205.748,34 €
10	ORTONESE	Chieti	117.027,75 €
11	FRENTANO	Chieti	230.142,85 €
12	SANGRO-AVENTINO	Chieti	152.788,06 €
13	MARRUCCINO	Chieti	89.188,48 €
14	ALTO VASTESE	Chieti	91.879,61 €
15	PESCARA	Pescara	614.756,48 €

Ambito	Denominazione	Provincia	Previsione risorse anno 2021 D.Lgs 65/2017
16	METROPOLITANO	Pescara	219.556,48 €
17	MONTAGNA PESCARESE	Pescara	103.204,06 €
18	MONTESILVANO	Pescara	136.050,94 €
19	VESTINO	Pescara	55.633,12 €
20	TERAMO	Teramo	232.291,49 €
21	VAL VIBRATA	Teramo	276.538,04 €
22	TORDINO-VOMANO	Teramo	267.797,96 €
23	FINO-CERRANO	Teramo	236.484,03 €
24	GRAN SASSO - LAGA	Teramo	111.812,38 €
TOTALE		ABRUZZO	4.749.618,41

Il Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie della Presidenza del Consiglio nel mese di ottobre 2021 ha comunicato alle Regioni il riparto per il contrasto alle violenze di genere per le due azioni previste: Centri Anti Violenza e Case Rifugio.

Tavola 40 – Previsione delle risorse per i Centri Anti Violenza e le Case Rifugio Regione Abruzzo

Regione		Abruzzo
Popolazione residente (1)		1.285.256
50% Centri Anti Violenza (CAV)	Numero CAV 2021 (2)	13
	Risorse in relazione a popolazione residente	72.444,78 €
	Risorse in relazione al numero di CAV	244.821,09 €
50% Case Rifugio (CR)	Numero CR 2021 (2)	6
	Risorse in relazione a popolazione residente	72.444,78
	Risorse in relazione al numero di CR	130.718,95
TOTALE		520.429,60

(1) Dati Istat 01.01.2021

(2) Dati Regione Abruzzo al 31.09.2021

Le azioni e le risorse del PNRR Abruzzo e REACT EU integrate per l'inclusione sociale e lavorativa, il contrasto alle fragilità e la coesione sociale nel PSR 2022-2024

Altro aspetto fondamentale della nuova programmazione regionale risiede nella capacità di attivare e integrare le risorse di varia provenienza in un quadro unitario e coerente della programmazione sociale e finanziaria. Il PNRR e il REACT EU si aggiungono alle altre risorse della politica ordinaria nazionale e regionale e alle misure del PON Inclusione e comunitarie del FSE, FSC e di

altre azioni settoriali per la coesione sociale, il contrasto alle fragilità e alla povertà e per l'inclusione sociale.

Le azioni promosse dalla Regione Abruzzo nell'ambito del programma PNRR (DGR n. 319 del 03.06.2021 "L'Abruzzo e il PNRR. Il contributo della regione per il rilancio del Paese" e adozione del documento "Abruzzo Prossimo – Linee di indirizzo strategico per lo sviluppo sostenibile e l'integrazione dei fondi 2021-2030") sono riportate nelle tavole seguenti, che forniscono una prima sintesi delle azioni preventivate dalla Regione Abruzzo (Dipartimento Lavoro Sociale) e in fase di avvio.

Tavola 41 – Progetti del PNRR Abruzzo per inclusione occupazionale, sostegno alle imprese (Misura M5C1 del PNRR), coesione sociale e contrasto alle fragilità e inclusione sociale (Misure 5C1 e 5C2 del PNRR)

Nr.	TITOLO PROGETTO (impegno spesa entro il 2022 e liquidazione spesa entro 2026)	RISORSE PREVENTIVATE
61	Sostegno alle imprese attraverso un sistema permanente di incentivi per nuove assunzioni e/o il mantenimento dei livelli occupazionali	5.000.000
62	Sostegno alla creazione di nuove imprese nei settori chiave del Green Deal	5.000.000
63	Realizzazione di spazi per servizi sociali polifunzionali e integrati per l'inclusione sociale, lo sviluppo dell'autonomia personale e delle capacità funzionali in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale (Dopo di Noi, Case di Comunità, Case della Salute e altri servizi di prossimità innovativi)	30.000.000
64	Diritto allo studio universitario. Erogazione borse di studio triennio 2020-2021-2022	15.000.000
65	Reti territoriali per l'apprendimento permanente	10.000.000
66	Nuovi percorsi IFP e apprendistato nell'ambito della DIGITAL & GREEN ECONOMY per lo sviluppo sostenibile	15.000.000
TOTALE		80.000.000

Sono previste ulteriori azioni progettuali regionali del Piano Operativo PNRR Missione 5C2 coordinato dalla Regione Abruzzo, di concerto con gli ADS, ai sensi del Decreto Direttoriale n. 450 del 9 dicembre 2021 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, che prevede 3 investimenti e relativi 7 sub-investimenti.

Tavola 42 – Risorse assegnate alla Regione Abruzzo del Piano Operativo PNRR Missione 5C2 – D.D. 450 del 9.12.2021

1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	n. progetti	12
	budget €	2.538.000
1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti	n. progetti	3
	budget €	7.380.000
1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	n. progetti	4
	budget €	1.320.000
1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori	n. progetti	4
	budget €	840.000
I 2 percorsi di autonomia persone con disabilità	n. progetti	15
	budget €	10.725.000
I 3 povertà estrema. Housing first	n. progetti	5
	budget €	3.550.000
I 3 povertà estrema. Centri servizi	n. progetti	5
	budget €	5.450.000
TOTALE		31.803.000

Tavola 43 – Altri progetti specifici del REACT EU per il potenziamento dei servizi sociali per il contrasto alle fragilità e l’inclusione sociale (Misure 5C1 e 5C2 del PNRR)

Tipologia	TITOLO PROGETTO (periodo 2021-2022)	RISORSE PREVEN-TIVATE
REACT EU	Interventi a sostegno della Famiglia	1.000.000
REACT EU	Interventi per l’Invecchiamento attivo	4.000.000
REACT EU	Sostegno alla spesa dei Comuni per la quota sociale prestazioni socio-sanitarie residenziali (FISS, L.R. 37/2014)	1.355.000
REACT EU	Sostegno rette minori in residenzialità e per progetti Careleavers	5.500.000
REACT EU	Sostegno disabilità gravissima e non autosufficienza	1.500.000
REACT EU	TOTALE	13.355.000

Inoltre con Decreto Direttoriale 467 del 23 dicembre 2021 è stato adottato l’Avviso pubblico n. 1/2021 PrIns - Progetti di Intervento Sociale, rivolto agli ambiti territoriali, con una dotazione finanziaria complessiva di 90 milioni di euro. Per la Regione Abruzzo le risorse risultano pari a **2,96 milioni di euro**, a valere sulle risorse REACT-EU - Asse 6 del PON Inclusione 2014-2020 “Interventi di contrasto agli effetti del COVID-19”. L’avviso sostiene interventi di Pronto intervento sociale e interventi rivolti alle persone senza dimora o in povertà estrema e marginalità.

Tavola 44 – Avviso 1-PRINS annualità 2021 assegnate alla Regione Abruzzo

Regione	Ambito Sociale	Ente/Comune capofila	Allocazione
Abruzzo	Sangrino	Comune di Castel di Sangro	105.000,00
Abruzzo	Alto Vastese	Comune di Montediorisio	105.000,00
Abruzzo	Marrucino	Comune di Guardiagrele	105.000,00
Abruzzo	Gran Sasso - Laga	Comunità Montana Gran Sasso	105.000,00
Abruzzo	Vestino	Comune di Carpineto Nora	105.000,00
Abruzzo	Ortonese	Comune di Ortona	105.000,00
Abruzzo	Montagne Aquilane	Comunità Montana di L’Aquila	105.000,00
Abruzzo	Montagna Pescara	Comune di Manoppello	105.000,00

Regione	Ambito Sociale	Ente/Comune capofila	Allocazione
Abruzzo	Avezzano	Comune di Avezzano	105.000,00
Abruzzo	Peligno	Comune di Sulmona	105.000,00
Abruzzo	Sangro-Aventino	Unione Montana dei Comuni del Sangro	105.000,00
Abruzzo	Chieti	Comune di Chieti	134.000,00
Abruzzo	Montesilvano	Comune di Montesilvano	134.000,00
Abruzzo	Teramo	Comune di Teramo	134.000,00
Abruzzo	Val Di Foro	Comune di Francavilla Al Mare	134.000,00
Abruzzo	Frentano	Comune di Lanciano	134.000,00
Abruzzo	Fino - Cerrano	Comune di Silvi	134.000,00
Abruzzo	L’Aquila	Comune di L’Aquila	134.000,00
Abruzzo	Metropolitano	Comune di Spoltore	134.000,00
Abruzzo	Tordino - Vomano	Unione dei Comuni “Terre del Sole”	134.000,00
Abruzzo	Vastese	Comune di Vasto	134.000,00
Abruzzo	Val Vibrata	Unione dei Comuni “Città Territorio Val Vibrata”	134.000,00
Abruzzo	Marsica	Comunità Montana Montagna Marsicana	134.000,00
Abruzzo	Pescara	Comune di Pescara	197.000,00

Le risorse per le politiche sociali e l’inclusione riportate nel presente elaborato non sono esaustive, in quanto dovranno essere necessariamente aggiornate e integrate in relazione alla nuova programmazione comunitaria 2021-2027 in atto e alle altre risorse residue della programmazione 2014-2020 del FSE, FSC, FESR e settoriali.

Un insieme di risorse integrate e complementari a valere sulla molteplicità di fondi ordinari e a carattere straordinario, per una previsione di circa 400 milioni di euro nel periodo 2022-2024 e, in prospettiva, con un incremento significativo della spesa pro-capite regionale in valori percentuali del 27,94% rispetto al dato dell’ultima annualità 2018 della programmazione del PSR 2016/2018.

Tavola 45 – Previsione andamento della spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati periodo 2015-2022 – sulla base dei dati MEF-ISTAT 2015-2018

TERRITORIO	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018	PREVISIONE ANNO 2022
ABRUZZO	65,80	67,16	72,41	73,22	101,62
ITALIA	147,57	149,81	150,57	158,72	

3.3. Il quadro sinottico della programmazione strategica e integrata delle risorse del PSR 2022-2024

Il quadro complessivo che emerge è quello di una Regione che ha prodotto una serie di conquiste in termini di servizi alla persona, ma che si trova oggi a una svolta importante basata prioritariamente sulla capacità di una governance in grado di mettere a sistema le risorse strutturali, finanziarie e umane attraverso una programmazione strategica integrata pluriennale in ambito sociale, socio-sanitario e socioeducativo, in cui concorrono risorse regionali, nazionali e comunitarie ordinarie e straordinarie, per un periodo medio-lungo 2021-2025 per le risorse nazionali e regionali in ambito sociale (FNPS, FSR, FNA, FISS, PNRR, PON, ecc.) e 2021-2027 per le risorse FSE+.

A titolo indicativo, per avere un quadro sinottico di riferimento della programmazione sociale nel periodo 2021-2023 si riportano le azioni dirette e indirette e le relative risorse finanziarie nelle tavole che seguono.

Tavola 46 – Previsione Fondi di finanziamento, risorse comunali e degli utenti, Azioni dirette PSR 2022-24

FONDI DIRETTI	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	TOTALI
FSR	9.558.000,00	10.400.000,00	10.400.000,00	10.400.000,00	40.758.000,00
FNPS	9.609.549,38	9.609.549,38	9.609.549,38	<u>9.609.549,38</u>	38.438.197,52
FNNA	13.596.710,00	13.596.710,00	<u>13.596.710,00</u>	<u>13.596.710,00</u>	54.386.840,00
F.I.S.S.	5.060.000,00	5.500.000,00	5.500.000,00	5.500.000,00	21.560.000,00
ADS/Comuni	<u>25.300.000,00</u>	<u>25.300.000,00</u>	<u>25.300.000,00</u>	<u>25.300.000,00</u>	101.200,00
Utenti	<u>819.000,00</u>	<u>819.000,00</u>	<u>819.000,00</u>	<u>819.000,00</u>	3.000.276,00
TOTALI	63.943.259,38	65.225.259,38	65.225.259,38	65.225.259,38	259.619.037,52

Qui sono considerati importi in attesa di decreto Ministeriale e previsioni di spesa afferenti il contributo degli ADS/Comuni e Utenti, costruite sulle rendicontazioni presentate (tali importi sono indicati con una sottolineatura).

Tavola 47 – Progetti del PNRR e REACT EU Abruzzo per inclusione occupazionale, sostegno alle imprese (Misura M5C1 del PNRR), coesione sociale, contrasto alle fragilità e inclusione sociale (Misure 5C1 e 5C2 del PNRR)

Tipo-logia	TITOLO PROGETTO	RISORSE PREVENTIVATE (2021-2025)
PNRR	Sostegno alle imprese attraverso un sistema permanente di incentivi per nuove assunzioni e/o il mantenimento dei livelli occupazionali	5.000.000
PNRR	Sostegno alla creazione di nuove imprese nei settori chiave del Green Deal	5.000.000
PNRR	Realizzazione di spazi per servizi sociali polifunzionali e integrati per l'inclusione sociale, lo sviluppo dell'autonomia personale e delle capacità funzionali in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale (Dopo di Noi, Case di Comunità, Case della Salute e altri servizi di prossimità innovativi)	30.000.000
PNRR	Diritto allo studio universitario. Erogazione borse di studio triennio 2020-2021-2022	15.000.000
PNRR	Reti territoriali per l'apprendimento permanente	10.000.000
PNRR	Nuovi percorsi IFP e apprendistato nell'ambito della DIGITAL & GREEN ECONOMY per lo sviluppo sostenibile	15.000.000
REACT EU	Interventi a sostegno della Famiglia	1.000.000
REACT EU	Interventi per l'Invecchiamento attivo	4.000.000
REACT EU	Sostegno alla spesa dei Comuni per la quota sociale prestazioni socio-sanitarie residenziali (FISS, L.R. 37/2014)	1.355.000
REACT EU	Sostegno rette minori in residenzialità e per progetti Careleavers	5.500.000
REACT EU	Sostegno disabilità gravissima e non autosufficienza	1.500.000
TOTALE		93.355.000

**Tavola 48 -Previsione dei fondi di finanziamento Azioni strategiche indirette
PSR 2022-2024**

FONDI INDIRETTI	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Fondo Povertà (L. 208/2015)	11.577.200,00	8.445.600,00	8.445.600,00	8.445.600,00 (previsione)
Fondo solidarietà comunale (L. 178/2000)	9.004.819,23	9.004.819,23	9.004.819,23	9.004.819,23 (previsione)
Fondo "Interventi per la Vita Indipendente" , istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012, erogato alle persone con disabilità	700.000,00	700.000,00	700.000,00	700.000,00
Caregiver familiare Fondi nazionali (DPCM 27.10.2020)	1.632.720,43	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Caregiver familiare Fondi regionali L.R. 43/2016 (Inte- grazione fondi nazionali)	280.000,00	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Genitore caregiver per minore con malattia rara Fondi regionali L.R. 43/2016	620.000,00	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Interventi a favore del caregiver familiare Riprogrammazione risorse FSC 2014-2020	500.000,00	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Sostegno malati oncologici (L.R. 42/2019)	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00
Dopo di Noi (L. 112/2016)	1.239.810,00	1.718.200,00	1.818.790,00 (previsione)	1.818.790,00 (previsione)
Interventi nazionali per la fami- glia e i minori (L. 296/2006)	628.435,90	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Interventi regionali per la fami- glia e i minori (L.R. 95/95)	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00
Misure per riduzione povertà edu- cativa PIPI-Careleavers	125.000,00	125.000,00	125.000,00	125.000,00
Centri Antiviolenza e Case Rifugio (L.R. 31/2006) e lotta alla violenza sessuale	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00

FONDI INDIRETTI	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Altri interventi ex L.R. 31/2006 stanziati sul bilancio pluriennale e dei finanziamenti derivanti dalla ripartizione del Fondo annuale per le Pari Opportunità ai sensi D.L. n. 93/2013 (legge n. 119/2013)	717.293,00	721.511,95	522.794,00 (previsione)	522.794,00 (previsione)
Fondi per lo sviluppo del sistema integrato dei servizi educativi per la prima infanzia	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Risorse FSC (Obiettivi di Servizio)	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Interventi regionali per l'inclu- sione a valere sul PON Inclusion (Avviso 4 - FEAD)	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Interventi a valere su fondi FAMI (PRIMA, IMPACT e PARI)	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Lotta allo spreco alimentare (L.R. n. 4/2016)	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
PO-FSE Abruzzo Contrasto violen- za di genere	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Avviso POR-FSE Spazi Inclusi AGORA	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Avviso Garanzia Giovani	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Avviso Garanzia PLUS	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Servizio Civile Universale	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Interventi a favore dei Giovani Fondo Politiche Giovanili (L. 248/2006)	444.935,00	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione
Contributi regionali per le Asso- ciazioni di promozione sociale a va- lere sulle risorse della L.R. 95/99*	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione	In fase di pro- grammazione

FONDI INDIRETTI	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Risorse regionali per il Terzo Settore e la promozione del Registro Unico Nazionale Terzo Settore (RUNTS)*	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Interventi per l' Invecchiamento Attivo (L.R. 16/2016)	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione
“Diritto allo Studio” per l'integrazione sociale e scolastica degli alunni con disabilità (L.R. 78/78)	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00
Fondi regionali interventi ciechi e sordi (L.R. 32/1997 ss.mm.ii.)	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Fondo regionale sostegno alle locazioni private (L. 431/98)	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione
Fondo regionale per abbattimento barriere architettoniche (L. 13/89)	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione	In fase di programmazione

*Riforma dei Centri Servizi Volontariato e Finanziamenti destinati al Terzo Settore

3.4. Le modalità di assegnazione e di gestione delle risorse nel PSR 2022-2024

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

Nella politica della spesa, la scelta della gestione integrata segue due direttrici strategiche:

- **una gestione integrata e coordinata delle risorse ordinarie per le azioni dirette** del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali con le risorse del Fondo Sociale Regionale, del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza con il Fondo per il contrasto alla povertà e le risorse del Fondo di solidarietà comunale (L. 178/2000), nel rispetto degli indirizzi e dei LEPS individuati nel PSN 2021-2023;
- **la gestione complementare delle risorse per le azioni strategiche e indirette** nazionali settoriali, del PON Inclusione 2021-2027 con le risorse comunitarie del FSE, FSC e FESR e del PNRR e REACT EU.

Destinazione dei Fondi

Nel periodo di attuazione del Piano Sociale Regionale 2022-2024, le fonti di finanziamento ordinario degli interventi e servizi sociali sono ripartite annualmente in quote percentuali per le finalità specificate:

Fondo Sociale Regionale (FSR)	<ul style="list-style-type: none"> • 55% per i piani sociali di ambito distrettuale • 5% quale ulteriore finanziamento per i piani sociali di ambito distrettuale in proporzione diretta alla popolazione residente nei Comuni rientranti nel cratere • 25% per la costituzione del “Fondo per i minori in comunità” a sostegno delle spese sostenute dai Comuni rientranti nell’Ambito distrettuale <ul style="list-style-type: none"> • 10% per azioni di innovazione e programmi speciali regionali • 5% per capacity building e assistenza tecnica
Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)	<ul style="list-style-type: none"> • 50% per servizi e interventi minori dei piani sociali di ambito distrettuale in riferimento agli indirizzi e ai LEPS del PSN 2021-2023 • 50% per altri servizi e interventi sociali in riferimento agli indirizzi e ai LEPS del PSN 2021-2023, di cui il 10% max riservato all’attivazione di azioni di sistema
Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA)	100% per i piani sociali di ambito distrettuale (Asse Tematico 2, “Interventi e servizi per la non autosufficienza”) di cui almeno il 50% per le persone con disabilità gravissima
Fondo per l'integrazione sociosanitaria	100% per sostegno alla spesa dei Comuni per la quota sociale delle prestazioni sociosanitarie presso strutture residenziali e semiresidenziali accreditate
Fondo Sanitario Nazionale	per gli interventi e servizi sociosanitari erogati dai Distretti sanitari e dalle Aziende USL, con le modalità e negli importi previsti dalle Convenzioni sociosanitarie

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

Criteri di ripartizione

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

1. Le quote del Fondo Sociale Regionale (FSR) e del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) destinate ai Piani sociali di ambito distrettuale sono ripartite annualmente fra gli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) utilizzando i seguenti indicatori sociali e demografici (Istat), da applicare alla popolazione residente nel territorio di ciascun Ambito Distrettuale:

- il 60% delle due quote in proporzione diretta alla popolazione residente;
- il 10% delle due quote in proporzione diretta all'indice di dipendenza strutturale;
- il 10% delle due quote in proporzione diretta al numero di anziani residenti (65 anni e oltre);
- il 10% delle due quote in proporzione inversa alla densità demografica (residenti/Kmq);
- il 10% delle due quote in proporzione diretta alla popolazione immigrata residente (residenti con cittadinanza non italiana).

2. La quota del 5% del FSR, destinata al finanziamento aggiuntivo dei Piani sociali degli Ambiti di cui fanno parte i Comuni del cratere sismico, è ripartita annualmente fra gli ECAD degli Ambiti medesimi, utilizzando il seguente indicatore:

- il 100% in proporzione diretta alla popolazione residente dei Comuni inseriti nel cratere sismico a seguito di provvedimento del Commissario delegato per la ricostruzione.

3. La quota del 25% del FSR destinata alla costituzione del "Fondo per i minori in comunità" è assegnata agli ECAD in proporzione diretta al numero di minori ospitati nelle comunità e residenti nei Comuni dell'Ambito distrettuale di appartenenza, alla data del 30 novembre dell'anno che precede quello dell'assegnazione delle risorse. Il "Fondo distrettuale per i minori in comunità" è utilizzato per il contributo alle spese sostenute dai Comuni rientranti nell'Ambito che abbiano minori accolti in comunità. Il Fondo non può essere utilizzato a copertura dei costi sostenuti per l'accoglienza di minori stranieri non accompagnati, in quanto tale servizio è già coperto annualmente con risorse statali cui possono accedere i Comuni per coprire quota parte delle spese.

4. La quota del FNPS destinata al sostegno delle gestioni associate (10%) è assegnata ai soli Ambiti distrettuali formati da più Comuni ed è ripartita fra gli ECAD secondo i seguenti indicatori:

- il 30% in parti uguali fra tutti gli Ambiti distrettuali associati;
- il 50% sulla base della quota capitaria semplice, calcolata sul complesso della popolazione residente in tutti gli Ambiti associati;
- il 20% in proporzione diretta al numero dei Comuni che fanno parte degli Ambiti distrettuali associati.

Si tenga conto che il nuovo PSN 2021-2023 destina il 50% dei fondi assegnati annualmente con il FNPS per gli interventi e i servizi rivolti ai minori in riferimento agli indirizzi e al potenziamento dei servizi e dei LEPS individuati nella programmazione nazionale 2021-2023.

5. Il Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) è annualmente suddiviso in due quote, una delle quali destinata alla realizzazione degli interventi rivolti alle persone con disabilità gravissima (minimo il 50% delle risorse), e utilizzato con le modalità e i criteri stabiliti con apposita deliberazione della Giunta Regionale, adottata in applicazione del provvedimento ministeriale di assegnazione delle risorse alla Regione. Il Fondo è ripartito in proporzione diretta al numero di soggetti assistiti residenti nei Comuni dell'Ambito distrettuale di appartenenza in applicazione del provvedimento ministeriale, alla data del 30 novembre dell'anno che precede quello dell'assegnazione delle risorse.

6. Il Fondo per l'integrazione sociosanitaria (FIS) è integralmente assegnato ai Comuni per il tramite dell'ECAD in proporzione diretta al numero delle persone non autosufficienti accolte in strutture sanitarie e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, accreditate e residenti nell'Ambito distrettuale alla data del 30 novembre della precedente annualità. L'accesso al Fondo è disciplinato dal Regolamento di accesso del Comune e dell'Ambito.

7. La quota del 10% del Fondo Sociale Regionale è annualmente utilizzata dalla Regione per il finanziamento delle azioni di innovazione sociale e per l'attuazione di interventi diretti consistenti in programmi speciali regionali, tra i quali sono compresi:

- l'azione complementare di assistenza tecnica e monitoraggio del PSR 2022-2024 coordinata con le azioni dell'area inclusione e contrasto alle fragilità della strategia di "Abruzzo Prossimo";

- la costituzione di un fondo per la compartecipazione finanziaria a progetti settoriali per la famiglia e l'inclusione sociale in ambito comunitario, nazionale e regionale;
- l'assistenza e il supporto agli Ambiti distrettuali per l'efficientamento del sistema integrato, il rafforzamento dei servizi sociali e il raggiungimento degli obiettivi di performance dei servizi e interventi programmati ed erogati;
- l'efficientamento dell'osservatorio e del sistema informativo regionale per la gestione integrata, uniforme e interattiva dei flussi dei dati e della documentazione con il sistema di monitoraggio delle piattaforme SIUSS e SIOSS e del sistema gestione fondi FSC;
- la task force per la revisione di normativa, atti di indirizzo e regolamentazione regionale, autorizzazione e accreditamento in materia sociale, sociosanitaria e socioeducativa;
- il sostegno allo svolgimento delle funzioni regionali descritte dall'art. 8 della legge 328/2000;
- la realizzazione di studi, ricerche e attività di monitoraggio e del bilancio sociale regionale.

8. La quota del 5% del Fondo Sociale Regionale è annualmente utilizzata dalla Regione per gli interventi finalizzati al miglioramento della Capacity Building e alla Assistenza Tecnica per l'assistenza, il monitoraggio e supporto agli Ambiti Distrettuali Sociali e per la promozione e gestione del PSR (strategia "Abruzzo Prossimo" e PNRR-REACT EU).

Tavola 49 – Criteri assegnazione risorse ordinarie del PSR 2022-2024

Destinazione e criteri di assegnazione annuale delle "risorse ordinarie" del sistema regionale di interventi e servizi sociali del PSR 2022-2024			
Finalità	Fonte di finanziamento	Destinatari	Criteri di assegnazione
Piano sociale di ambito distrettuale	55 % FSR 90% FNPS (il 50% del fondo complessivo per servizi e interventi a favore di minori)	ECAD	-60% in proporzione alla popolazione residente; -10% in proporzione all'indice di dipendenza strutturale; -10% in proporzione al numero di anziani residenti (65 anni e oltre); -10 % in proporzione inversa alla densità demografica (residenti / Km ² .); -10% in proporzione diretta alla popolazione immigrata residente
Gestione associata	10% FNPS	ECAD	-30% in parti uguali fra tutti gli Ambiti distrettuali associati; -50% sulla base della quota capitaria semplice, calcolata sul complesso della popolazione residente in tutti gli Ambiti associati; -20% in proporzione diretta al numero dei Comuni che fanno parte degli Ambiti associati
Fondo per Comuni del cratere e zone interne	5% FSR	Ulteriore assegnazione all'ECAD	- 100% in proporzione diretta alla popolazione residente nei Comuni rientranti nel cratere sismico da destinare agli Ambiti distrettuali in cui siano presenti Comuni del cratere
Fondo per i minori in comunità	25% FSR	ECAD	- 100% in proporzione al numero dei minori ospitati in comunità alla data del 30 novembre dell'anno precedente

Destinazione e criteri di assegnazione annuale delle "risorse ordinarie" del sistema regionale di interventi e servizi sociali del PSR 2022-2024

Finalità	Fonte di finanziamento	Destinatari	Criteri di assegnazione
Non autosufficienza	100% FNNA	ECAD	Due quote (una delle quali per gli interventi rivolti alle persone con disabilità gravissima) secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta Regionale e con riparto in proporzione diretta al numero di soggetti residenti nei Comuni dell'Ambito distrettuale di appartenenza assistiti in applicazione del provvedimento ministeriale
Integrazione sociosanitaria	100% FISS	COMUNI/ECAD	Il fondo è assegnato ai Comuni per il tramite dell'ECAD in proporzione diretta al numero delle persone non autosufficienti accolte in strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate e residenti dei Comuni dell'Ambito distrettuale
Innovazione e programmi speciali regionali	10% FSR	REGIONE	Provvedimenti per la ripartizione della quota disponibile e per la dotazione di risorse finanziarie per interventi innovativi e programmi speciali regionali: <ul style="list-style-type: none"> • assistenza tecnica, monitoraggio e supporto agli Ambiti Distrettuali Sociali (strategia "Abruzzo Prossimo"); • costituzione fondo per la compartecipazione finanziaria a progetti settoriali in ambito regionale, nazionale e comunitario
Capacity Building - Assistenza tecnica	5% FSR	REGIONE	assistenza tecnica, monitoraggio e supporto agli Ambiti Distrettuali Sociali, efficientamento osservatorio e sistema informativo regionale

Modalità di assegnazione e impiego delle risorse

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

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

- Cofinanziamento. Tutte le risorse finanziarie assegnate dalla Regione costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati dagli ECAD e dai Comuni singoli. Esse non possono superare il 70% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione delle diverse attività e degli interventi. Per conseguenza, la parte di spesa non coperta dal cofinanziamento

regionale deve essere pari ad almeno il 30% della spesa complessivamente impegnata e può essere fronteggiata, oltre che con i proventi delle tariffe applicate per i servizi erogati, anche attraverso risorse aggiuntive direttamente utilizzate (contributi di altri enti, della Commissione Europea, sponsorizzazioni, etc.), con esclusione di altri contributi regionali e della quota di spesa per il personale dipendente e per il funzionamento degli organi.

- Ufficio di Piano. Gli ECAD possono utilizzare una quota annuale non superiore al 10% delle somme complessive destinate ai Piani sociali di ambito distrettuale a copertura della spesa da sostenere per l'Ufficio di Piano, organizzato e funzionante secondo standard ottimali e di efficienza. Le risorse possono essere integrate con i fondi previsti per il rafforzamento dei servizi sociali e potenziamento del personale stanziati dal Fondo Povertà e dal Fondo di solidarietà comunale ai sensi della legge di bilancio 2021-23 (L. 178/2000).

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

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

Gli ECAD e i Comuni sono tenuti a presentare al competente Ufficio regionale la rendicontazione dei contributi assegnati per i piani distrettuali sociali, tramite piattaforma digitale e invio degli atti via PEC. La rendicontazione deve essere trasmessa entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, utilizzando le modalità e i formulari richiesti dal "Servizio programmazione sociale". Non sono comunque riconosciute in sede di rendicontazione le spese sostenute per il funzionamento e la gestione ordinaria dei Comuni e altri enti individuati quali ECAD non direttamente ed esclusivamente attinenti alle attività dei piani distrettuali sociali.

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

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

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

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

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

3.5. La gestione integrata dei Fondi

Parallelamente alla gestione programmatoria coordinata, il finanziamento delle politiche sociali

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

FONDI DI GESTIONE DIRETTA

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

FONDI STRATEGICI DI GESTIONE INDIRECTA

- **Fondo di solidarietà comunale** ai sensi della L. 178/2020 (legge di bilancio 2021);
- **Fondo “Interventi per la Vita indipendente”**, istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012, erogato dagli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) per il finanziamento di progetti personalizzati di vita indipendente e direttamente erogato alle persone con disabilità;
- **Fondo “Provvidenze in favore della famiglia”**, istituito dall'art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai Consultori e dalle Associazioni;
- **Fondo Nazionale Politiche della Famiglia**, istituito dalla L. 296/2006 per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie e ripartito annualmente con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- **Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili**, istituito dalla L. 248/2006, ripartito annualmente con Intesa della Conferenza Stato-Regioni;
- **Fondo “Disposizioni per la promozione e il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate”**, istituito dall'art. 13 della L.R. 31/2006 per il finanziamento dei centri antiviolenza;
- **Fondo per il finanziamento del “Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”**, istituito dalla L. 119/2013 per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere;
- **P.O. FSE Abruzzo 2014-2020**, Fondo Sociale Europeo, Obiettivo Tematico 9, che prevede due linee di azione in materia di inclusione sociale per il periodo 2014-2020, che è reso disponibile tramite avvisi per gli enti di ambito;
- **PON “Inclusione sociale” 2014-2020**, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- **Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386);
- **Fondo “Contributi per il sostegno alimentare delle persone in stato di povertà”**, istituito dall'art. 23 della L.R. 29/2006 a favore delle mense e dei centri di distribuzione;
- **Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio** per servizi educativi prima infanzia e ADI;
- **Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia**, rifinanziato dalla L. 190/2014;
- **Fondo per il sistema integrato dei servizi per l'infanzia 0-6 anni ai sensi del D.Lgs 65/2017**
- **Fondo nazionale sul “Dopo di noi”**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400) e ai sensi della L. 112/2016;
- **Fondo Sanitario Nazionale**, con il quale sono cofinanziati gli interventi e i servizi sociosanitari,

erogati dai Distretti e dalle Aziende USL, che saranno inseriti all'interno della Convenzione sociosanitaria; a tal fine le Aziende ASL indicheranno i fondi destinati alle attività sociosanitarie;

- **Fondi del PNRR, REACT EU e del PON Inclusione, POC e risorse per lo sviluppo del Mezzogiorno 2020-2023;**
- **Altri fondi derivanti da nuove norme o programmi nel periodo di vigenza del Piano;**
- **Fondi INPS relativi alle prestazioni di servizi assistenziali, quali l'iniziativa “Home Care Premium”;**
- Concorso e contributo, sia in termini di infrastrutture e patrimoni sia in termini finanziari, da parte delle ASP (laddove presenti) al funzionamento del sistema locale dei servizi sociali;
- Fondi messi a disposizione da altri enti pubblici o dai privati, quali Fondazioni bancarie, banche, aziende, consorzi, etc.;
- Fondi derivanti da iniziative di innovazione, quali le azioni denominate “SIB – Social Impact Bond”;
- Altre tipologie di risorse per il concorso al miglioramento del sistema dei servizi.

Attraverso il regolamento da allegare al Piano sociale distrettuale, gli Ambiti distrettuali definiscono i servizi sociali e sociosanitari che saranno soggetti al regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate, in coerenza con la legislazione nazionale e regionale, che ricomprendano i servizi già previsti dal Piano Sociale Regionale 2016-2018 secondo il metodo della progressività lineare, tenendo conto delle soglie di esenzione stabilite dall'atto di indirizzo. Attraverso una specifica proiezione di entrata, gli Ambiti distrettuali dovranno inserire nei piani finanziari previsionali le quote attese per l'erogazione delle prestazioni sociali agevolate, in apposito fondo denominato “Fondo per l'equità delle prestazioni sociali agevolate”, che dovrà essere specificamente destinato al potenziamento dei servizi essenziali di cui all'Asse Tematico 1.

La sfida della programmazione integrata del PSR 2022-2024

In conclusione va sottolineato che le indicazioni finanziarie riportate nelle tavole sinottiche non possono essere esaustive nel dettaglio, tenuto conto che sono stati di recente avviati la regia e il coordinamento da parte della Regione Abruzzo, attraverso la strategia integrata di pilotaggio per macroaree di intervento e Atelier tematici di “**Abruzzo Prossimo**”, delle risorse comunitarie del FSE, FSC e FESR 2021-2027 e delle altre misure complementari e integrate per **un ammontare complessivo di risorse integrative per la Regione Abruzzo di 2,2 mld di euro nel periodo della programmazione regionale delle azioni 2021-2030**.

Le risorse per le politiche sociali e l'inclusione riportate nel presente elaborato dovranno essere, pertanto, aggiornate proprio nell'ottica di una programmazione sociale modulare e progressiva, come sottolineato più volte nei capitoli dedicati alla programmazione e alla governance.

Tavola 50 - Quadro integrato delle risorse per il finanziamento delle politiche sociali e corrispondenza con gli Assi dei Piani sociali di ambito distrettuale (1)

Finanziamento integrato degli Assi Tematici dei Piani sociali di ambito distrettuale	FSR Fondo Sociale Regionale	FNPS Fondo Nazionale Politiche Sociali	FNNA Fondo nazionale per le non autosufficienze	Fondo Vita indipendente (L.R. 57/2012)	Fondo Integrazione SocioSanitaria	Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia	Fondo per la Famiglia (L.R. 95/95)		Fondo Politiche Giovanili	Fondo Centri anti violenza (L.R. 31/2006)	Fondo Piano nazionale violenza	P.O. FSE Abruzzo Fondo Sociale Europeo	PON "Inclusione sociale"	Fondo Piano Nazionale Povertà	Fondo Sostegno alimentare (L.R. 29/2006)	Fondi FSC Obiettivi di servizio	Fondo Piano sviluppo asili nido	Fondo legge "Dopo di noi"	Fondo Sanitario Nazionale	Azioni PNRR e REACT EU
AT 1 – Obiettivi Essenziali di servizio sociale																				
AT 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza e la disabilità complessa e autonomia della persona																				
AT 3 – Inclusione sociale e contrasto alle povertà																				
AT 4 – Sostegno famiglia e minori																				
AT 5 – Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo																				
AT 6 – Giovani e Youth Guarantee																				
AT 7 – Empowerment femminile e contrasto alla violenza di genere e servizi infanzia																				

(1) **Raccomandazioni della Cabina di Regia:** l'Osservatorio Regionale sul Disagio Mentale sottolinea la necessità di una programmazione unitaria e integrata delle risorse con la definizione di budget di spesa ben definiti nella programmazione sociale regionale.

3.6. La gestione trasparente dei Fondi. Il bilancio sociale di ambito e il sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi

Lo strumento individuato nella prospettiva di una valorizzazione della trasparenza verso l'esterno in merito all'utilizzo delle risorse è il **Bilancio Sociale**, strumento che concorre allo sviluppo, nella Pubblica Amministrazione, di capacità e strumenti di valutazione e rendicontazione dei risultati, volti al miglioramento delle politiche e dei servizi pubblici, e alla valorizzazione della trasparenza. Il **Bilancio Sociale di Ambito** sarà il modello di comunicazione e di rendicontazione del grado di realizzazione dei Piani sociali di ambito e, pertanto, anche degli esiti del monitoraggio e dell'autovalutazione degli stessi [vedi paragrafo IV.4. "Sistema informativo sociosanitario, monitoraggio e valutazione dei servizi"]. Rappresenterà il principale strumento di conoscenza e di comunicazione, che favorirà la costruzione di un dialogo permanente tra istituzioni e cittadini a tutti i livelli, incluso il privato sociale, per il quale occorrerà dare evidenza della ricaduta effettiva sulle comunità in termini di servizi aggiunti, occupazione e coesione sociale **(1)**.

Ciascun Ambito sociale sarà impegnato annualmente nella redazione del proprio Bilancio Sociale, da pubblicare sul sito internet dell'Osservatorio sociale e sul sito dell'ECAD e dei Comuni dell'Ambito, secondo la seguente articolazione di Indice.

Tavola 51 - Indice del Bilancio sociale di Ambito

Presentazione "istituzionale"

Finalità del documento:

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

1. Il contesto

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

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

2. Le azioni

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

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

3. La spesa

Presentazione dei dati ragionati relativi alla spesa sociale e sociosanitaria.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: Le Organizzazioni Sindacali raccomandano la redazione anche del bilancio sociale regionale, oltre che l'integrazione del PSR 2022-2024 con il PNRR.

Sistema informativo sociosanitario, monitoraggio e valutazione dei servizi

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

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

Fondamentale sarà l'utilizzo del "**Casellario dell'assistenza**" SIUSS (D.M. 206/2014) e del SIOSS (D.M. 103 del 22.08.2019) da parte di tutti gli Ambiti distrettuali e i Comuni, quale condizione necessaria per l'erogazione dei finanziamenti. Il Casellario, entrato in funzione dal 25 marzo 2015 presso l'INPS, sta progressivamente implementando tutte le sue funzioni di banca dati delle prestazioni sociali. Tutti i Comuni e gli Ambiti distrettuali, anche attraverso i rispettivi Uffici di Piano, concorrono ad alimentare sia i flussi della banca dati INPS sia i flussi richiesti dalla Regione Abruzzo tramite il Sistema Informativo gestito dall'Osservatorio sociale regionale, nonché quelli richiesti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali attraverso le Piattaforme SIOSS e MULTIFONDO. Al tempo stesso, la Regione Abruzzo accede al sistema del Casellario per il monitoraggio continuo delle prestazioni, configurandosi quale Sistema Informativo fondamentale per l'esercizio della funzione di monitoraggio e valutazione.

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

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

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

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

La regia del processo sarà affidata all'Ufficio dell'Osservatorio sociale regionale, anche con l'attuazione di una specifica azione di *governance* del sistema che agirà in stretta connessione con la Cabina di Regia regionale, istituita con la DGR n. 735 del 29.11.2019 e successivamente allargata, con Determina Dirigenziale DPG022/152 del 22.06.2021 nella fase di avvio del nuovo iter programmatico, ad altri attori rappresentativi delle istituzioni e del Terzo Settore, individuata quale "*organismo per la promozione, condivisione e confronto dell'elaborazione delle linee di indirizzo e di programmazione nel settore delle Politiche Sociali, nonché di azioni strategiche finalizzate alla stesura del Piano sociale 2022/2024*".

IL PROCESSO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE IN SINTESI

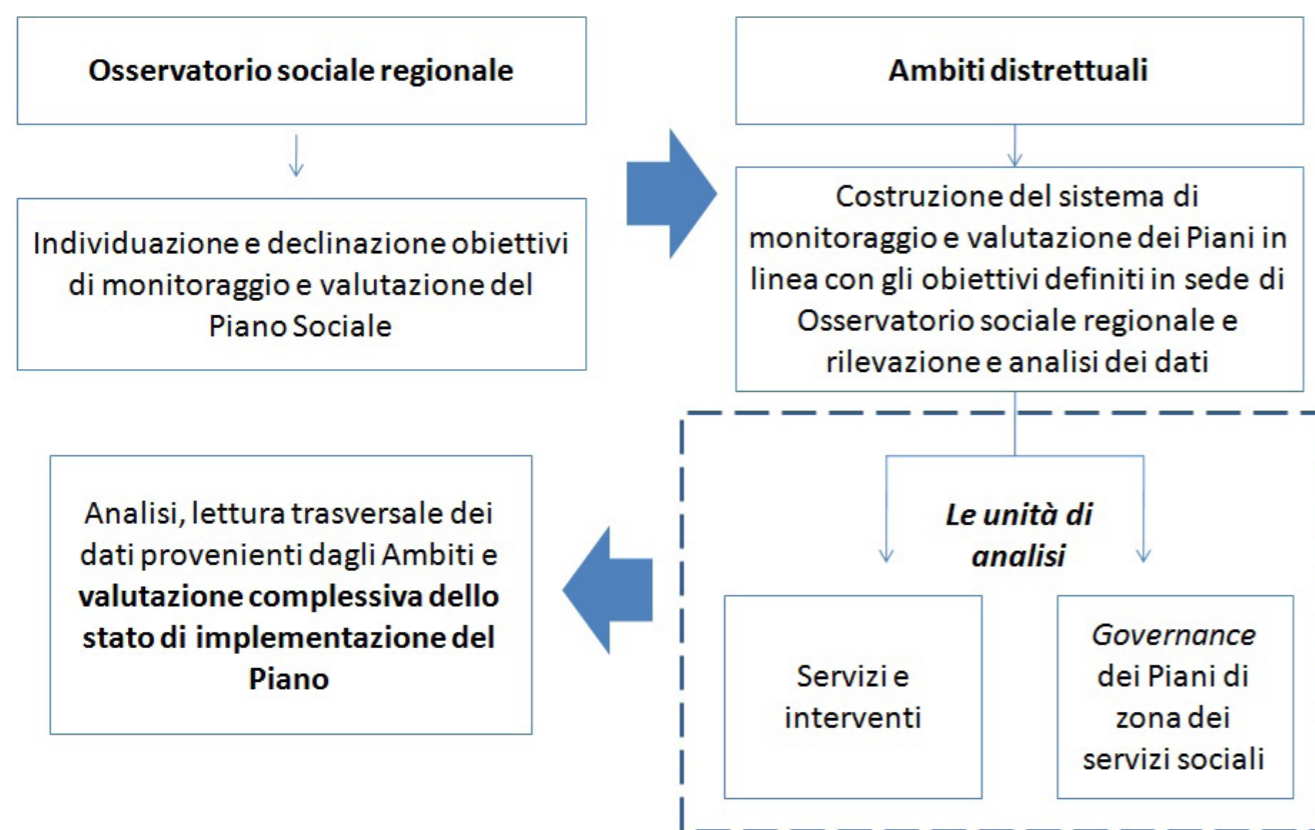


Tavola 52 - Quadro sinottico definizione obiettivi strategici

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

Rilevazione periodica

Gli strumenti costruiti e validati dall'Osservatorio sono pensati affinché diventino uno strumento di uso comune per gli operatori degli Uffici di Piano che possano orientare la raccolta dati, sostenere l'attivazione di un processo di raccolta in tempo reale nella sua predisposizione, aiutare a leggere ciò che sta accadendo sul territorio e, con il tempo, a meglio orientare la propria programmazione. Gli Ambiti saranno, pertanto, tenuti a condurre rilevazioni periodiche in merito allo stato di avanzamento nella realizzazione delle azioni connesse agli obiettivi di programmazione, il grado di raggiungimento dei risultati attesi, le risorse umane, strumentali e finanziarie impiegate.

Redazione del Bilancio sociale

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



Piano Sociale Regionale 2022 - 2024

Includere per contrastare le fragilità

PROTEZIONE INCLUSIONE OPPORTUNITÀ DI VITA

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE
REGIONALE 2022 - 2024

*Indirizzi tematici
Interventi e Servizi alla Persona*

PARTE II

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE PARTE II

Indirizzi e approfondimenti tematici Programmazione e implementazione Interventi e Servizi alla Persona

Premessa	142
1 - Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee. Gestione interventi per la famiglia e i minori	143
1.1. Linee di indirizzo del welfare familiare	143
1.2. Interventi e misure in favore delle famiglie. Strategia europea e nazionale	145
1.3. Piano regionale degli interventi in favore delle famiglie	147
1.4. Prospettive degli interventi in favore delle famiglie. Le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024	149
1.4.1. La rete dei centri e dei servizi integrati per le famiglie	150
1.4.2. I centri per le famiglie in Abruzzo	151
1.4.3. Obiettivi di rafforzamento dei Centri famiglia del PSR 2022-2024	152
1.4.4. Mediazione sociale e familiare	153
1.4.5. Padri separati	155
1.5. Strategia europea integrata sui diritti dei minori 2021 e Child Guarantee	155
1.5.1. Povertà educativa	157
1.6. PIPPI - Programma di intervento per la prevenzione istituzionalizzazione dei minori	161
1.6.1. Interventi di assistenza educativa domiciliare e territoriale	162
1.6.2. Minori allontanati dalla famiglia, autorità giudiziaria minorile e comunità per minori	169
1.6.3. Interventi per l'affido e le adozioni	172
1.6.4. Legislazione internazionale	172
1.6.5. Competenze della Regione	173
1.7. Il Progetto sperimentale nazionale Careleavers	175
1.8. Minori stranieri non accompagnati	177
1.9. Quadro normativo nazionale per la gestione degli interventi in materia di politiche per la famiglia e i minori	179
1.10. Strategia europea, nazionale e le azioni del PNRR e REACT EU in favore della famiglia e i minori	180
2. Giovani e Youth Guarantee	188
2.1. La nuova strategia europea per la gioventù 2021-27	188
2.2. Il Piano "Garanzia Giovani"	188
2.3. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	189
2.4. Il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale	189
2.5. Il Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili	190
2.6. Il Fondo Nazionale per il servizio civile	191
2.7. Politiche giovanili in Abruzzo e obiettivi del PSR 2022-2024	191
3. Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre categorie fragili	194
3.1. Le azioni integrate per la non autosufficienza e le disabilità complesse nel PSR 2022-2024	194
3.2. Le misure di sostegno alla non autosufficienza e alla disabilità complessa nella programmazione sociale 2022-2024	198

3.3. Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e della presa in carico degli interventi per la non autosufficienza e le disabilità complesse	199
3.4. Interventi e servizi per la non autosufficienza nel PSR 2022-2024	201
3.5. Le azioni del Fondo Integrazione Socio-Sanitaria e L.R. 37/2014	205
3.6. Le azioni per la Vita indipendente nel PSR 2022-2024	206
3.7. Il sostegno alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare, il Dopo di Noi, il disagio psichico-intellettuale e le disabilità complesse	206
3.8. Il sostegno al caregiver familiare e le persone con altre fragilità sociosanitarie	207
3.9. Le misure per l'autonomia personale, il diritto allo studio e l'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disabilità	208
4. Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	220
4.1. Le strategie europee e internazionali, il Piano d'Azione di Madrid sull'invecchiamento	220
4.2. Il Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo e le Raccomandazioni	221
4.3. Le politiche regionali per l'invecchiamento attivo e le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024	222
5. Contrasto alle povertà e inclusione sociale	226
5.1. Le aree del disagio, della povertà e dell'emarginazione sociale	226
5.2. Contrasto della povertà alimentare	227
5.3. Contrasto alla grave emarginazione adulta e alla condizione di senza dimora	228
5.4. Reinserimento socio-lavorativo delle persone in misura alternativa alla detenzione o sottoposte a sanzioni di comunità	229
5.5. Le dipendenze e il fenomeno emergente delle new addiction	230
5.6. T.In.A. "Tirocinio Inclusivo Abruzzo"	233
5.7. Le misure di contrasto al grave sfruttamento e alla tratta di esseri umani	233
5.8. Integrazione dei Cittadini di Paesi Terzi	235
5.9. Gli indirizzi del PSN 2021-2023. Gli obiettivi e le azioni di rafforzamento per il contrasto alla povertà e l'inclusione sociale del PSR 2022-2024	237
6. Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia	244
6.1. Agenda 2030. Politiche UE per la parità di genere e strategia nazionale	244
6.2. Politiche di conciliazione vita-lavoro e supporto alla genitorialità	248
6.3. La conciliazione tra famiglia e lavoro nel contesto italiano	249
6.4. Le politiche di genere in Abruzzo	250
6.5. La strategia integrata per le politiche per l'infanzia	252
6.6. La spesa sociale per l'infanzia	254
6.7. Educazione e cura nella prima infanzia. La strategia nazionale	254
6.8. Strumenti normativi e amministrativi sui servizi per la prima infanzia nella Regione Abruzzo	257
6.9. Il Sistema di contrasto alla violenza di genere	258
6.9.1 Il contesto internazionale	258
6.9.2. Il contesto nazionale	259
6.9.3. Il contesto regionale	260
7. Il sistema informativo politiche sociali regionali e interoperabilità banche dati	266
7.1. Il sistema informativo regionale	266
7.2. Gli obiettivi e le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024	266

1.1. Linee di indirizzo del welfare familiare

L'attuale sistema del welfare italiano è il risultato di un lento processo evolutivo che, in risposta alle trasformazioni dei modelli familiari e del contesto socioeconomico verificatisi a partire dalla seconda metà degli anni '70, ha condotto al passaggio da un sistema sociale improntato principalmente sul modello del Welfare State a un modello di Welfare Community. Le politiche per la famiglia si sono così progressivamente orientate all'attuazione di interventi con connotazione sempre meno assistenzialistica e maggiormente sostenibile e abilitante, ispirati al principio costituzionale di sussidiarietà (art. 118 della Costituzione Italiana). L'evoluzione del welfare in una prospettiva di Community Care (cura da parte della comunità), infatti, propone la centralità della famiglia nelle dinamiche sociali, economiche e culturali attribuendole il ruolo effettivo di soggetto di politica sociale; valorizza le risorse proprie e autonome della famiglia e il suo coinvolgimento attivo, anche attraverso le associazioni di rappresentanza, nell'indirizzamento e nell'attuazione delle politiche di settore. Tale prospettiva, pur se ampiamente condivisa, non ha visto fino ai giorni nostri, azioni di sistema volte a rendere effettivo il protagonismo delle famiglie in Italia. Il modello di Community Care, che comincia a fare il suo ingresso nella progettazione sociale, prevede perciò che debba essere la stessa comunità ad assumersi l'onere di far fronte alle necessità dei propri membri, sia attraverso le risorse provenienti dal cosiddetto privato sociale (costituito da associazioni di volontariato, self-help, associazioni no profit, cooperative sociali), sia attraverso il sostegno professionale ed economico dei servizi sociosanitari presenti nel territorio. Si tratta di lavorare per la rete e con la rete sociale cercando di creare nuovi nodi e/o rinforzare quelli già esistenti rendendoli più funzionali. Tale modello ha, da tempo, segnato un'importante evoluzione dei servizi.

Un ruolo determinante hanno avuto, in questo processo di cambiamento, alcuni interventi normativi che hanno tracciato le linee di indirizzo del nuovo welfare e hanno segnato fino ad oggi un'epoca di forte progettualità e di sperimentazione nei territori, consentendo di testare nuove modalità di supporto alle fragilità:

- la legge 28 agosto 1997, n. 285, recante "Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza". Il testo normativo ha segnato una rinnovata sensibilità verso le responsabilità genitoriali educative e di cura. Il ruolo genitoriale è riconosciuto quale principale strumento di attuazione dei principi della legge 27 maggio 1991, n. 176, di ratifica della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989. La legge istituisce inoltre, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il "Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza", finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale e locale per la promozione dei diritti, dello sviluppo, della qualità della vita, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza;
- la legge 8 marzo 2000, n. 53, recante "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città". Questa legge, unitamente al successivo decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, recante il "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000 n. 53", rappresenta una pietra miliare nella promozione delle politiche per la conciliazione tra i tempi di lavoro e i tempi di cura, formazione e relazione, attraverso l'istituzione e la regolamentazione organica e strutturale di diverse misure, quali: quelle relative ai congedi di maternità, di paternità e ai congedi parentali, favorendo un maggior coinvolgimento dei padri nella cura dei figli; quelle riguardanti l'estensione del sostegno ai genitori di soggetti portatori di handicap, ai sensi della legge n. 104/1992; quelle relative ai congedi formativi; quelle concernenti il coordinamento dei tempi di funzionamento delle città e la promozione dell'uso del tempo per fini di solidarietà sociale;
- la legge 8 novembre 2000, n. 328, intitolata "Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che definisce i principi generali che devono reggere il sistema dei servizi sociali. Il testo rappresenta un caposaldo nell'evoluzione dell'attuale sistema dei servizi sociali in una rinnovata ottica di sussidiarietà. In primo luogo, pur con le sue

INDIRIZZI E APPROFONDIMENTI TEMATICI - PROGRAMMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE INTERVENTI E SERVIZI ALLA PERSONA

Premessa

La seconda parte del Piano è costruita presentando un **quadro riepilogativo degli obiettivi di promozione del benessere sociale e di salute del Piano Sociale**, indirizzi di carattere più stimolante e propositivo, che richiedono specifici investimenti nella direzione dell'auspicato cambiamento e dell'innovazione.

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

I Piani sociali di ambito distrettuale articoleranno conseguentemente la propria strategia su una serie di Assi Tematici di programmazione coordinata:

- 1 - FAMIGLIA, DIRITTI E TUTELA DEI MINORI, CHILD GUARANTEE. GESTIONE INTERVENTI PER LA FAMIGLIA E I MINORI;
- 2 - GIOVANI E YOUTH GUARANTEE;
- 3 - DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA. SUPPORTO AL CAREGIVER FAMILIARE E ALTRE CATEGORIE FRAGILI;
- 4 - PREVENZIONE ISTITUZIONALIZZAZIONE E INVECCHIAMENTO ATTIVO;
- 5 - CONTRASTO ALLE POVERTÀ E INCLUSIONE SOCIALE;
- 6 - EMPOWERMENT FEMMINILE, CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE E PRIMA INFANZIA;
- 7 - SISTEMA INFORMATIVO POLITICHE SOCIALI REGIONALI E INTEROPERABILITÀ BANCHE DATI.

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

contraddizioni e i suoi rischi, tale legge ha consentito una modificazione delle funzioni statali che hanno assunto come finalità l'indirizzo e il coordinamento degli interventi, lasciando alle istituzioni locali un maggior protagonismo e una maggiore sinergia tra queste ultime e la società civile. Sempre nell'intento di valorizzare e implementare al massimo grado il principio di sussidiarietà, la legge n. 328 evidenzia il ruolo e l'importanza della collaborazione con i soggetti operanti nel Terzo Settore nella realizzazione di un efficace sistema di servizi e ne promuove il riconoscimento e il sostegno finanziario da parte delle regioni. Il testo ha, inoltre, il pregio di aver introdotto un nuovo approccio nel rapporto tra famiglia e servizi sociali, prevedendo che il sistema dei servizi si realizzi integrando servizi alla persona e al nucleo familiare. La famiglia non è più considerata soltanto come utente, ma è riconosciuta implicitamente come soggetto sociale, in ragione delle funzioni che essa svolge al suo interno e in ambito collettivo. Il testo normativo propone infatti il coinvolgimento delle famiglie, chiamate a co-progettare con i Servizi gli interventi di cui sono destinatarie in una logica di empowerment;

- il Piano Nazionale per la Famiglia “L'alleanza italiana per la famiglia”, approvato il 7 giugno 2012. Il Piano, previsto dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), rappresenta il primo atto di indirizzo a livello nazionale in materia di politiche per la famiglia. Evidenzia la necessità che gli interventi destinati alla famiglia siano inseriti in un quadro organico e strutturato, di medio e lungo termine, di cui le amministrazioni regionali e delle province autonome devono farsi promotrici attraverso la promulgazione di piani programmatici, secondo le competenze di cui al rinnovato Titolo V della Costituzione. Il Testo individua i principi che devono ispirare le politiche che riguardano la famiglia, quali la “cittadinanza sociale della famiglia”, le “politiche esplicite [e] dirette sul nucleo familiare”, “l'equità sociale verso la famiglia”, la “sussidiarietà”, la “solidarietà”, il “welfare familiare sostenibile e abilitante”, le “alleanze locali per la famiglia” e il “monitoraggio e la valutazione dell'impatto familiare della legislazione”. Nei confronti degli interventi che la vedono destinataria, la famiglia è quindi riconosciuta esplicitamente (vs legge n. 328/2000) anche quale soggetto sociale (attore) su cui investire per il futuro del Paese, valorizzandone l'aspetto relazionale dei componenti e le sue funzioni di coesione sociale ed equità fra le generazioni;
- il decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80, recante “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro, in attuazione dell'articolo 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”. Questo contiene misure dirette in particolare alla tutela della maternità e a favorire la conciliazione tra le esigenze e tempi di lavoro e di vita, allo scopo di garantire un adeguato sostegno alle cure parentali;
- il decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65, intitolato “Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107” (detta legge Buona scuola). Unifica su scala nazionale le disposizioni riguardanti il sistema educativo da 0 a 6 anni;
- il decreto-legge 12 luglio 2018, n. 86, recante “Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità”, convertito dalla legge 9 agosto 2018, n. 97. Il decreto estende (art. 3) al Presidente del Consiglio, ovvero al Ministro delegato per la famiglia e le disabilità (ora Ministro per le Pari opportunità e la Famiglia), le funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di politiche per la famiglia nelle sue componenti e problematiche generazionali e relazionali; vengono trasferiti ad esso le funzioni precedentemente attribuite al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in materia di coordinamento delle politiche volte alla tutela dei diritti e alla promozione del benessere della famiglia, di interventi per il sostegno della maternità e della paternità, di conciliazione tra le esigenze lavorative e le esigenze familiari, di misure di sostegno alla famiglia, alla genitorialità e alla natalità, nonché le funzioni concernenti la Carta famiglia e le funzioni concernenti l'Osservatorio nazionale sulla famiglia. Infine, il decreto-legge n. 86/2018 ha attribuito al Ministro per la famiglia e la disabilità le funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di adozioni, anche internazionali, di minori italiani e stranieri, nonché un più ampio novero di funzioni attinenti all'infanzia e all'adolescenza.

1.2. Interventi e misure in favore delle famiglie. Strategia europea e nazionale

Negli ultimi cinquanta anni la popolazione italiana è stata attraversata da profondi e radicali cambiamenti strutturali connessi ad alcune grandi trasformazioni del contesto demografico nazionale: la caduta della natalità e della fecondità, nuovi modelli di formazione delle famiglie, l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione del ruolo della donna nella società e la crescita dell'immigrazione straniera. Inoltre, grazie al Covid è emerso in modo inequivocabile che tutto passa per la famiglia: vita professionale, scuola, tempo libero, relazioni con gli amici e gli altri parenti. Tutto è dentro la famiglia e s'intreccia nella famiglia: qualsiasi evento esterno, che abbia ricadute anche solo su un suo membro, causa nella famiglia una serie di reazioni a catena. In questo quadro, anche il tema del rapporto tra generi e generazioni è un tema cruciale, perché la famiglia è l'intreccio delle differenze, è il luogo dove si gioca la relazione tra uomo e donna e quella tra le generazioni: se salta l'equilibrio, saltano a catena tutte le relazioni e ciò ha una ripercussione sul benessere della società tutta.

La strategia europea prevista nell'Agenda 2030, in continuità con la precedente, nella fattispecie nella politica di riduzione della povertà e d'inclusione sociale, prevede diverse azioni integrate e sinergiche che vedono le famiglie protagoniste.

In particolare, sono 2 gli obiettivi che interessano questo ambito:

- **sconfiggere la povertà** (Obiettivo 1) in tutte le sue manifestazioni, attraverso strategie interconnesse. Nonostante il tasso di povertà estrema si sia ridotto nell'ultimo ventennio, centinaia di milioni di persone vivono ancora al di sotto della soglia di povertà estrema, non riuscendo a soddisfare i bisogni più elementari come l'alimentazione, la salute, l'istruzione, l'accesso all'acqua e ai servizi igienici. Per consentire alle persone di uscire dalla condizione di povertà è necessario garantire la parità di diritti, l'accesso alle risorse economiche e naturali, a quelle tecnologiche, alla proprietà e ai servizi di base;
- **ridurre le disuguaglianze** (Obiettivo 10) attraverso l'adeguamento delle politiche e degli strumenti legislativi. Questo obiettivo mira a potenziare e promuovere l'inclusione sociale, economica e politica di tutti, a prescindere da età, sesso, disabilità, razza, etnia, origine, religione, stato economico o altro; ad assicurare pari opportunità e ridurre le disuguaglianze, anche eliminando leggi, politiche e pratiche discriminatorie e promuovendo legislazioni, politiche e azioni appropriate a tale proposito.

Nonostante i progressi significativi raggiunti dalla comunità internazionale e dalle nazioni più vulnerabili, persistono situazioni di forte disuguaglianza e grandi disparità di accesso alla sanità, all'istruzione e ad altri servizi; marcate disparità di reddito minacciano la coesione sociale e vincolano la crescita economica e i progressi nella riduzione della povertà e nel miglioramento delle condizioni di salute e di benessere.

La famiglia è il nucleo fondante della società e in quanto tale va tutelata e sostenuta.

La povertà è un limite oggettivo alla effettiva operatività sociale della famiglia e alla sua dinamica di investimento e produzione di capitale umano e sociale. Pertanto, è necessario intervenire sui vincoli economici che ne rallentano lo sviluppo e, soprattutto, ne impediscono l'inclusione. I Paesi economicamente più avanzati offrono un sistema efficiente di sostegni e servizi per le famiglie: misure che favoriscono l'autonomia abitativa dei giovani, una rete solida di servizi per l'infanzia, misure chiare e facilmente accessibili di sostegno economico alle coppie con figli minori, un processo di continuo monitoraggio e miglioramento delle politiche a favore delle famiglie.

La piena affermazione di un welfare familiare sostenibile e abilitante volto alla realizzazione del benessere della famiglia (quale soggetto sociale e relazionale) impone, come evidenziato dal Piano Nazionale per la Famiglia del 2012, la necessità di un rinnovo e un adeguamento delle politiche per la famiglia alle nuove culture familiari ed esigenze emergenti.

Affinché si possa parlare di politiche “per” e “della” famiglia in una prospettiva di implementazione dei principi di sussidiarietà e di capacitazione indicati nel documento, occorre adottare politiche esplicite e dirette sul nucleo familiare. Il Testo individua linee di intervento da attuare e le organizza in nove parti tematiche tra le quali: “equità fiscale”, “lavoro di cura familiare”, “pari opportunità e conciliazione tra famiglia e lavoro”, “politiche abitative per la famiglia”, “privato sociale, Terzo

Settore e reti associative familiari”, “servizi consultoriali e di informazione (consultori, mediazione familiare, centri per le famiglie)”.

Nel vasto panorama nazionale delle politiche per la famiglia, sono ancora numerose le misure improntate ad un modello assistenzialistico o comunque volte alla risoluzione di problematiche specifiche o a far fronte a esigenze contingenti. Si tratta di misure di carattere prevalentemente economico o di agevolazione fiscale, quali le misure strutturali di sostegno alle famiglie a basso reddito, alle famiglie numerose, la Carta famiglia, alle quali si aggiungono le misure universali di contrasto alla povertà. Tali misure sono basate principalmente sullo strumento ISEE (situazione economica di equivalenza) e richiedono per la loro efficacia interventi di miglioramento continuo dell'indicatore ISEE, nonché interventi che rafforzino gli strumenti di verifica. Ciò non di meno divengono punti centrali in materia la previsione di azioni e misure e la ricerca di buone pratiche che, in un'ottica di empowerment, abbiano un impatto diretto sul benessere della famiglia e sulle opportunità di crescita dei figli, che promuovano e sostengano modelli di equilibrio tra vita privata e lavorativa attraverso forme flessibili di lavoro, che accompagnino e valorizzino l'educazione alla genitorialità.

Al fine di promuovere e realizzare interventi per la tutela della famiglia, in tutte le sue componenti e le sue problematiche generazionali, nonché supportare l'Osservatorio nazionale sulla famiglia, il decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, istituisce il Fondo per le politiche della famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. La successiva legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge di bilancio 2007), ha specificato le finalità del Fondo (art. 1, commi 1250 e 1251). La normativa (art. 1 comma 1252 della L. 296/2006) prevede inoltre che gli stanziamenti del Fondo per le politiche della famiglia, per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie, vengano ripartiti annualmente con decreto del Ministro delle Politiche della famiglia, previa intesa in sede di Conferenza Unificata. La gestione del Fondo è attribuita al Dipartimento per le Politiche della Famiglia (Di. Po. Fam.) – Presidenza del Consiglio dei Ministri, istituito nel 2009 per supportare la promozione e il raccordo delle azioni di Governo volte ad assicurare l'attuazione delle politiche in favore della famiglia.

La legge di bilancio 2019 ha ridefinito le finalità del Fondo in linea con le disposizioni di riordino delle attribuzioni dei Ministeri di cui al decreto-legge n. 86/2018; il Fondo viene quindi destinato a finanziare interventi in materia di politiche per la famiglia e misure di sostegno alla famiglia, alla natalità, alla maternità e alla paternità, al fine prioritario del contrasto della crisi demografica, nonché misure di sostegno alla componente anziana dei nuclei familiari.

In particolare, sono indicate le seguenti finalità:

- sostegno alle attività degli Osservatori nazionali sulla famiglia e per l'infanzia e l'adolescenza, nonché dell'Osservatorio per il contrasto della pedofilia e della pornografia minorile;
- valorizzazione del ruolo dei Centri per la famiglia e la definizione di criteri e modalità per la riorganizzazione dei Consultori familiari (previa intesa in sede di Conferenza Unificata);
- interventi volti alla prevenzione di ogni abuso sessuale nei confronti dei minori e al contrasto della pedofilia e della pornografia minorile;
- attuazione di percorsi di sostegno, anche di natura economica, ai minori orfani di crimini domestici e alle loro famiglie, affidatarie o adottive, nonché l'attuazione di progetti finalizzati alla protezione e presa in carico dei minori vittime di violenza assistita;
- interventi a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, con particolare riferimento alle situazioni di vulnerabilità socioeconomica e al disagio minorile, anche con riferimento al fenomeno del cyberbullismo;
- interventi per il sostegno dei genitori separati e divorziati;
- interventi per la diffusione della figura professionale dell'assistente familiare;
- iniziative di abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie con almeno tre figli minori;
- iniziative di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro ex art. 9, legge 8 marzo 2000, n. 53, nonché di promozione del welfare familiare aziendale, comprese le azioni di cui all'articolo 9 della legge 8 marzo 2000, n. 53;
- interventi volti a favorire i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono del nucleo originario;
- attività di comunicazione e informazione in materia di politiche per la famiglia;
- interventi in materia di adozione e di affidamento, volti a tutelare il superiore interesse del minore;

- ogni ulteriore iniziativa volta a sostenere, a realizzare e a promuovere politiche a favore della famiglia.

La gestione delle risorse del Fondo per le politiche della famiglia è stata oggetto di analisi per delineare i tratti salienti degli interventi finanziati dalle Regioni e Province autonome a sostegno dell'infanzia e della famiglia. La tematica si inquadra nell'ambito delle politiche sociali, in particolare di quelle per il sostegno alla famiglia nelle sue componenti generazionali e nelle sue problematiche relazionali affidate al Dipartimento delle Politiche per la Famiglia. Nel quinquennio 2014/2018, il Dipartimento ha destinato, con cinque diverse Intese, quasi 25 milioni di euro per lo sviluppo di servizi e/o interventi a favore dell'infanzia e della famiglia cui si è aggiunto il cofinanziamento da parte delle Regioni pari al 20% del finanziamento assegnato, anche attraverso la valorizzazione di risorse umane. Negli anni a seguire, il Dipartimento per le Politiche della famiglia ha erogato le risorse a favore di tutte le Regioni che, come previsto dalle procedure per l'erogazione dei finanziamenti, hanno provveduto a presentare la necessaria documentazione garantendo la quota minima di co-finanziamento del 20%.

Negli ultimi dieci anni, si è rafforzata sempre più la consapevolezza che le politiche per la famiglia comportano lo sviluppo di innovazione sociale nella programmazione ed erogazione dei servizi e di alleanze territoriali per la conciliazione, allo scopo di ridurre il rischio che la presenza di figli produca ricadute negative sul lavoro o sia fattore di impoverimento per le famiglie e di creare un contesto favorevole ad accrescere l'accesso a opportunità di sviluppo del pieno potenziale di benessere per i genitori e i figli a livello individuale, familiare e di comunità.

La legge di bilancio per l'anno 2020 (legge n. 160/2019) ha confermato e rafforzato alcune misure già esistenti a sostegno della famiglia ed ha contestualmente attivato, con ulteriori disposizioni normative, un processo positivo di crescita per sostenere la genitorialità, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e per contrastare la recessione demografica.

Nell'orizzonte temporale di attuazione del PNRR si colloca un insieme di riforme orientate a mitigare le conseguenze economiche e sociali della crisi e a rafforzare la coesione economica e sociale del Paese. Se pure non ricomprese nel perimetro delle azioni previste dal Piano, queste riforme sono destinate ad accompagnarne l'attuazione, concorrendo a realizzare gli obiettivi di equità sociale e miglioramento della competitività del sistema produttivo già indicati nelle *Country Specific Recommendations* rivolte al nostro Paese dall'Unione Europea.

L'obiettivo del Governo nel contrastare la denatalità trova una sua precisa definizione nel progetto di riforma contenuto nel Family Act (A.C. 2561), un disegno di legge organico recante “Deleghe al Governo per il sostegno e la valorizzazione della famiglia” che fa leva su un potenziamento del sistema del welfare. Esso contiene misure per il sostegno all'occupazione femminile, la promozione della natalità, l'importanza del valore sociale delle attività educative e di apprendimento formale e non formale dei figli, nonché il sostegno dell'autonomia finanziaria dei giovani e una revisione moderna dei meccanismi che consentono una conciliazione dei tempi di lavoro e di cura dei figli a carico di entrambi i genitori.

1.3. Piano regionale degli interventi in favore delle famiglie

In tema di politiche per la famiglia, la legge regionale del 2 maggio del 1995, n. 95 può essere considerata la legge quadro sulla famiglia della Regione Abruzzo che, nel riconoscere il ruolo sociale della famiglia, impegna la Regione a predisporre una organica politica per promuovere e sostenere il diritto della famiglia al libero svolgimento delle sue funzioni (art. 1). Il testo detta principi tesi al sostegno e alla promozione della natalità e della genitorialità, al miglioramento della qualità di vita delle famiglie e delle donne, al sostegno psicologico e socioassistenziale di famiglie, gruppi o categorie di esse che versino in particolari difficoltà o in cui si manifesti il rischio di marginalità sociale.

Dall'entrata in vigore di questa legge, il Dipartimento per le politiche della salute e il welfare della Regione ha messo in atto un Piano annuale di interventi mirati e integrati a sostegno della famiglia e della genitorialità, facendo confluire diverse risorse finanziarie, statali (Fondo Nazionale per la Famiglia) e regionali (Fondo Regionale per la Famiglia L.R. 95/95, Fondo Sociale Regionale) in un piano organico di azioni a favore della famiglia. Il Piano è articolato in misure specifiche anche in

linea con quanto previsto dal Ministero -Dipartimento per le Politiche della famiglia e dal Piano Sociale Regionale; le linee programmatiche sono tese al conseguimento dell'obiettivo di sostenere la natalità, attraverso varie forme di accompagnamento e incentivi, individuando gli Ambiti Distrettuali Sociali quali soggetti attuatori degli interventi connessi.

Il Piano regionale degli interventi in favore della famiglia si realizza attraverso la citata L.R. 95/95, che ha istituito all'art. 16 il Fondo "Provvidenze in favore della famiglia" per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dagli Enti degli Ambiti Territoriali Sociali, dai consultori familiari, sia pubblici sia privati, dalle associazioni di famiglie e le associazioni per la famiglia iscritte al Registro del Volontariato.

Gli interventi socioassistenziali posti in essere dal Piano regionale hanno avuto i seguenti obiettivi: garantire l'assistenza di tipo socioeducativo anche domiciliare in favore dei bambini appartenenti a famiglie multiproblematiche; individuare, selezionare, formare, supportare le famiglie disposte a dare accoglienza a minori, donne, madri e gestanti che versino in situazione di difficoltà; promuovere azioni di sostegno prioritarie per le famiglie nelle quali entrambi i coniugi, le gestanti, le madri o le persone sole presentano problemi psichiatrici, di tossicodipendenza o di grave emarginazione sociale; promuovere l'attività dei consultori, pubblici e privati; promuovere l'attività sociale anche attraverso l'associazionismo privato e senza scopo di lucro al fine di sostenere le famiglie, garantire l'assistenza psicologica e sociale e la consulenza in ordine alle problematiche inerenti ai rapporti interpersonali e all'educazione dei figli; valorizzare iniziative di solidarietà familiare e di volontariato, in particolare promuovendo l'auto-mutuo-aiuto con il coinvolgimento di famiglie che vivono un disagio comune; tutelare e sostenere il benessere psicofisico della famiglia, anche attraverso piani personalizzati, con misure e attenzioni rivolte alla donna, alla coppia, al bambino e all'adolescente.

Gli interventi che la Regione Abruzzo ha effettuato, anche con l'ausilio dei finanziamenti stanziati dal Dipartimento per le Politiche della famiglia, negli ultimi sette anni sono stati orientati alla realizzazione delle azioni di seguito indicate:

- ANNO 2014 – Avviso diretto agli Enti di Ambito Sociale (EAS), che ha previsto l'erogazione di voucher finalizzati alla riduzione della retta pagata dalle famiglie per la frequenza, da parte dei bambini in età 0-36 mesi, dei micronidi e dei servizi integrativi per la prima infanzia, come disciplinati dalla L.R. n. 76/2000 (Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia) e dalla DGR n. 565/2001, per l'anno educativo 2014/15.
- ANNO 2015 – Avviso, redatto ai sensi della L.R. 95/95, diretto al sostegno e alla promozione della genitorialità, al miglioramento della qualità della vita delle famiglie e delle donne, al sostegno psicologico e socioassistenziale delle famiglie, gruppi o categorie di esse che versino in particolari difficoltà o per le quali si evidenzia rischio di marginalità sociale. L'avviso si divide in 3 sezioni:
 - la sezione A è diretta agli Ambiti Territoriali Sociali (determinati ai sensi della L. 328/2000), per progetti riguardanti l'assistenza di tipo socioeducativo anche domiciliare in favore di minori appartenenti a famiglie multiproblematiche negli Ambiti Territoriali Sociali;
 - la sezione B è diretta ai consultori familiari pubblici e privati (come individuati dalla legge n. 405/1975), per progetti riguardanti l'assistenza psicologica e sociale in vista della paternità e maternità responsabili e azioni di formazione finalizzate alla genitorialità positiva; azioni di informazione alle donne finalizzate alla tutela della salute del nascituro; l'assistenza psicologica e sociale alle famiglie e interventi per la prevenzione e il contrasto della violenza domestica;
 - la sezione C è diretta alle associazioni di famiglie e alle associazioni per la famiglia iscritte al Registro del Volontariato (di cui alla L.R. 37/1993), per progetti riguardanti azioni di promozione dell'auto-mutuo-aiuto tra le famiglie, azioni di promozione di reti di solidarietà tra le famiglie e attivazione di interventi mirati alla valorizzazione delle abilità nei soggetti disabili;
- ANNO 2018 – 2019 - 2020 – Avvisi diretti agli Enti Capofila (ECAD) degli Ambiti Sociali Distrettuali, con cui è stato avviato un piano di interventi mirati e integrati a sostegno della famiglia e della genitorialità;
- ANNO 2021 – In corso d'opera il Piano interventi regionali per la famiglia per l'anno 2021. Le risorse sono dirette a finanziare interventi degli Enti locali (ECAD) volti alla prosecuzione di

iniziative destinate a favorire la natalità e la genitorialità, anche tenuto conto dei nuovi bisogni legati all'emergenza del Covid-19, e il supporto delle attività svolte dai Centri per le famiglie e, nell'ambito delle competenze sociali, dai consultori familiari.

1.4. Prospettive degli interventi in favore delle famiglie. Le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il Profilo sociale ha evidenziato che le famiglie abruzzesi tendono sempre più a diventare di piccole dimensioni con la relativa contrazione del tasso di natalità; che sale il numero delle famiglie in situazione di povertà e che rinunciano anche alle prestazioni sanitarie; che diminuisce la domanda di asili nido per la non facile sostenibilità dei costi; che esplodono le situazioni di violenza domestica e di genere e cresce il numero dei genitori separati e divorziati.

La riduzione dimensionale delle famiglie porta al conseguente indebolimento della loro capacità di risposta nelle situazioni di crisi e di bisogno di accudimento ai diversi componenti fragili lungo le età della vita. Una situazione di evoluzione complessa, cui il sistema dei servizi integrati regionali e locali è chiamato a fornire strumenti di accompagnamento, di supporto e di cura.

In generale, occorre sviluppare politiche familiari che i diversi Ambiti distrettuali devono strutturare sulla base dei rispettivi fabbisogni.

La programmazione dei Fondi europei previsti dal REACT EU, assegnati alla Regione Abruzzo per l'anno 2021, prevede un fabbisogno stimato di 1.000.000,00 di euro in favore del Dipartimento Lavoro - Sociale che, attraverso l'avviso annuale L.R. 95/1995 "Provvidenze in favore della famiglia", verrebbe distribuito agli Enti d'Ambito Distrettuali con la finalità di "migliorare l'accesso ai servizi sociali di interesse generale, anche a favore dei minori con l'integrazione del Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia."

Obiettivi e tipologie di intervento previsti

- Revisione e aggiornamento della L.R. 95/95
- Rafforzamento delle equipe territoriali di sostegno alla genitorialità e alla natalità
- Potenziamento dell'offerta dei servizi, ampliandone la capacità ricettiva e la flessibilità del servizio
- Ampliamento e potenziamento dei servizi domiciliari e territoriali prendendo a riferimento il modello Careleavers e PIPPI che diventa sempre più strutturale (LEPS) e che da giugno 2022 verrà integrato con risorse del PNRR per l'ampliamento ad ulteriori 400 ambiti sociali coinvolgendo complessivamente 465 ambiti a livello nazionale
- Potenziamento degli interventi di mediazione familiare e sostegno alla genitorialità
- Potenziamento dei servizi per l'affido e le adozioni, rafforzamento delle equipe territoriali
- Altri servizi per la prima infanzia e la genitorialità
- Potenziamento dei servizi integrativi per la prima infanzia
- Previsione di forme più adeguate ai fabbisogni di accoglienza dei bambini nelle piccole realtà, tenendo conto del ridotto numero di bambini che ne fanno accesso, e sviluppo di servizi innovativi e multifunzionali per la prima infanzia
- Promozione e incentivazione di forme di auto-organizzazione di servizi fra famiglie, flessibili e di prossimità, per la cura dei bambini, dei disabili e degli anziani, secondo il modello del welfare generativo
- Attivazione di progetti e interventi integrati ADS-Scuola-ASL per il contrasto e la prevenzione del disagio e della povertà educativa, con particolare riferimento al fenomeno dei "minori con BES e DSA" in applicazione degli indirizzi di potenziamento del PSN 2021-2023 altri servizi comunitari per la promozione dei diritti del minore e la promozione di rapporti scuola-territorio (potenziamento del PSN 2021-2023 a valere sui fondi PNRR-REACT EU "Minori – Careleavers")

1.4.1. La rete dei centri e dei servizi integrati per le famiglie

Centri per la famiglia: quadro di contesto europeo e nazionale

I Centri per la famiglia nascono come proposta di prossimità per le famiglie con l'obiettivo di avviare un presidio permanente di riferimento e come luogo di prevenzione e cura delle fragilità familiari. Nascono in Italia alla fine degli anni Ottanta, rappresentando una formula inedita nel panorama nazionale e traggono la loro ispirazione da alcune esperienze europee. Si caratterizzano per la prerogativa di far uscire la famiglia fuori dalla logica assistenzialista ed emergenziale degli interventi e restituiscono valore e dignità ai nuclei familiari quali soggetti di contribuzione al bene comune. Dopo vari interventi normativi che hanno segnato una rinnovata sensibilità verso le responsabilità educative della famiglia e il ruolo solidaristico svolto tra le generazioni e tra le famiglie stesse, è con il Piano Nazionale per la Famiglia del 2012 che viene esplicitamente evidenziata l'importanza di favorire la diffusione su tutto il territorio nazionale dei Centri per le famiglie e la riorganizzazione di quelli già esistenti, quali nodi propulsori della rete dei servizi. Il Piano introduce il tema dei Centri per le famiglie, inserendolo in un quadro più ampio, che approfondisce in modo particolare il ruolo assunto nel tempo dai consultori familiari, i quali avevano fino ad allora un orientamento prevalentemente sanitario, a detrimento della necessaria integrazione sociosanitaria e dell'attenzione a intercettare i bisogni complessivi, non solo medici, delle coppie e delle famiglie. Il potenziamento di tali strutture si accompagna, secondo gli indirizzi del Piano, alla necessità di integrare l'offerta dei consultori familiari in una prospettiva di intersectorialità degli interventi, ove le attività del consultorio familiare possono trovare un naturale complemento nel Centro per le famiglie. A riguardo, due interventi normativi fondamentali: la legge 28 agosto 1997, n. 285 che individua alcuni servizi, tra i quali l'attività di informazione e di sostegno alle scelte di maternità e paternità; il sostegno al minore e ai componenti della famiglia, al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psicosociale, anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento; i servizi di mediazione familiare e di consulenza per famiglie e minori al fine del superamento delle difficoltà relazionali [art. 4]. E la legge quadro dell'8 novembre 2000, n. 328 la quale, nell'ambito dei servizi alla persona e al nucleo familiare, prevede il servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari, incentiva la collaborazione con il Terzo Settore ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dal testo.

La logica che il Piano ha seguito è di natura sussidiaria e di empowerment per le famiglie, coinvolgendo le loro reti e le loro associazioni nella progettazione, gestione e verifica dei diversi interventi in contrapposizione alla logica tradizionale di servizi pubblici assistenziali e sostitutivi.

La Conferenza Nazionale sulla Famiglia del 2012 contribuì a dare un maggiore slancio prospettico a tutta una serie di trasformazioni sociali nel Paese e a introdurre la necessità di avviare la realizzazione dei Centri per la famiglia. Da allora il "Centro per la famiglia" va inteso come luogo fisico aperto sul territorio e al territorio, in modo da essere realmente in grado di intercettare le fragilità e i diversi bisogni delle coppie e delle famiglie, con azioni di supporto alle relazioni di coppia e a quelle genitoriali nelle diverse fasi del ciclo di vita. Può offrire servizi molteplici e diversi: dai gruppi di sostegno alla genitorialità ai gruppi di auto-mutuo-aiuto, dalle banche del tempo al sostegno allo studio, dagli sportelli informativi e di consulenza alle opportunità ludiche.

A livello nazionale le indicazioni della Conferenza Nazionale sulla Famiglia rimangono ad oggi l'unico atto di indirizzo sulla realizzazione dei Centri per la famiglia trasferite nel Piano Nazionale, restando rimessa alle politiche delle Regioni e Province autonome la previsione di piani regionali e interventi di implementazione degli obiettivi espressi a livello nazionale.

I Centri per la famiglia sono oggi presenti in varie forme: servizi pianificati dall'ente regionale che ne esercita funzioni di indirizzo politico, legislative, di finanziamento e monitoraggio; servizi gestiti dai Comuni in raccordo con le associazioni e il Terzo Settore; servizi del privato sociale, gestiti da associazioni e volontari che promuovono sul territorio una cultura della cura e della solidarietà tra famiglie.

Nel 2014 l'Italia, nell'implementare gli obiettivi europei previsti dalla Strategia Europa 2020, pubblicò il Programma Operativo Nazionale - denominato PON "Inclusione" (2014-2020). Con il PON

Inclusione 2014-2020, cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo, per la prima volta i fondi strutturali intervengono a supporto delle politiche di inclusione sociale. Il PON, in particolare, intende contribuire al processo che mira a definire i livelli minimi di alcune prestazioni sociali, affinché queste siano garantite in modo uniforme in tutte le regioni italiane, superando l'attuale disomogeneità territoriale. Il Programma, prescindendo dalla specificità delle diverse misure, ha l'obiettivo di creare un modello di welfare basato sull'inclusione attiva, rafforzando i servizi territoriali e il loro ruolo nei confronti dei cittadini beneficiari delle misure di sostegno al reddito.

Il Programma sostiene, tra le altre cose, la definizione e la sperimentazione, attraverso azioni di sistema e progetti pilota, di modelli per l'integrazione di persone a rischio di esclusione sociale, nonché la promozione di attività economiche in campo sociale. Proprio l'Asse 3 in particolare, "Sistemi e modelli di intervento sociale", segnala l'importanza di realizzare, nell'ambito della programmazione regionale, servizi sociali innovativi e interventi di presa in carico multidisciplinare a sostegno dei soggetti particolarmente svantaggiati e dei nuclei familiari multiproblematici.

L'attenzione che il PON Inclusione ripone nei confronti dei nuclei familiari multiproblematici va in parallelo con l'attenzione al rafforzamento della capacità operativa dei servizi sociali sottolineando l'importanza di efficientare la messa in rete dei Centri territoriali per la famiglia.

Con l'intesa n. 110/CU, approvata il 31 ottobre 2018, la Conferenza Unificata ha approvato lo schema di decreto di riparto concernente l'utilizzo delle risorse stanziato sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2018, destinando a interventi di competenza regionale e degli enti locali risorse pari a 4.427.232,58 euro per finanziare interventi volti al potenziamento dei Centri per la famiglia nonché, relativamente alle attività di carattere sociale, dei consultori familiari. Si conferma il cofinanziamento regionale pari almeno al 20 % delle risorse assegnate.

In attuazione delle disposizioni della legge di bilancio 2019 in merito al valorizzare il ruolo dei "Centri per la famiglia" (art.1 comma 482), inoltre, a seguito della Intesa raggiunta in Conferenza Unificata, il decreto di riparto del 30 aprile 2019 dispone uno stanziamento di 15 milioni di euro per gli interventi di competenza regionale e degli enti locali; interventi che possono essere volti al supporto delle attività svolte dai Centri per le famiglie e nell'ambito delle competenze sociali dei consultori familiari, a sostegno della natalità, nonché a supporto della genitorialità.

Dalla mappatura effettuata a novembre 2020 risultano attivi in Italia complessivamente n. 284 Centri per la famiglia, un numero ancora molto esiguo se consideriamo come elemento importante quello della prossimità territoriale del servizio. A tutt'oggi non esistono linee nazionali atte a individuare il rapporto tra il servizio Centri per la famiglia e la popolazione.

1.4.2. I Centri per le famiglie in Abruzzo

La Regione Abruzzo riconosce e sostiene la famiglia fondata sul matrimonio, conformemente alle disposizioni dell'art. 29 della Costituzione. In tale contesto, lo Statuto della Regione Abruzzo, approvato con la legge regionale 28.06.2006 n. 38/1 e con legge regionale 12.09.2006 n. 43/2, statuisce che la Regione riconosce il valore fondamentale della famiglia come luogo di promozione sociale di sviluppo e tutela della persona; contribuisce con adeguate misure alla tutela della maternità e dell'infanzia; promuove interventi qualificati e mirati di politica culturale, educativa, economica e sociale per un proficuo dialogo tra generazioni e per la crescita morale delle nuove generazioni (art. 7, comma 1).

La legge statutaria si pone in continuità con la politica già avviata dalla sopracitata legge regionale n. 95/1995, che detta principi tesi al sostegno e alla promozione della natalità e della genitorialità, al miglioramento della qualità di vita delle famiglie e delle donne, al sostegno psicologico e socio-assistenziale delle famiglie, gruppi o categorie di esse che versino in particolari difficoltà o in cui si manifesti il rischio di marginalità sociale.

Nell'ambito delle finalità di cui sopra si collocano diversi provvedimenti regionali che caratterizzano il welfare sociale e familiare della Regione Abruzzo. In particolare si segnalano interventi a sostegno della famiglia, della natalità e della genitorialità quali: la concessione di "Buoni Servizio", volti a favorire l'utilizzo dei servizi integrativi al nido (Spazio bambini e Centri per bambini e famiglie) e ludoteche (D.D. 07.12.2018 n. 199/DPF013); la concessione di "Buoni Fornitura" di beni di prima necessità per bambini fino a 3 anni, per gestanti in difficoltà e madri sole in situazioni di disagio (DGR 26.09.2016 n. 617 per l'anno 2016 e DGR 24.11.2017 n. 677 per l'anno 2017). In tale ambito

si evidenzia anche il Piano regionale integrato di interventi in favore della famiglia per l'anno 2019 (approvato con la DGR 15.07.2019 n. 404), in continuità con gli interventi già programmati e in corso di realizzazione con il Fondo 2016, 2017 e 2018, al fine di rafforzare le azioni destinate a favorire la natalità, attraverso un più attento sostegno alla genitorialità.

Grande importanza viene inoltre rivolta alle situazioni di disagio all'interno di nuclei familiari con componenti affetti da disabilità o bisognosi di assistenza. In tale ambito intervengono la legge regionale n. 43/2016, la quale riconosce e sostiene il ruolo del caregiver familiare, e la legge regionale n. 44/2013 che istituisce l'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità, avente il compito, tra gli altri, di studiare e analizzare la condizione delle persone disabili e delle loro famiglie, oltre che di predisporre le conseguenti azioni volte a garantire i loro diritti.

Dall'ultima mappatura dei Centri per le famiglie effettuata dal Dipartimento per le politiche per la famiglia, a novembre 2020 risultano attivi in Abruzzo n. 17 Centri, dislocati uniformemente su tutto il territorio regionale. Nella prima mappatura nazionale, effettuata nel 2015, la Regione Abruzzo comunicò l'assenza del suddetto servizio.

I primi nove veri e propri Centri per la famiglia nella regione furono avviati per prima volta a seguito di un avviso pubblico nel 2016.

Con la recente deliberazione della Giunta Regionale n. 74/2019, in attuazione dell'intesa assunta nella Conferenza Unificata 31.10.2018 n. 110/CU, la quota del Fondo Nazionale per le Politiche della Famiglia, ripartita a favore della Regione Abruzzo per l'anno 2018, è stata destinata specificatamente alla realizzazione di interventi volti al potenziamento dei Centri per la famiglia. La Regione contribuisce con un cofinanziamento pari al 20% delle somme stanziare a livello nazionale.

La gestione dei Centri per la famiglia avviati risulta prevalentemente mista (pubblico-privato sociale): sono concepiti come luoghi in cui i servizi pubblici locali, eventualmente coadiuvati da associazioni di volontariato, organizzazioni del privato sociale, associazioni culturali, organizzano incontri e progetti sociali in base alle esigenze locali più rilevanti. La finalità generale è quella di favorire una politica dei servizi che metta al centro le famiglie, non soltanto come destinatarie di interventi ma anche come risorse strategiche di coesione sociale.

L'obiettivo generale consiste nell'offrire uno spazio di opportunità per dare origine a relazioni significative tra persone, famiglie, generazioni e servizi, in collegamento attivo con l'associazionismo e il volontariato del territorio di distretto, in un'ottica di prevenzione dei fattori di rischio e di emarginazione.

Ogni "Centro per le famiglie" ha come obiettivi specifici quelli di: informare e orientare le famiglie sui servizi e le risorse del territorio; promuovere il benessere delle famiglie attraverso diversi servizi di sostegno alle competenze genitoriali, attivando forme di protezione sociale anche delle famiglie che presentano scarsi supporti parentali; favorire lo sviluppo delle risorse della comunità attraverso forme di auto-mutuo-aiuto; integrare e potenziare le attività dei servizi territoriali e specialistici in un'ottica di prevenzione del disagio familiare e dei bambini; promuovere la cultura dell'accoglienza e della solidarietà nelle comunità locali.

1.4.3. Obiettivi di rafforzamento dei Centri famiglia del PSR 2022-2024

In questi anni si è assistito a una crescita ed evoluzione dei Centri per la famiglia anche sul piano culturale, nell'ambito delle attività offerte a favore delle famiglie, nella capacità di fare rete con i servizi e con le risorse del territorio e nell'apertura verso nuovi temi che attengono alla qualità della vita delle comunità, come la mediazione sociale.

I Centri per la famiglia sono chiamati a svolgere interventi di prevenzione anche laddove vi sia un aumento del rischio di fragilità dei genitori e del nucleo familiare.

Quattro aspetti devono qualificare il ruolo e la funzione dei Centri famiglia:

1. rafforzare dialogo e collaborazione con comunità locale, con altri enti e organizzazioni territoriali. Tutti i Centri nel territorio abbiano come soggetto titolare un soggetto pubblico, Comune o unione di Comuni;
2. rendere i Centri per la famiglia strutturalmente luoghi accoglienti e piacevoli, di facile accesso per la cittadinanza e localizzati, compatibilmente con la disponibilità degli spazi, vicino ai luoghi frequentati dalle famiglie con figli, al fine di garantire una facilità all'accesso e all'accoglienza dei genitori dei minori;

3. definire nuove Linee guida regionali che permettano di avere servizi omogenei e di incrementare da 17 a 24 i Centri per la famiglia sul territorio regionale;
4. garantire le caratteristiche minime in termini di spazi e di orario di funzionamento (almeno 24 ore settimanali, di cui almeno 18 di apertura al pubblico) e una integrazione psico-pedagogico-sociosanitaria con il rafforzamento dell'integrazione con la rete dei servizi consultoriali delle ASL e consultori gestiti direttamente dal privato sociale e dalle associazioni dei familiari.

1.4.4. Mediazione sociale e familiare

La mediazione sociale

La mediazione sociale si configura come un metodo alternativo alla via giudiziaria, con il quale viene offerto un supporto efficace per gestire e risolvere i più comuni conflitti interpersonali, familiari, condominiali e altre controversie che possono emergere nell'interazione tra persone. La mediazione sociale favorisce percorsi che permettano ai cittadini di assumersi responsabilità e di attivarsi per gestirli. La mediazione può essere considerata un mezzo di costruzione e gestione della vita sociale nei contesti urbani abitativi più caratterizzati da complessità, instabilità relazionale e/o marginalità socioeconomica, dove si affermano spesso dinamiche all'insegna della conflittualità, del misconoscimento reciproco e del senso di insicurezza nel vivere gli spazi comuni.

La mediazione sociale è la creazione di uno spazio d'incontro – fisico e ideale – ove le persone interessate si danno la possibilità di confrontarsi e di gestire un conflitto con la presenza e l'aiuto di una terza persona, il mediatore, in una logica di collaborazione, per il raggiungimento di un maggior benessere nell'interesse reciproco. Il mediatore si pone come facilitatore della comunicazione, favorendo l'espressione dei diversi punti di vista e supportando le persone nella ricerca di accordi possibili e vantaggiosi per entrambi.

Il mediatore non prende decisioni sulla controversia, non offre soluzioni precostituite, non è un arbitro o un giudice, ma interviene per "riattivare" la comunicazione interrotta, restituendo alle parti l'opportunità e la responsabilità di gestire il conflitto.

La funzione del mediatore fa perno sull'idea che sia indispensabile promuovere e ribadire i valori della convivenza, della cooperazione, del riconoscimento reciproco, della solidarietà, riportando l'attenzione sull'importanza dei beni comuni: la casa, gli spazi verdi, la sicurezza. Il lavoro del mediatore sociale consiste quindi nel favorire l'emergere delle risorse più positive tra gli abitanti, promuovendo la concezione del vicinato come solidarietà attiva.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per la mediazione sociale:

- promuovere azioni innovative a livello nazionale e internazionale sul territorio regionale come la mediazione di comunità, best practice per la rigenerazione delle relazioni sociali;
- promuovere l'intervento innovativo di mediazione sociale nei contesti di edilizia pubblica; in particolare, si pone attenzione ai percorsi formativi rivolti agli operatori del territorio e alle azioni attuate dagli assistenti sociali nei quartieri di edilizia pubblica, al fine di gestire insieme ai condòmini le diverse problematiche relative all'abitare, oltre che prevenire e affrontare i conflitti rafforzando le relazioni tra vicini.

La mediazione familiare

La mediazione familiare, come quella sociale, rientra fra le tecniche di ADR - Alternative Dispute Resolution, insieme degli strumenti di risoluzione delle controversie alternativi all'iter legale e giudiziario, quali la conciliazione e l'arbitrato. Nello specifico la mediazione familiare si applica nei contesti di separazione e divorzio specialmente quando sono coinvolti i figli: "La mediazione familiare è un percorso per la riorganizzazione delle relazioni familiari in vista o in seguito alla separazione o al divorzio. Il mediatore familiare, sollecitato dalle parti, nella garanzia del segreto professionale e in autonomia dall'ambito giudiziario, si adopera affinché padre e madre, insieme, elaborino in prima persona un programma di separazione (che tenga conto degli aspetti psicologici, relazionali, patrimoniali e organizzativi) soddisfacente per sé e per i figli in cui possano esercitare la comune responsabilità genitoriale" (Associazione GeA Genitori Ancora, Milano).

La figura del mediatore familiare non è disciplinata da un ordine professionale e rientra tra le professioni regolamentate dalla legge n. 4 del 2013. Dal 30 agosto 2016 è stata emanata la norma UNI 11644 che prescrive i criteri per la certificazione di questa figura professionale in termini di conoscenza, abilità e competenza, in conformità al Quadro Europeo delle Qualifiche (EQF – European Qualifications Framework). La norma si prefigge lo scopo di definire in modo adeguato e univoco i riferimenti della figura professionale di mediatore familiare, stabilendo altresì una omogeneizzazione dei programmi di formazione promossi da enti pubblici e/o privati, al fine di garantire un livello qualitativo di formazione e garanzia dell'utenza nell'incontrare mediatori dotati di adeguata professionalità e dei professionisti stessi.

La mediazione familiare nel contesto regionale

La Regione Abruzzo riconosce l'importanza del ruolo genitoriale e individua interventi regionali di sostegno e tutela a favore dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori o maggiorenni portatori di handicap (L.1992/n.104), al fine di garantire la centralità del loro ruolo nella vita dei figli, per il proseguimento di un'esistenza dignitosa e il recupero dell'autonomia qualitativa.

Attraverso la legge regionale del 28 gennaio 2020, n. 3 - Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio di previsione finanziario 2020-2022 della Regione Abruzzo (legge di stabilità regionale 2020, approvata dal Consiglio regionale con verbale n. 22/3 del 27 dicembre 2019, pubblicata nel BUR n. 31 gennaio 2020, n. 10 Speciale ed entrata in vigore il 10 gennaio 2020) - CAPO IV, nell'articolo 42 - Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori, viene esplicitato che la Regione promuove interventi di mediazione familiare finalizzati alla prevenzione e al sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, supportando la corresponsabilità dei genitori nei confronti dei figli e il loro compito educativo e promuovendo le iniziative delle reti sociali e delle organizzazioni del privato sociale, tendenti a sviluppare la responsabilità delle famiglie e la capacità ad assumere in piena autonomia, in prima persona e in autonomia dal sistema giudiziario, le decisioni relative alla riorganizzazione delle relazioni familiari, in vista o a seguito dell'evento separativo dei genitori.

La Regione richiede, a tutela dell'utente, che i mediatori familiari siano in possesso del requisito di attestazione di qualità e di qualificazione professionale (norma UNI 11644). Per la realizzazione degli interventi la Regione promuove il coinvolgimento e la collaborazione tra le aziende sanitarie, gli enti locali, gli enti pubblici e privati.

Al riguardo, la Regione Abruzzo ha finanziato con risorse a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020, il Progetto pilota di mediazione familiare da realizzare con la ASL di Teramo, presso i consultori familiari di Giulianova e Roseto degli Abruzzi nel corso del 2022.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per la mediazione familiare

La Regione promuove protocolli tra le parti sociali, nell'ambito della contrattazione collettiva decentrata con la finalità di individuare strumenti di flessibilità lavorativa, per favorire le relazioni familiari dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio.

La Giunta Regionale definisce criteri e modalità per la valutazione del disagio economico e sociale tenendo conto in particolare dei provvedimenti emessi dall'autorità giudiziaria relativi ai contributi per il mantenimento dei figli, del coniuge, dell'ex coniuge e della perdita della disponibilità abitativa della casa familiare.

È raccomandata la massima diffusione della **“Carta dei diritti dei figli nella separazione”**, promossa nel 2018 dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, frutto di un'attività di ascolto e partecipazione che ha coinvolto la Consulta dei ragazzi dell'Autorità garante ed esperti nei settori giuridico, sociale, psicologico e pedagogico. Dieci articoli che definiscono altrettanti diritti di bambini e ragazzi alle prese con il percorso che parte dalla decisione dei genitori di separarsi.

I principi alla base della Carta sono ispirati alla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

È necessario intervenire con azioni di sistema per:

- potenziare gli interventi di mediazione familiare finalizzati alla prevenzione e al sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, valorizzando i consultori pubblici e privati e i Centri per la

famiglia presenti sul territorio regionale anche attraverso il coinvolgimento di soggetti privati operanti nel settore dei servizi socioassistenziali degli enti no-profit e delle associazioni che si occupano di relazioni familiari;

- promuovere e sostenere economicamente i coniugi attraverso concessione temporanea di contributi finalizzati al recupero e alla conservazione dell'autonomia di una esistenza dignitosa. Attraverso un atto di Giunta ne vengono definiti criteri e modalità.

1.4.5. Padri Separati

In Italia aumentano i cosiddetti nuovi poveri e, stando ai dati della Caritas, quasi 1 su 2 (46%) è rappresentato da un padre separato non collocatario, i cui figli, cioè, a seguito della separazione vivono stabilmente con la madre. I padri separati o divorziati in Italia sono 4 milioni e, di questi, 800.000 vivono sulla soglia di povertà. Il 66% circa non riesce a sostenere le spese per i beni di prima necessità.

In Abruzzo i dati Istat del 2018 riportano che nel 59,7% dei casi, nelle separazioni concesse dal tribunale, la casa coniugale viene assegnata alla moglie che spesso rimane a viverci assieme ai figli minorenni.

Obiettivi e tipologie di interventi futuri a favore dei padri separati

La sopra citata legge regionale del 28 gennaio 2020, n. 3, nell'articolo 42 - Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori, riporta interventi di sostegno abitativo per promuovere i seguenti obiettivi:

- attivare protocolli di intesa con gli enti locali e gli enti pubblici e privati per la concessione di alloggi a canone agevolato in prossimità del luogo di residenza dei figli o comunque nelle immediate vicinanze, per facilitare le relazioni tra genitori e figli;
- promuovere idonee forme di locazione agevolata temporanea con gli enti pubblici e privati per un periodo massimo di 36 mesi.

1.5. Strategia europea integrata sui diritti dei minori 2021 e Child Guarantee

Povertà minorile ed esclusione sociale in Europa e in Italia

Secondo i dati della Commissione Europea, nel 2019 il 22,2% dei minorenni in Europa viveva in famiglie a rischio di povertà o di esclusione sociale; un dato che si traduce in un totale di quasi 18 milioni di bambini e adolescenti. Inoltre, nella maggior parte dei Paesi europei, il rischio di povertà è più elevato tra i più giovani rispetto alle altre fasce d'età. Nonostante l'impegno e l'attenzione sempre crescente in Europa sui temi della povertà e dell'esclusione sociale, l'impatto della pandemia in corso – in termini anche economici e sociali – è destinata a incrementare ulteriormente i tassi citati sopra.

In Italia, il 27,7% dei bambini e adolescenti minori di 16 anni e il 30,5% di adolescenti e giovani tra i 16 e 24 anni sono a rischio di povertà ed esclusione sociale (Dati Eurostat, 2019).

Dei 10 milioni di bambini e adolescenti sotto i 18 anni che vivono nel nostro Paese, oltre 1,3 milioni – il 13,6% – vive in povertà assoluta.

Inoltre, nel 2019 il 26% di giovani tra i 18-29 anni non studiava, non lavorava né era incluso in programmi di formazione – una cifra che secondo l'Istat ha raggiunto il 27,7% nel 2020.

Nel 2020 l'incremento della povertà assoluta è maggiore nel nord del Paese e riguarda 218mila famiglie (7,6% da 5,8% del 2019), per un totale di 720mila individui. Il Mezzogiorno resta l'area dove la povertà assoluta è più elevata: coinvolge il 9,3% delle famiglie contro il 5,5% del centro.

Fasi di sviluppo del Child Guarantee

Il sistema europeo di garanzia per l'infanzia – chiamato **Child Guarantee** – ha l'obiettivo di prevenire e combattere l'esclusione sociale garantendo l'accesso dei minori più vulnerabili a una serie di servizi fondamentali. Il suo processo di costituzione è iniziato nel 2015 e ha attraversato tre fasi preparative – risoluzione, studio di fattibilità, sperimentazione (attualmente in corso).

Risoluzione - Nel 2015, il Parlamento europeo, con un'apposita risoluzione, ha auspicato lo sviluppo di un Child Guarantee europeo con l'obiettivo di garantire che ogni minore in Europa a rischio di povertà o di esclusione sociale abbia accesso ad assistenza sanitaria e istruzione gratuita, abitazioni dignitose e nutrizione adeguata, in linea con la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Studio di Fattibilità - Nel 2017, la Commissione Europea ha avviato la seconda fase del Programma per esplorare il potenziale campo di applicazione del Child Guarantee commissionando uno studio di fattibilità, con lo scopo di esaminare e formulare proposte e raccomandazioni per combattere la povertà e l'esclusione sociale tra i minorenni e individuare i gruppi di bambini e adolescenti più vulnerabili.

Sperimentazione - La terza fase del Child Guarantee, iniziata nel 2020 e in corso fino al 2022, ha lo scopo di sperimentare in 7 Stati membri dell'Unione Europea - Italia, Grecia, Croazia, Bulgaria, Germania, Spagna, Lituania - programmi pilota che potranno essere possibili modelli di contrasto alla povertà minorile ed esclusione sociale dimostrandone la fattibilità. La Commissione Europea ha affidato all'UNICEF - Ufficio Regionale per l'Europa e l'Asia Centrale - il compito di collaborare con le autorità competenti degli Stati membri durante questa fase pilota.

La raccomandazione Child Guarantee

Il 24 marzo 2021 la Commissione Europea ha adottato la prima strategia europea integrata sui diritti dei minori, successivamente approvata dal Parlamento Europeo e da adottarsi in sede di Consiglio dell'Unione Europea. La raccomandazione guarda ai bambini non solo come soggetti portatori di diritti da garantire e come soggetti da rispettare e proteggere, ma anche e soprattutto come cittadini e leader di oggi e di domani.

Tale raccomandazione, assieme ai dati e risultati raccolti durante la fase di sperimentazione in corso, diventerà la base per **la creazione dei sistemi nazionali di garanzia per l'infanzia, anche attraverso lo sviluppo di piani nazionali d'azione dedicati, che gli Stati membri dovrebbero adottare per combattere povertà minorile ed esclusione sociale.**

La Child Guarantee si articola in quattro target e cinque aree di intervento.

I target sono (1) minori in contesti vulnerabili, (2) minori con disabilità, (3) minori con background migratorio o appartenenti a minoranze etniche e (4) minori fuori dalla famiglia, ad esempio in strutture residenziali.

Le aree di intervento riguardano invece (1) servizi di cura per la prima infanzia, (2) servizi educativi e attività scolastiche, (3) alimentazione sana e adeguata, (4) condizioni abitative dignitose e (5) assistenza sanitaria.

La proposta di raccomandazione individua anche alcuni meccanismi di governance e di comunicazione per rendere maggiormente efficaci le azioni proposte, tra i quali la nomina di coordinatori nazionali della garanzia per l'infanzia, la stesura di piani d'azione nazionali e lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e valutazione. Il monitoraggio sarà supportato dal Social Scoreboard dell'Eurostat, a cui si aggiungono due o tre indicatori dedicati al rischio di povertà relativa, educativa e all'esclusione sociale dei bambini.

Risorse economiche per l'attuazione della Child Guarantee

La nuova programmazione europea prevede che tutti i Paesi Membri dovranno destinare **almeno il 25% delle risorse del Fondo Sociale Europeo (FSE+) all'inclusione sociale, mentre almeno il 5% dei Fondi FSE+ dovrà essere destinato a misure di contrasto alla povertà infantile negli Stati, tra cui l'Italia che è al terzo posto, dopo la Romania e la Bulgaria, per livello di povertà ed esclusione sociale dei minori.**

Per l'Italia si prevede un investimento di circa 650 milioni di euro per i prossimi 7 anni. Attraverso il Piano di Azione ciascun Paese Membro dovrà programmare le azioni attingendo ai diversi fondi a disposizione. In particolare, le risorse dell'FSE dovranno essere integrate con quelle del bilancio nazionale e del Next Generation EU. Gli interventi che saranno realizzati nel quadro della Child Guarantee dovranno chiaramente raccordarsi con quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il PNRR, infatti, nelle sezioni sulle infrastrutture sociali e l'housing è del tutto in linea con gli obiettivi della Child Guarantee. Anche il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) contribuirà agli investimenti nelle infrastrutture, nelle attrezzature e nell'accesso a servizi generali e di qualità, con particolare attenzione alle regioni più povere dell'Unione, dove i servizi pubblici tendono a essere meno sviluppati.

Obiettivi e tipologie di interventi futuri nel quadro nazionale e internazionale

La Regione intende pianificare le azioni rivolte a bambini e adolescenti in linea con le disposizioni europee e nazionali in riferimento della Child Guarantee, ma anche con quelle internazionali del programma d'azione relativo agli obiettivi di sviluppo sostenibile, adottato con la Risoluzione n. 70 del 25 settembre 2015 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Una Risoluzione che chiede, infatti, agli Stati di attuare un quadro di obiettivi che si richiamano ai diritti sanciti nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC), a "diritti di nuova generazione" (equità intergenerazionale, identità soggettiva, sostenibilità delle politiche, ecc).

Dei target che costituiscono i 17 obiettivi, scritti per adulti e ragazzi, moltissimi possono essere ricondotti indirettamente alla promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; in un numero considerevole il riferimento è diretto a impegnare gli Stati ad assicurare ai bambini e alle bambine, ai ragazzi e alle ragazze l'accesso ai diritti fondamentali come la vita (ob. 2), la salute (ob. 3), l'acqua (ob. 6), l'energia (ob.7); a costruire città e comunità sostenibili (ob. 11), tutela dell'ambiente (ob. 13, 14, 15); a promuovere un'istruzione di qualità e di comunità educanti (ob. 4), pensando che investire nei bambini significa educare cittadini e consumatori responsabili (ob. 12), che possano crescere in un Paese in cui la pace e la giustizia siano garantiti (ob. 16) senza disparità di genere (ob. 5), lottando contro le crescenti povertà (ob. 1) e le disuguaglianze (ob. 10).

La Regione promuove gli interventi territoriali in materia di pianificazione per l'infanzia e l'adolescenza in un'ottica di tutela dei diritti e di sviluppo dei soggetti in età evolutiva, in linea con il **5° Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva** del mese di maggio 2021 promosso dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Le parole chiave di programmazione: **Educazione** formale e non formale, come strumento essenziale per garantire il benessere, psicologico e fisico, e lo sviluppo, sin dalla nascita, in sinergia fra pubblico e privato; **Equità** quale principio per contrastare la povertà assoluta, favorire l'inclusione sociale e garantire pari accesso alla tecnologia; **Empowerment** come strategia per coinvolgere, sviluppare e tutelare giovani cittadini consapevoli e attivi, per la gestione dei sistemi sociosanitari rispetto alle condizioni di vulnerabilità e per la programmazione e la valutazione delle politiche pubbliche di settore.

1.5.1. Povertà educativa

In Italia oltre 1 milione e 200mila minori vivono in povertà assoluta e altri 2 milioni sono in povertà relativa. La crisi economica post pandemia sta incidendo fortemente sulle condizioni di vita di bambini e ragazzi. Fino al 2005 erano gli anziani le persone più indigenti, oggi invece la povertà assoluta aumenta al diminuire dell'età.

La povertà economica è strettamente legata alla povertà educativa: le due si alimentano reciprocamente e si trasmettono di generazione in generazione.

La nozione di povertà educativa è stata introdotta da alcuni sociologi ed economisti alla fine degli anni '90 per sottolineare che la povertà è un fenomeno multidimensionale che non può essere ridotto alla sua componente strettamente economica. L'idea è stata ripresa da Save the Children che ha calcolato tra le regioni italiane l'indice di povertà educativa (IPE) e nell'ultima pubblicazione "Notare controcorrente" maggio 2018, posiziona la regione Abruzzo al 6° posto tra le regioni italiane con IPE più alto. La povertà educativa è intesa come la privazione per bambini e adolescenti di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni (Save the Children, La lampada di Aladino 2014). Gli indicatori riguardano soprattutto l'offerta educativa a scuola e fuori dalla scuola, tra i quali: accessi a teatri, mostre, concerti, lettura di libri, pratica di uno sport, ma anche il dato della dispersione scolastica ha notevole rilevanza nel calcolo dell'IPE.

La povertà educativa minorile è sicuramente un fenomeno multidimensionale, frutto del contesto economico, sociale, familiare in cui vivono i minori. I dati mostrano come povertà economica e povertà educativa si alimentino a vicenda, perché la carenza di mezzi culturali e di reti sociali riduce anche le opportunità occupazionali. Per questa ragione investire sulle politiche per l'infanzia e adolescenza e nella lotta alla povertà educativa è un investimento di lungo periodo, da monitorare anche in chiave territoriale.

Il profilo dei soggetti esposti ai maggiori rischi di povertà educativa è ampiamente noto: maschi, genitori con livelli ridotti di scolarità e in condizione di marginalità occupazionale o povertà economica, famiglie straniere, nuclei familiari monoparentali o sottoposti a condizioni di disagio sociale; e in Italia i rischi di povertà educativa sono molto maggiori nelle regioni meridionali.

In Italia il 12,5% dei minori di 18 anni si trova in povertà assoluta. Significa che oltre 1,2 milioni di giovani vive in una famiglia che non può permettersi le spese minime per condurre uno stile di vita accettabile. Di questi, mezzo milione abita nel Mezzogiorno. Un disagio economico che spesso si traduce in divario educativo. I più recenti dati Ocse-Pisa, elaborati dall'Università di Tor Vergata per Save the Children, ci indicano come i ragazzi delle famiglie più povere abbiano risultati in lettura e matematica molto inferiori ai coetanei. Non raggiunge le competenze minime in matematica e lettura il 24% dei ragazzi provenienti dalle famiglie più svantaggiate, contro il 5% di quelli che vivono in famiglie agiate. Un fenomeno negativo, perché porta le disuguaglianze economiche, educative, culturali e sociali a tramandarsi dai genitori ai figli. Il 61% dei quindicenni del quartile socioeconomico e culturale più alto ha raggiunto un livello di competenze che gli consentirà un apprendimento lungo tutto il resto della vita. Questa percentuale scende al 26% tra i ragazzi del quartile più basso. Ulteriori dati ci aiutano a contestualizzare la mancanza di occasioni educative, culturali e sportive tra i minori: il 53% non ha letto libri l'anno precedente, il 43% non ha praticato sport e il 55% non ha visitato musei o mostre (dati tratti da Openpolis, luglio 2020).

Contrasto del fenomeno a livello nazionale

Un'alleanza per contrastare questo fenomeno è stata messa in campo da Fondazioni di origine bancaria, Terzo Settore e Governo. Ad aprile 2016 il Governo e le Fondazioni di origine bancaria, rappresentate dall'ACRI - Associazione di Fondazioni e di Casse di risparmio, hanno firmato un Protocollo di Intesa per la costituzione del **"Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile"** (art. 1 comma 392 della legge 28 dicembre 2015, n. 208), destinato al sostegno di interventi sperimentali finalizzati a rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che impediscono la piena fruizione dei processi educativi da parte dei minori.

La governance del Fondo è affidata a un Comitato di Indirizzo Strategico, composto da quattro rappresentanti del Governo, quattro delle Fondazioni, quattro del Terzo Settore, due esperti in materie statistiche nominati dall'Isfol e uno da EIFE - Istituto Einaudi per l'economia e la finanza.

L'operatività del Fondo è stata assegnata dall'Acri all'**Impresa Sociale "Con i bambini"** - nata il 15 giugno 2016, società senza scopo di lucro interamente partecipata dalla Fondazione CON IL SUD.

Il Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile rappresenta un esempio di straordinaria innovazione sia sul piano dei contenuti, sia su quello del processo di "messa a sistema" di energie, risorse e competenze di natura pubblica e privata. Un modello virtuoso, replicabile e scalabile per future collaborazioni di attori di natura e caratteristiche diverse, ma che condividono un obiettivo comune di interesse generale.

La povertà educativa in Abruzzo

Nell'ambito del Fondo, per comprendere meglio il fenomeno e la portata della povertà educativa minorile in Italia, è nato l'**Osservatorio per il contrasto della povertà educativa minorile** curato in collaborazione tra Impresa sociale "Con i bambini" e Fondazione Openpolis.

L'Abruzzo viene inserito nella macroarea Mezzogiorno, ma rispetto a tale area geografica registra dei risultati piuttosto incoraggianti: ha il minor tasso di abbandono scolastico tra quelle meridionali, la percentuale più bassa di famiglie in disagio economico e un calo della popolazione minorile più limitato; l'offerta di musei in proporzione alla popolazione è maggiore, così come la presenza di edifici scolastici a progettazione antisismica. Tuttavia, l'Abruzzo sconta un calo demografico oltre

la media nazionale e l'offerta di asili nido è assolutamente insufficiente.

Calo della popolazione minorile

Nel 2017 il tasso di natalità in Italia è risultato il più basso d'Europa, con 7,6 nati ogni 1000 residenti. Ciò ha determinato, di conseguenza, una riduzione del numero di minori sul territorio: d'altra parte, dal 2012 al 2019 si è registrata una contrazione del 3,2%. Un dato che varia all'interno del Paese e che si aggrava lievemente in Abruzzo, sebbene il dato sia migliore rispetto alle altre regioni del sud. Il calo dei minori in Abruzzo si attesta al 3,9%; la provincia di Teramo (-5,3% in 7 anni) e quella di Chieti (-4,7%) fanno registrare dati peggiori rispetto a questa soglia; al contrario, la provincia dell'Aquila (-2,9%) e quella di Pescara (-2,3%) segnano dati migliori rispetto alla media regionale e nazionale.

A Chieti e provincia i minori diminuiscono di più: 2.873 in meno dal 2012 al 2019, mentre a Teramo il calo è leggermente più contenuto: 2.655 in meno. Seguono L'Aquila, con una riduzione di 1.302, e Pescara (- 1.213). Ovviamente, all'interno di ciascun territorio il fenomeno incide in modo diverso da un comune all'altro.

Drammatici i dati in alcuni piccoli comuni delle aree interne che vanno spopolandosi: Tione degli Abruzzi -41,67%, Bisegna -52,94%, Cocullo -26,67%, Calascio -33,33%, Caporciano -43,48%, Collepietro -31,03%, Castel di Ieri -30%, Anversa degli Abruzzi -40,91%, Secinaro -32,08%, Villalago -33,33%, Pereto -35,42%, Villetta Barretta -27,36%, Lucoli -25,34%, Pescocostanzo -12,88%, Roccaraso -16,25%, Scanno -15,25% e così via.

Famiglie in disagio economico - La crisi economica del 2008 ha causato l'aggravarsi delle condizioni delle famiglie, in particolare di quelle con figli, che devono far fronte a maggiori spese. L'Osservatorio sottolinea come bambini e ragazzi che provengono da contesti svantaggiati rischiano di vedersi preclusi alcuni servizi educativi o opportunità formative: dagli asili nido allo scuolabus al servizio mensa, dalla pratica di uno sport alle visite nei musei. L'ultimo censimento ha stimato che in Italia circa il 3% delle famiglie vive in una situazione di potenziale disagio economico. Si tratta di nuclei familiari con figli, dove nessun componente è occupato o ritirato dal lavoro. Un fenomeno che si aggrava nel sud del Paese ma migliora in Abruzzo, dove la percentuale di famiglie in disagio è inferiore alla media nazionale. I dati più recenti relativi a questo indicatore risalgono all'ultimo censimento del 2011. Tuttavia, sono comunque utili a ricostruire la portata del fenomeno a livello locale. Nessuna delle province abruzzesi supera la media nazionale, pari a 2,7 famiglie in disagio su 100. La quota più alta si registra a Pescara (2,2%), seguita da Teramo (2%), in linea con la media regionale. Fanno registrare dati più che positivi la provincia di Chieti e la provincia dell'Aquila, a quota 1,9 famiglie in disagio ogni 100. A quota 1,2%, il comune di L'Aquila è al di sotto della media provinciale per presenza di famiglie in disagio. Allo stesso modo, anche i territori confinanti con il capoluogo presentano perlopiù una bassa incidenza del fenomeno. È al di sopra della media invece l'altro polo della provincia, Avezzano (2,4%), così come i comuni ad esso limitrofi. Tra questi Castellafiume, che registra il livello più alto di tutta la provincia: 6,6 famiglie in disagio ogni 100.

Asili nido e i servizi per la prima infanzia

Questi servizi costituiscono un'opportunità educativa importante per i bambini in una fascia di età, quella tra 0 e 2 anni, cruciale per porre le basi dell'apprendimento. Oltre al valore educativo, questo servizio costituisce la prima occasione di socialità e di riduzione delle disuguaglianze, fondamentale in particolare per i bambini provenienti da contesti svantaggiati. Secondo i dati più recenti al 2017, il nostro Paese ha un'offerta complessiva pari a 24,7 posti in asili nido ogni 100 residenti tra i 0 e i 2 anni. L'Abruzzo ha una copertura del servizio inferiore di circa 3 punti alla media nazionale. All'interno della regione, inoltre, il dato si riduce ulteriormente nelle province di Pescara e dell'Aquila. Con 2.227 posti offerti per oltre 8.500 bambini, la provincia di Chieti ha una copertura di asili nido del 26,1%: l'unica a superare la media nazionale (24,7%) oltre a quella regionale (21,6%). Segue la provincia di Teramo con un'offerta lievemente inferiore (22,9%), che comunque supera il dato medio della regione. Chiudono la classifica, come detto, la provincia di Pescara (19,1%) e dell'Aquila (17,4%). Con 277 posti per circa mille residenti 0-2, il comune di Chieti presenta una copertura di asili nido del 28,7%; con questa quota, il capoluogo supera di 2,6 punti la media provinciale. Livelli

alti si registrano anche nei comuni limitrofi al capoluogo e in generale nei territori più centrali della provincia. Situazione completamente diversa, invece, quella del 63% dei comuni, dove è del tutto assente il servizio asili nido; si tratta per la maggior parte di territori totalmente montani. Con un totale di 7 strutture, il comune di L'Aquila offre un posto in asili nido al 18,9% dei residenti 0-2, un dato che supera di 1,5 punti la media provinciale (17,4%), ma che è inferiore di 9 punti alla copertura dell'altro comune polo, Avezzano (28,1%). Gli altri comuni dotati di asili nido sono dispersi nella provincia, circondati da territori del tutto privi di strutture. Tra i primi, alcuni hanno un'offerta molto ampia rispetto al proprio numero di residenti 0-2, come Castelvechio Subequo (166,7%) e Oricola (173,1%). Tuttavia, la totale mancanza del servizio riguarda un'area troppo estesa del territorio: l'81% dei comuni.

Abbandono scolastico

Nel 2018 in Italia, il 14,5% dei giovani tra i 18 e i 24 anni ha lasciato il proprio percorso educativo prima di conseguire il diploma. Un dato negativo, che colloca il nostro Paese al quarto posto in Europa per incidenza del fenomeno e che si aggrava ulteriormente nelle maggiori regioni del sud.

L'Abruzzo si distingue positivamente, con una percentuale di abbandoni inferiore di circa 6 punti alla media nazionale: 8,8%. Tra le province abruzzesi, solo L'Aquila supera la media regionale attestandosi al 10,90% (Pescara è al 6%, Chieti al 4,90% e Teramo al 7,50%).

Al fine di osservare il fenomeno a livello comunale in provincia dell'Aquila, Openpolis ha dovuto considerare un indicatore diverso da quello europeo: si tratta di quello utilizzato da Istat al censimento 2011, che considera per ogni comune la percentuale di giovani tra 15-24 anni senza diploma e al di fuori di percorsi di studio o formazione. Nel comune di L'Aquila sono 7,3 su 100 i residenti 15-24 con solo la licenza media. Un dato inferiore, anche se di poco, a quello dell'altro comune polo, Avezzano (9,7%). Tra i centri più popolosi, l'abbandono è più frequente a Celano (17,8%) e meno a Sulmona (6,3%). Complessivamente le percentuali maggiori di uscita precoce dagli studi si registrano in comuni poco popolosi, alcuni dei quali confinanti con il capoluogo, come Barisciano (20,6%) e Lucoli (20,8%).

Edifici scolastici antisismici

In Abruzzo sono 91 i comuni classificati come a maggior rischio terremoto. Per quanto riguarda gli altri territori, 158 appartengono alla zona 2, dove forti terremoti sono possibili, e i restanti 56 alla zona 3, dove forti terremoti sono meno probabili. Nei comuni abruzzesi appartenenti alla zona 1 – quella di massimo rischio – solo il 50% degli edifici scolastici è antisismico. Una quota limitata, ma che risulta comunque il doppio rispetto alla media nazionale, pari al 25,6%. Anche considerando le altre due zone a rischio inferiore, la percentuale media di scuole antisismiche in Abruzzo è superiore a quella nazionale. Tra le province abruzzesi, L'Aquila ha il maggior numero di comuni appartenenti alla zona 1, quella con il più alto rischio di forti terremoti. Tra i territori più popolosi classificati come zona 1, Avezzano presenta il 50% degli edifici scolastici antisismici, superando di poco la media del 46%. Al di sopra di questa soglia anche Sulmona, a quota 65% circa. Il comune di L'Aquila è invece considerato zona 2, cioè un territorio dove i forti terremoti sono possibili. Sono 8 su 60, il 13,3%, gli edifici scolastici a progettazione antisismica nel capoluogo di Regione.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per il contrasto della povertà educativa

La povertà educativa non è solo legata alle cattive condizioni economiche, ma investe anche la dimensione emotiva e quelle della socialità e della capacità di relazionarsi con il mondo. È un fenomeno che, di fatto, incide sul futuro della regione e riguarda dunque anche la dimensione più generale dello sviluppo. Ecco perché è necessario porre attenzione al tema della povertà educativa, mettere al centro il minore e promuovere il valore della comunità educante.

La nuova programmazione promuove azioni di rafforzamento per contrastare la povertà educativa agendo sui diversi fattori determinanti per:

- promuovere e implementare le azioni innovative di sostegno alla genitorialità (parental involvement, genitorialità positiva, ecc.); nella letteratura internazionale, uno dei mantra della pre-

venzione della povertà educativa è il coinvolgimento dei genitori;

- rafforzare il partenariato con gli Enti del Terzo Settore del territorio per la realizzazione di progetti vincitori dei Bandi Pubblici istituiti dall'Impresa Sociale Con i Bambini, e auspicare una maggiore collaborazione per un lavoro di rete con il Terzo Settore anche per i prossimi bandi afferenti al Fondo di contrasto alla povertà educativa, che possano prevedere progettualità di prevenzione e contrasto al fenomeno sul territorio regionale.

1.6. PIPPI - Programma di intervento per la prevenzione istituzionalizzazione dei minori

Il programma PIPPI nasce dalle molteplici esperienze che sono in atto sia in Europa sia nel Nord America, con particolare riferimento ad alcuni programmi realizzati da oramai più di una decina d'anni in Québec, quali il programma Grandir ensemble (Young, 2009), il Programma PAPFC (La-Charité, 2005), l'iniziativa del Governo del Québec denominata AIDES (Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité, Chamberland, 2010), che ha lo scopo di favorire e sostenere i percorsi di collaborazione tra l'insieme dei servizi e delle reti sociali che operano a favore dei bambini da 0 a 9 anni esposti a molteplici fattori di rischio, basata sull'esperienza del Governo inglese dell'implementazione di Looking After Children (LAC, Gray, 2002). Nella maggior parte dei Paesi occidentali molti operatori e ricercatori stanno mettendo a punto programmi di *home intensive care* rivolti alle famiglie vulnerabili, con la finalità di diminuire il numero di residenzialità esterne dei bambini dalle loro famiglie. In Francia addirittura la L. 5.03.2007, n. 293, Riforma della protezione dell'infanzia, parla di Placement à domicile (allontanamento a casa), sancendo un modo di lavorare con i bambini a rischio centrato sul cambiamento dei loro genitori.

PIPPI e il contesto europeo

Il programma è stato avviato nel contesto dell'attuale legislazione europea (CRC1989 -artt. 3, 9, 12, 18 e 20 nello specifico, EU2020 Strategy, REC. 2006/19, REC. 2013/778), che riconosce il sostegno alla genitorialità come strategia essenziale per «rompere il circolo dello svantaggio sociale e assicurare ai bambini a good start nella vita», e della legislazione italiana che sottolinea l'importanza di far crescere i bambini all'interno delle famiglie (L.1Q9/2001). In questo senso PIPPI si situa all'interno dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. L'UNICEF, nella Innocenti Report Card 1Q, ha individuato 10 fra i 17 Obiettivi più rilevanti per l'infanzia nei Paesi ad alto reddito. Fra questi, i seguenti 4 incrociano direttamente le tematiche affrontate da PIPPI: obiettivo 1: povertà zero; obiettivo 4: istruzione di qualità; obiettivo 10: ridurre le disuguaglianze; obiettivo 16: pace giustizia e istituzioni forti. La vulnerabilità non è tanto un problema delle famiglie, quanto un problema delle condizioni sociali, economiche e culturali che contribuiscono a generarla, attraverso il cosiddetto "circolo dello svantaggio sociale" (REC 2013/112/UE): la bassa istruzione genera bassa occupazione, la bassa occupazione basso reddito; il basso reddito, e quindi la condizione di povertà economica, genera povertà educativa e sociale.

Il Programma PIPPI

Il Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione nasce nel 2010, risultato di una collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, 10 Città italiane (riservatarie del fondo della legge 285/1997) e i servizi sociali e la rete territoriale che si occupa di protezione e tutela minori. Ma l'acronimo P.I.P.P.I. ricorda anche l'allegria, la simpatia e la forza di Pippi Calzelunghe, una bambina che viveva da sola in una casa in rovina, con una situazione familiare alquanto insolita. Pippi è il simbolo che meglio rappresenta il programma PIPPI perché in esso si vuole valorizzare la forza dei bambini che vivono in situazioni familiari insolite e supportare le famiglie che hanno difficoltà a rispondere in modo adeguato ai normali bisogni di crescita dei loro figli.

Il Programma persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette negligenti, propone linee d'azione innovative nel campo del sostegno alla genitorialità vulnerabile al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origi-

ne. La finalità primaria è dunque quella di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo, secondo il mandato della legge n. 149 del 28 marzo 2001.

A novembre 2018, il decreto Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) ha stabilizzato e finanziato PIPPI nelle politiche per l'infanzia e l'adolescenza per i prossimi anni. Dopo otto anni di azioni sperimentali, PIPPI è divenuto così strutturale al sistema dei servizi. **Si tratta di un esempio in cui un'attività di ricerca, integrata alla formazione e all'intervento degli operatori nei servizi, ha potuto impattare ed entrare a pieno titolo nelle politiche nazionali e quindi nel sistema dei servizi.**

Reddito di Cittadinanza e modello PIPPI

Nel 2019 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in particolare la Direzione Generale per la lotta alla povertà e la programmazione sociale, ha firmato un accordo della durata triennale 2019/2021 con il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova - LabRIEF, per favorire l'efficace implementazione del REI e del Reddito di Cittadinanza e il rafforzamento dei servizi. LabRIEF estende l'applicazione del modello di PIPPI, opportunamente adattato, alle famiglie beneficiarie del REI /RdC, capitalizzando così la proficua esperienza pluriennale maturata nel lavoro con le famiglie, con gli Ambiti Territoriali e i servizi sociali ed educativi, attraverso azioni di ricerca e di formazione degli operatori dei servizi (gli assistenti sociali e gli altri professionisti) coinvolti nelle équipes multidisciplinari nella valutazione multidimensionale. Il D.Lgs. 147/2017 e il D.Lgs. 4/2019 prevedono infatti che ogni nucleo familiare possa accedere a una valutazione multidimensionale del bisogno e indicano la metodologia PIPPI come base per costruire tale valutazione. (Il quaderno della Formazione - a cura di A. Petrella e P. Milani, I quaderni dei Patti dell'Inclusione Sociale - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Università degli studi di Padova, anno 2020).

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per il programma PIPPI

Nel 2021 l'implementazione del programma è arrivata alla decima edizione con PIPPI 10 e, a seguito di 6 anni di sperimentazione del Programma, si sono sviluppate, negli Ambiti Territoriali che hanno avuto modo di prendere parte a più di una sperimentazione, esigenze di implementazione diversificate volte soprattutto a creare azioni innovative nel lavoro dei servizi, volte a integrare gli elementi chiave del metodo e dell'organizzazione di PIPPI negli assetti tecnici, organizzativi e istituzionali, in maniera stabile.

Gli obiettivi prioritari della nuova programmazione sociale 2022-2024 sono:

- recepire gli indirizzi del nuovo PSN 2021-2023 che rende strutturale con le risorse del FNPS dal 2018; PIPPI è stato inserito nel PNRR nella Missione 5 Sociale: Estensione sperimentazione PIPPI per famiglie e minori vulnerabili, prevedendo l'ampliamento del modello ad altri 400 ambiti sociali, coinvolgendo complessivamente 465 ambiti a livello nazionale;
- promuovere il Modello PIPPI di Intervento Multidisciplinare e integrato sul territorio con la finalità di estendere a tutti gli ADS la metodologia di lavoro di presa in carico delle famiglie vulnerabili, che spesso si connotano come famiglie "multiproblematiche": più componenti del nucleo familiare manifestano disturbi di tipo psicologico, fisico e sociale.

1.6.1. Interventi di assistenza educativa domiciliare e territoriale

La legge regionale n. 15 del 14 febbraio 1989 - Norme per l'organizzazione e la gestione di interventi e servizi socioassistenziali in favore di minori, disciplina il servizio di assistenza educativa domiciliare. Una modalità di intervento di sostegno educativo e genitoriale in favore delle famiglie, intesa nella loro interezza e complessità, che assicura ai nuclei svantaggiati del territorio l'attuazione della L. 285/97 e della L. 328/00.

Il sostegno al nucleo familiare di origine ha proprio il fine di promuovere processi di responsabilizzazione, di migliorare le reciproche relazioni, di favorire l'integrazione della famiglia nel più

ampio contesto sociale e di ridurre, al tempo stesso, il ricorso all'istituzionalizzazione, con conseguente ricaduta in termini di benessere sociale, economicità, efficienza ed efficacia dell'intervento. Obiettivo prioritario di tali interventi è evitare l'allontanamento del minore dal proprio nucleo d'origine, salvaguardando quindi le relazioni familiari significative e funzionali al benessere di quest'ultimo. È un servizio a forte valenza preventiva e si caratterizza come intervento di rete finalizzato a facilitare il riconoscimento dei bisogni/problemi dei minori da parte dei familiari, riattivare e sviluppare la comunicazione e le relazioni interpersonali, promuovere le capacità genitoriali e l'assunzione delle responsabilità educative e di cura, salvaguardando o recuperando quanto più possibile la qualità del rapporto genitori-figli.

L'intervento pedagogico attuato attraverso il servizio di Educativa Domiciliare persegue obiettivi sia di prevenzione sia di sostegno diretto ai minori, al fine di tutelare, accompagnare, promuovere le risorse personali, e alle loro famiglie per supportare e rafforzare le risorse genitoriali.

Gli interventi previsti nell'ambito del servizio di Educativa Domiciliare si suddividono in:

- interventi atti a favorire processi di responsabilizzazione dei ruoli attraverso: il supporto pedagogico, il sostegno psicologico e relazionale alle singole figure genitoriali e ai minori, le azioni che consentano al nucleo familiare di utilizzare adeguate modalità di comunicazione, il tutoring, le azioni che promuovono l'integrazione e l'inserimento sociale della famiglia sul territorio, le azioni di supporto alla gestione del ménage familiare;
- interventi educativi rivolti direttamente al minore, in rapporto all'età degli stessi, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo personale e i rapporti con i membri del nucleo familiare e del contesto socioambientale di riferimento (cura di sé e gestione dei propri spazi di vita, capacità di gestire il materiale scolastico e l'organizzazione nello studio, accompagnamento nelle relazioni con il gruppo dei pari, accompagnamento allo sviluppo di autonomie attraverso esperienze pratiche in vari settori);
- interventi di sostegno alla famiglia nello svolgimento delle sue funzioni educative e di cura attraverso l'educazione all'ascolto e la comprensione dei bisogni del minore, la definizione condivisa e la reciproca osservazione delle regole educative, la funzione di mediazione delle relazioni familiari, il sostegno ai genitori nell'imparare a gestire il rapporto con i servizi e le istituzioni, la funzione di stimolo e traduzione pratica nella gestione delle risorse e dell'organizzazione familiare dei principi educativi e del rispetto dei componenti del nucleo, le attività di coordinamento e di mediazione con le agenzie socioeducative e ricreative del territorio;
- interventi di promozione dell'autonomia dei genitori nell'accesso a prestazioni e servizi socio-sanitari, la funzione di collegamento con l'intera rete dei servizi, la creazione di una rete formale e informale di supporto alla famiglia.

Il servizio di **Educativa Domiciliare** si configura, quindi, come una risorsa preziosa per consentire ai bambini e agli adolescenti di continuare a crescere nelle loro famiglie, supportati dall'intervento socioeducativo di specifiche professionalità, che guidano ogni singolo membro della famiglia verso un processo di consapevolezza, responsabilizzazione e autonomia sociale.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per il servizio educativo minori

- Incrementare i progetti educativi individuali sui minori, coinvolgendo le famiglie in un'ottica di lavoro di équipes multidisciplinare secondo il modello PIPPI nel quale il bambino/adolescente è messo al centro dell'intervento e tutta la sua famiglia partecipa attivamente, assieme all'équipe, alla progettazione di ogni azione che riguarda il nucleo, che viene co-costruita in rete con le diverse realtà educative e sociali del territorio. Un modello innovativo di *welfare partecipato* fondato sull'integrazione tra servizi e i soggetti coinvolti.

Gestione interventi per il contrasto alla violenza sui bambini

Secondo la definizione di WHO, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, "il maltrattamento infantile, in alcuni casi definito come abuso infantile e trascuratezza, include tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, trascuratezza e sfruttamento che risulti in effettivo o

potenziale danno per la salute, lo sviluppo o la dignità dei bambini”. In particolare, con il termine “trascuratezza” si fa riferimento a un’inadeguata attenzione da parte dei genitori o caregiver ai bisogni di bambini/e in termini evolutivi, fisici, emotivi, sociali ed educativi.

Si tratta di un fenomeno molto più esteso di quanto si possa immaginare, sia a livello globale sia nazionale, che produce importanti e spesso drammatiche conseguenze sulla personalità e la salute dei bambini/e, ma soprattutto dei futuri adulti (Vite in Bilico - Indagine retrospettiva sui maltrattamenti e abusi in età infantile, a cura di D. Bianchi e E. Moretti – Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l’Infanzia e l’Adolescenza – Ministero della Solidarietà Sociale e Istituto degli Innocenti Firenze, ottobre 2006).

Nel mondo, nel 2015, circa tre bambini/e su quattro (1,7 miliardi di minori) hanno vissuto una qualche forma di violenza interpersonale. In particolare, 1,3 miliardi di bambini/e sono stati sottoposti a qualche forma di punizione corporale, 261 milioni di scolari hanno sperimentato violenza da parte dei loro coetanei, mentre 100.000 bambini/e sono stati vittime di omicidio.

La maggior parte degli episodi di violenza sui bambini/e avviene all’interno della famiglia, che rappresenta quindi il luogo più pericoloso: tra il 60% e il 70% dei bambini/e tra i 2 e i 14 anni di età ha vissuto episodi di violenza emotiva da parte dei propri caregiver e, nei soli Paesi industrializzati, circa il 58% dei bambini/e ha subito una qualche forma di disciplina violenta in casa.

Come nel resto del mondo, anche in Europa il maltrattamento e la trascuratezza sono fenomeni diffusi e potenzialmente sottostimati. Secondo WHO-European Region, circa 55 milioni di bambini sono vittime di maltrattamento nell’Unione: nel 9,6% dei casi il maltrattamento assume la forma di abuso sessuale, nel 16,3% dei casi di trascuratezza fisica, nel 18,4% dei casi di trascuratezza emotiva e, infine, nel 22,9% dei casi il maltrattamento assume la forma di abuso fisico, nel 29,6% dei casi quella di abuso emotivo.

Per quanto riguarda gli omicidi, si stima che il maltrattamento sui minori nell’Unione Europea sia la causa di oltre 700 morti di bambini/e sotto i 15 anni di età che si potrebbero evitare ogni anno.

Per quanto riguarda l’Italia, l’Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti ha stimato che nel nostro Paese 45 minorenni su 1.000 sono seguiti dai servizi sociali.

Di questi, si stima che i bambini/e vittime di maltrattamento siano 77.493. Si tratta dei dati della seconda Indagine nazionale sul maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia, realizzata da Terre des Hommes e CISMAI – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia per l’Autorità garante dell’infanzia e adolescenza. In Italia sono quasi 402.000 i minori in carico ai servizi sociali e di questi, 77.493 sono vittime di maltrattamento.

L’indagine, realizzata tra luglio 2019 e marzo 2020 su dati del 2018, si conferma un’esperienza robusta e significativa dal punto di vista statistico: ha coperto un bacino effettivo di 2,1 milioni di minorenni residenti nei 196 comuni italiani coinvolti e selezionati dall’ISTAT.

La forma di maltrattamento principale è rappresentata dalla patologia delle cure (incuria, discoria e ipercura) di cui è vittima il 40,7% dei minorenni in carico ai servizi sociali, seguita dalla violenza assistita (32,4%). Il 14,1% dei minorenni è invece vittima di maltrattamento psicologico, mentre il maltrattamento fisico è registrato nel 9,6% dei casi e l’abuso sessuale nel 3,5%.

Se ad essere seguiti dai servizi sociali, in generale, sono soprattutto i maschi, bambine e ragazze sono più frequentemente in carico per maltrattamento (sono 201 su 1000, rispetto a 186 maschi). Anche gli stranieri lo sono di più rispetto agli italiani: ogni 1000 bambini vittime di maltrattamento, 7 sono italiani e 23 stranieri.

Quanto alla fonte della segnalazione del maltrattamento, per la maggior parte dei casi è l’autorità giudiziaria ad attivarsi in tal senso (42,6%). Seguono, agli ultimi posti, ospedali e pediatri.

L’intervento dei servizi sociali risulta più frequente al nord che al sud e nel 65,6% dei casi ha una durata maggiore di 2 anni. Di fronte a queste segnalazioni, i principali interventi adottati dai Comuni sono l’assistenza economica e l’assistenza domiciliare (rispettivamente per il 28,4% e 23,9% dei casi, ossia un totale del 52,3% dei casi), a cui si ricorre molto di più rispetto all’allontanamento del minore dal nucleo familiare (in totale il collocamento in comunità e l’affido familiare si attestano sul 35%).

Grande novità introdotta dall’Indagine è la possibilità di comparare i dati relativi al maltrattamento sui bambini e gli adolescenti su un campione di 117 comuni che avevano preso parte anche alla rilevazione del 2015 (dati 2013).

I dati raccolti raccontano un aumento del fenomeno sotto ogni profilo: cresce sia il numero dei mi-

norenni in carico ai servizi in generale, sia il numero di quelli in carico per maltrattamento. Parliamo di un +3,6% di bambini e ragazzi in carico ai servizi sociali in generale e di un + 14,8% di bambini e ragazzi in carico perché maltrattati.

Prevenire e arginare il maltrattamento sui bambini significa anche prevenire e arginare il fenomeno della violenza contro le donne, dato il loro stretto legame.

Nel mondo, circa il 30% delle donne con più di 15 anni è stata infatti vittima di violenza domestica; in Europa si stima che una donna su tre (33%) abbia subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita e che il 43% delle donne nei 28 Stati dell’UE abbia vissuto una qualche forma di violenza domestica da parte di un partner nel corso della propria vita. Dato che solo il 33% delle donne europee abusate dal partner si rivolgono alle autorità (il 12,2% in Italia), la problematica è seriamente sottostimata come nel caso del maltrattamento sui bambini. Inoltre, sia la violenza contro le donne sia il maltrattamento all’infanzia sono caratterizzati da fattori di rischio comuni, quali nuclei familiari con frequenti conflitti coniugali, stress economico, disoccupazione maschile, presenza di padri non biologici, uno scarso livello di istruzione o l’abuso di alcolici da parte degli adulti.

Il fenomeno della violenza assistita viene definito dal CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia): per “**violenza assistita da minori in ambito familiare**” deve intendersi il fare esperienza, da parte del bambino, di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Si precisa inoltre che il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente, quando questi avvengono nel suo campo percettivo, e/o indirettamente, quando il minore ne è a conoscenza.

Il sistema di protezione esistente nei confronti dei minori vittime di violenza assistita in ambito domestico, laddove la stessa non sfoci in una fattispecie di omicidio, resta ancora debole e per lo più disomogeneo sul territorio nazionale. Gli stessi godono di una tutela di carattere “derivato”. In effetti le azioni legislative esaminate (la legge n. 4/2018, la legge di bilancio 2018 e 2019 e la legge n. 69/2019 ecc.) hanno introdotto misure in esclusivo favore degli orfani di crimini domestici e delle famiglie affidatarie degli stessi.

Solo la legge n. 69/2019, nel modificare l’articolo 572 del c.p., riconosce in via generale la qualifica di “persona offesa” al minore che assiste a qualsiasi atto di maltrattamento familiare.

A questa tematica è legata quella degli **orfani di crimini domestici**: la legge n. 4/2018 (art.1) definisce come tali i figli minori o i figli maggiorenni economicamente non autosufficienti rimasti orfani di un genitore a seguito di omicidio commesso in danno dello stesso genitore dal coniuge, anche legalmente separato o divorziato, dall’altra parte dell’unione civile, anche se l’unione civile è cessata, o dalla persona che è o è stata legata da relazione affettiva e stabile convivenza.

L’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza, con prot. 1013 del 3 maggio 2019, ha redatto un documento *Segnalazione buone pratiche e misure da adottare nei confronti degli orfani di crimini domestici e delle famiglie che li hanno in carico*, che richiama sul punto le raccomandazioni del Comitato Onu sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza del febbraio 2019.

In tale contesto solo di recente, con la legge n. 4 del 2018, si assiste a un decisivo passo in avanti nella creazione di uno specifico sistema normativo di tutela degli orfani, minorenni e maggiorenni economicamente non autosufficienti, di crimini domestici.

Con la successiva legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019) e la legge 19 luglio 2019, n. 69 che ha introdotto il cosiddetto “codice rosso” 119, sono state disposte le prime misure espressamente rivolte alle famiglie affidatarie degli orfani di crimini domestici: la legge di bilancio 2019 ha previsto specifiche risorse economiche in favore delle stesse e la legge n. 69/2019 ha rinforzato ed esteso le misure di tutela sia degli orfani di crimini domestici sia delle famiglie affidatarie dei medesimi.

Regione Abruzzo e Indice regionale del Maltrattamento all’infanzia (dati 2021 elaborati da Cesvi)

Per quanto riguarda l’Italia, secondo dati ISTAT, dal 1° marzo al 16 aprile 2020 c’è stato un aumento del 73% delle chiamate al numero verde nazionale antiviolenza 1522 rispetto allo stesso periodo del 2019 (ISTAT, 2020); un dato che potrebbe quindi indicare anche un potenziale aumento dei casi di maltrattamento infantile.

Nel corso della pandemia che ha segnato il terribile 2020, nelle famiglie più fragili è aumentata in

modo preoccupante la conflittualità, con il rischio di incremento della violenza contro le donne e della violenza assistita e subita dai minori. È questo il quadro allarmante che emerge dalla quarta edizione dell'Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia, curato da Fondazione Cevoli.

In questo quadro l'Abruzzo è nelle regioni ad elevato rischio, 15esimo in Italia, con indice negativo, in uno studio in cui emerge l'immagine di un'Italia a due velocità: al sud il rischio legato al maltrattamento è più alto e l'offerta di servizi sul territorio è generalmente carente o di basso livello. Opposta la situazione al nord.

L'analisi è realizzata sia sui fattori di rischio sia sui servizi mediante la selezione di 64 indicatori statistici, raggruppati per capacità secondo la teoria dell'“Approccio delle capacità nella prospettiva allo Sviluppo Umano”.

Le sei capacità in base alle quali sono stati aggregati e analizzati gli indicatori selezionati sono: cura di sé e degli altri; vivere una vita sana; vivere una vita sicura; acquisire conoscenza e sapere; lavorare; accedere alle risorse e ai servizi.

La “capacità di cura di sé e degli altri” comprende l'insieme dei comportamenti umani dediti al mantenimento e allo sviluppo del benessere, di sé o degli altri, dei propri figli, compagni, parenti, amici. Otto gli indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi: fecondità giovanile (per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni), età media del padre, famiglie monogenitoriali, persone soddisfatte della propria vita, persone soddisfatte delle relazioni familiari, donne che usano metodi contraccettivi moderni, numero di separazioni e famiglie numerose con più di cinque componenti.

L'andamento generale di questi indicatori rispetto alla dimensione territoriale conferma, per il quarto anno consecutivo, il Trentino-Alto Adige come la regione con i fattori di rischio di maltrattamento all'infanzia più bassi. A seguire la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna. Le regioni con maggiore criticità, misurata rispetto alla distanza dalla media nazionale, risultano essere la Puglia, la Sicilia e la Campania.

L'Abruzzo è quint'ultimo, con indice negativo a -0,226.

I fattori di rischio relativi alla capacità di cura di sé e degli altri trovano nei “servizi territoriali a vocazione sociale” un potente fattore protettivo. Gli indicatori relativi a questo tipo di servizi disponibili riguardano: il numero di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico ospiti dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, il numero di consultori materno infantili, il numero di utenti dei servizi a sostegno della genitorialità, dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza residenziale, oltre ai servizi sociali professionali per l'area famiglia e minori.

Anche in questo caso l'Abruzzo è nelle regioni a rischio con indice -0,231.

I servizi di cura relativi ai minori che agiscono da fattori protettivi e adattivi rispetto a prevenzione e maltrattamento sui bambini sono rappresentati attraverso 5 indicatori: il numero di posti autorizzati per i servizi socioeducativi per la prima infanzia (ogni 100 bambini tra 0 e 2 anni), la percentuale di bambini tra i 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia per regione, il numero di utenti di servizi per l'infanzia per affidi e adozione ogni 100.000 minori, il numero di minori ospiti dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari ogni 100.000 minori, il numero di utenti dei servizi di sostegno socioeducativo ogni 100.000 minori.

La proiezione territoriale vede tra le regioni con maggiore disponibilità di servizi la Liguria, seguita da Emilia-Romagna, Piemonte, Umbria e Valle d'Aosta. Tra le Regioni con maggiori criticità la Calabria, la Campania e il Lazio.

Anche in questo caso l'Abruzzo è quint'ultimo con indice -0,379.

La ricerca ha poi monitorato i “servizi diretti ai bambini e minori”; la cura e la prevenzione dei disturbi della salute relativamente ai sintomi di potenziale maltrattamento vengono descritte attraverso tre indicatori di servizi: il tasso di dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere per popolazione al di sotto dei 17 anni, la presenza di pediatri nei territori per ogni 10.000 bambini al di sotto dei 15 anni e la presenza dei consultori familiari nei territori, con riferimento all'utenza di gravidanze precoci di ragazze under 18.

La rilevazione territoriale mostra alla prima posizione la Sardegna, seguita dalla Valle d'Aosta, la Toscana e l'Emilia-Romagna, mentre alle ultime si trovano la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e il Piemonte.

L'Abruzzo in questo caso eccelle con indice positivo 0,155.

Altri fattori di rischio relativi alla “capacità di vivere una vita sana” dei bambini sono riconducibili

li a sintomi che la letteratura internazionale ha individuato come segnali importanti di possibile maltrattamento da parte degli adulti. Gli indicatori disponibili per descriverli sono: le gravidanze precoci, l'obesità infantile, il fumo, il consumo di alcol e di droghe in età giovanile.

Il Trentino-Alto Adige si conferma per il quarto anno consecutivo la regione con i minori fattori di rischio; seguono la Lombardia, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e il Lazio.

Tra le regioni con i più significativi peggioramenti rispetto alla precedente edizione si possono notare il Molise (-6 posizioni), la Sardegna (-4 posizioni), la Liguria e l'Abruzzo (-3 posizioni), ma in questo caso l'Abruzzo è nella media, di pochissimi punti decimali dalle regioni a basso rischio.

Disposizione regionali in merito alla violenza sui minori

La Regione Abruzzo con DGR n.725/C del 26 giugno 2006 è intervenuta nella lotta contro ogni forma di maltrattamento e abuso a danno di minori a tutela dei minori vittime, anche quando questi siano vittime di violenza assistita, pubblicando delle *Linee guida regionali in materia di maltrattamento e abuso in danni dei minori*. Nel documento vengono definiti gli indirizzi operativi per gli operatori dei servizi territoriali, sociosanitari, scolastici ed educativi, per realizzare interventi che siano tempestivi, uniformi e intersettoriali; con l'istituzione dei Nuclei Tutela Minori (NTM) su base provinciale come polo qualificato nell'ambito del maltrattamento e abuso all'infanzia, attraverso un protocollo d'intesa operativo tra Comune capoluogo, la Asl, l'USSM. I NTM dovranno essenzialmente svolgere funzioni di consulenza e supporto agli operatori del proprio territorio, con particolare attenzione alla rilevazione del problema e alla costruzione di progetti di intervento coerenti e funzionali. Le Linee guida istituiscono anche il Coordinamento Regionale composto dai referenti dei Dipartimenti Sociale, Lavoro e Sanità.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: da parte dei Consultori Familiari si propone di:

- rafforzare il ruolo della rete sociale e sanitaria dei consultori pubblici e privati (L.R. 21/78 e L. 32/2007);
- tutelare la salute della donna e delle donne straniere su interruzione volontaria di gravidanza, contraccezione, percorso nascita e cura del bambino/a durante primo anno di vita;
- prevenire e sostenere la genitorialità a rischio, conflittuale e la mediazione familiare;
- contrastare bullismo e cyber bullismo, sviluppare le competenze nei giovani, promuovere scelte consapevoli e pratiche per equilibrio bio-psico-sociale;
- mediazione penale minorile e rinforzo della collaborazione con gli uffici di servizio sociale del Ministero della Giustizia per la realizzazione di interventi integrati a favore di minori autori di reato e sottoposti a provvedimenti A.G.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per il contrasto alla violenza sui minori

- Promuovere incontri della governance regionale e prevedere aggiornamento degli operatori del territorio.
- Rinforzare tutti i servizi socioassistenziali per l'infanzia e la famiglia al fine di sviluppare la resilienza in tutte le fasi di sviluppo e crescita dei bambini.
- Potenziare i servizi per la famiglia e i minori all'insegna della resilienza, prevedendo un allargamento della platea di potenziali utenti a nuove forme di povertà e di disagio sociale.
- Declinare nell'ottica della resilienza i programmi di prevenzione già in essere e investire in iniziative che hanno già dimostrato la propria efficacia, quali l'**home visiting**, i progetti di genitorialità positiva (positive parenting), i programmi di prevenzione nelle scuole.
- Garantire l'accesso a servizi per l'educazione e la cura della prima infanzia (ECEC - Early Childhood Education and Care), ovvero dalla nascita all'obbligo scolastico, economicamente ac-

cessibili e di alta qualità.

Home visiting e accompagnamento alla nascita per neogenitori e madri in difficoltà, famiglie con neonati o bambini affetti da gravi patologie

Lo specifico strumento dell'home visiting viene declinato nel documento dell'**OMS del 2006, Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**, che contiene un radicale spostamento del focus di osservazione da cui trarre iniziative per una prevenzione realistica ed efficace del maltrattamento all'infanzia. L'OMS, infatti, pone l'attenzione sulla precocità della rilevazione prendendo in esame il periodo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio. I servizi, sociosanitari (consultorio) e ospedalieri, con cui la gestante viene a contatto possono rilevare precocemente segnali di disagio e attivare interventi di sostegno preventivo a difficoltà di cura e gestione della genitorialità, che rappresentano fattori di rischio rispetto all'instaurarsi di condotte inadeguate e maltrattanti sulla prole.

L'home visiting si configura quale strumento di prevenzione efficace della violenza sui bambini e ragazzi, ovvero di ogni forma di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, abbandono e atteggiamento negligente nei confronti del bambino, nonché di ogni forma di sfruttamento commerciale o di altro tipo (OMS, 2006).

La prevenzione è l'insieme di interventi multi settoriali centrati su un approccio di salute pubblica che mirano alla riduzione dei fattori di rischio attraverso un supporto ai genitori fornito da visite domiciliari, programmi di sostegno alla genitorialità e interventi più a monte nella catena causale, che comprendono programmi finalizzati a combattere le situazioni di degrado, le disuguaglianze sociali e di genere, le norme sociali sulla violenza, le abitudini alle punizioni corporali e la disponibilità di alcolici e richiedono investimenti sul lungo termine (OMS 2013).

L'home visiting è uno degli strumenti più efficaci di prevenzione dimostrati con la metodologia evidence based in diversi Stati del mondo, può davvero costituire un significativo punto di partenza per il cambiamento culturale e di sistema in Italia: intervenire prima che la violenza si verifichi e farlo il più precocemente possibile devono diventare le priorità di ogni scelta politica e organizzativa dei servizi.

A fronte di questi numeri le agenzie internazionali, l'OMS, l'ISPCAN, le Nazioni Unite, sono impegnate a promuovere a livello mondiale una nuova strategia di prevenzione per mettere fine alla violenza sui bambini.

La campagna INSPIRE, lanciata dall'OMS nel 2016 in partenariato con diverse organizzazioni internazionali, ha proposto un pacchetto di sette strategie per porre fine alla violenza sui bambini e sui ragazzi nel mondo.

In Italia il 17 novembre 2017 il Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) ha pubblicato le **Linee guida per gli interventi di home visiting come strumento nella prevenzione del maltrattamento familiare all'infanzia**. Si tratta di un intervento precoce di sostegno della genitorialità. Si interviene anche a fine gravidanza, nelle situazioni a rischio come nel caso di madri molto giovani, madri sole, coppie con problemi di dipendenze o in grande isolamento come nel caso di migranti; è possibile prevenire il maltrattamento nei confronti dei figli. Le Linee Guida si inseriscono nelle strategie della campagna INSPIRE e costituiscono da sole un possibile programma nazionale per la prevenzione della violenza all'infanzia.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 delle azioni di home visiting

- Potenziare gli interventi di home visiting sul territorio
- Promuovere la formazione degli operatori
- Definire linee di indirizzo per rafforzare la collaborazione tra i servizi in ambito sociale e quelli in ambito sanitario, al fine di un'integrazione degli interventi per identificare in modo preventivo situazioni che possono essere tempestivamente prese in carico e che possono evitare il rischio di evolvere verso situazioni da segnalare all'autorità giudiziaria minorile.

1.6.2. Minori allontanati dalla famiglia, autorità giudiziaria minorile e comunità per minori

Quadro internazionale e nazionale

Il diritto del minore a una famiglia costituisce oggetto di tutela da parte dell'ordinamento internazionale, sovranazionale e interno e riguarda, in via primaria, il diritto di ciascun bambino a vivere e a crescere nell'ambito della propria famiglia di origine, a meno che la separazione non sia necessaria a garantire il suo preminente interesse.

In tal senso rileva, in primo luogo, quanto sancito dalla Convenzione di New York sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176, ai sensi della quale "gli Stati parte vigilano affinché il fanciullo non sia separato dai suoi genitori contro la loro volontà a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria nel preminente interesse del minore" (art. 9). Di analogo tenore risultano gli enunciati espressi nell'art. 24 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, anche detta Carta di Nizza, la quale dispone che "ogni bambino ha diritto a intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse", nonché nell'art. 8 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, rubricato "Diritto al rispetto della vita privata e familiare", che prevede che "1. Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza. 2. Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del Paese, alla difesa dell'ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui". A livello di legislazione interna, la centralità dell'interesse del minore a vivere nella propria famiglia è sancita dalla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione e di affidamento dei minori, così come modificata dalla legge 28 marzo 2001, n. 149, la quale riconosce per ogni persona minore di età il "diritto di crescere e essere educato nell'ambito della propria famiglia", nonché, coerentemente con il nuovo titolo del testo di legge, mutato nel 2001, il "diritto del minore a una famiglia".

La legge n. 184 del 1983, dopo aver precisato che "le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la responsabilità genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia", nell'articolo 1 comma 2 delinea un quadro di presidi e misure volto a far sì che l'allontanamento definitivo del minore dalla propria famiglia venga disposto solo dinanzi ad accertate e insuperabili difficoltà del nucleo di origine ad assicurare al figlio un ambiente favorevole per la sua crescita, stante l'accertata inutilità di altre forme di sostegno alla famiglia o il rifiuto opposto da quest'ultima. Tra queste forme di sostegno temporaneo al minore e alla famiglia di origine si inquadra l'accoglienza dei minori nelle comunità di tipo familiare di cui all'art. 2, comma 2, della legge n. 184, del 1983.

Sono, infatti, previsti due tipi di intervento: da un lato l'**affidamento familiare**, che si realizza con l'accoglienza offerta al minore da parte di un'altra famiglia, possibilmente con figli minorenni, o da una persona singola in grado di assistere affettivamente e materialmente il minore; dall'altro l'inserimento in una comunità di tipo familiare. A quest'ultima misura è dato ricorrere solo laddove non sia possibile, o non sia conveniente in considerazione dello specifico interesse del minore, disporre un affidamento familiare. Oltre alla durata dell'intervento, che non deve superare i ventiquattro mesi salvo proroghe nell'interesse del minore, l'intervento deve avere la finalità prioritaria del rientro del minore nella propria famiglia di origine.

L'**inserimento di un minore all'interno di una comunità** di tipo familiare può essere disposto dall'autorità amministrativa, ossia dal servizio sociale locale, laddove sussista il predetto consenso reso poi esecutivo con decreto dal giudice tutelare. Invece, in mancanza di consenso dei genitori o del tutore, è necessario un provvedimento del tribunale per i minorenni.

L'accoglienza in una comunità di tipo familiare può discendere anche da un provvedimento adottato dal tribunale ordinario nelle more dei procedimenti di cui all'art. 337 bis del Codice civile quali, ad esempio, i procedimenti di separazione e divorzio.

Inoltre, l’inserimento in comunità può essere disposto con un provvedimento privo di natura giurisdizionale, neanche volontaria, ma avente natura amministrativa, ex art. 403 del Codice civile. Tale ipotesi, seppur di residuale applicazione, consente alla pubblica autorità, in particolare agli organi di polizia e ai servizi sociali locali, di adottare provvedimenti di urgenza volti a collocare il minore “in luogo sicuro”, stante la presenza di un imminente pericolo che non consente il tempestivo intervento dell’autorità giudiziaria minorile. L’intervento in emergenza è volto a proteggere l’integrità fisica e psicofisica del bambino da situazioni di grave pericolo anche in relazione alla sua età e capacità. In questi casi, è l’urgenza che giustifica la competenza dell’autorità amministrativa a intervenire in favore dei minori, ferma la necessità che l’intervento sia prontamente segnalato al tribunale per i minorenni. Sul delicato tema degli allontanamenti si parla nella “Quinta Relazione sullo stato di attuazione della legge 149/2001” – periodo di riferimento 2017-2020 – elaborato di concerto dal Ministero di Giustizia, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con la collaborazione dei rappresentanti della Conferenza Unificata e degli esperti dell’Istituto degli Innocenti. I Presidenti dei Tribunali e i Procuratori sono stati invitati a formulare proposte di riforma del quadro normativo per migliorare l’applicazione dell’Istituto dell’allontanamento di minorenni dalla famiglia di origine ai sensi degli artt. 403 cc, 10 cc 3 e 4 e L. 184/1983, 330 cc e 333 cc.

Per completare il novero dei percorsi che possono condurre un minorenne in comunità occorre fare riferimento, infine, al collocamento in comunità dei **bambini e dei ragazzi che hanno messo in atto condotte penalmente rilevanti**. Ciò può avvenire innanzitutto in ragione dell’applicazione di una misura cautelare e, in particolare, alternativamente per l’applicazione della misura di cui all’art. 22 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448, recante “collocamento in comunità”, o in forza dell’aggravamento della diversa misura cautelare della permanenza in casa, a seguito di gravi e ripetute violazioni degli obblighi imposti al minore come nel caso di allontanamento ingiustificato dall’abitazione (art. 21, comma 5 del D.P.R. n. 448, del 1988). In secondo luogo, l’ingresso in una comunità di un minore entrato a contatto con il circuito penale può avvenire a seguito dell’adesione a un progetto di messa alla prova che preveda tale specifica prescrizione.

Esistono sul territorio nazionale alcune comunità che vengono gestite direttamente dal Ministero della Giustizia e in esse i minori possono essere collocati esclusivamente a seguito dell’emissione di un provvedimento di natura penale. Tuttavia, i minorenni entrati nel circuito penale trovano accoglienza anche e soprattutto all’interno delle comunità del privato sociale. Secondo l’art. 10 del D.Lgs. 28 luglio 1989, n. 272 recante “Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del 22 settembre 1988, n. 448, recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni”, “per l’attuazione del D. P. R. n. 448, del 1988 i centri per la giustizia minorile stipulano convenzioni con comunità pubbliche e private, associazioni e cooperative che operano in campo adolescenziale e che siano riconosciute o autorizzate dalla regione competente per territorio”. Possono altresì organizzare proprie comunità, anche in gestione mista con enti locali. Tali strutture accolgono tanto minori sottoposti a provvedimento penale quanto coloro che entrano in comunità mediante gli altri percorsi di carattere consensuale, amministrativo e giudiziale già esaminati e, pertanto, non svolgono il ruolo spiccatamente contenitivo e restrittivo proprio, invece, delle comunità ministeriali.

Un tentativo di catalogazione è rinvenibile nel “Nomenclatore interregionale degli interventi e servizi sociali”, realizzato nel 2013. Un ulteriore passo in avanti è stato compiuto il 14 dicembre 2017 quando sono state approvate in Conferenza Unificata le **Linee di indirizzo per l’accoglienza nei servizi residenziali per minorenni**: sono il prodotto di un lavoro collegiale realizzato in seno a un tavolo istituzionale nazionale composto da rappresentanti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero della Giustizia – Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dell’Associazione Nazionale Comuni italiani, dell’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza e da esperti indicati dal Ministero. Il documento ha la finalità di uniformare gli interventi di accoglienza residenziale su tutto il territorio nazionale, affinché le Regioni rendano effettivamente operative le indicazioni ivi contenute. Si tratta infatti di uno strumento di orientamento politico e tecnico nel settore dell’accoglienza residenziale costruito studiando e confrontando le conoscenze e le esperienze significative messe in atto nei diversi territori.

Con specifico riferimento alle comunità di tipo familiare, la legge n. 184 del 1983, nella parte in cui demanda alle Regioni il compito di definire “gli standard minimi dei servizi e dell’assistenza che

devono essere forniti dalle comunità di tipo familiare”, decide che tale attività si debba realizzare sulla base di criteri stabiliti dalla Conferenza permanente (articolo 2, comma 5, legge n. 184 del 1983) cioè sulla base delle linee di indirizzo approvate il 14.12.2017.

Per quanto riguarda il settore penale, invece, la legge 8 novembre 2000, n. 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, all’articolo 9, comma 1, lettere b) e c), riserva alla programmazione nazionale il compito di “individuare i livelli essenziali e uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori e adulti dal Ministero della Giustizia, all’interno del settore penale”, unitamente alla “fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e alla previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni”.

Il 4 agosto 2021 il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Andrea Orlando, dinanzi alla Commissione parlamentare di inchiesta sulle attività connesse alle comunità di tipo familiare che accolgono minori, ha consegnato agli atti della Commissione il nuovo report elaborato nel mese di luglio 2021 dall’Istituto degli Innocenti, contenente i dati sui bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali al 31 dicembre 2019. Il report certifica la presenza sul territorio nazionale di 27.608 minori collocati fuori famiglia (al netto dei minori stranieri non accompagnati), di cui 13.555 bambini e ragazzi di minore età in affidamento familiare e 14.053 bambini accolti in servizi residenziali per minorenni. I bambini in affidamento familiare sono l’1,4 per mille della popolazione minorile residente in Italia. Il report rileva una diminuzione dell’ordine di qualche decina del dato dei minori in affido familiare rispetto al 31 dicembre 2017, anno dell’ultima rilevazione, quando erano 14.219. È aumentato il numero dei minori collocati in comunità (14.053 al 31 dicembre 2019 contro i 12.892 al 31 dicembre 2017), così che complessivamente si registra un aumento dei minori fuori famiglia da 27.111 a 27.608: circa 500 in più in due anni.

I dati regionali, rilevati dal Servizio, al 31.12.2020 evidenziano che ci sono in Abruzzo 488 minori accolti nei servizi residenziali, di cui 89 minori stranieri non accompagnati.

Legislazione regionale sul tema

La legge regionale 28 dicembre 2015, n. 42, Interventi a sostegno di giovani già ospiti di strutture di accoglienza e ulteriori disposizioni finanziarie, intende per giovani ospiti coloro per i quali si sia reso necessario l’allontanamento dalla famiglia di origine o che siano stati costretti per altre ragioni a vivere temporaneamente al di fuori del nucleo familiare di appartenenza e che abbiano compiuto la maggiore età. Fasi di attuazione: l’art. 3 prevede due fasi; la prima (denominata Accoglienza assistita) nella quale le strutture garantiscono al giovane la piena assistenza rispetto a tutti i bisogni dello stesso (cura della persona, visite mediche, igiene personale, pasti, alloggio, consulenza psicologica, tempo libero e svago, sostegno scolastico); la seconda fase (denominata Attivazione del servizio sportello) nella quale le strutture attivano presso la propria sede un servizio sportello settimanale per far conoscere alla popolazione giovanile tutte le opportunità a loro rivolte – Garanzia Giovani, servizio civile, tirocini formativi, interventi di formazione, apprendistato. Il servizio è composto da due aree di intervento principali: una prima area, in modalità front office, deputata a offrire informazioni e consulenza sulle opportunità di carattere formativo e occupazionale; una seconda area, rappresentata dall’organizzazione di laboratori e colloqui, finalizzata a conoscere e scoprire il potenziale di ciascun giovane coinvolto nel progetto.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per i minori allontanati

Si è ancora in attesa dell’entrata a regime su tutto il territorio nazionale del Sistema Informativo Nazionale sui Bambini e gli Adolescenti (SINBA), ad oggi ancora in fase di sperimentazione. Il sistema SINBA costituisce una componente del Casellario dell’Assistenza incardinato presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Si tratta di una banca dati relativa alle prestazioni sociali che vengono erogate dagli enti locali e ai relativi beneficiari. Le informazioni sono trasmesse, in forma anonimizzata, dagli enti locali all’INPS, che gestisce la banca dati per conto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Tale sistema di rilevazione presenta diverse criticità evidenziate dal Garante della Privacy, soprattutto in riferimento alla delicatezza delle informazioni personali

sensibili dei soggetti di minore età, per cui è al vaglio ministeriale l'adozione di soluzioni che garantiscono sia la privacy dei minori sia l'esigenza di una corretta rilevazione dei dati sulle erogazioni dei servizi per i minori.

La nuova programmazione sociale intende perseguire due principali obiettivi per il sostegno dei minori allontanati:

- costituire, in collaborazione con il Garante Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, una banca dati regionale dei minorenni privi di un ambiente familiare; monitorare il numero e le caratteristiche dei minorenni fuori famiglia (le tipologie del percorso di accoglienza, i tempi e le modalità di uscita dallo stesso); monitorare il numero e la tipologia delle strutture di accoglienza degli stessi;
- rendere operativa e aggiornare la legislazione regionale in accordo alle Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni del 14 dicembre 2017 approvate in Conferenza Unificata.

1.6.3. Interventi per l'affido e le adozioni

Le adozioni sono un intervento disciplinato da norme internazionali, nazionali e regionali. Il principio fondante è quello «del superiore interesse del minore» e del suo diritto a una famiglia in cui crescere in un ambiente affettivo armonico e in un contesto sociale idoneo, prevenendone l'abbandono. La prospettiva è quella di rimuovere con ogni mezzo – grazie a interventi che appartengono all'area educativa, psicologica sociale, ma anche economica – gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione di questo diritto. L'adozione può offrire l'opportunità di dare una famiglia permanente a quei bambini e ragazzi per i quali non può essere assicurata la permanenza nella famiglia d'origine. L'affidamento familiare è disciplinato a livello nazionale e regionale ed è una risposta di cura, tutela ed educazione per bambini e ragazzi temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo.

1.6.4. Legislazione internazionale

“Convenzione Internazionale dei diritti del fanciullo”, New York, 1989 – esprime quali sono gli obblighi degli Stati e della comunità internazionale nei confronti dell'infanzia. Ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la legge n. 176.

“Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale”, Aja (Hague, La Haye), 29 maggio 1993 – accordo internazionale sulla protezione dei minori e sulla cooperazione in materia di adozione internazionale, che vincola gli Stati firmatari, sia di origine sia di accoglienza del minore, a rispettare delle procedure operative rigorose nello svolgimento delle pratiche di adozione, allo scopo di arginare il triste fenomeno del “mercato” dei bambini.

L'Italia ha ratificato la Convenzione dell'Aja con la legge n. 476 del 31 dicembre 1998 (“Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri”), riformando la procedura interna disciplinata dalla legge 184/83.

Legislazione Europea – “Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli”, Strasburgo 25.01.1996 – incentrata sulla promozione dei diritti dei minori e sulla loro partecipazione a procedimenti che li riguardano dinnanzi all'autorità giudiziaria. Ratificata in Italia con legge del 20.03.2003 n. 77.

Legislazione Nazionale su Adozione - legge 4.05.1983 n.184 – Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori modificata con legge n. 149/2001.

Legislazione Nazionale specifica su Affido – l'affidamento familiare è disciplinato dalla legge n. 184/1983 modificata con legge n. 149/2001. La legge sottolinea il diritto del minore alla propria famiglia e, qualora questa non sia temporaneamente in grado di assicurare al minore un ambiente idoneo in cui crescere, prevede forme di protezione e di tutela per il tempo necessario alla famiglia a recuperare le capacità genitoriali. L'affidamento familiare garantisce al minore un ambiente adeguato in cui poter soddisfare le proprie esigenze educative e affettive, tenendo conto anche della specificità delle condizioni del nucleo familiare d'origine.

1.6.5. Competenze della Regione

Le competenze della Regione in ambito di **adozione internazionale** derivano dalla legge 184/1983 “Diritto del minore ad una famiglia”, modificata dalla legge 476/1998 con cui l'Italia ha ratificato la Convenzione internazionale dell'Aja. Alle Regioni sono assegnati compiti di coordinamento e qualificazione dei servizi sociali e sanitari territoriali, con la determinazione di standard minimi di qualità attraverso indicazioni sull'organizzazione e la formazione di personale specificatamente dedicato. Le figure professionali che si dedicano alle procedure adottive sono principalmente assistenti sociali e psicologi, facenti parte delle «équipe adozioni».

Nell'**adozione nazionale**, un compito specifico delle Regioni consiste nel coordinare e promuovere le attività dei servizi sociali territoriali di tutela di infanzia e adolescenza finalizzate all'accompagnamento delle famiglie in difficoltà, al sostegno alla genitorialità e alla prevenzione dell'abbandono del minore.

Nell'**affido familiare** la Regione sostiene la cultura dell'affidamento attraverso la promozione di campagne informative, la formazione del personale per l'aiuto e il recupero delle capacità genitoriali della famiglia d'origine e il sostegno alle famiglie affidatarie. L'affidamento familiare si attua attraverso l'inserimento di bambini e ragazzi presso parenti o un nucleo familiare diverso da quello originario. Il nucleo può essere costituito da entrambe le figure parentali o da una persona singola. L'accoglienza del bambino o del ragazzo avviene per un periodo di tempo definito, di norma non superiore a due anni, e deve essere preceduto da un percorso di conoscenza e formazione degli aspiranti genitori affidatari presso i servizi sociali territoriali. Le aspiranti famiglie affidatarie possono rivolgersi ai servizi sociali territoriali, ai Centri per le famiglie o alle associazioni di famiglie affidatarie. Le «reti di famiglie» hanno un ruolo essenziale per gli interventi preventivi all'allontanamento, ma anche a fianco di famiglie affidatarie e comunità come supporto e «sollievo».

Riferimenti normativi della Regione Abruzzo

DGR 14 dicembre 2000, n. 1672 – Approvazione protocollo operativo e metodologico per gli interventi di servizio sociale e di psicologia territoriale per gli adempimenti relativi alle procedure di adozione internazionale e nazionale.

La Giunta Regionale delibera l'approvazione del Protocollo operativo e metodologico per i rapporti fra i servizi locali, il tribunale per i minorenni e gli enti autorizzati ai fini dell'adozione internazionale, elaborato tenendo conto del complesso dei compiti indicati dall'art. 39-bis della L. 476/1998. Il Protocollo si propone di stabilire le modalità di collaborazione tra gli enti locali, le ASL, gli enti autorizzati di cui all'art. 39-ter della L. 476/1998 e l'Autorità giudiziaria minorile, allo scopo di promuovere tra loro una rete efficiente; di dare omogeneità agli interventi professionali più frequenti (psicologici e di servizio sociale) e di individuare livelli qualitativi al di sotto dei quali non è possibile formulare valutazioni fondate; di fornire criteri e indicatori che facilitino una rilevazione organica delle situazioni personali, familiari e del contesto socioambientale, al fine di produrre una documentazione puntuale e obiettiva per il tribunale per i minorenni e per gli enti autorizzati.

DGR 18 luglio 2001, n. 652/C – L. 31 dicembre 1998, n. 476 – Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184 in tema di adozione di minori stranieri. Modalità attuative. Definizione assetto delle équipe per l'adozione nazionale e internazionale. La Giunta delibera di sottoporre al Consiglio regionale l'approvazione della costituzione di 12 équipe per l'adozione nazionale e internazionale su tutto il territorio regionale, ai fini degli adempimenti di cui all'articolo 39-bis, comma 1, lettera a) della legge 4 maggio 1983, n. 184 così come modificata dalla legge 31 dicembre 1998, n. 476. La delibera prevede che ciascuna équipe, composta da un assistente sociale dei servizi territoriali dei Comuni e da uno psicologo delle ASL, dovrà fare riferimento obbligatoriamente al Protocollo operativo e metodologico per gli interventi di servizio sociale e di psicologia territoriale per gli adempimenti relativi alle procedure di adozione nazionale e internazionale, approvato dalla Giunta Regionale con proprio atto n. 1672 del 14 dicembre 2000. Inoltre, l'équipe dovrà provvedere alle competenti procedure relative alle adozioni nazionali e internazionali, che saranno le stesse richieste dal TM di L'Aquila, e agli adempimenti amministrativi per l'applicazione

del Protocollo operativo.

DCR 3 agosto 2001, n. 44/12 – L. 31 dicembre 1998, n. 476, Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184 in tema di adozione di minori stranieri. Modalità attuative. Definizione assetto delle équipes per l'adozione nazionale e internazionale. Il Consiglio regionale delibera di recepire e fare propria la DGR 18 luglio 2001, n. 652/C e i relativi allegati che ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

DGR 17 ottobre 2001, n. 943 – Protocollo operativo e metodologico per gli interventi di servizio sociale e di psicologia territoriali per gli adempimenti relativi alle procedure di adozione internazionale e nazionale – Modificazioni e integrazioni alla delibera GR 14 dicembre 2000, n. 1672.

La delibera modifica e integra l'undicesimo capoverso della DGR 14 dicembre 2000, n. 1672 (Protocollo operativo e metodologico per i rapporti fra i servizi locali, il tribunale per i minorenni e gli enti autorizzati ai fini dell'adozione internazionale, predisposto ai sensi dell'art. 39-bis della L. 476/1998), che viene così modificato: «Analogamente i rapporti di collaborazione con gli enti autorizzati ex art. 39-ter dovranno essere regolati all'interno di protocolli operativi. In particolare, gli enti autorizzati ai sensi dell'art. 39, che intendono operare all'interno del territorio della Regione Abruzzo, aderiscono al presente protocollo presentando la dichiarazione di adesione alla Regione Abruzzo – Direzione qualità della vita, beni e attività culturali, sicurezza e promozione sociale – Pescara».

DGR 13 febbraio 2004, n. 72 – Approvazione Protocollo operativo e metodologico per gli interventi di servizio sociale e di psicologia territoriali per gli adempimenti relativi alle procedure di adozione internazionale e nazionale. Modifica delle DGR 14 dicembre 2000, n. 1672 e DGR 17 ottobre 2001, n. 943. Modifiche e integrazioni al Protocollo operativo e metodologie per i rapporti fra i servizi locali, il tribunale per i minorenni e gli enti autorizzati ai fini dell'adozione internazionale e nazionale, approvato con delibera GR 14 dicembre 2000, n. 1672 e successivamente modificato con DGR 17 ottobre 2001, n. 943.

DGR n. 971 del 23.12.2013 – Linee guida per gli interventi in materia di affidamento familiare.

Compiti della Regione:

- unificazione dei processi e degli strumenti;
- strutturazione di una banca dati;
- costituzione delle équipes territoriali;

oltre i compiti stabiliti dalla legislazione nazionale e sopra elencati.

DGR. N. 391 del 21.06.2016 – Costituzione delle équipes territoriali per l'affidamento familiare. Vengono istituite 8 équipes territoriali per l'affidamento che garantiscano la copertura di tutto il territorio regionale.

I dati riferiti alle adozioni nazionali e internazionali all'anno 2019 sono relativi al sistema di rilevazione statistica in uso al Ministero della Giustizia, dall'Ufficio I del Capo Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, elaborati sulla base di quelli rilevati dalla Direzione Generale di statistica e analisi organizzativa (DG-STAT) del Dipartimento dell'Organizzazione Giudiziaria (DOG), che è concepito per monitorare il carico di lavoro degli Organi giudiziari ed è fondato sul numero di provvedimenti pronunciati e non su quello delle persone cui si riferiscono. Pertanto, è possibile che una decisione riguardi più minori oppure che uno stesso minore sia destinatario di una pluralità di provvedimenti della medesima natura assunti in via successiva.

Nell'ambito dell'adozione internazionale, nel 2019 i tribunali hanno emesso 1.027 provvedimenti di adozione di minorenni stranieri e 235 pronunce di riconoscimento di sentenze di adozione emesse in Paesi stranieri in favore di italiani residenti all'estero, a fronte di 2.000 decreti di idoneità di coppie all'adozione internazionale e di 2.459 domande di idoneità all'adozione internazionale pervenute.

Per quanto riguarda le adozioni nazionali, nel 2019 sono stati emessi 1.238 provvedimenti dichiarativi dell'adottabilità di minori, 1.045 dei quali relativi a minorenni con genitori noti e 193 riferiti a minorenni con genitori che hanno chiesto di non essere nominati.

Nel periodo oggetto di analisi sono stati inoltre resi 706 provvedimenti di affidamento preadottivo, a fronte di 860 decisioni relative a minorenni adottati.

Nell'anno 2019 sono state presentate 8.108 domande di adozione nazionale. In proposito occorre

tenere conto che le persone istanti sono legittimate a presentare più domande di adozione, anche in via successiva, presso diversi tribunali per i minorenni, avvalendosi della facoltà loro accordata dall'art. 22, c.1 legge 184/1983; pertanto dal volume totale annuo di istanze presentate è desumibile solo per approssimazione il numero delle persone che le hanno formulate.

Per quanto riguarda i dati regionali sulle adozioni nazionali e internazionali, il Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità - Sezione Statistica, in riferimento alle domande di adozione nazionale e internazionale pervenute presso il tribunale per i minorenni di L'Aquila, per l'anno 2018, ha rilevato 201 domande per l'adozione nazionale e 49 per l'adozione internazionale.

Rispetto ai provvedimenti in materia di adozione nazionale e internazionale presso il tribunale per i minorenni di L'Aquila, per l'anno 2018, il Dipartimento ha rilevato 68 provvedimenti in materia nazionale e 79 per quella internazionale.

Sulla tematica dell'affido familiare la Regione, per conto del Ministero delle Politiche Sociali, ha effettuato una rilevazione periodica di dati al 31.12.2020.

Nella Regione Abruzzo risultano 204 minori in affido, di cui 164 in affido intrafamiliare a parenti (entro il 4° grado) e 40 in affidamento eterofamiliare a singoli e famiglie.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per l'affido e le adozioni

La nuova programmazione regionale promuove l'avvio di un programma di sensibilizzazione, formazione e informazione sul tema dell'affido familiare e dell'adozione con le finalità di promuovere la riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori, sensibilizzare il territorio ai temi dell'accoglienza dei minori, creare una rete operativa multidisciplinare di professionisti che opera secondo modelli e procedure condivise.

Azioni prioritarie della programmazione sociale regionale per:

- Potenziare la collaborazione tra i servizi preposti dell'Ambito Distrettuale Sociale (ADS) con i servizi territoriali e distrettuali della ASL, con particolare riferimento ai colloqui e alle valutazioni delle famiglie affidatarie e/o adottive che richiedono specifiche competenze professionali di tipo psicologico, cognitivo e comportamentale in cui risulta necessario l'apporto professionale della figura dello psicologo.
- Promuovere una campagna comunicativa di informazione sul territorio regionale per favorire una cultura della solidarietà e dell'accoglienza dei minori, anche attraverso l'organizzazione di attività di animazione territoriale con momenti pubblici di informazione e di approfondimento.
- Pianificare una formazione specifica per gli operatori impegnati professionalmente sul tema dell'affido e dell'adozione della Regione Abruzzo.
- Unificare le due équipes Affidato e Adozione, con obiettivo di portare le équipes Affidato a 12 come quelle per le Adozioni.
- Prevedere per ogni équipe che l'assistente sociale di riferimento del Comune sia dedicato esclusivamente al lavoro sul tema dell'affido e dell'adozione.
- Revisionare e aggiornare le Linee Guida per l'affidamento dei minori.

Al riguardo sarà realizzata una serie di attività affidate in convenzione all'Istituto degli Innocenti di Firenze, a valere sulle risorse del F.S.C. 2014-2020, che riguarderanno la realizzazione di attività di supporto allo sviluppo e al monitoraggio di politiche per l'infanzia e l'adolescenza mediante attività di formazione; le attività di supporto al programma di sensibilizzazione territoriale, formazione e informazione sul tema dell'affido familiare e dell'adozione.

1.7. Il Progetto sperimentale nazionale Careleavers

Il contesto Europeo

Il "Leaving Care Act" del 2000, in Gran Bretagna, definisce "care leaver" chi ha più di 16 anni e ha passato una parte di infanzia fuori dalla propria famiglia d'origine. In particolare, sono quei ragazzi che al compimento dei diciotto anni lasciano una comunità o la famiglia affidataria, in quanto maggiorenni; ma prendere il largo senza "paracadute", senza essere sostenuti dalla famiglia, a diciott'anni è difficile o quantomeno è un momento delicato, che merita attenzione.

LeaveCare-LiveLife è un progetto europeo candidato da Agevolando (ODV di Bologna) all'interno del programma Erasmus+ KA2 Partenariati Strategici, settore giovani, bando 2017: *LeaveCare-LiveLife – Building the European Care Leavers Network for youngsters leaving foster and residential care and actively living and participating in life*. Associazioni promotrici: Associazione Agevolando (Italia) – capofila T.i.b.e.r.i.u.s. (Romania), Care Leavers' network (Irlanda), Care Leaver's association (Inghilterra), FICE (Croazia).

LeaveCare-LiveLife si rivolge ai giovani che escono da percorsi di accoglienza (in comunità, case famiglia o affido) e intende creare uno spazio per la loro partecipazione e cittadinanza attiva (il Care Leavers Network europeo), affinché diventino protagonisti di attività di scambio e riflessione e propongano suggerimenti e idee per migliorare le politiche relative all'accoglienza extrafamiliare e le azioni da intraprendere per sostenere i giovani durante la delicata fase di uscita dai sistemi di accoglienza. L'obiettivo è quello di dare ai giovani Careleavers europei maggiori strumenti per affrontare al meglio la futura vita indipendente.

Il progetto è stato avviato il 1° dicembre 2017, ha avuto durata biennale con il coinvolgimento, oltre al capofila italiano, di partner da Romania, Gran Bretagna, Irlanda, Croazia.

Dal progetto è stata creata **il Care Leavers Network**, la prima rete europea di ragazzi cresciuti in una comunità di accoglienza o in affido, con l'obiettivo di far sentire più forte la nostra voce alle istituzioni, migliorare il sistema di accoglienza e aiutarci a vicenda. Il Care Leavers Network Europe riunisce al momento Careleavers italiani, irlandesi, inglesi, rumeni e croati.

Il Progetto Careleavers

Si tratta di una sperimentazione di interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria che li abbia collocati in comunità residenziali o in affido eterofamiliare – in Italia si stimano circa 3mila ragazzi. È un progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del Fondo Povertà. Si tratta di un capitolo di spesa specifico, inserito nel Fondo per la lotta alla povertà e all'inclusione sociale, costituito da 15 milioni di euro per il triennio 2019-2021, risorse che ora accompagneranno i neomaggiorenni fino ai 21 anni di età. L'Assistenza tecnica, a valere sulle risorse del PON Inclusione, è realizzata dall'Istituto degli Innocenti in base a un accordo di collaborazione con la Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero.

Il progetto viene sperimentato su tutto il territorio nazionale e si pone in maniera sinergica con quanto stabilito nel decreto istitutivo del Reddito di Cittadinanza, cui parte del target di riferimento ha accesso. L'obiettivo generale del progetto è quello di accompagnare i neomaggiorenni all'autonomia per realizzare i propri percorsi che possono essere orientati al completamento degli studi secondari superiori o la formazione universitaria, alla formazione professionale o l'accesso al mercato del lavoro. Al fine di sostenere il percorso verso una vita autonoma, i progetti individualizzati integrano e mettono a sistema tutte le risorse presenti a livello nazionale e locale, fra queste i dispositivi del Reddito di Cittadinanza, di Garanzia Giovani e del Diritto allo studio.

Ruolo della Regione

La governance progettuale prevede il coinvolgimento di attori di livello nazionale, regionale e locale quali gli organismi di governo delle politiche sociali, i servizi sociali pubblici, il sistema formale e informale di accoglienza, le famiglie affidatarie, il privato sociale e l'associazionismo. Questa **rete di governance a livello locale è coordinata dalla Regione**, che è chiamata a innovare e rafforzare i legami e le pratiche di lavoro attivando un sistema di interazione in un'ottica di sostenibilità nel futuro degli interventi proposti. **Fondamentale quindi è il ruolo delle Regioni che favoriscono l'implementazione della sperimentazione attraverso l'attivazione e il coordinamento dei collegamenti istituzionali necessari, in particolare tra i settori del sociale, della sanità, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.**

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 delle azioni di Careleavers

La Regione intende proseguire il suo ruolo di governance sul territorio per i progetti in atto e auspica nel prossimo biennio l'implementazione del progetto su molteplici ECAD.

Un obiettivo che la nuova programmazione sociale intende raggiungere rafforzando la capacità di integrare le risorse delle politiche sociali ordinarie nazionali e regionali con le azioni del PNRR e del Next Generation EU, quale strumento finanziario dell'UE temporaneo per la ripresa, per riparare i danni economici e sociali immediati causati dalla pandemia di coronavirus.

Nello specifico, in riferimento al programma di assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa denominato REACT-EU, la Regione Abruzzo ha avanzato una proposta di finanziamento per supportare gli Ambiti Sociali Distrettuali per il sostegno dei ragazzi Careleavers nei loro progetti di autonomia a seguito di un percorso in comunità o di affido familiare.

1.8. Minori stranieri non accompagnati

Contesto europeo e nazionale

Nell'ambito del Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, il 29 luglio 2014 è stata istituita, con decreto del Ministro dell'Interno, la Struttura di Missione per l'accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati, con il compito di realizzare un nuovo sistema di accoglienza dedicato ai Minori Stranieri non Accompagnati, nel rispetto dei diritti che le Convenzioni internazionali, il sistema europeo comune di asilo e l'ordinamento interno riconoscono, ferme restando le competenze attribuite in materia alle Regioni e ai Comuni. Da allora, la Struttura di Missione ha fornito il proprio contributo sia normativo sia operativo curando, tra l'altro, l'attivazione e la gestione diretta di progetti di prima accoglienza ad alta specializzazione finanziati con risorse del "Fondo asilo migrazione e integrazione 2014-2020" (FAMI), uno strumento finanziario istituito con Regolamento UE n. 516/2014 con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori sostenendo tutti gli aspetti del fenomeno: asilo, integrazione e rimpatrio.

A partire dal 2017, al fine di qualificare ulteriormente il sistema di accoglienza, la Struttura di Missione, con il sostegno dell'Ufficio Europeo di Supporto all'Asilo (EASO), ha realizzato un'attività di formazione rivolta prima ai progetti FAMI, poi estesa alle strutture temporanee attivate dai Prefetti ai sensi dell'art. 19 comma 3-bis del D.Lgs. n. 142/2015 (i cosiddetti "Centri Accoglienza Straordinaria Minori") e ai centri di accoglienza comunali e, nel 2020, ai progetti aderenti alla rete SIPROIMI, ridefinita come SAI – Sistema di Accoglienza e Integrazione – dal D.L. 130/2020, convertito in legge 173/2020.

La tutela dei Minori Stranieri Non Accompagnati

Si definisce Minore Straniero Non Accompagnato (MSNA) **"il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione Europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano"** (art. 2 (e) della Direttiva n. 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (rifusione) e art. 2 della legge n. 47/2017).

Pertanto, il MSNA, in quanto minore non accompagnato, secondo la normativa vigente deve essere collocato in luogo sicuro ai sensi dell'art. 403 del cc. L'attuale sistema di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati è definito dall'art. 19 del decreto legislativo n. 142/2015 e, diversamente da quello degli adulti, non è gestito esclusivamente dal Ministero dell'Interno in ragione della competenza prevista dalla normativa vigente anche in capo agli enti locali. A partire dal 2015, poi, ai soli fini dell'accoglienza è stata eliminata ogni distinzione tra MSNA richiedenti asilo/protezione internazionale e no.

Nell'assetto attuale sono pertanto previste una fase di prima accoglienza in strutture governative ad alta specializzazione e un'accoglienza di secondo livello nell'ambito del SAI (ex SIPROIMI), adeguatamente potenziato.

La prima accoglienza è assicurata in centri attivati dal Ministero dell'Interno, gestiti da quest'ultimo anche in convenzione con gli enti locali finanziati a valere sul Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI). Ad oggi, sono attivi 6 progetti di prima accoglienza FAMI, di cui 5 in Sicilia e 1 in Molise, per un totale di 275 posti in accoglienza che terminano le loro attività il 31 dicembre 2021.

In particolare, le strutture di prima accoglienza, dal momento della presa in carico del minore, assicurano per il tempo strettamente necessario, comunque non eccedente i 30 giorni, servizi specialistici finalizzati al successivo trasferimento dello stesso in centri di secondo livello del SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione, già SIPROIMI), con progetti specificamente destinati a tale categoria di soggetti (art. 19, comma 1 e 2, D.Lgs. 142/2015). In caso di temporanea indisponibilità nei centri di prima accoglienza o nei centri di seconda accoglienza, l'assistenza e l'accoglienza dei minori sono temporaneamente assicurate dal Comune (art. 19, comma 3).

Infine, qualora l'accoglienza non possa essere assicurata dai Comuni, in presenza di arrivi consistenti e ravvicinati di minori non accompagnati, è prevista la possibilità per i Prefetti di attivare strutture ricettive temporanee esclusivamente dedicate a coloro che hanno età superiore ai 14 anni (art. 19, comma 3 bis).

La seconda accoglienza, prevista nell'ambito della rete SAI, finanziata con il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, fornisce al minore, anche non richiedente asilo, in misura graduale e attraverso progetti individuali che tengono conto del suo vissuto e delle sue attitudini, gli strumenti per raggiungere la propria indipendenza lavorativa, sociale e culturale, contemplando anche progetti in grado di farsi carico di particolari vulnerabilità. La loro permanenza è garantita fino al compimento della maggiore età e per i successivi sei mesi, salvo ulteriori proroghe concesse per completare il percorso di integrazione avviato. I richiedenti asilo sono ospitati fino alla definizione della loro domanda e, nel caso di riconoscimento della protezione internazionale, per il tempo riservato alla permanenza dei beneficiari.

Le novità introdotte dal decreto-legge n. 113 del 4 ottobre 2018, convertito con modificazioni dalla legge n. 132 del 1° dicembre 2018, non hanno modificato la normativa relativa all'accoglienza dei MSNA. Anche il decreto-legge n. 130 del 21 ottobre 2020, convertito in legge 173/2020, il quale ha rinnovato il SIPROIMI, ora SAI, non incide sulla possibilità da parte dei MSNA di accedere al sistema di accoglienza, indipendentemente dalla richiesta di protezione internazionale. I MSNA godono degli stessi diritti, in materia di protezione, dei minori italiani e comunitari (4 art. 1, comma 1 legge n. 47/2017). La normativa vigente riserva ai MSNA specifiche forme di tutela, tra le quali il divieto di respingimento alla frontiera, l'affidamento familiare quale misura prioritaria rispetto al ricovero in una struttura di accoglienza, al compimento della maggiore età, la possibilità di conversione del permesso di soggiorno per minore età in permesso di soggiorno per motivi di studio, di accesso al lavoro, di lavoro subordinato o autonomo, per esigenze sanitarie o di cura, la possibilità, su disposizione del tribunale per i minorenni, di affidamento ai servizi sociali, non oltre il 21° anno di età, di quanti al compimento della maggiore età necessitano di un supporto prolungato volto al buon esito del percorso di inserimento sociale, il diritto alla salute e all'istruzione, il diritto all'ascolto nei procedimenti, il diritto all'assistenza legale e al gratuito patrocinio.

Una fondamentale e operativa forma di tutela è sicuramente l'introduzione dell'**elenco dei tutori volontari per l'infanzia e l'adolescenza presso ogni tribunale per i minorenni**, a cui possono essere iscritti privati cittadini selezionati e adeguatamente formati.

Secondo i dati elaborati dalla *Direzione Generale per l'immigrazione e le politiche di integrazione* del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al 30.06.2020 il numero di minori non accompagnati presenti e censiti in Italia (inseriti in strutture di accoglienza o presso privati affidatari) è di 5.016. La componente maschile è pari al 95,3% del totale. Rispetto all'età, si conferma per l'ampia maggioranza dei minori presenti l'età 16-17: l'età più rappresentata è quella dei diciassettenni (63,8%), seguiti da coloro che hanno 16 e 15 anni (rispettivamente il 23,8% e il 7,2%). L'analisi dei dati relativi ai Paesi di provenienza dei minori evidenzia che le prime 4 nazionalità sono l'Albania, che risulta essere il Paese principale dei minori (27,8%), seguito dal Bangladesh (12,4%), dall'Egitto (11,9%) e dal Pakistan (6,7%). La distribuzione dei minori non accompagnati sul territorio rimane pressoché costante: per la sua caratteristica di naturale punto di arrivo, la Sicilia si attesta al primo posto (nel 2020, 894 presenze) delle Regioni di accoglienza – con una concentrazione di minori pari al 17,8% del totale. L'Abruzzo registra la percentuale dell'1,9% sul totale con la presenza di 95 minori. Con riferimento alla tipologia di accoglienza, alla data del 30.06.2020 i 5.016 minori presenti in Italia risultano essere

accolti in prevalenza presso strutture di accoglienza (94,3%), mentre il 5,7% risulta collocato presso privati. Le strutture di accoglienza censite nel SIM dalla Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione si distribuiscono nelle Regioni italiane con livelli di concentrazione diversificati. Al 30 giugno 2020, le strutture di accoglienza censite nel SIM che ospitano MSNA sono 941. Le Regioni italiane che hanno il maggior numero di strutture con presenza di MSNA sono la Sicilia (16,4%) e la Lombardia (13,6%), mentre L'Abruzzo si colloca agli ultimi posti con la percentuale del 2,3%.

Le ragioni che spingono questi ragazzi a fuggire dal loro Paese d'origine sono molto diverse tra loro. Ci sono minorenni provenienti da contesti di estrema povertà economica e sociale, portatori di un importante mandato familiare, scelti con il compito di risolvere l'instabilità economica delle loro famiglie; alcuni partono per ricongiungersi a un membro della famiglia nel Paese ospitante; altri sono minorenni di strada, che vivono di espedienti e fuggono dal vagabondaggio nel proprio Paese, senza però un chiaro progetto migratorio.

Ci sono anche fuggitivi che scappano dalla violenza domestica e dagli abusi intrafamiliari, altri ancora fuggono da matrimoni combinati o da mutilazioni genitali. Ci sono anche minorenni esuli, richiedenti asilo, rifugiati, che fuggono da guerre, persecuzioni, partenze forzate, discriminazioni, crisi etniche, impedimenti all'esercizio delle libertà personali, esposti anche a esperienze traumatiche di violenze sessuali, di perdite e di lutti. Altri ancora sono i bambini e gli adolescenti sfruttati, vittime della tratta di esseri umani, vittime di sfruttamento sessuale, lavorativo, accattonaggio o del traffico di organi, arruolati in attività illecite.

Storie di solitudine e d'impotenza per la perdita di uno o di entrambi i genitori, per le esperienze di deprivazioni, precarietà, discriminazione, violenza organizzata, detenzione ma anche racconti di sfide superate, di pericoli schivati, di coraggio e di scopi realizzati grazie all'utilizzo di risorse individuali e sociali.

Indipendentemente da come la si concettualizzi, la migrazione dei MSNA aggiunge ulteriori elementi di vulnerabilità a storie di vita complesse, che si spongono, spesso inconsapevolmente, a rischi e pericoli multipli, amplificando la possibilità di sviluppare sintomi psicopatologici che possono evolvere in specifici quadri clinici trauma correlati.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per la tutela dei minori stranieri non accompagnati

Attraverso la collaborazione con il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza si intende promuovere azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione locale/limitrofa per:

- potenziare la programmazione di interventi formativi ad hoc e la creazione di una lista dei tutori volontari regionali aggiornata e rispondente ai bisogni del territorio;
- adeguare i programmi e le azioni alle buone prassi emerse nei progetti FAMI di prima accoglienza per il coinvolgimento dei tutori; creare un documento destinato ai tutori appena nominati dal tribunale per i minorenni che riassume le attività poste in essere dal progetto e riporta una lista di domande più frequenti dei minori (FAQ), fornendo suggerimenti ai tutori volontari su come rispondere. Le domande riportate sono quelle identificate come maggiormente problematiche e ricorrenti. Lo scopo è aiutare i tutori volontari a orientarsi tra i servizi offerti dal centro e le attività che vengono svolte quotidianamente, per garantire una corretta valutazione del superiore interesse del minore. I tutori volontari sono stimolati a prendere parte attiva al progetto educativo e a svolgere al meglio le proprie funzioni.

1.9. Quadro normativo nazionale per la gestione degli interventi in materia di politiche per la famiglia e minori

L'attuale sistema del welfare italiano è il risultato di un lento processo evolutivo che, in risposta alle trasformazioni dei modelli familiari e del contesto socioeconomico verificatosi a partire dalla seconda metà degli anni '70, ha condotto al passaggio da un sistema sociale improntato principalmente sul modello del Welfare State a un modello di Welfare Community.

La programmazione nazionale e regionale per la famiglia e i minori, che prosegue oggi in una fase

di evoluzione e riordino, segue il positivo impulso dato dalla normativa primaria qui riportata che ha investito direttamente le regioni, gli ambiti sociali, gli attori istituzionali e il privato sociale e Terzo Settore interessati a vario titolo e funzioni.

Tavola 1 – Normativa primaria nazionale in materia di programmazione dei servizi e interventi per la famiglia e i minori

La legge 28 agosto 1997, n. 285, recante “Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”. Il testo normativo ha segnato una rinnovata sensibilità verso le responsabilità genitoriali educative e di cura. Il ruolo genitoriale è riconosciuto quale principale strumento di attuazione dei principi della legge 27 maggio 1991, n. 176 di ratifica della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989.

La legge 8 marzo 2000, n. 53, recante “Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città”. Questa legge, unitamente al successivo decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 recante il “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell’articolo 15 della legge 8 marzo 2000 n. 53”, rappresenta una pietra miliare nella promozione delle politiche per la conciliazione tra i tempi di lavoro e i tempi di cura.

Il Piano Nazionale per la Famiglia “L’alleanza italiana per la famiglia”, approvato il 7 giugno 2012. Il Piano, previsto dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), rappresenta il primo atto di indirizzo a livello nazionale in materia di politiche per la famiglia.

Il decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80, recante “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro, in attuazione dell’articolo 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”, il quale contiene misure dirette in particolare alla tutela della maternità e a favorire la conciliazione tra le esigenze e i tempi di lavoro e di vita, allo scopo di garantire un adeguato sostegno alle cure parentali.

Il decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65, intitolato “Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell’articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107” (detta legge Buona scuola), il quale unifica su scala nazionale le disposizioni riguardanti **il sistema educativo da 0 a 6 anni**.

Il decreto-legge 12 luglio 2018, n. 86, recante “Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell’ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità”, convertito dalla legge 9 agosto 2018, n. 97.

Il decreto-legge n. 86/2018 ha attribuito al Ministro per la famiglia e la disabilità le funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di adozioni, anche internazionali, di minori italiani e stranieri, nonché un più ampio novero di funzioni attinenti all’infanzia e all’adolescenza.

1.10. Strategia europea, nazionale e le azioni del PNRR e REACT EU in favore della famiglia e minori

La strategia europea prevista nell’Agenda 2030, in continuità con la precedente, nella fattispecie della politica di riduzione della povertà e d’inclusione sociale, prevede diverse azioni integrate e sinergiche che vedono le famiglie protagoniste. In particolare, sono 2 gli obiettivi che interessano questo ambito:

- **sconfiggere la povertà (Obiettivo 1)** in tutte le sue manifestazioni, attraverso strategie inter-

connesse. Nonostante il tasso di povertà estremo si sia ridotto nell’ultimo ventennio, centinaia di milioni di persone vivono ancora al di sotto della soglia di povertà estrema non riuscendo a soddisfare i bisogni più elementari, come l’alimentazione, la salute, l’istruzione, l’accesso all’acqua e ai servizi igienici. Per consentire alle persone di uscire dalla condizione di povertà è necessario garantire la parità di diritti, l’accesso alle risorse economiche e naturali, a quelle tecnologiche, alla proprietà e ai servizi di base;

- **ridurre le disuguaglianze (Obiettivo 10)** attraverso l’adeguamento delle politiche e degli strumenti legislativi. Questo obiettivo mira a potenziare e promuovere l’inclusione sociale, economica e politica di tutti, a prescindere da età, sesso, disabilità, razza, etnia, origine, religione, stato economico o altro; ad assicurare pari opportunità e ridurre le disuguaglianze, anche eliminando leggi, politiche e pratiche discriminatorie e promuovendo legislazioni, politiche e azioni appropriate a tale proposito.

La piena affermazione di un welfare familiare sostenibile e abilitante, volto alla realizzazione del benessere della famiglia (quale soggetto sociale e relazionale), impone, come evidenziato dal Piano Nazionale per la Famiglia del 2012, la necessità di un rinnovo e un adeguamento delle politiche per la famiglia alle nuove culture familiari ed esigenze emergenti. Affinché si possa parlare di politiche “per” e “della” famiglia in una prospettiva di implementazione dei principi di sussidiarietà e di capacitazione indicati nel documento, occorre adottare politiche esplicite e dirette sul nucleo familiare. Il Testo individua linee di intervento da attuare e le organizza in nove parti tematiche, tra cui: “equità fiscale”, “lavoro di cura familiare”, “pari opportunità e conciliazione tra famiglia e lavoro”, “politiche abitative per la famiglia”, “privato sociale, Terzo Settore e reti associative familiari”, “servizi consultoriali e di informazione (consultori, mediazione familiare, centri per le famiglie)”.

Più recentemente la legge di bilancio per l’anno 2020 (legge n. 160/2019) ha confermato e rafforzato alcune misure già esistenti a sostegno della famiglia e ha contestualmente attivato, con ulteriori disposizioni normative, un processo positivo di crescita per sostenere la genitorialità, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e per contrastare la recessione demografica.

Nell’orizzonte temporale di attuazione del PNRR si colloca un insieme di riforme orientate a mitigare le conseguenze economiche e sociali della crisi e a rafforzare la coesione economica e sociale del Paese. Se pure non ricomprese nel perimetro delle azioni previste dal Piano, queste riforme sono destinate ad accompagnarne l’attuazione, concorrendo a realizzare gli obiettivi di equità sociale e miglioramento della competitività del sistema produttivo già indicati nelle Country Specific Recommendations rivolte al nostro Paese dall’Unione Europea.

L’obiettivo del Governo nel contrastare la denatalità trova una sua precisa definizione nel progetto di riforma contenuto nel Family Act (A.C. 2561), un disegno di legge organico recante “Deleghe al Governo per il sostegno e la valorizzazione della famiglia” che fa leva su un potenziamento del sistema del welfare. Esso contiene misure per il sostegno all’occupazione femminile, la promozione della natalità, l’importanza del valore sociale delle attività educative e di apprendimento formale e non formale dei figli, nonché il sostegno dell’autonomia finanziaria dei giovani e una revisione moderna dei meccanismi che consentono una conciliazione dei tempi di lavoro e di cura dei figli a carico di entrambi i genitori.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 e l’integrazione con la strategia europea e le azioni del PNRR per il sostegno alla famiglia e ai minori

Recependo i nuovi indirizzi del PSN 2021-2023 e del PNRR in fase di avvio, la nuova programmazione sociale 2022-2024 intende rafforzare e integrare le azioni del Piano regionale degli interventi in favore delle famiglie.

In tema di politiche per la famiglia la legge regionale del 2 maggio del 1995 n. 95 può essere considerata la legge quadro della Regione Abruzzo che, nel riconoscere il ruolo sociale della famiglia, impegna la Regione a predisporre una organica politica per promuovere e sostenere il diritto della famiglia al libero svolgimento delle sue funzioni (art. 1).-

Prendendo a riferimento l’ultimo quadriennio, si evidenzia come le azioni poste in essere con la L.R. 95/95 sulla famiglia e i minori nell’ultimo quadriennio hanno sempre più coinvolto gli ambiti sociali e le associazioni territoriali per la programmazione e gestione dei servizi:

ANNO 2018 – Avviso diretto agli Enti Capofila (E.C.A.D.) degli Ambiti Sociali Distrettuali, con cui è stato avviato un piano di interventi mirati e integrati a sostegno della famiglia e della genitorialità, investendo tutte le risorse finanziarie disponibili e provenienti dalle diverse fonti (Fondo Nazionale per la Famiglia, anno 2016, 2017, 2018, Fondo Sociale Regionale, Fondo Regionale L.R. 95/95). Il Piano ha previsto 4 linee di azioni: buoni servizio, buoni fornitura, promozione e informazione dell'istituto dell'affido familiare, istituzione e potenziamento dei Centri per la famiglia.

ANNO 2019 e 2020 – Avviso diretto agli Enti Capofila (E.C.A.D.) degli Ambiti Sociali Distrettuali. Il Piano interventi regionali per la famiglia per l'anno 2019, in continuità con il precedente, ha utilizzato le risorse finanziarie provenienti dalle diverse fonti (Fondo Nazionale per la Famiglia 2019, Fondo Regionale L.R. 95/95) e ha previsto 3 linee d'azione: buoni servizio, buoni fornitura, sostegno alla genitorialità.

ANNO 2021 – In corso d'opera il Piano interventi regionali per la famiglia per l'anno 2021. Le risorse finanziarie sono dirette a interventi degli Enti locali (E.C.A.D.) volti alla prosecuzione di iniziative destinate a favorire la natalità e la genitorialità, anche tenuto conto dei nuovi bisogni legati all'emergenza del Covid-19, e al supporto delle attività svolte dai Centri per le famiglie e, nell'ambito delle competenze sociali, dai consultori familiari.

Il Profilo sociale ha evidenziato che le famiglie abruzzesi tendono sempre più a diventare di piccole dimensioni con la relativa contrazione del tasso di natalità; che sale il numero delle famiglie in situazione di povertà, che rinunciano anche alle prestazioni sanitarie, e diminuisce la domanda di asili nido per la non facile sostenibilità dei costi; che esplodono le situazioni di violenza domestica e di genere e cresce il numero dei genitori separati e divorziati.

La riduzione dimensionale delle famiglie porta al conseguente indebolimento della loro capacità di risposta nelle situazioni di crisi e di bisogno di accudimento ai diversi componenti fragili lungo le età della vita. Una situazione di evoluzione complessa, cui il sistema dei servizi integrati regionali e locali è chiamato a fornire strumenti di accompagnamento, di supporto e di cura.

In generale, occorre sviluppare politiche familiari che i diversi Ambiti distrettuali devono strutturare sulla base dei rispettivi fabbisogni.

La programmazione dei Fondi europei previsti dal REACT EU, assegnati alla regione Abruzzo per l'anno 2021, prevede un fabbisogno stimato di 1.000.000,00 in favore del Dipartimento per le politiche della Salute e il Welfare che, attraverso l'Avviso annuale L.R. 95/1995 "Provvidenze in favore della famiglia", verrebbe distribuito agli Enti d'Ambito Distrettuali con la finalità di "Migliorare l'accesso ai servizi sociali di interesse generale, anche a favore dei minori con l'integrazione del Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia."

Sono previste azioni di sistema complementari per il rafforzamento dei piani regionali in favore della famiglia e dei minori attraverso il raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema, funzionali a un'ideale realizzazione, da parte degli ADS, dei LEPS e degli interventi e servizi del PSR 2022-2024 (tavola 3) e per il potenziamento di "servizi comunitari per la promozione dei diritti del minore e la promozione di rapporti scuola-territorio (potenziamento del PSN 2021-2023) a valere sui fondi PNRR – REACT EU minori – Careleavers" per il contrasto e la prevenzione del disagio e della povertà educativa (minori BES-DSA e altre problematiche complesse afferenti il disagio socio-familiare ed economico).

Tavola 2 - Sintesi degli obiettivi di sistema e di rafforzamento dei servizi e interventi per la famiglia e i minori del PSR 2022-2024

Revisione e aggiornamento della L.R. 95/95

Rafforzamento delle equipe territoriali di sostegno alla genitorialità e alla natalità

Potenziamento dell'offerta dei servizi, ampliandone la capacità ricettiva e la flessibilità del servizio con particolare riferimento alla rete territoriale dei Centri famiglia

Ampliamento e potenziamento dei servizi domiciliari e territoriali e potenziamento della metodologia "PIPIPI" e dei progetti di accompagnamento e orientamento verso la maggiore età Careleavers

Potenziamento degli interventi di mediazione familiare e sostegno alla genitorialità

Potenziamento dei servizi per l'affido e le adozioni, rafforzamento delle equipe territoriali

Altri servizi innovativi per la prima infanzia e la genitorialità e di conciliazione dei tempi di cura e lavoro

Potenziamento dei servizi integrativi per la prima infanzia (Garanzia Infanzia)

Potenziamento di progetti e interventi integrati comunitari territorio-scuola

Previsione di forme più adeguate ai fabbisogni di accoglienza dei bambini nelle piccole realtà, tenendo conto del ridotto numero di bambini che ne fanno accesso, e sviluppo di servizi innovativi e multifunzionali per la prima infanzia

Promozione e incentivazione di forme di auto-organizzazione di servizi fra famiglie, flessibili e di prossimità, per la cura dei bambini, dei disabili e degli anziani, secondo il modello del welfare generativo

Obiettivi che vanno declinati attraverso la realizzazione dei LEPS e dei servizi e interventi di potenziamento rivolti alla famiglia e ai minori del PSR 2022-2024 nei piani distrettuali sociali degli ADS, tenendo anche conto degli indirizzi del PSN 2021-23 sulle modalità di utilizzo del FNPS 2021-23, che prevede che il 50% delle risorse annuali assegnate alle Regioni sia destinato a servizi e interventi per i minori e la famiglia.

Le azioni del PSR 2022-2024 per il rafforzamento del sistema dei servizi per la famiglia e i minori recepiscono gli indirizzi nazionali del PSN 2021-2023 e dei LEPS e **tenono conto delle indicazioni della rete sociale che partecipa alla programmazione regionale attraverso la Cabina di Regia.**

La finalità prioritaria è quella di rafforzare la crescita e l'evoluzione della normativa e del sistema dei servizi per la famiglia e i minori, che segue un percorso già avviato con le varie riforme sul diritto di famiglia e sull'infanzia (asili nido, affido e adozioni, servizi sociali e sociosanitari per la famiglia, la maternità, l'infanzia, la genitorialità e le pari opportunità), rafforzati e consolidati con la legge 285/97 sull'infanzia e l'adolescenza fino al più recente D.Lgs. 65/2017 sul sistema educativo integrato 0-6 anni.

Tavola 3 - Quadro sinottico dei nuovi LEPS e degli interventi e servizi per i minori e la famiglia del PSR 2022-24

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO		OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)		
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative		2022	2023	2024
AT 4. Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Servizi domiciliari e territoriali educativi	FNPS FSR ADS	L. 296/2006 (fondo nazionale per la famiglia)	Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali (UVM/PAI/PEI) Ridurre istituzionalizzazione Metodologia PIPPI e care-leavers	PAI/PEI attivati Riduzione istituzionalizzazione Incremento Dimissioni protette	PAI/PEI attivati Riduzione istituzionalizzazione Incremento Dimissioni protette	PAI/PEI attivati Riduzione istituzionalizzazione Incremento Dimissioni protette
	Interventi comunitari di mediazione familiare e sostegno alla genitorialità		Piano Regionale Famiglia (L.R. 95/95) a valere sul fondo nazionale regionale sulla famiglia	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata
	Servizi per l'affido familiare e le adozioni (il rafforzamento delle equipe territoriali)		Programma PIPPI e azioni di Careleavers	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata
	Programma di presa in carico metodologia PIPPI e percorsi educativi e accompagnamento care leavers minori (nuovi LEPS)		Programma PIPPI e azioni di Careleavers	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione povertà educativa Riduzione utenza istituzionalizzata
			Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU Minori -Care leavers				
Strutture residenziali per minori a carattere familiare	PNR – M5C2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore		Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali (UVM/PAI/PEI) Ridurre la istituzionalizzazione	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione istituzionalizzazione	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione istituzionalizzazione	Aumento presa in carico utenza fragile Riduzione istituzionalizzazione	

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO		OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)			
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative		2022	2023	2024	
AT 4. Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	Servizi e interventi comunitari per famiglie immigrate e minori non accompagnati (FAMI/SPRAR)	FNPS	Altre misure settoriali regionali e nazionali, Fondi SPRAR, PON, FSE 2021-27		Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile
	Ridurre la istituzionalizzazione				Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	
	Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali				Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile	
	Alloggi protetti	ADS			Ridurre la istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione
	Integrazione rette/voucher residenziali				Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali (UVM/PAI/PEI);	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile
	Ridurre la istituzionalizzazione				Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	
	Altri servizi integrativi per l'infanzia e la genitorialità	FSR	L.R. 76/2000 servizi educativi prima infanzia		Potenziare l'offerta dei servizi Ampliare la capacità ricettiva e la flessibilità del servizio	Aumento frequenza	Aumento frequenza	Aumento frequenza
L. 53/2000 tempi di conciliazione famiglia-lavoro	Incremento tassi occupazione femminile		Incremento tassi occupazione femminile			Incremento tassi occupazione femminile		
Garanzia bambini (potenziamento del PSN 2021-2023)		Altri fondi dedicati nazionali e regionali						
Altri servizi comunitari per la promozione dei diritti del minore e la promozione di rapporti scuola-territorio (potenziamento del PSN 2021-2023)		Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU Minori - Care leavers		Implementare nuovi servizi ed interventi comunitari diurni, semiresidenziali e residenziali innovativi per i minori	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile	Aumento presa in carico utenza fragile	
					Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	Riduzione istituzionalizzazione	
					Riduzione tassi di dispersione e abbandono scolastico	Riduzione tassi di dispersione e abbandono scolastico	Riduzione tassi di dispersione e abbandono scolastico	
					Prevenzione e riduzione del fenomeno di disagio sociale e cognitivo (BES-DSA)	Prevenzione e riduzione del fenomeno di disagio sociale e cognitivo (BES-DSA)	Prevenzione e riduzione del fenomeno di disagio sociale e cognitivo (BES-DSA)	

2. GIOVANI E YOUTH GUARANTEE

2.1. La nuova strategia europea per la gioventù 2021-27

La strategia dell'Unione Europea per la gioventù si fonda sulla risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea del 26 novembre 2018 e costituisce il quadro di riferimento per la collaborazione a livello europeo sulle politiche condotte a favore dei giovani nel periodo 2019-2027.

Tale strategia si focalizza su una serie di obiettivi che individuano problematiche trasversali aventi un'incidenza sulla vita dei ragazzi: gli obiettivi sono emersi da eventi e momenti di dialogo condotti tra il 2017 e il 2018 con giovani provenienti da tutta Europa. In estrema sintesi la strategia EU si estrinseca in una serie di attività finalizzate a “mobilitare”, “collegare” e “responsabilizzare” i giovani, ossia: promuovere la partecipazione dei giovani alla vita democratica, sostenerne l'impegno sociale e civico e garantire che tutti i giovani dispongano delle risorse necessarie per prendere parte alla società in cui vivono.

Gli obiettivi della strategia sono raggiunti attraverso due programmi tematici dedicati ai giovani: “Erasmus+”, il programma europeo per l'istruzione, la formazione, la gioventù e lo sport, e il “Corpo Europeo di Solidarietà” che aiuta i giovani a partecipare a progetti che vanno a beneficio delle comunità, sia all'estero sia nel proprio Paese. I programmi sono coordinati a livello centralizzato dalla Commissione Europea – DG EAC con competenze in ambito di istruzione, gioventù, sport e cultura – e finanziano progettualità realizzate a livello transnazionale e dedicate ai giovani, agli insegnanti e agli animatori giovanili grazie alla supervisione e il monitoraggio delle Agenzia Nazionali collocate presso gli Stati membri.

La Commissione Europea promuove altresì una serie di attività finalizzate a raccogliere dati concreti sui giovani dai territori, al fine di basare le iniziative di politiche giovanili sulle esigenze e situazioni reali della popolazione target e monitorare l'impatto delle politiche in essere attraverso dati comparabili tra i diversi Stati membri.

In accordo con tale principio, denominato “Metodo aperto di coordinamento”, che trova applicazione anche in altri ambiti di azione delle istituzioni europee, oltre a quello delle politiche giovanili, la Commissione Europea ha formalizzato una tabella di 41 indicatori statistici per tutti i settori d'intervento della strategia UE per la gioventù: la raccolta dei dati statistici sui giovani è coordinata da EUROSTAT, l'ufficio statistico dell'UE, ed è garantito grazie al supporto dei corrispettivi nazionali, l'ISTAT in Italia (1).

(1) Oltre ai dati e agli indicatori sopra citati, un'interessante visuale viene fornita dalla recente ricerca “Ora parliamo Noi – 5713 voci di giovani che guardano al futuro”, condotta tra aprile e maggio 2021 con modalità on-line e attraverso le scuole, sulla situazione, l'impatto psicologico e lo stato di percezione dei giovani della pandemia da Covid-19. La ricerca è stata realizzata da “Cittadinanza Attiva”, con il contributo non condizionato di “Assosalute – Federchimica”, presentata al Servizio Programmazione Sociale regionale dal Co.Ri.Fi.Si. Uno sguardo multidimensionale sullo stato psicologico, le difficoltà, il disagio e le esigenze e prospettive dei giovani, che vengono analizzate su un campione molto rappresentativo di giovani (5713 unità), da cui si evidenziano interessanti aspetti e indicazioni sul mondo della scuola e dell'università, del lavoro e di altri ambiti rappresentativi della situazione attuale e delle esigenze e aspettative dei giovani.

2.2. Il Piano “Garanzia Giovani”

In attuazione di una raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 30 ottobre 2020 e al fine di favorire l'inclusione dei giovani cittadini dell'UE nel mercato del lavoro, con particolare riguardo ai soggetti “vulnerabili” e a rischio di esclusione sociale, l'Unione Europea ha lanciato l'i-

niziativa “Garanzia Giovani”.

Si tratta di una serie di misure di sostegno destinate agli Stati membri più colpiti dal fenomeno della disoccupazione giovanile, tra cui l'Italia. Nell'ambito di tale iniziativa l'UE aiuta gli Stati membri a definire i rispettivi piani nazionali per l'attuazione della garanzia per i giovani. Tali piani includono misure e riforme a favore dell'occupazione giovanile da attuarsi a livello nazionale, con la specifica della relativa tempistica, dei ruoli delle autorità pubbliche e di altre organizzazioni coinvolte e delle relative fonti di finanziamento. La Commissione Europea contribuisce a monitorare l'attuazione dei sistemi nazionali e incoraggia l'apprendimento reciproco attraverso l'apposito programma della strategia europea per l'occupazione e le attività finanziate dal programma europeo per l'occupazione e l'innovazione sociale (EaSI).

2.3. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Le 6 Missioni del PNRR condividono delle priorità trasversali costituite da “Parità di genere”, “Giovani” e “Sud e riequilibrio territoriale”.

In tema di politiche giovanili il Piano mira a promuovere, anche indirettamente, una maggiore partecipazione dei giovani al mercato del lavoro, principalmente attraverso le seguenti misure:

- la valorizzazione del capitale umano e il miglioramento delle competenze (Missione 1), soprattutto con riferimento alle nuove professioni, che potranno creare maggiori opportunità di lavoro in particolar modo per le generazioni più giovani;
- gli investimenti e le riforme sulla transizione ecologica (Missione 2), che contribuiranno alla creazione di occupazione giovanile in tutti i settori toccati dal Green Deal europeo;
- il potenziamento della formazione professionale (Missione 5) – anche attraverso il rafforzamento del sistema duale – che potrà ridurre il disallineamento tra le competenze possedute, anche digitali, e quelle effettivamente richieste dalle imprese, agevolando così l'ingresso nel mondo del lavoro;
- il potenziamento del “Servizio Civile Universale” (Missione 5), che determinerà un incremento del numero di giovani tra i 18 e i 28 anni che possono accedere a un percorso di apprendimento volto ad accrescere le proprie conoscenze e competenze;
- l'istituzione del “Servizio Civile Digitale” (Missione 1), attraverso il reclutamento di giovani che aiuteranno gli utenti ad acquisire competenze digitali di base, e l'attivazione di borse di studio (Missione 6), che riguardano in particolare il corso di formazione specifica in medicina generale.

Il Piano affronta anche il tema della formazione e dell'emancipazione giovanile, nell'ottica dell'introduzione di misure di sostegno ai giovani, affinché acquisiscano autonomia sul piano finanziario. In tal senso un impatto diretto particolarmente rilevante sulle nuove generazioni caratterizza le misure presenti nell'ambito della Missione 4 del PNRR, “Istruzione e ricerca”, anche in considerazione del fatto che tutti i suoi obiettivi sono rivolti principalmente a fornire ai giovani gli strumenti necessari per una partecipazione attiva alla vita sociale, culturale ed economica del Paese.

Per l'implementazione delle misure previste dal PNRR il Governo italiano ha richiesto all'Unione Europea il massimo delle risorse disponibili per l'Italia, pari a 191,5 miliardi di euro.

2.4. Il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale

A livello nazionale il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale è la struttura di supporto al Presidente del Consiglio dei Ministri, istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° ottobre 2012, per favorire la promozione e il raccordo delle azioni di Governo volte ad assicurare l'attuazione delle politiche in favore dei giovani e in materia di Servizio Civile Universale.

Il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il SCU è dunque la struttura responsabile della traduzione, sul territorio nazionale, delle Linee guida strategiche trasmesse dalle istituzioni comunitarie sopra richiamate e dell'attuazione dei relativi strumenti di monitoraggio e valutazione. In tal senso il Dipartimento svolge attività di supporto alle funzioni di indirizzo e vigilanza sull'Agenzia Nazio-

nale per i Giovani (ANG), ente deputato all'attuazione dei programmi "Erasmus+" e "Corpo Europeo di Solidarietà" sul territorio italiano.

Ogni anno il Governo nazionale stabilisce le priorità delle politiche per i giovani, previa consultazione con le Regioni e le altre autorità locali competenti. La strategia annuale si pone nell'ambito di linee di azione pluriennali. Nell'ultimo quinquennio la strategia ha sostenuto le azioni in favore dei giovani talenti e il contrasto al disagio giovanile.

La strategia è concordata nell'ambito della Conferenza Unificata che comprende il Governo nazionale, le Regioni, le Province autonome, l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) e l'Unione delle Province italiane (UPI).

I due principali strumenti finanziari di cui il Dipartimento è dotato per l'attuazione di iniziative e progettualità a beneficio dei giovani su tutto il territorio nazionale sono: il Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili e il Fondo Nazionale per il servizio civile.

2.5. Il Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili

Il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale (DPGSCU) si avvale del Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili: istituito presso la Presidenza del Consiglio con decreto legge 4 luglio 2006, n. 223 e convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, il fondo ha l'obiettivo di promuovere il diritto dei giovani alla formazione culturale e professionale e all'inserimento nella vita sociale, in linea con le priorità identificate dalla strategia comunitaria per i giovani e supportate dalla strategia annuale nazionale. L'entità del Fondo è fissata annualmente con la legge di bilancio; l'atto ufficiale della Conferenza Unificata stabilisce la ripartizione del Fondo tra Governo nazionale, Regioni ed enti locali.

Il DPGSCU gestisce direttamente la parte dei fondi destinata agli interventi nazionali attraverso inviti a presentare progetti aperti alle organizzazioni giovanili e alla società civile. La parte delle risorse destinata alle Regioni e agli enti locali viene gestita tramite accordi separati tra il DPGSCU e le singole Regioni e tra il DPGSCU, l'ANCI e l'UPI, con l'obiettivo comune di promuovere iniziative che favoriscano la partecipazione inclusiva dei giovani alla vita sociale e politica dei territori.

Il Dipartimento nazionale ha destinato alla Regione Abruzzo un finanziamento complessivo rispettivamente di € 237.738,00 nel 2019 e di € 213.766,00 nel 2020. Tali finanziamenti sono confluiti rispettivamente negli avvisi "Abruzzo Giovani 2019" e "Abruzzo Giovani 2020".

Ciascuno dei due avvisi è rivolto agli Ambiti Distrettuali Sociali presenti sul territorio regionale e finanzia proposte progettuali finalizzate a favorire l'aggregazione e la creatività giovanile, la partecipazione attiva dei giovani alla vita politica della propria comunità e la prevenzione del fenomeno delle nuove dipendenze legate ai giovani. Per ciascun progetto proposto, della durata di 12 mesi, gli ambiti proponenti hanno potuto richiedere un contributo massimo di € 25.000,00.

Nell'ambito dell'avviso "Abruzzo Giovani 2019" sono stati selezionati e finanziati otto interventi.

I progetti ammessi a finanziamento sono destinati a giovani di età compresa tra i 16 e i 30 anni: nella formulazione della graduatoria di merito è stata data priorità agli ambiti situati nelle aree interne e/o a rischio di spopolamento e agli ambiti che non abbiano già beneficiato di finanziamenti derivanti dallo stesso fondo per le annualità precedenti.

L'impatto dei progetti finanziati sulla popolazione target dei giovani residenti in Abruzzo sarà noto in seguito alla rendicontazione delle relative attività che avviene al termine del 2021.

L'avviso "Abruzzo Giovani 2020" è stato invece pubblicato nel mese di aprile 2021.

In linea con il principio del "dialogo strutturato" promosso dalla Commissione Europea, secondo cui al fine di soddisfare i bisogni dei giovani è necessario dialogare con essi e coinvolgerli direttamente nei processi decisionali che li riguardano, la Regione Abruzzo ha promosso, nell'ambito dei due avvisi sopra descritti, un'attività di consultazione dei giovani abruzzesi.

La consultazione, veicolata attraverso gli ambiti beneficiari dei finanziamenti derivanti dagli avvisi "Abruzzo Giovani", è finalizzata da un lato a effettuare una "profilazione" della popolazione target, identificandone l'età anagrafica, la distribuzione sul territorio, i titoli di studio e la relativa posizione occupazionale; d'altro lato è finalizzata a conoscere le opinioni degli stessi giovani rispetto alle iniziative loro rivolte, sia a livello locale sia regionale. Le opinioni raccolte consentiranno all'autorità regionale di conoscere le aspirazioni e gli interessi dei giovani abruzzesi. Tali istanze

saranno tenute in considerazione nella definizione degli obiettivi degli avvisi "Abruzzo Giovani" per le prossime annualità.

2.6. Il Fondo Nazionale per il servizio civile

Il Fondo Nazionale per il servizio civile è stato istituito presso la Presidenza del Consiglio dalla legge n. 230 del 1998 (art. 19) e ha come finalità lo sviluppo complessivo del Servizio Civile Universale, nonché la continuità del contingente di operatori volontari.

Il Dipartimento Nazionale per il Servizio Civile ha istituito, con D.Lgs. n. 40 del 6 marzo 2017, il Servizio Civile Universale (SCU) riformando il precedente Servizio Civile (SC).

Il Servizio Civile Universale rappresenta un'importante occasione di formazione e di crescita personale e professionale per i giovani dai 18 ai 28 anni d'età, residenti in Italia, che possono scegliere volontariamente di dedicare alcuni mesi della propria vita al servizio di difesa, non armata e non violenta, della Patria attraverso azioni per le comunità e per il territorio.

A seguito della riforma del SCU molte delle competenze relative al SC sono passate dalle Regioni al Dipartimento Nazionale che è attualmente incaricato, tra l'altro, della tenuta dell'«Albo degli enti di SCU», a cui hanno facoltà di iscriversi gli enti pubblici e no-profit presenti sul territorio italiano che intendano promuovere progettualità nell'ambito del servizio civile e accogliere giovani aspiranti volontari.

È ulteriormente di competenza del Dipartimento Nazionale la valutazione delle istanze di accreditamento all'albo, nonché la valutazione dei progetti di servizio civile.

Gli uffici regionali per il servizio civile supportano il Dipartimento Nazionale nella valutazione delle progettualità presentate da enti nel proprio territorio di competenza. Essi hanno altresì competenza in relazione alla promozione del SCU a beneficio degli enti e volontari presenti sul territorio regionale e al monitoraggio delle progettualità in corso.

Nell'ambito dell'ultimo bando ordinario per la selezione di giovani volontari da impiegare in progetti di Servizio Civile Universale in Italia e all'Estero e nei territori delle regioni interessate dal PON-IQG Garanzia Giovani pubblicato in data 21.12.2020, il Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale ha indetto la selezione di 46.891 operatori volontari da impiegare in 2.814 progetti di Servizio Civile Universale.

Di questi sono n. 1636 i volontari impiegati in progetti di SCU con sedi di attuazione sul territorio della Regione Abruzzo.

2.7. Politiche giovanili in Abruzzo e obiettivi del PSR 2022-2024

- Approvare una Legge quadro sui giovani e il protagonismo giovanile che contribuisca a definire un sistema di sostegno e supporto a beneficio dei giovani presenti sul territorio regionale e delle organizzazioni giovanili che lavorano per la promozione del benessere e del protagonismo giovanile.
- Istituire un osservatorio regionale sui giovani che ne ascolti e identifichi i bisogni attraverso rilevazioni statistiche e consultazioni tematiche.
- Incentivare la creazione di Consigli Comunali che raccolgano e rappresentino le istanze di questi ultimi nei tavoli istituzionali.
- Istituire un Fondo regionale che promuova misure a favore dell'autonomia dei giovani (attraverso l'accesso a casa, servizio civile, fare impresa, studio e formazione, lavoro).

Gli obiettivi di sistema sopra delineati risultano strategici ed essenziali per la realizzazione e il rafforzamento dei servizi e degli interventi a favore dei giovani e lo Youth Guarantee del PSR 2022-2024 e della L. 248/2006 sulle politiche giovanili, che vanno integrati con le azioni complementari del PNRR e REACT EU, del POR-FSE e FSE/FSC 2021-2027.

Il quadro sinottico che segue fornisce una rappresentazione del sistema integrato delle azioni a favore dei giovani e lo Youth Guarantee.

Tavola 4 - Quadro sinottico e i LEPS degli interventi e servizi per i giovani e lo Youth Guarantee del PSR 2022-2024

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO		OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)		
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative		2022	2023	2024
AT 6. Giovani e Youth Guarantee	Centri diurni per l'integrazione sociale dei giovani	FNPS FSR ADS	L. 248/2006 (Politiche giovanili)	Potenziare i centri diurni	Incremento Target giovani	Incremento Target giovani	Incremento Target giovani
	Servizi comunitari per l'inclusione sociale dei giovani (Youth Guarantee)		POR-FSE Progetto Spazi Inclusivi (Progetti di rete tra ADS e Terzo Settore per l'inclusione dei giovani "Agorà")	Potenziare i servizi per l'inclusione dei giovani	Incremento Target giovani	Incremento Target giovani	Incremento Target giovani
			Progetti regionali AS 4 del PNRR e REACT EU di partenariato - "Officina delle idee- laboratori esperienziali di comunità educante"		Indice di abbandono scolastico	Indice di abbandono scolastico	Indice di abbandono scolastico
	Sistema duale e servizi di orientamento al lavoro		PNRR – M5C1 "Politiche per il lavoro": 1. Rafforzamento integrazione politiche sociali con politiche attive lavoro (ADS/CPI); - Politiche attive lavoro e formazione; - Sistema duale; - Creazione imprese femminili; - Sistema certificazione parità di genere; - Servizio Civile Universale; Progetti regionali PNRR Abruzzo per l'apprendimento permanente, le borse di studio universitario, la creazione d'impresa e il mantenimento dei livelli occupazionali Garanzia giovani e altri programmi di inserimento al lavoro dei giovani Programma Careleavers	Potenziare i servizi per l'inclusione dei giovani e per l'orientamento al lavoro	Incremento Target giovani	Incremento Target giovani	Incremento Target giovani
	Servizio Civile Universale		Altri fondi dedicati nazionali e regionali	Potenziare i servizi per l'inclusione dei giovani	Indice di abbandono scolastico	Indice di abbandono scolastico	Indice di abbandono scolastico
				Indice di disoccupazione giovanile	Indice di disoccupazione giovanile	Indice di disoccupazione giovanile	

3. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA. IL SUPPORTO AL CAREGIVER FAMILIARE E ALTRE CATEGORIE FRAGILI

3.1. Le azioni integrate per la non autosufficienza e le disabilità complesse nel PSR 2022-2024

Un punto di forza della nuova programmazione integrata sociale regionale 2022-2024 è rappresentato dalla capacità di ottimizzare le buone prassi realizzate ad oggi e porre in essere processi efficaci di integrazione sociosanitaria all'interno della rete dei servizi alle persone con disabilità e un sistema integrato di servizi e interventi sociali e sociosanitari.

Un processo che, partendo dagli indirizzi e dalle azioni della legge quadro 104/92 sulla disabilità, dalla legge 328/2000 e dalla normativa successiva e complementare per la disabilità e la non autosufficienza, oltre che dal rafforzamento dei principi e dei diritti universali delle persone con disabilità e svantaggio sociale (Convenzione ONU 2006), **si fonda sulla capacità di valutazione del bisogno e di presa in carico**, prendendo a riferimento le indicazioni programmatiche del D.M. 26 settembre 2016 che pone le basi per una concreta applicazione dei principi universali della Convenzione ONU sulla disabilità del 13 dicembre 2006 (L. 18/2019).

Le Linee guida nazionali del PNA 2019-2021 (DPCM 21.11.2019), già recepite dalla Regione Abruzzo con DGR n. 707 del 17.11.2020, richiamano espressamente e **rafforzano** gli indirizzi del D.M. 26 settembre 2016, dando un maggior risalto alla capacità di una *presa in carico mirata*, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi e appropriati tipi di prestazioni e di interventi.

Una modalità di intervento che richiede unitarietà e omogeneità delle procedure, degli strumenti della valutazione, della definizione del **progetto assistenziale individualizzato (PAI)**, del relativo **"budget di progetto"** e della loro verifica ed eventuale aggiornamento, attraverso:

- il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;
- i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui al Piano Sociale 2016-2018 e al Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010 e ss.mm.ii. Una valutazione multidimensionale in cui sono presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando scale già applicate e validate scientificamente presso le regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;
- un processo di presa in carico attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare nell'ambito degli interventi individuati nel presente atto e di altre misure per la non autosufficienza, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante l'utilizzo di specifiche scale di valutazione;
- gli interventi da attuare e le risorse professionali, sociali, sanitarie e finanziarie, nonché eventuali quote di cofinanziamento da parte dell'Ambito Distrettuale Sociale (ADS) e dell'Azienda USL attraverso un "piano personalizzato di assistenza" (PAI) in cui viene specificato il "budget di progetto" e dove sono chiaramente indicate le diverse componenti da integrare, sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati anche in considerazione della necessità, da parte dei Comuni, degli Ambiti Distrettuali Sociali e dei beneficiari stessi, di alimentare le banche dati delle nuove piattaforme ministeriali e regionali (Casellario assistenza, SIUSS, SINA, HCP, ecc.) e del SIOSS. Il coordinamento e il monitoraggio interno all'Ambito Distrettuale Sociale degli interventi posti in essere sono demandati al **Case manager** che cura anche i rapporti della famiglia con gli enti territoriali coinvolti **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: AISM Abruzzo, il Forum del Terzo Settore, le Organizzazioni Sindacali e altri enti istituzionali e del privato sociale hanno rappresentato la necessità di rafforzare le modalità della valutazione multidimensionale e della presa in carico attraverso un progetto personalizzato e la definizione di un budget di cura.

Le azioni di sistema sopra delineate vanno coordinate in una programmazione unitaria, integrata, pluriennale, con gli indirizzi forniti dal Piano Sociale Nazionale 2021-2023, con il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 approvato con DPCM del 21.11.2019 e con le misure di sviluppo locale stabilite nel **PNRR** nella Missione 5C2 "Infrastrutture sociali, famiglie e terzo settore", Missione 5C3 "Interventi speciali per la coesione territoriale", nelle azioni regionali specifiche del PSR 2022-24 e del **PNRR – REACT EU** (AS 4 "Interventi per la non autosufficienza") e nel **Piano Operativo Missione 5C2 approvato con Decreto Direttoriale n. 450 del 9 dicembre 2021 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, integrate con le azioni sociosanitarie previste nella Missione 6 sulla "Salute di Prossimità" (esempio Case di Comunità e Case della Salute) **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: APS e OdV, attraverso un'analisi di vantaggi e con le considerazioni del caso, propongono: la realizzazione di una struttura intermedia di medio-lunga degenza (NO ricovero, NO Rsa) che garantisca assistenza ai pazienti h24 con il relativo coinvolgimento dei rispettivi caregiver familiari e che preveda una vera e propria creazione di una community, spazio di condivisione e coesione; l'attivazione per ciascun ambito sociale territoriale di uno "sportello di ascolto" destinato ai caregiver, ai familiari delle persone con disabilità per offrire un supporto pratico ed emotivo. Confindustria Abruzzo sottolinea la necessità di altri progetti di prossimità per la disabilità e non autosufficienza, di teleassistenza, telemedicina, servizi semiresidenziali e residenziali comunitari di prossimità di riabilitazione e una specifica azione per il deficit dell'udito.

Per la nuova programmazione sociale regionale risulta essenziale integrare risorse umane, strutturali e finanziarie proprio nell'ambito delle politiche per la disabilità e la non autosufficienza che vedono nell'**integrazione sociosanitaria delle politiche sociali con le misure territoriali della sanità di prossimità la finalità prioritaria per migliorare la qualità della vita e ridurre quanto più possibile i tassi di ospedalizzazione e delle medio e lunghe degenze, oltre alla istituzionalizzazione delle persone fragili**.

Da una attenta analisi dei documenti di indirizzo nazionali e regionali sulle politiche per la non autosufficienza e la disabilità complessa, si evidenziano aspetti generali e specifici quali punti essenziali per una nuova programmazione delle politiche e degli interventi e servizi rivolti alla non autosufficienza a livello regionale e territoriale (ambiti sociali).

Si rileva come viene dato un impulso significativo per la concreta realizzazione in maniera uniforme e omogenea su tutto il territorio nazionale di quei principi universali ribaditi e sanciti nella Convenzione Onu per i diritti per le persone disabili, recepita con la legge 3 marzo 2009, n. 18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità".

Criticità permanenti da superare

Entrando nello specifico dell'analisi dei documenti di indirizzo e dello stato ad oggi dei bisogni e delle misure in essere per la non autosufficienza e disabilità complessa, emergono subito due considerazioni di carattere generale, a cui le stesse linee di indirizzo nazionali e regionali vigenti e la nuova programmazione sociale 2022-2024 devono dare una risposta:

1. **il permanere di una rilevante difformità e disomogeneità per macroarea delle risorse e relative misure attivate dalle regioni e, in vari casi, anche all'interno del territorio regionale tra gli**

ambiti sociali; si tenga conto che dai dati ultimi aggiornati al 2017, a fronte di una spesa media nazionale per gli interventi rivolti alla disabilità di circa 50,00 euro, si evidenzia una spesa prevista di 10 euro della Regione Calabria a fronte dei 170,00 euro spesi dalla Provincia Autonoma di Bolzano e dalla Val D'Aosta; un dato particolare è rappresentato dalla Sardegna che, a differenza delle altre regioni del Mezzogiorno, mantiene un livello alto di spesa pro-capite per il sociale e per la disabilità che si attesta sulla media nazionale;

2. **la mancanza di uno strumento idoneo uniforme e scientificamente validato utilizzato su tutto il territorio nazionale e regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno socio-sanitario della persona e del suo nucleo familiare, per l'individuazione della tipologia del beneficiario e del relativo servizio/intervento di sostegno diretto o indiretto.**

I due aspetti sopra evidenziati confermano difatti un quadro a macchia di leopardo sia della incidenza prestazionale sia delle procedure di valutazione del bisogno e individuazione del target beneficiario, non solo per macroarea nazionale e tra le regioni, ma anche all'interno delle stesse regioni, in cui **sono gli ambiti sociali a declinare gli interventi e i servizi tramite i piani locali per la non autosufficienza** (PLNA).

Un punto di partenza che possiamo definire l'“anno zero” di una nuova programmazione nazionale delle politiche per la non autosufficienza, che tiene conto della normativa nazionale sulla disabilità (L. 104/92 in primis), dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) e dei principi universali della Convenzione ONU sulla disabilità, è rappresentato dall'impostazione programmatica del **D.M. 26 settembre 2016** che difatti pone le basi con specifici indirizzi socio-sanitari per una **valutazione multidimensionale** del bisogno assistenziale e per **l'implementazione diffusa su tutto il territorio nazionale di servizi e interventi rivolti alla persona non autosufficiente e al suo nucleo familiare.**

Vanno rese operative precise indicazioni per risolvere le consolidate problematiche richiamate in premessa che, sin dalla istituzione del FNA (art.1, comma 1264 legge 296/2006) con la finalità di garantire livelli essenziali per la non autosufficienza su tutto il territorio nazionale, ad oggi continuano a manifestarsi:

1. l'eccessiva diversificazione territoriale in termini di prestazioni domiciliari, servizi territoriali e di entità economica degli assegni di cura per la disabilità gravissima e per la non autosufficienza;
2. la disomogeneità territoriale delle procedure di accesso e degli strumenti socio-sanitari di valutazione multidimensionale del bisogno per la relativa individuazione dei beneficiari.

Da questo punto di vista gli interventi del PNR, che pone una significativa attenzione alle fragilità della non autosufficienza e della disabilità, possono dare un impulso significativo con azioni di sistema per il rafforzamento del personale dedicato e delle competenze che possono concorrere al miglioramento degli strumenti e **dei processi di valutazione del bisogno e della presa in carico socio-sanitaria e per la realizzazione o la riconversione di infrastrutture sociali che rispondono al bisogno territoriale di tutela e inclusione e coesione sociale, nell'ottica di un servizio e intervento sociale e socio-sanitario di prossimità che tiene conto delle specificità di bisogno della persona e del suo contesto di vita.**

Per una attenta programmazione dei piani locali è necessario, dunque, che si considerino le diverse tipologie di bisogno sociale e socio-sanitario e che, nell'ambito delle disabilità complesse e della non autosufficienza, in primis si tenga conto delle due tipologie di beneficiari individuate dal Piano Nazionale Non Autosufficienza:

- **“la Disabilità Gravissima”**, nel territorio nazionale circa 60mila beneficiari (10 persone ogni 10.000 residenti) in cui vi è una prevalenza del bisogno assistenziale continuativo e quotidiano, in cui spesso è richiesto un monitoraggio costante e l'utilizzo di ausili permanenti all'interno del proprio ambiente di vita; rientrano in questa tipologia le *demenze senili gravi*, i *ritardi mentali gravi e profondi* e le *patologie neurodegenerative gravi e permanenti* che si configurano come dipendenza vitale quali SLA, SMA, distrofie, sclerosi multipla e altre patologie neuromuscolari gravi;
- **“Non Autosufficienti Gravi”**, le cui misure (da dati dell'ultimo monitoraggio nazionale riportato nel PNA 2019-2021) prevedono per il 23% un'assistenza diretta a domicilio (SAD/ADI), per il 7% un'assistenza residenziale presso ricoveri per il sollievo e per il restante 70% assegni economici di cura per il sostegno personale e il proprio nucleo familiare.

La distinzione sopra riportata è utile per definire la tipologia del target e le misure di sostegno diretto e indiretto rivolto alla persona non autosufficiente e al suo nucleo familiare (un aspetto par-

ticolare a cui fare riferimento riguarda il carico assistenziale che fa capo alla figura del caregiver familiare).

Due sono gli aspetti innovativi molto interessanti che il Piano nazionale 2019-2021 individua:

- **l'introduzione di criteri uniformi e omogenei per la quantificazione del beneficio economico** per gli **assegni economici di cura**, stabilendo una base minima di **400 euro mensili per 12 mensilità** e l'adozione di un criterio degli oneri per la prova dei mezzi nel caso le risorse disponibili non consentano la piena copertura delle richieste, individuando in maniera chiara e precisa la valutazione dell'ISEE socio-sanitario (art. 6 DPCM 159/2013) del richiedente che non sia inferiore ai 50.000,00 euro e, in caso di beneficiari minori, a 65.000,00 euro;
- **la necessità di adottare uno strumento uniforme e validato a livello nazionale per uniformare le procedure delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** attive negli ambiti sociali presso i distretti socio-sanitari di base competenti per territorio.

Uno strumento utile che permetta al programmatore locale di definire più chiaramente soprattutto il target dei “non autosufficienti gravi” in cui l'aspetto della patologia e/o della menomazione fisico-organica si configura solo come uno dei fattori determinanti lo stato di non autosufficienza.

Vengono individuati 5 ambiti di vita:

- la cura della persona (compreso mobilità letto/sedia/WC);
- la mobilità domestica;
- la gestione del comportamento;
- i compiti domestici;
- la mobilità per attività extradomestiche.

La scala “mNA” indicata a titolo di esempio nel PNA 2019-2021 (ancora tutta da sperimentare e validare) applica un punteggio che misura la *gradazione* della non autosufficienza, che va da un punteggio nullo a un punteggio massimo determinato in base a dei coefficienti (da 1 a 3).

Il punteggio è conseguito dalla somma dei coefficienti in ciascun ambito di vita moltiplicati per il peso attribuito all'ambito di vita medesimo (peso più alto 5 attribuito alla cura della persona; peso più basso 2 attribuito ai compiti domestici e alla mobilità extra-domiciliare).

La scala prevede un punteggio che valuta l'intensità del bisogno da 0 a 51 e per i minori da 0 a 45.

Questo strumento di valutazione, che sicuramente la competente Commissione interministeriale dovrà definitivamente condividere e convalidare con le Regioni e gli organismi scientifici e tecnici che hanno contribuito alla definizione di tale modello, può rappresentare un nuovo punto di partenza (una sorta di “fase 1”) per il programmatore sociale regionale e per gli ambiti sociali che dovranno garantire misure efficaci, uniformi e trasparenti attraverso i **piani locali per la non autosufficienza.**

Il nuovo Piano nazionale, pertanto, rappresenta un utile riferimento per eliminare le attuali discrasie e differenziazioni presenti sul territorio stabilendo linee guida e criteri chiari e uniformi che possano garantire piani locali per la non autosufficienza che:

- siano in grado di differenziare le prestazioni sulla base dell'intensità del bisogno rilevato e valutato con strumenti idonei uniformi e validati a livello nazionale;
- stabiliscano criteri chiari di accesso alle prestazioni: diffusione informativa e avvisi pubblici e modelli di richiesta chiari e trasparenti;
- abbiano la necessaria definizione da parte degli organi locali competenti (ambito sociale e distretto socio-sanitario) di un idoneo “progetto personalizzato” (PAI) che individui il “budget di progetto” (la complementarità di prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie), aspetto già evidenziato nell'art. 2, comma 3 D.M. 21.09.2016, nell'art. 3, comma 1 D.M. 23.11.2016 ed espressamente richiamati nell'art. 19 della Convenzione ONU sui principi e diritti universali delle persone disabili.

La sfida della nuova programmazione sociale strategica e integrata è proprio quella di mettere a sistema gli indirizzi e le buone prassi consolidate e intraprese, per ottimizzare le risorse finanziarie e strutturali e le competenze delle reti sociali pubbliche, istituzionali e del Terzo Settore che affiancano e orientano la stessa Regione Abruzzo nelle azioni, nelle scelte e decisioni da assumere di carattere politico-programmatico (in un'ottica di co-programmazione), in particolare nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza e per la disabilità.

Partendo proprio dalla necessità di uniformare e rendere omogenei i livelli dei servizi, le prestazioni e le procedure di valutazione del bisogno e della presa in carico, è indifferibile predisporre e

adottare:

- uno strumento di valutazione multidimensionale del bisogno sociosanitario da parte delle *Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)* dei distretti sociosanitari competenti territorialmente (es. la scala mNA);
- criteri chiari e uniformi per tutti gli ambiti sociali che permettano di individuare puntualmente tipologia di target, criteri di accesso e quantificazione del beneficio economico in riferimento agli assegni di cura per i non autosufficienti gravi e i benefici economici per la disabilità gravissima;
- il recepimento degli indirizzi del PNRR nell'ambito degli interventi di "sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione della istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti", dei percorsi di autonomia per persone con disabilità e di housing sociale.

Altresì sono previste anche due specifiche riforme in materia quali azioni complementari al PNRR: **la Riforma 1.1. "Legge quadro sulla disabilità"** e **la Riforma 1.2. "Sistema degli Interventi in favore degli anziani Non autosufficienti"**.

3.2. Le misure di sostegno alla non autosufficienza e alla disabilità complessa nella programmazione sociale 2022-2024

Le prestazioni, gli interventi e i servizi a sostegno della domiciliarità per le persone non autosufficienti fanno riferimento a diversi piani di attuazione locale di intervento, a partire dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 e dalle misure nazionali e regionali finanziate con il FNPS e FSR, il Fondo per l'Integrazione Socio-Sanitaria (FISS) e il PNRR (M5C2, MC53, M6).

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di concerto con i Ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali, della Salute, dell'Economia e delle Finanze, del 21.11.2019, pubblicato nella G.U. n. 28 del 04.02.2020, concernente la ripartizione e l'utilizzazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2019-2021, stabilisce all'art. 2 le aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera f) della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Tra le aree di intervento definite dal Ministero, la Regione Abruzzo ha individuato prioritariamente le seguenti:

- l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni all'evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;
- la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) del Decreto Ministero del Lavoro e Politiche Sociali del 26.09.2016, e in tal senso monitorati;
- la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) Decreto Ministero del Lavoro e Politiche Sociali del 26.09.2016 e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

Le azioni progettuali sopra elencate devono tener conto prioritariamente delle due tipologie di beneficiari individuate nel Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021:

- **la disabilità gravissima** ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.M. 26.09.2016;
- **la non autosufficienza grave** ai sensi dell'art. 3, comma 3 L. 104/92 o in caso di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18, con la presenza di oggettive condizio-

ni di non autosufficienza dovuta a deficit di carattere bio-clinico, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, socio-familiare che comportano una significativa riduzione delle capacità funzionali di autonomia personale sia in ambito familiare che sociale.

3.3. Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e della presa in carico degli interventi per la non autosufficienza e le disabilità complesse

La programmazione dei servizi per la non autosufficienza, predisposta dagli Ambiti Distrettuali Sociali all'interno dei rispettivi piani distrettuali sociali, previo coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità attraverso gli strumenti della co-progettazione e co-programmazione, è articolata secondo le indicazioni di seguito riportate.

Assume un ruolo strategico essenziale la modalità di valutazione multidimensionale per una chiara e mirata definizione del Piano Assistenziale Individuale e del budget di progetto.

Interventi, servizi e prestazioni valutati come necessari dall'UVM per la persona non autosufficiente devono essere inseriti nel PAI, nonché all'interno del più ampio e articolato "Progetto Personalizzato" ai sensi dell'art. 14 L. 328/00, definito dalla UVM territorialmente competente, prevedendo necessariamente almeno un intervento sanitario, un intervento sociale e un intervento sociosanitario.

La valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale deve tener conto di tre aspetti essenziali caratterizzanti lo svantaggio sociale, la non autosufficienza e la disabilità gravissima:

- l'aspetto bio-clinico e sanitario del richiedente;
- la rete socio-familiare-parentale e dei servizi di cura di sostegno al richiedente;
- le condizioni reddituali (ai sensi dell'art. 6 DPCM 159/2013)

Il PAI, sulla base della natura del bisogno prevalente, deve individuare l'operatore di riferimento (Case Manager), sia per la persona assistita e i suoi familiari, sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del progetto stesso.

Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare, che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi, nonché di monitoraggio circa la realizzazione del progetto.

Fatta salva l'autonomia della UVM nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, l'assistente sociale dell'ADS, l'assistente sociale e l'infermiere professionale del DSB sono le figure professionali che in misura prevalente devono essere coinvolte nello svolgimento di tale compito; nei casi in cui è richiesta una valutazione di carattere psicologico-cognitivo viene coinvolta la figura professionale dello psicologo e/o psichiatra. Il progetto personalizzato è definito assicurando la più ampia partecipazione della persona non autosufficiente e, laddove la stessa non sia nelle condizioni di esprimere pienamente la sua volontà, di chi ne tutela gli interessi, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze.

Tutti gli aspetti delineati costituiscono il piano delle risorse familiari, professionali, finanziarie e strumentali del "budget di progetto", da utilizzare in maniera flessibile, dinamica e integrata.

Il "budget di progetto" dovrà altresì dare evidenza dei responsabili dell'attuazione dei singoli interventi e a carico di chi sia, volta per volta, la relativa spesa.

La disciplina regionale per l'integrazione sociosanitaria e gli interventi regionali per la non autosufficienza

Le politiche, gli interventi e i servizi per la non autosufficienza vengono disciplinati a livello regionale prioritariamente dai tre atti di indirizzo di seguito riportati:

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013, le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima;
- le "Linee guida per l'integrazione sociosanitaria in attuazione del Piano Sociale Regionale 2016/2018" approvate con la DGR. n. 191/2017;
- il Piano e le Linee guida regionali per la Non autosufficienza 2019-2021 approvati con DGR n. 707 del 17.11.2020.

Nello specifico il Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 sopra richiamato disciplina il funzionamento dei PUA e delle UVM a livello distrettuale sociosanitario, in raccordo organizzativo e operativo con gli Ambiti Distrettuali Sociali della Regione Abruzzo, con riferimento alle modalità di valutazione del bisogno socioassistenziale e sociosanitario di cui all'art. 3, comma 2 del D.M. 26 settembre 2016.

La funzione strategica di governance territoriale degli Ambiti Distrettuali Sociali

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

Gli Ambiti distrettuali sono stati individuati dalla Regione con apposito provvedimento e approvati dal Consiglio regionale con propria deliberazione, adottata nel rispetto delle disposizioni normative finalizzate ad assicurare il raccordo con i Distretti sanitari.

L'Ambito Distrettuale Sociale è il nuovo riferimento territoriale per l'attuazione da parte dei Comuni, singoli o associati, delle politiche sociali a livello territoriale, ivi comprese le scelte relative all'individuazione degli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e ai rapporti con i cittadini.

L'esercizio delle relative funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e sociosanitari si fonda sul potere di indirizzo politico-amministrativo attribuito ai Sindaci, in quanto organi responsabili e rappresentativi dell'amministrazione comunale.

Il ruolo essenziale dei Punti Unici di Accesso

Il servizio PUA rappresenta la porta unitaria di accesso agli interventi a elevata intensità sociosanitaria del territorio e viene declinato a livello regionale attraverso l'organizzazione del servizio integrato presso l'Ambito Distrettuale Sociale (ADS) e il competente DSB territoriale.

La valutazione multidimensionale del bisogno sociosanitario

La Regione, nella programmazione unitaria dei servizi alla persona previsti con il PSR 2022-24 (Asse Tematico 2) e nello specifico con il FNNA, garantisce alle modalità di presa in carico e di valutazione del bisogno sociale e sociosanitario una uniformità procedurale su tutto il territorio attraverso i piani distrettuali sociali e i servizi e gli interventi riportati nell'Asse Tematico n. 2 degli stessi piani zionali, gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali attraverso il pieno raccordo operativo con i distretti sociosanitari di base.

Risulta essenziale, in proposito, il lavoro di raccordo tra i servizi per la presa in carico e l'orientamento (servizio sociale professionale e segretariato sociale), il servizio PUA (per gli aspetti organizzativi e procedurali) e la UVM che garantisce la valutazione del bisogno a elevata intensità sociosanitaria del territorio.

Il Progetto personalizzato

L'impegno della Regione Abruzzo, nell'ambito della programmazione territoriale dei servizi socioassistenziali e sociosanitari, è quello di garantire una condivisione con gli enti territoriali preposti alla gestione dei servizi alla persona, con i servizi sociosanitari del territorio (DSB, PUA, UVM) e con le associazioni rappresentative del mondo della disabilità e della non autosufficienza, proprio per rafforzare le politiche a elevata integrazione sociosanitaria che sono ben definite nell'articolo 4, comma 1, lettera b) del D.M. 26 settembre 2016 e richiamate nell'Allegato 3 del Piano per la non

autosufficienza 2019-2021.

Proprio nell'ottica del rafforzamento della rete sociosanitaria territoriale, a partire dal Piano per la non autosufficienza 2019-2021 si vogliono potenziare il confronto e la condivisione sia delle modalità sia delle procedure di presa in carico, ma soprattutto rendere pienamente condivisi e uniformi i processi e gli strumenti di individuazione del target (disabilità gravissima e non autosufficienza grave), di valutazione e misurazione del bisogno socioassistenziale e sociosanitario.

Con tale modalità si "costruisce" un buon "Progetto Personalizzato" che definisce in dettaglio l'intervento assistenziale mirato e appropriato, sia esso diretto e/o indiretto, rivolto alla persona non autosufficiente.

Un lavoro in progress già intrapreso a cui sicuramente risulta essenziale anche l'apporto indispensabile delle istituzioni pubbliche e private operanti nel settore della disabilità e della non autosufficienza.

Il budget di progetto

L'impegno della Regione Abruzzo, nell'ambito della programmazione territoriale dei servizi socioassistenziali e sociosanitari, è quello di avviare un tavolo di lavoro specifico che, proprio in applicazione degli indirizzi regionali per l'integrazione sociosanitaria delle politiche sociali forniti con DGR 191/2017, dia maggior corpo alle indicazioni essenziali per la non autosufficienza del D.M. del 26 settembre 2016 (definito a ragion veduta dal Piano nazionale 2019-2021 il "piano zero").

Il budget di progetto rappresenta per la Regione un punto cruciale del tavolo di lavoro in progress intorno a cui raccogliere i contributi e le indicazioni competenti da parte degli attori territoriali preposti alla gestione dei servizi alla persona e dei servizi sociosanitari del territorio (DSB, PUA, UVM) e delle associazioni rappresentative del mondo della disabilità e della non autosufficienza.

Un lavoro di condivisione che porti alla uniformità dei processi di cui all'art. 4, comma 1, lettera e) del D.M. 26 settembre 2016 e richiamati nel Piano per la non autosufficienza 2019-2021, nell'ordine di:

- individuazione del target con non autosufficienza grave e con disabilità gravissima facendo riferimento al D.M. 26 settembre 2016;
- valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale in relazione alla compromissione funzionale;
- definizione del progetto personalizzato con l'indicazione del budget di progetto.

Tale modalità rappresenta un punto di forza per arrivare a garantire standard qualitativi e uniformi su tutto il territorio regionale nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza e di cui il Piano nazionale 2019-2021 contribuisce a dare un impulso nuovo e costruttivo **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: Il Forum del Terzo Settore Abruzzo evidenzia la necessità di rafforzare azioni di:

- implementazione di progettualità L.112/16 e relativo budget di progetto (Rif. 9. Obiettivo essenziale 8 Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia): fondamentale raccordo tra persona con disabilità e/o la sua famiglia
- attivazione Osservatorio regionale sulla disabilità
- legge sul Caregiver, potenziamento dei PUA e delle UVM
- ottimizzazione della prevenzione istituzionalizzazione
- presa in carico multidimensionale basata su visione bio-psico-sociale

3.4. Interventi e servizi per la non autosufficienza nel PSR 2022-2024

La nuova programmazione sociale 2022-2024 definisce il sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità nell'Asse Tematico n. 2 suddiviso per tre aree di azione:

- **AT2 Area A - Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare;**

- **AT2 Area B - Interventi sociosanitari per la non autosufficienza;**
- **AT2 Area C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona.**

Il quadro completo dei servizi e interventi è riportato nella tavola n. 5 “Quadro sinottico per AT e Interventi”, in cui vengono descritti i servizi per la non autosufficienza e disabilità rivolti al bisogno sociosanitario, che fa riferimento in primis all’articolo 2 del D.M. 26 settembre 2016, al PNA 2019-21 di cui al DPCM 21.11.2019 e a Piano non autosufficienza e Linee guida 2019-2021 regionali approvati con DGR n. 707 del 17.11.20120.

Vengono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

- l’attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, attraverso l’incremento dell’assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni all’evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;
- la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all’acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all’articolo 4, comma 1, lettera b) e in tal senso monitorati;
- la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, eventualmente anche con interventi complementari all’assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l’onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all’articolo 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

La programmazione sociale per la non autosufficienza 2021-2023 assicura interventi diretti e indiretti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per le persone in condizione di disabilità grave.

Interventi indiretti per la non autosufficienza del FNA 2019-2021:

- **interventi di sostegno economico per le persone in condizione di disabilità gravissima;**
- **assegno di cura e per l'autonomia per la non autosufficienza grave.**

Assegno per le disabilità gravissime

È un beneficio economico per la cura e per l’autonomia, ovvero ancorato a un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale e non assimilabile all’indennità di accompagnamento o alle altre prestazioni di invalidità civile (cui comunque si cumulerà) a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA, di cui all’art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, prevedendo un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità.

Il beneficio è ancorato a un bisogno assistenziale intenso e permanente valutato attraverso le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettere a), c), d), e) e h), che sono illustrate nell’allegato 1 al D.M. 26.09.2016.

Per l’individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i) si utilizzano i criteri di cui all’allegato 2 al D.M. 26.09.2016.

Nelle Linee guida regionali vengono previsti assegni di cura per la disabilità gravissima per un importo minimo di almeno 400 euro e un importo massimo di 1.000 euro mensili per 12 mensilità; viene, inoltre, riportata l’indicazione del Piano nazionale 2019-2021: nel caso di risorse limitate, il beneficio può eventualmente essere condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50mila euro, accresciuti a 65mila in caso di beneficiari minorenni, dove l’ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria.

Le Linee guida regionali prevedono espressamente obblighi di correttezza e fiducia sia da parte degli enti erogatori (alimentazione del Casellario assistenza, SIUSS, SINA, Home Care premium), oltre che la compilazione di schede di monitoraggio e di rendicontazione delle spese annuali, sia da parte del beneficiario o suo curatore, dettagliate in uno specifico documento denominato “accordo di fiducia”.

Assegno di cura per le persone non autosufficienti con disabilità grave

L’accesso alle assegnazioni economiche dell’assegno di cura di minore importo mensile per 12 mensilità è regolato dalla valutazione del grado di intensità del bisogno sociosanitario della persona non autosufficiente da parte dell’UVM e – in caso di parità del bisogno rilevato – dal possesso del reddito più basso, definito attraverso l’ISEE sociosanitario (art. 6 DPCM 159/2013), che garantirà la priorità di accesso, ai sensi del DPCM 05.12.2013, n. 159, coordinato con l’“Atto di indirizzo applicativo per l’attuazione omogenea e integrata del DPCM 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo” approvato con DGR n. 112/2017.

Interventi diretti per la non autosufficienza del FNA 2019-2021

Altri servizi complementari per la non autosufficienza grave e la disabilità gravissima

Gli altri interventi previsti nelle Linee guida regionali 2019-21, complementari al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza già riportati nei piani distrettuali sociali, sono i seguenti:

A.D.I. – Assistenza Domiciliare Integrata

Il servizio Assistenza Domiciliare Integrata fornisce prestazioni socioassistenziali e sanitarie erogate a domicilio, a persone in condizione di disabilità gravissima, ivi incluse quelle a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

A.D.S.A. – Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale e teleassistenza

Il servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale è rivolto a disabili gravissimi che necessitano di interventi di carattere socioassistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona assistita, che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura e igiene della persona, all’aiuto nella gestione della propria abitazione e al sostegno psicologico.

Centro diurno e semiresidenziale a carattere socioassistenziale e sociosanitario

Il servizio è rivolto alle persone in situazione di svantaggio sociale non autosufficienti e con disabilità complesse di tipo psichico, intellettuale e mentale, compreso lo spettro dell’autismo, ed è complementare agli altri interventi e servizi diurni, semiresidenziali e comunitari finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona assistita, che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazioni familiari e sociali.

Sono servizi e interventi finanziati anche con risorse complementari a valere sui fondi specifici per la misura 5C2 e 5C3 del PNRR e del REACT-EU e che prevedono anche la realizzazione di servizi comunitari di prossimità socioassistenziali e sociosanitarie integrati, quali le Case di Comunità.

Trasporto sociale

Per una mobilità garantita e diffusa rivolta alle fasce più deboli e in situazione di grave svantaggio sociale e sociosanitario. Dal 2022 il servizio è individuato quale LEPS del sistema integrato locale.

Sostegno residenziale di sollievo temporaneo

Il servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale è rivolto a persone non autosufficienti con disabilità gravissima per il sollievo temporaneo dei carichi di cura degli assistenti familiari e del

caregiver familiare, con la finalità prioritaria di prevenire lo stress da burn-out per i carichi assistenziali e per la prevenzione all'istituzionalizzazione e il mantenimento della persona assistita nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione quotidiane. Sono servizi rivolti alla cura e igiene della persona, all'aiuto nella gestione della propria abitazione e al sostegno psicologico.

Le misure di rafforzamento della presa in carico e dei servizi e la strategia per una nuova integrazione sociosanitaria: la valutazione multidimensionale e gli interventi sociosanitari di prossimità previsti dal PSR 2022-2024 e dal PNRR per la non autosufficienza e la disabilità

Nella nuova programmazione sociale 2022-2024 assumono un ruolo strategico rilevante le misure integrative previste in ambito nazionale e regionale dal **PNRR**, nelle specifiche azioni dirette **Missione C52** "Infrastrutture sociali, famiglie e terzo settore" e le azioni della **Missione C53** "Interventi speciali per la coesione territoriale".

Risulta essenziale la capacità degli enti territoriali di porre in essere una programmazione integrata in ambito sociosanitario per la non autosufficienza e disabilità, dove il ruolo dei servizi territoriali della ASL e il ruolo del Terzo Settore competente diventa l'aspetto strategico per la realizzazione di azioni mirate ed efficaci.

Un esempio significativo è rappresentato dalla necessità di integrare le azioni per la disabilità e la non autosufficienza del PSR 2022-2024 con le misure della **Missione 5 (sociale)** e della stessa **Missione 6 (sanità di prossimità)** del **PNRR**, per gli interventi a elevata integrazione sociosanitaria del territorio, essenziali per un **nuovo modello integrato di servizi sociosanitari di prossimità**.

A tal fine la presente programmazione recepisce anche le indicazioni del recente documento (luglio 2021) di sintesi trasmesso alle Regioni dalla Presidenza del Consiglio e dal Ministro per le disabilità "Sunto dei principi e dei criteri direttivi per l'elaborazione del DDL Legge quadro disabilità" e gli altri documenti di sintesi in materia di disabilità e non autosufficienza del Gruppo di Coordinamento delle Regioni (1).

Tavola 5 – Matrice della programmazione integrata per la disabilità e la non autosufficienza del PSR 2022-2024 e le misure del PNRR e REACT EU

Programma- zione integrata 2022-2024	Azioni dirette	Azioni indirette	Azioni complementari	Azioni integrate sociosanitarie
<p>PSR 2022-2024 (interventi del FNA, del FSN e del caregiver familiare): AT 2 – Area 2A AT 2 – Area 2B AT 2 – Area 2C</p>	<p>Servizi di sostegno domiciliari e territoriali diurni, semiresidenziali e residenziali Servizi per l'integrazione sociosanitaria in ambito semiresidenziale e residenziale (L.R. 37/14) Percorsi per l'autonomia e l'integrazione scolastica, sociale e lavorativa delle persone disabili (PSR, L.R. 78/78)</p>	<p>Budget di cura e sostegno della persona e del nucleo familiare Sostegno per l'integrazione della spesa sociosanitaria in ambito semiresidenziale e residenziale Percorsi sperimentali del FNA per la Vita indipendente (L.R. 57/2012)</p>	<p>Sostegno al caregiver familiare e altre categorie fragili Percorsi per Vita indipendente fondi regionali (L.R. 57/2012) Diritto allo studio (L.R. 78/78)</p>	<p>Rafforzamento servizi accesso e presa in carico Valutazione multidimensionale e servizi sociosanitari di prossimità</p>

Programma- zione integrata 2022-2024	Azioni dirette	Azioni indirette	Azioni complementari	Azioni integrate sociosanitarie
<p>PNRR (Missione 5C che si integra con la salute di prossimità della Missione 6)</p>	<p>M5C2: Servizi sociali e marginalità sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione anziani non autosufficienti percorsi di autonomia per persone con disabilità housing sociale e housing temporaneo 	<p>M5C3: Interventi speciali per la coesione sociale: Rafforzamento della strategia nazionale aree interne per il miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici educativi, sanitari e sociali</p>	<p>Azione complementare PNRR di Riforma 1.1. "Legge quadro sulla disabilità" Azione complementare PNRR di Riforma 1.2. "Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti"</p>	<p>Rafforzamento servizi accesso e presa in carico Valutazione multidimensionale e servizi sociosanitari di prossimità</p>
<p>Progetti regionali AS 4 del PNRR (Missione 5) – REACT EU "Interventi per la Non Autosufficienza"</p>	<p>Interventi per la Non autosufficienza Rafforzamento processi e servizi di accesso e di presa in carico Valutazione multidimensionale e servizi sociosanitari di prossimità" (budget progetto) Rafforzamento azioni di sostegno dirette e indirette</p>	<p>Recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale polifunzionale per l'autonomia e l'inclusione sociale (Dopo di Noi, Case di Comunità, Case della Salute, housing sociale, altre azioni)</p>	<p>Rafforzamento ruolo Terzo Settore e RUNTS per i processi di co-programmazione e co-progettazione</p>	<p>Servizi sociosanitari di prossimità innovativi e integrati (PSR/M5C/M6-PNRR)</p>

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: La CARITAS Abruzzo e Molise rimarca la necessità di:

- reale applicazione delle normative su co-programmazione e co-progettazione ex Codice del Terzo Settore
- potenziamento dell'integrazione sociosanitaria
- piena attuazione della L.R. 2/2005 (Accreditamento)
- promozione di servizi quali le Case della Comunità e presa in carico della persona
- sostegno all'offerta di housing temporaneo

3.5. Le azioni del Fondo Integrazione Socio-Sanitaria e L.R. 37/2014

Nell'ambito dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza e la disabilità grave, nell'**Asse Tematico 2 Area 2B Interventi sociosanitari per la non autosufficienza**, la programmazione sociale 2022-2024 si pone l'obiettivo di potenziare il sostegno per la spesa sociosanitaria di cui al Fondo Sanitario Nazionale, per la quota di spesa sociale alle disposizioni della DGR n. 37/2014, prevedendo un intervento specifico di monitoraggio della spesa consolidata al 2020 presso gli Ambiti Distrettuali Sociali.

La finalità è quella di avere un quadro chiaro e preciso del fabbisogno per definire nuovi strumenti

normativi e regolamentari che definiscano standard prestazionali e di costo dei servizi semiresidenziali e residenziali.

Resta la finalità prioritaria di rispondere al bisogno complesso espresso mantenendo l'obiettivo guida di ridurre i tassi di ricoveri impropri e di istituzionalizzazione.

Risultati attesi della nuova programmazione sociale 2022-24 e del PNRR nella Misura 5 del contrasto alle fragilità, coesione e infrastrutture sociali e nella Misura 6 per una salute di prossimità.

3.6. Le azioni per la Vita indipendente nel PSR 2022-2024

La programmazione 2022-2024 ottimizza le esperienze e le buone prassi consolidate e promuove un'azione di sistema che integra e coordina i percorsi di vita indipendente promossi con la L.R. 57/2012 con le azioni sperimentali definite nel Piano nazionale e regionale per la non autosufficienza 2019-2021 (DPCM 21.11.2019 e DGR 707/2020), coinvolgendo direttamente gli Ambiti Distrettuali Sociali per la realizzazione di progetti individuali per l'autonomia e la vita indipendente della persona disabile e non autosufficiente.

Un percorso integrato che deve necessariamente avvalersi di reti e competenze sociali pubbliche e del privato sociale, in cui il Terzo Settore può assumere un ruolo più incisivo nella fase di analisi del bisogno e contesto territoriale, di co-programmazione dei piani di intervento regionali e di co-progettazione esecutiva territoriale.

3.7. Il sostegno alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare, il Dopo di Noi, il disagio psichico-intellettuale e le disabilità complesse

Altro obiettivo prioritario del PSR 2022-2024 nell'ambito delle azioni per la non autosufficienza e le disabilità complesse (compresi lo spettro dell'autismo e le altre disabilità di tipo psichico e intellettuale) è quello di mettere a sistema i piani di azione regionale con le **azioni di sostegno e complementari del PNRR**. La finalità è quella di rafforzare gli interventi a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale per le persone fragili prive di sostegno familiare e che, ai sensi dell'art. 4 del Decreto interministeriale 2016 e della L. 112/2016, necessitano di interventi individuali di presa in carico e accompagnamento verso percorsi di autonomia della persona, determinati tramite una valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un progetto individuale in cui vengono articolate nel budget di progetto le azioni e le risorse umane e finanziarie dedicate.

Le azioni da realizzare sono **(1)**:

- a. percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero di deistituzionalizzazione (art. 3, comma 2 e 3 del D.M. 2016);
- b. interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentano caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (art. 3, comma 4 del D.M. 2016);
- c. programmi di accrescimento della consapevolezza, di abitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia (art. 3, comma 6 del D.M. 2016);
- d. promozione dell'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient assisted living (art. 3, comma 6 D.M. 2016).

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: l'Osservatorio Regionale sul Disagio mentale sottolinea la necessità di dedicare risorse all'inclusione dei disabili, compresa quella contro lo stigma della malattia mentale.

- **I Dipartimenti Salute Mentale delle ASL** evidenziano la necessità di collegare gli interventi di inclusione sociale all'integrazione lavorativa e a un approccio improntato alla sostenibilità, alla transizione ecologica e alla coesione territoriale che, insieme alle autonomie locali e agli ADS, interessa le Università e il Terzo Settore, coinvolgendo concretamente i giovani con disabilità psichiche.
- Altra necessità è quella di mettere a sistema i percorsi innovativi e sperimentali promossi a livello regionale dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL e del SIGAD, quali i progetti di inclusione sociale e lavorativa (Tirocini di inclusione e borse lavoro) e il progetto "VALE" (Azione 9 del POR Abruzzo) promosso dal Dipartimento Lavoro - Sociale della Regione Abruzzo per "La messa in trasparenza delle competenze informali", che prevede anche interventi ICF per la disabilità. Per quest'azione di sistema assume un ruolo strategico il rafforzamento dell'integrazione e delle collaborazioni con il Terzo Settore e la cooperazione sociale impegnata sul territorio (in modo particolare le cooperative sociali di tipo B), anche attraverso protocolli operativi con gli enti locali e gli ECAD per stabilizzare, rafforzare e promuovere percorsi di inclusione lavorativa.

Un'attenzione particolare che deve essere rivolta anche alle aree di bisogno delle disabilità complesse, compreso lo spettro dell'autismo e il disagio psichico-intellettuale e mentale.

Anche per gli interventi sopra delineati sono richieste, nella nuova programmazione, azioni di sistema per definire le procedure di raccordo con gli enti territoriali attuatori dei percorsi progettuali e gli indirizzi omogenei applicativi dei costi standard e di servizio. Azioni comunitarie, diurne, semiresidenziali e residenziali, sostenibili e finalizzate a ottimizzare la risposta al bisogno complesso espresso, con l'obiettivo guida di ridurre i tassi di ricoveri impropri e di istituzionalizzazione e di creare una rete integrata sociosanitaria di servizi comunitari di prossimità.

Risultati attesi della nuova programmazione sociale 2022-24 e del PNRR nella Misura 5 - Sociale di contrasto alle fragilità, coesione e infrastrutture sociali con una forte integrazione con le azioni previste nella Misura 6 per una salute di prossimità (Case di Comunità).

3.8. Il sostegno al caregiver familiare e le persone con altre fragilità sociosanitarie

Altro aspetto significativo della programmazione sociale integrata riguarda le azioni dirette e indirette di sostegno al caregiver familiare, riconoscendo e valorizzando in primis il ruolo essenziale di cura e tutela della persona fragile disabile e non autosufficiente.

Una programmazione che garantisce anche l'aspetto della prevenzione alla cronicizzazione delle patologie e dello stato di svantaggio generale della persona assistita quale aspetto primario per prevenire i ricoveri impropri e l'istituzionalizzazione.

La capacità di integrare gli indirizzi e le risorse stesse nazionali (DPCM 27 ottobre 2020) con **la legge regionale n. 43/2016** rappresenta un altro elemento di forza della programmazione unitaria integrata per le azioni di sostegno e contrasto alle fragilità della persona e del suo nucleo familiare.

La programmazione, pertanto, rafforza i dettami della L.R. 43/2019 evidenziando i due principi cardine per il riconoscimento della figura e del ruolo del caregiver familiare:

- a. il rafforzamento di quanto disposto dall'art. 1, comma 2 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 che testualmente recita: "Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e

in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18;

- b. il ruolo programmatico delle Regioni che, di concerto con gli attori istituzionali e del privato sociale rappresentativi del territorio, adottano – **nell'ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria** e nell'ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver – specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi individuati, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

Programmi regionali concordati e definiti con gli Ambiti Distrettuali Sociali e le associazioni di tutela rappresentative, per la realizzazione di interventi di sostegno diretto e indiretto che vengono finanziati anche a livello nazionale (risorse delle annualità 2018, 2019 e 2020 del DPCM 27.10.2020) e rivolti prioritariamente:

- a) ai caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3 del medesimo decreto;
- b) ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovato da idonea documentazione;
- c) a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

Le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 per il caregiver familiare

La nuova programmazione regionale rafforza le misure a favore del caregiver familiare mettendo a sistema e coordinando le diverse misure finanziarie nazionali (L. 205/2017), regionali (L.R. 43/2016) e del FSC, fornendo gli indirizzi agli ADS e alle associazioni rappresentative territoriali, per la definizione del target beneficiario e delle modalità di accesso, di priorità e incompatibilità ai benefici previsti, fermi restando:

- a. il riferimento all'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, per l'individuazione del target beneficiario;
- b. la omogenea e uniforme applicazione da parte degli ADS dei criteri di accesso, di priorità e incompatibilità al beneficio, prevedendo un servizio dedicato, ben riconoscibile e accessibile alla cittadinanza e alle famiglie interessate **(1)**.

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: l'Associazione Orizzonte (ODV) propone l'attivazione per ciascun Ambito Sociale Territoriale di uno "sportello di ascolto" destinato ai caregiver, ai familiari delle persone con disabilità per offrire un supporto pratico ed emotivo.

Si integrano agli interventi di sostegno sopra delineati le altre azioni specifiche promosse per i caregiver familiari che assistono minori in età pediatrica affetti da malattie rare riconosciute, per i malati oncologici che si sottopongono a cure e terapie e per soggetti in attesa o sottoposti a trapianto ai sensi della **L.R. 42/2019**.

3.9. Le misure per l'autonomia personale, il diritto allo studio e l'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disabilità

La nuova programmazione sociale 2022-2024 richiede una maggiore capacità di gestione e programmazione degli interventi del sistema integrato anche per l'integrazione scolastico-formativa e socio-lavorativa della persona disabile e non autosufficiente. Sul tema dell'integrazione sociale, lavorativa e diritto allo studio il piano si pone le seguenti finalità:

a. rafforzare la gestione integrata dei servizi e interventi del PSR 2022-2024 con i servizi regionali per il diritto allo studio che fanno capo al Servizio regionale istruzione, che garantisce il sostegno all'autonomia e alla comunicazione del disabile nell'ambito delle scuole secondarie di II grado. Un intervento che, se pur di competenza programmatica e finanziaria regionale, ai sensi della L.R. 78/78, viene gestita direttamente dagli ambiti territoriali attraverso i propri piani distrettuali sociali. Da un'analisi dei procedimenti territoriali in merito a questo aspetto, si evidenzia la necessità che nell'ambito della programmazione sociale 2022-2024 vengano definiti nuovi accordi di programma su base provinciale per delineare elementi di processo e di raccordo a livello istituzionale (Regione/Scuola/ADS) che rendano omogenei le azioni e gli interventi di sostegno scolastico su tutto il territorio regionale. Un accordo condiviso che superi le criticità che permangono a seguito della sottrazione delle funzioni programmatiche precedentemente svolte dalle Province e che recepisca e attui in maniera più incisiva, nella fase attuativa delle Linee guida del PSR 2022-2024, gli indirizzi del D.Lgs. 66/2017, della L.R. 78/78 e dei principi della stessa L. 104/92;

b. rafforzare l'integrazione delle politiche sociali con il sistema dell'istruzione e della formazione e con le politiche attive del lavoro. La capacità di realizzare politiche e programmi integrativi assume un ruolo strategico per le azioni rivolte all'integrazione sociale e all'inclusione lavorativa delle persone con maggiori fragilità. **La Missione 5C1 del PNRR** va proprio in questa direzione e destina risorse significative per rendere operativi ed efficaci le misure già parzialmente realizzate o sperimentate nell'ambito dei servizi sociali complementari di sostegno ai percettori del REI e RdC con il Piano Povertà, gli interventi del PON Inclusione gestiti dagli ambiti sociali e i progetti regionali del Servizio Civile Universale e dei POR-FSE promossi dalla Regione Abruzzo, realizzati attraverso reti di partenariato sociale per progetti di inclusione sociale e lavorativa (Garanzia Giovani, Abruzzo Include, Abruzzo care family, Piani di Conciliazione, Avviso Agorà e altre azioni progettuali). Questi devono più efficacemente integrarsi con i servizi regionali e territoriali delle politiche attive del lavoro, con particolare riferimento ai patti territoriali per il lavoro per le categorie espulse dal mondo del lavoro e a rischio di esclusione sociale e i servizi per il **collocamento mirato** istituiti a seguito della **L. 68/99**;

c. rafforzare l'integrazione e l'intersectorialità degli interventi del PSR 2022-2024 per la disabilità e la non autosufficienza con le altre azioni settoriali regionali: gli interventi per il sostegno a ciechi e sordomuti, L.R. 20 ottobre 2015 n. 32, art. 4, comma 1. ex art. 3 della L.R. n. 32/1997, il sostegno regionale alle persone e alle famiglie per l'abbattimento delle barriere architettoniche delle abitazioni private, ai sensi della legge 13/89, e gli altri interventi di sostegno sociale gestiti direttamente dai Comuni a favore di persone invalide, disabili e non autosufficienti (quali le agevolazioni per il parcheggio auto e per la libera circolazione tramite mezzi pubblici) o nel caso in cui vi è una richiesta del cittadino rivolta direttamente alla Regione e ad altri enti sovracomunali (esempio il sostegno ai malati oncologici e alle persone sottoposte a trapianto ai sensi della L.R. 42/2019);

d. rafforzare e promuovere progetti e azioni per l'integrazione sociale della persona con disabilità attraverso lo sport e attività territoriali per il diritto allo sport, anche a valere sulle linee di intervento per l'integrazione attraverso lo sport del PNRR previste in collaborazione con le associazioni di promozione sportiva e del Terzo Settore.

Quadro sinottico riepilogativo delle azioni dell'Asse Tematico n. 2 per la non autosufficienza e disabilità - Servizi finanziati da FNA, FSR, altri fondi del PNRR e risorse settoriali nazionali e regionali per il sostegno al caregiver familiare e altre categorie fragili, per l'integrazione scolastica e sociale e per l'autonomia della persona.

Tavola 6 – Risorse FNA
Quadro sinottico programmazione integrata per Assi Tematici, Obiettivi di Servizio e
azioni disabili e non autosufficienza PSR 2022-2024

AT 2 – Area 2A	Servizio/intervento con risorse FNA	Obiettivi di Servizio	Indicatori di prestazione	Azioni Dirette		Azioni Indirette di sistema	Indicatori di risultato		
							2022	2023	2024
SERVIZI E INTERVENTI DIRETTI FINANZIATI CON RISORSE FNA									
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Assistenza domiciliare	OE 4 Assistenza domiciliare	N. prestazioni AD sociale	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)		N. prestazioni AD Integrata	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Centro diurno e semiresidenziale per persone non autosufficienti	OE 6 Centri diurni e altri servizi territoriali di comunità	N. persone non autosufficienti in carico x n. ore frequenza annua per persona non autosufficiente	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti” Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU “Interventi per la non autosufficienza” Progetti regionali PNRR AS 4 recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale polifunzionali per l’autonomia e l’inclusione sociale	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		

AT 2 – Area 2A	Servizio/intervento con risorse FNA	Obiettivi di Servizio	Indicatori di prestazione	Azioni Dirette		Azioni Indirette di sistema	Indicatori di risultato		
							2022	2023	2024
SERVIZI E INTERVENTI DIRETTI FINANZIATI CON RISORSE FNA									
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti	OE 7 Comunità e residenze per le fragilità	N. persone non autosufficienti in residenza	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti” Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU “Interventi per la non autosufficienza” Progetti regionali PNRR AS 4 recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale polifunzionali per l'autonomia e l'inclusione sociale	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell'UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Telesoccorso/ Teleassistenza	OE5 Servizi di prossimità	N. persone non autosufficienti seguite in telesoccorso	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità; -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell'UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Budget di cura (assegni di cura e per la disabilità gravissima)	OE 8 Interventi di inclusione sociale	N. persone non autosufficienti gravi assistite percettori assegni di cura	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	Rafforzare la valutazione multidimensionale del bisogno dell'UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
			N. persone non autosufficienti con disabilità gravissima assistite percettori assegni disabilità gravissima	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell'UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		

AT 2 – Area 2A	Servizio/intervento con risorse FNA	Obiettivi di Servizio	Indicatori di prestazione	Azioni Dirette		Azioni Indirette di sistema	Indicatori di risultato		
							2022	2023	2024
SERVIZI E INTERVENTI DIRETTI FINANZIATI CON RISORSE FNA									
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e il caregiver familiare	Interventi per la Vita indipendente (progetti sperimentali a valere FNA)	OE 8 Interventi di inclusione sociale	N. persone fragili in carico	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21 Azioni regionali della L.R. 57/2012		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza per il caregiver familiare	Altri interventi comunitari integrati di prossimità	OE 5 Servizi di prossimità	N. persone fragili in carico	Azioni sociosanitarie del PNA 2019-21		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Azioni complementari PNRR: -Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità -Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza per il caregiver familiare	Interventi diretti e indiretti di sostegno del caregiver familiare (es. L.R. 43/2016, L. 205/2027, DPCM 23.07.2020)	OE 8 Interventi di inclusione sociale	N. persone fragili in carico	Azioni del PSR 2022-2024 Azioni nazionali regionali (L. 205/2017, L.R. 43/2019)		Altre risorse dedicate	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali e budget di progetto Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		

Tavola 6 bis – Risorse FIS e Azioni indirette
Quadro sinottico programmazione integrata per Assi Tematici, Obiettivi di Servizio
e azioni disabili e non autosufficienza PSR 2022-24

AT 2 – Area 2B	Servizio/intervento con risorse FNA	Obiettivi di Servizio	Indicatori di prestazione	Azioni Dirette		Azioni Indirette di sistema	Indicatori di risultato		
							2022	2023	2024
ATTIVITÀ SOCIO SANITARIA FINANZIATA CON RISORSE FIS									
AT2 Area B - Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza	Interventi di sostegno spesa sociale servizi residenziali (L.R. 37/2014)	OE 8 Comunità e residenze per le fragilità	N. persone fragili in carico	Azioni sociosanitarie del FIS e L.R. 37/14		PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità” Riforma 1.2. “Sistema degli interventi in favore di anziani non autosufficienti”	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
AT2 Area B - Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza	Interventi socio-sanitari di prossimità	OE 5 Servizi di prossimità	N. persone fragili in carico						
AT 2 – Area 2C	Servizio/intervento con risorse FNA	Obiettivi di Servizio	Indicatori di prestazione	Azioni Dirette		Azioni Indirette di sistema	Indicatori di risultato		
							2022	2023	2024
SOSTEGNO DISABILITÀ COMPLESSA E ALTRE FRAGILITÀ INTERVENTI CON AZIONI INDIRETTE									
AT2 Area C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	Interventi diretti e indiretti di sostegno altre categorie fragili (es. oncologici e trapianto L.R. 42/2019)	OE 8 Interventi di inclusione sociale	N. persone fragili in carico	Azioni del PSR 2022-2024 Azioni nazionali regionali (L.R. 42/2019)		Altre risorse dedicate	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
AT2 Area C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	Interventi e servizi comunitari per il Dopo di Noi	OE 8 Interventi di inclusione sociale	N. persone prive di sostegno familiare in carico	Azioni del PSR 2022-2024 L. 112/2016 (Dopo di Noi)		PNRR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore” PNRR – M5C3 “Interventi speciali per la coesione territoriale” Progetti regionali PNRR AS 4 recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale polifunzionali per l'autonomia e l'inclusione sociale	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell’UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
AT2 Area C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	Interventi e servizi per l'integrazione scolastica e socio-lavorativa, l'autonomia personale, l'integrazione attraverso azioni di promozione del diritto allo sport Interventi regionali per la Vita indipendente	OE 8 Interventi di inclusione sociale	N. persone con disabilità e non autosufficienti in carico N. ore frequenza annua per persona disabile non autosufficiente Progetti integrati individuali di vita indipendente e autonomia personale	Azioni del PSR 2022-2024 Azioni nazionali regionali (L.R. 78/78 Diritto allo studio) D. Lgs 66/2017 Piano Povertà (L. 208/2015) TINA (tirocini inclusione) L.R. 57/2012		PNRR – M5C1 “Politiche per il lavoro” PNRR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore” Progetti regionali AS 4 del PNRR – REACT EU “Interventi per la non autosufficienza” Azione complementare PNRR - Riforma 1.1. “Legge quadro sulla disabilità” Progetti regionali PNRR AS 4 recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale polifunzionali per l'autonomia e l'inclusione sociale Azioni POR-FSE Spazi Inclusivi Avviso Agorà Azioni PON Inclusione e POC	Incrementare percorsi integrati di assistenza scolastica, formazione-lavoro e autonomia Riduzione tassi di istituzionalizzazione Riduzione tassi disoccupazione		

AT 2 – Area 2C	Servizio/intervento con risorse FNA	Obiettivi di Servizio	Indicatori di prestazione	Azioni Dirette		Azioni Indirette di sistema	Indicatori di risultato		
							2022	2023	2024
SOSTEGNO DISABILITÀ COMPLESSA E ALTRE FRAGILITÀ INTERVENTI CON AZIONI INDIRETTE									
AT2 Area C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	Interventi e servizi socioassistenziali e sociosanitari carattere diurno, semiresidenziale e residenziale	OE 7 Comunità e residenze per le fragilità	N. persone fragili in residenza	Azioni del PSR 2022-2024		PNRR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore” PNRR Missione 5C2 Azione 1.1. sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU “Interventi per la non autosufficienza” Progetti regionali PNRR AS 4 recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale polifunzionali per l'autonomia e l'inclusione sociale	Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
AT2 Area C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	Interventi e servizi comunitari diurni, semiresidenziali e residenziali innovativi e di prossimità (centri diurni e semiresidenziali, housing sociale, case-famiglia)	OE 5 Servizi di prossimità	N. persone prive di sostegno familiare in carico	Azioni del PSR 2022-2024		PNRR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore” Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU “Interventi per la non autosufficienza” Progetti regionali PNRR AS 4 recupero degli spazi e infrastrutture locali a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale polifunzionali per l'autonomia e l'inclusione sociale Percorsi e progetti sociosanitari integrati di prossimità con le misure sociali del PNRR (M5C) e sociosanitarie (Missione 6) sulla “Sanità di prossimità” con l'obiettivo prioritario della riduzione dei ricoveri impropri e dell'istituzionalizzazione di anziani, disabili e altre categorie fragili	Rafforzare la presa in carico sociosanitaria e le azioni dell'UVM Incrementare progetti assistenziali ed educativi individuali Ridurre tassi ospedalizzazione e istituzionalizzazione		
Altri interventi settoriali regionali	Interventi socio-assistenziali in favore di ciechi e sordomuti ex art. 3 della L.R. n. 32/1997	OE 8 Interventi di inclusione sociale	Incremento persone in carico	Azioni complementari e intersettoriali regionali		L.R. 20 ottobre 2015 n. 32, art. 4, comma 1	Incrementare la presa in carico degli aventi diritto		
	Interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche (L. 13/89) e altri interventi settoriali (es. libera circolazione mezzi pubblici, parcheggio auto)		Incremento richieste di sostegno regionale			Legge 13/89	Incrementare richieste di supporto regionale		

La nuova sfida del PSR 2022-2024 risiede proprio nella capacità di integrare e coordinare la gestione delle varie risorse finanziarie e misure per la non autosufficienza e la disabilità e di mettere in campo azioni di sistema che valorizzano e potenziano un lavoro già intrapreso, intervenendo sulle criticità permanenti (deficit di uniformità e omogeneità della valutazione e accesso, della prestazione e del beneficio, adeguamento delle risorse umane e degli standard di servizio sociale degli ADS ai requisiti e ai parametri nazionali).

Le azioni complementari della presente programmazione intendono agire attraverso due azioni di sistema integrate:

a. il rafforzamento di una co-programmazione integrata e strategica che deve necessariamente avvalersi di reti e competenze sociali pubbliche e del privato sociale, in cui il Terzo Settore deve

assumere un ruolo più incisivo nella fase di analisi del bisogno e contesto territoriale, di co-programmazione dei piani di intervento regionali e di co-progettazione esecutiva territoriale, anche in relazione alla necessità di gestire la pluralità delle misure e risorse finanziarie previste a livello nazionale, regionale e comunitario;

b. la necessità di una assistenza tecnica costante e condivisa rivolta agli Ambiti Distrettuali Sociali, anche attraverso una maggiore interlocuzione e intermediazione con i servizi e i dipartimenti ministeriali, che risultano necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di uniformità, di potenziamento ed efficientamento del sistema integrato dei servizi territoriali alla persona.

4. PREVENZIONE ISTITUZIONALIZZAZIONE E INVECCHIAMENTO ATTIVO

4.1. Le strategie europee e internazionali, il Piano d’Azione di Madrid sull’Invecchiamento

L’invecchiamento attivo è stato definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 come “il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano”.

Questa definizione propone un cambio di paradigma rispetto al passato, superando il concetto strettamente assistenzialistico caratterizzato da bisogni di assistenza e marginalità sociale, a favore di una visione della persona anziana come risorsa e protagonista della vita sociale. Ulteriore passo in avanti costituisce l’intervento dell’Assemblea Generale dell’Organizzazione delle Nazioni Unite che, con la ratifica del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull’Invecchiamento (*Madrid International Plan of Action on Ageing – MIPAA - 2002*) e l’adozione della *road map* per la sua realizzazione, diffonde a livello globale la consapevolezza che l’invecchiamento della popolazione non costituisce una policy a sé stante ma investe inevitabilmente tutti gli aspetti della vita individuale e sociale, sia su scala nazionale sia internazionale.

Il MIPAA rappresenta uno strumento fondamentale per dare impulso alle politiche dei vari Paesi in tema di invecchiamento attivo. In Europa, gli Stati membri hanno adottato una strategia regionale specifica (*Regional Implementation Strategy-RIS*) per la effettiva messa in opera del MIPAA.

La strategia si compone di **dieci priorità** sulle quali gli Stati membri hanno concordato di focalizzare la propria azione, nell’ambito della realizzazione del MIPAA:

1. inserire il tema dell’invecchiamento in tutte le politiche pubbliche, allo scopo di armonizzare società e sistemi economici con il cambiamento demografico degli anziani nella società;
2. assicurare la piena integrazione e partecipazione degli anziani nella società;
3. promuovere una crescita economica equa e sostenibile in risposta all’invecchiamento della popolazione;
4. adattare i sistemi di protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze sociali ed economiche;
5. preparare il mercato del lavoro a rispondere alle conseguenze economiche e sociali dell’invecchiamento della popolazione;
6. promuovere l’apprendimento lungo tutto l’arco della vita e adeguare il sistema educativo per venire incontro alle mutate condizioni economiche, sociali e demografiche;
7. assicurare la qualità della vita a ogni età e il mantenimento di una vita indipendente, includendo la salute e il benessere;
8. generalizzare l’approccio di genere nel quadro dell’invecchiamento della società;
9. sostenere le famiglie che forniscono assistenza agli anziani e promuovere la solidarietà inter e intragenerazionale fra i loro membri;
10. promuovere la realizzazione e il follow up della strategia regionale attraverso la cooperazione transazionale.

Nel corso degli anni, l’attenzione dell’UE sulla tematica è stata sempre più crescente; ne sono una conferma la predisposizione del Partenariato europeo per l’innovazione sull’IA e in buona salute (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - EIPAH3*), un’iniziativa lanciata nel 2011 dalla Commissione Europea, così come l’approvazione da parte del Consiglio dell’UE della *Dichiarazione conclusiva dell’Anno Europeo per l’Invecchiamento Attivo e la Solidarietà tra le Generazioni* (2012) e l’elaborazione dell’Indice di Invecchiamento Attivo (*Active Ageing Index - AAI*), voluto da Commissione Europea e UNECE.

L’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, sottoscritta il 25 settembre 2015 dai 193 Stati membri delle Nazioni Unite, si propone di sostenere i cambiamenti demografici in atto con azioni multisettoriali sull’invecchiamento e sulla salute e dedica ben 9 obiettivi (*Sustainable Development Goals – SDGs*) su 17 alla promozione della qualità della vita degli anziani e all’invecchiamento sano e attivo. Di pari passo, l’Oms istituisce il “Decennio sull’invecchiamento sano 2020-2030” con l’obiettivo di attivare in modo congiunto e sinergico governi, società civile, agenzie internazionali, professionisti, università, media e settore privato su un piano di attività che permetta di migliorare la vita

delle persone anziane, delle loro famiglie e delle comunità in cui vivono.

I progressi compiuti dalla politica dell’Unione in materia di invecchiamento vengono sostenuti anche nel recente report dell’Agenzia dell’Unione Europea per i Diritti Fondamentali, che sottolinea il “cambio di rotta” da un approccio definito *welfare care-oriented* a un approccio *rights oriented*, **focalizzato sui diritti degli anziani e sul concetto di invecchiamento attivo** (Report FRA, 2018).

Il report evidenzia, inoltre, l’importanza dell’invecchiamento attivo nella Strategia Europa 2020, in particolare in relazione all’obiettivo di sviluppare tecnologie in grado di consentire alle persone anziane di vivere autonomamente e dignitosamente come membri attivi della comunità.

Anche la programmazione 2014-2020 dei Fondi strutturali e di investimento europei ha avuto due condizionalità ex-ante esplicitamente ispirate alla tematica:

- la condizionalità 8.4, sullo sviluppo di politiche di IA finalizzate al mantenimento dei lavoratori maturi nel mercato del lavoro, riducendo il pensionamento anticipato;
- la condizionalità 9.1, relativa allo sviluppo di servizi community-based.

4.2. Il Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo e le Raccomandazioni

Nel 2019, il Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DIPOFAM), in collaborazione con l’Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (IRCCS INRCA), ha avviato un importante progetto triennale di “Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo”. Collaborano al progetto anche il MLPS e l’Istituto Nazionale per l’Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP) in qualità di *focal point* nazionale dell’UNECE per l’invecchiamento.

Il progetto è finalizzato a potenziare un coordinamento nazionale che promuova una maggiore consapevolezza dell’invecchiamento attivo in Italia, attraverso la partecipazione attiva di decisori pubblici, società civile e comunità scientifica, e al contempo a migliorare la conoscenza del fenomeno dell’IA e delle policy a suo sostegno.

L’analisi svolta nella prima fase del progetto ha rilevato molti sviluppi positivi e promettenti di nuove e recenti politiche per l’IA in quasi tutte le regioni e PA italiane: sono ben 10 le Regioni italiane con una legge trasversale sull’IA in vigore (Piemonte, Liguria, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria), più altre 2 in cui le norme sul tema sono incluse in altri tipi di provvedimenti (Emilia-Romagna e Umbria). Inoltre, tutte le Regioni e PA hanno almeno una politica settoriale che promuove aspetti di IA in ambiti specifici, quali la formazione (ad es. università della terza età), il volontariato (ad es. servizio civile per anziani), l’assistenza (ad es. riconoscimento del caregiver familiare) o la promozione della salute (ad es. sport e attività fisica).

Il report sottolinea però una differenziazione significativa nell’evoluzione delle politiche sociali regionali verso modelli compiuti di IA e pratiche di successo. Nella maggior parte dei casi le leggi regionali trasversali hanno prodotto finora risultati limitati, perché i meccanismi di attuazione non si sono messi in moto (ad es. mancata assegnazione di deleghe ai funzionari per istituire tavoli di lavoro, consulte e altri organi programmatori) e/o esistono barriere da superare (ad es. scarsità di risorse da allocare).

Recentemente (aprile 2021) sono state emanate, nell’ambito del suindicato progetto, le “Raccomandazioni per l’adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo”.

Le Raccomandazioni, pur non essendo giuridicamente vincolanti, rappresentano uno strumento privilegiato per armonizzare gli interventi in ambito nazionale con le cornici politiche e giuridiche internazionali, cui l’Unione Europea e l’Italia fanno costante riferimento, in particolare il MIPAA e l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (ONU, 2015).

4.3. Le politiche regionali per l'invecchiamento attivo e le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

La Regione Abruzzo ha sviluppato una serie di politiche importanti in tema di IA con l'obiettivo di superare la visione della persona anziana come soggetto passivo destinatario di servizi sanitari o socioassistenziali. Tali politiche investono tre direzioni principali:

1. IA come area di intervento multidimensionale e integrata – L.R. n. 16 del 9 giugno 2016 Promozione dell'Invecchiamento Attivo;
2. il settore dell'assistenza (caregiver familiare) – L.R. 27 dicembre 2016, n. 43 Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza);
3. il settore della promozione della salute – Piano Regionale di Prevenzione 2014-2016.

La legge regionale sull'IA (L.R. 16/2016) ha l'obiettivo di riconoscere e valorizzare il ruolo delle persone anziane nella comunità, di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale e di contrastare tutti i fenomeni di esclusione, pregiudizio e discriminazione nei loro confronti. La legge intende altresì valorizzare le esperienze formative, cognitive, professionali e umane conseguite dalle persone anziane nel corso della vita, nonché il loro patrimonio di relazioni personali, considerate come importante risorsa per l'intero contesto sociale. Le modalità di attuazione della legge sono demandate a un programma operativo triennale degli interventi da approvare da parte della Giunta regionale, previa consultazione con l'ANCI, attraverso la costituzione di un tavolo permanente tra i diversi Dipartimenti regionali dei settori interessati dalle disposizioni della legge stessa. Questo tavolo ha anche il compito di predisporre un programma di attuazione annuale.

Ad oggi non sono state attribuite risorse specifiche per l'attuazione di questa legge e le attività inerenti l'IA vengono attuate direttamente dagli Ambiti Distrettuali Sociali, attraverso i Piani sociali distrettuali che prevedono uno specifico Asse Tematico dedicato alle azioni per l'invecchiamento attivo (AT6).

Tali interventi, pertanto, sono finanziati con le risorse del Fondo Sociale Regionale e del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.

La L.R. 43/2016 si propone di favorire il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo attivo dei caregiver familiari nella rete di assistenza e alla luce del DPCM del 27 ottobre 2020 si sta lavorando alla stesura delle Linee attuative.

In un'ottica di programmazione integrata, anche il Progetto FSE "Abruzzo Care Family" sostiene il ruolo attivo del caregiver familiare attraverso due linee di intervento:

- Linea 1: voucher di servizio per sostenere la figura del caregiver familiare per anziani, disabili e minori;
- Linea 2: attivazione di corsi di formazione di 400 ore con esame finale per il rilascio dell'attestato della figura del caregiver familiare.

La terza direzione di politica regionale relativa all'IA riguarda il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2016, che si pone l'obiettivo specifico di promuovere la salute degli anziani nella comunità (obiettivo 6.2), "Aumentare il livello di attività fisica degli ultra 64enni", attraverso una serie di interventi presso strutture e associazioni che si occupano di questa fascia di età.

Obiettivi e azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024 in tema di invecchiamento attivo

La Regione si pone i seguenti obiettivi, in linea con il MIPAA, i SDGs dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile e il documento nazionale delle Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo:

- Promuovere una programmazione concertata e condivisa delle politiche e degli interventi in tema di IA tra diversi assessorati (sussidiarietà orizzontale) e in maniera integrata tra i livelli territoriali (sussidiarietà verticale).
- Sostenere l'integrazione e la partecipazione degli anziani nella società, al fine di prevenire fenomeni di isolamento sociale, di solitudine e limitare ospedalizzazioni improprie e istituziona-

lizzazioni.

- Favorire l'adattamento del sistema di protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socioeconomiche attraverso la promozione di protocolli operativi tra enti locali territoriali, aziende sanitarie locali e associazioni di volontariato e di promozione sociale, per orientare il sistema di welfare regionale nella costruzione del benessere sociale.
- Promuovere il riconoscimento delle competenze e dell'esperienza maturata nell'attività di assistenza dei caregiver familiari, attraverso il riconoscimento di un credito formativo utile per l'ottenimento di eventuali qualifiche professionali.
- Potenziare, a livello di Ambiti Distrettuali Sociali, la costituzione o l'implementazione di servizi dedicati a un accompagnamento delle persone anziane, verso i percorsi di invecchiamento attivo, che tenga conto delle disuguaglianze.
- Favorire lo sviluppo e il coordinamento di iniziative nazionali e regionali volte a ridurre il digital divide della popolazione anziana e a promuovere l'alfabetizzazione informatica, in quanto azioni in grado di contrastare disuguaglianze e promuovere l'invecchiamento attivo e anche a garanzia dell'indipendenza e dell'autonomia nella gestione della propria vita e dell'equità di accesso ai servizi e alle informazioni, in risposta ai propri bisogni (cittadinanza digitale).
- Sostenere l'assistenza informale agli anziani e favorire la solidarietà intergenerazionale attraverso la diffusione sul territorio di centri sociali e di spazi e di luoghi di incontro, socializzazione e partecipazione.
- Promuovere iniziative per contrastare violenza, abuso e discriminazione nei confronti delle donne anziane, anche alla luce delle trasformazioni familiari in atto, favorendone l'attivazione nei vari ambiti di invecchiamento attivo.
- Promuovere forme di co-housing in età anziana, per favorire sistemi di convivenza sociale in grado di stimolare una partecipazione attiva.

Gli obiettivi sopra delineati trovano un ulteriore impulso programmatico e operativo nell'azione progettuale del **PNRR e REACT EU della Regione Abruzzo "Progetti regionali AS 4 – REACT EU – Interventi per l'Invecchiamento Attivo"**, prevista nell'ambito della programmazione regionale condivisa a livello ministeriale per la realizzazione delle azioni inerenti alla Misura 5C del PNRR (per il contrasto alle fragilità, la coesione sociale e le infrastrutture sociali).

Si riporta di seguito il quadro di sintesi degli interventi del PSR 2022-2024 per gli anziani e l'invecchiamento attivo con i relativi obiettivi di sistema e indicatori di risultato.

Tavola 7 - Quadro sinottico e i LEPS degli interventi e servizi per l'invecchiamento attivo e gli anziani del PSR 2022-2024

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO		OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)			
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative		2022	2023	2024	
AT 6 Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	Centri diurni e semiresidenziali con funzione socioassistenziale	FNPS FSR L.R. 16/2016 Comuni/ADS	L.R. 16/2016 (invecchiamento attivo)	Potenziare l'offerta dei servizi per la riduzione rischi di emarginazione e disagio psicologico	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	
	Centri diurni e semiresidenziali con funzione ricreativa				Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	
	Trasporto sociale				Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	
	Integrazione retta/voucher per centri diurni			Rafforzare la mobilità sociale	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	
	Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale		Progetti regionali AS 4 del PNRR - REACT EU "Interventi per l'invecchiamento attivo"	Rafforzare servizi comunitari per integrazione sociale e ricreativa	Aumento utenza fragile	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	Aumento utenza fragile	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione
	Strutture comunitarie a carattere sociosanitario							
	Servizi comunitari per gli anziani e housing sociale							
	Integrazione retta/voucher residenziali		PNRR - M5C2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore"	Potenziare l'offerta dei servizi per la riduzione del rischio di istituzionalizzazione e tassi ospedalizzazione	Aumento utenza fragile	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione	Aumento utenza fragile	Percorsi di accompagnamento per riduzione istituzionalizzazione
	Altri interventi comunitari (Case di Comunità e Case della Salute) e di prossimità (teleassistenza, telemedicina) per l'invecchiamento attivo (L.R. 16/2016/PSR/PNRR)		PNRR-M5C3 "Interventi speciali per la coesione territoriale"					

5. CONTRASTO ALLE POVERTÀ E INCLUSIONE SOCIALE

5.1. Le aree del disagio, della povertà e dell'emarginazione sociale

La povertà è un fenomeno complesso che dipende da numerosi fattori. Non è legato alla sola mancanza di reddito, ma è anche strettamente connesso con l'accesso alle opportunità e quindi con la possibilità di partecipare pienamente alla vita economica e sociale del contesto in cui si vive. Per di più, il contesto pandemico ha segnato in maniera più evidente la necessità di adattare l'attuale modello economico verso una maggiore sostenibilità, non solo ambientale, ma soprattutto sociale. Con il suo sostegno agli Stati membri nella lotta contro la povertà, l'esclusione sociale e la discriminazione, l'Unione Europea si propone di rafforzare il carattere inclusivo e la coesione della società europea e di far sì che tutti i cittadini abbiano parità di accesso alle opportunità e alle risorse.

Troviamo negli articoli 19, 145-150 e 151-161 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) il quadro giuridico di riferimento per la collaborazione a livello europeo sulle politiche di contrasto alla povertà.

Con l'iniziativa Europa 2020, l'Unione Europea in linea con l'Eurostat ha identificato l'indicatore della povertà e dell'esclusione sociale come strumento utile al monitoraggio dell'andamento socio-occupazionale degli Stati membri. Obiettivo di questo monitoraggio è quello di analizzare le situazioni nazionali di anno in anno, a fronte dell'obiettivo decennale di ridurre del 25% il numero degli europei sotto la soglia di povertà.

Tale indicatore definisce la condizione di rischio povertà ed esclusione sociale basandosi su tre indici:

- **grave deprivazione materiale**, cioè la situazione in cui si trova chi non può permettersi alcuni beni e servizi fondamentali. Dall'affitto al riscaldamento, dalle bollette del telefono alla lavatrice, dalla possibilità di andare in vacanza al possesso e mantenimento di una macchina;
- **rischio di povertà**, in cui si trova chi guadagna meno del 60% del reddito medio nazionale;
- **bassa intensità di lavoro**, cioè la condizione di una famiglia in cui gli adulti (18-59 anni) lavorano meno del 20% del proprio tempo di lavoro potenziale.

In tema di misure di lotta alla povertà, in Europa come in Italia, il dibattito ruota attorno alle modalità di implementazione delle misure assimilabili al *minimum income* e al ruolo svolto dalla componente di attivazione della misura, anche in connessione con la promozione di specifici interventi di inserimento lavorativo. L'altro nodo del dibattito è legato all'accesso ai servizi di welfare da parte della popolazione più vulnerabile.

Le politiche nazionali per l'inclusione sociale, pertanto, si caratterizzano per una gamma di iniziative e compiti differenziati, sia per ambito di intervento sia per tipologia di strumenti a seconda del target di riferimento.

Nello specifico, alcune delle politiche nazionali si caratterizzano come l'insieme delle misure volte a sostenere i redditi delle persone e delle famiglie, con particolare riguardo agli interventi di inclusione attiva, finalizzati alla graduale conquista dell'autonomia.

Tra le misure di sostegno al reddito, dal marzo 2019, si può richiedere il Reddito di Cittadinanza, impegnandosi a seguire un percorso personalizzato di inserimento lavorativo e di inclusione sociale. Prima del RdC, altre erano le misure di contrasto alla povertà, come il Reddito di Inclusione (REI) attivo dal 2018, che aveva sostituito il SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) e l'ASDI (Assegno di Disoccupazione), oltre allo strumento della Carta acquisti ordinaria, attiva dal 2008 e concessa a cittadini che si trovano in condizioni di disagio economico. Lo strumento che sostiene l'applicazione di queste misure è l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

L'ISEE ha la funzione di stabilire nella maniera più equa le risposte offerte ai bisogni dei cittadini per indirizzare correttamente gli interventi d'inclusione e di contrasto alla povertà ed è alla base delle diverse agevolazioni gestite da Regioni, Comuni e altri enti erogatori per l'accesso a prestazioni di diversa natura (mense scolastiche, nidi, residenze sanitarie assistenziali, ecc.).

In Italia, infatti, gli interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale vengono promossi e attuati da più soggetti che fanno capo a diversi livelli di governo (nazionali, regionali e locali). In sinergia con le politiche nazionali di contrasto alla povertà, si inserisce anche la politica di coesione cofinanziata dall'Unione Europea.

Per il periodo 2014-2020, infatti, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali è titolare di due programmi operativi di contrasto alla povertà: il PON Inclusione, cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo, e il Programma Operativo FEAD, cofinanziato dal Fondo europeo di aiuti agli indigenti. Così come la programmazione del FSE 2014-2020, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si focalizza su alcune grandi aree di intervento (c.d. 6 pilastri):

- Transizione verde
- Trasformazione digitale
- Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva
- Coesione sociale e territoriale
- Salute e resilienza economica, sociale e istituzionale
- Politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani

Pertanto, la programmazione sociale 2022-2024, con le azioni per il contrasto all'emarginazione sociale, per l'inclusione sociale e il contrasto al disagio adulti psicologico, mentale e da dipendenze, ha l'obiettivo prioritario di integrare azioni, risorse finanziarie, umane e strutturali, a partire dagli interventi del **piano di povertà** di cui alla L. 208/2015 e che la Regione Abruzzo ha recepito con un piano regionale di interventi di contrasto alla povertà promosso e approvato con DGR n. 821 del 25.10.2018, tenendo conto della multifattorialità delle cause e dei bisogni sociali, socio-economici e lavorativi che negli ultimi due anni, come evidenziato dal profilo sociale regionale, hanno visto un significativo incremento dovuto al fenomeno e al permanere dell'emergenza pandemica da Covid-19.

5.2. Contrasto della povertà alimentare

Nel 2020, dai numeri resi pubblici dall'ISTAT, la povertà in Italia è rappresentata da oltre due milioni di famiglie che vivono in condizioni di grave deprivazione materiale e impedisce loro di rispondere ai propri bisogni essenziali, necessari a condurre una vita dignitosa. Tra questi, l'accesso a un cibo adeguato. Questa situazione di emergenza sociale è stata aggravata sicuramente dalla pandemia. **Con la crescita dei tassi di povertà è aumentata soprattutto la domanda di aiuti alimentari**, anche dai cosiddetti "nuovi poveri" (pensionati, disoccupati, famiglie con bambini) che affrontano situazioni di difficoltà dovute a eventi improvvisi come una malattia, la perdita del lavoro, ecc. **(1)** La mancanza di cibo è una delle forme più estreme di povertà che colpisce in maniera particolare donne, anziani e minori con conseguenze sulla salute fisica e psicologica di lungo periodo.

I dati dell'Istat segnalano 1.337.000 minori che in Italia vivono in condizione di povertà assoluta: bambini e bambine nelle cui famiglie si saltano interi pasti e si mangiano alimenti scarsamente variegati e nutrizionalmente bilanciati.

L'esigenza di parlare di povertà alimentare anziché di sicurezza alimentare muove dalla considerazione che, in un contesto cosiddetto sviluppato, il problema non sia tanto la disponibilità di cibo a livello aggregato, quanto la sua distribuzione e accessibilità: due dimensioni che, abbiamo visto, caratterizzano tuttavia anche la definizione di sicurezza alimentare (Human Rights Watch, 2019). A seguito di una progressiva riduzione dello spazio delle politiche pubbliche in questo settore, la moltitudine di esperienze di solidarietà alimentare è stata messa a disposizione da attori del privato sociale che testimoniano la grande sensibilità e la capacità di risposta della società civile organizzata e delle comunità.

A supporto di queste iniziative, a integrazione dell'intervento di Reddito di Cittadinanza (RdC) e delle azioni per l'inclusione sociale gestite direttamente dagli ADS a valere sui fondi del Piano Povertà (L. 298/2015), la Regione Abruzzo ha istituito il Fondo "Contributi per il sostegno alimentare delle persone in stato di povertà", (art. 23 della L.R. 29/2006 e s.m.i) a favore delle mense e dei centri di distribuzione beni di prima necessità.

Nel 2020 l'Avviso pubblico ha garantito il servizio offerto da associazioni del Terzo Settore e Caritas diocesane.

Inoltre, per rispondere alle esigenze delle famiglie abruzzesi, duramente colpite dalla pandemia da Covid-19, ad aprile 2020 è stato previsto, con uno stanziamento di 12.000.000 di euro, un **Contributo per l'acquisto di beni di prima necessità "Bonus Famiglia"** (art. 2, comma 1, lett. d) L.R. n. 9/2020 e art. 6 L.R. 10/2020) attraverso la pubblicazione di un avviso pubblico.

Sono pervenute 24.738 istanze e quelle istruite e ammesse a contributo sono state circa 20.000.

- (1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: la CARITAS Abruzzo e Molise** rileva la necessità di contrastare le eccessive disuguaglianze che la pandemia ha allargato. E propone:
- Reale applicazione delle normative su co-programmazione e co-progettazione ex Codice del Terzo Settore.
 - Ampliamento della normativa regionale per attività solidaristiche di recupero, stoccaggio e distribuzione di beni alimentari, di gestione mense ed empori sociali.

5.3. Contrasto alla grave emarginazione adulta e alla condizione di senza dimora

(1) Attualmente, la mancanza di un alloggio e il disagio abitativo sono forse gli esempi più estremi di povertà e di esclusione sociale nella società. Sebbene l'accesso a un alloggio a costi contenuti sia un'esigenza e un diritto fondamentale, la garanzia di questo diritto costituisce ancora una sfida impegnativa in alcuni Stati membri. La condizione di povertà estrema spesso è il risultato di fattori sociali, sanitari, economici e psicologici che conducono alla deprivazione e alla marginalità. Spesso queste caratteristiche riguardano persone senza fissa dimora.

L'Accordo di Partenariato relativo al periodo di programmazione comunitaria 2014-2020, Obiettivo Tematico 9 (OT9), prevedeva di intervenire in particolari contesti urbani con l'obiettivo di ridurre la marginalità estrema e i fenomeni di homelessness, a valere sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), sia potenziando la rete dei servizi per il Pronto intervento sociale, sia sperimentando modelli di integrazione tra interventi infrastrutturali riguardanti le strutture abitative e sociosanitarie, nonché misure di sostegno alle persone senza dimora nel percorso verso l'autonomia.

Pertanto, la Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali, dove è incardinata l'Autorità di Gestione del PON (Piano Operativo Nazionale) Inclusione e del PO I FEAD (Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentari e assistenza materiale di base), con Decreto n. 256 del 3 ottobre 2016 ha adottato **l'Avviso pubblico n. 4/2016** per il finanziamento di interventi per il contrasto alla grave emarginazione adulta e alla condizione di senza dimora.

I progetti finanziati sono conformi alle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta, approvate in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni il 5 novembre 2015, con le quali il Ministero ha fornito gli indirizzi ai diversi livelli di governo per assicurare interventi organici e strutturati per le persone senza dimora e con particolari fragilità, sostenendo l'adozione di un modello strategico integrato di intervento dei servizi sociali orientato verso i metodi innovativi dell'housing first e dell'housing led, in base ai quali il re-inserimento in un'abitazione rappresenta il punto di partenza dell'avvio di un percorso di inclusione sociale.

Il fenomeno della grave emarginazione adulta, fortemente collegato alla crisi economica registrata negli ultimi anni, è caratterizzato da un costante aumento anche nel territorio abruzzese, e in particolare nell'area metropolitana Pescara-Montesilvano, di persone in condizione di povertà estrema, senza fissa dimora e/o a rischio di esclusione sociale e grave povertà economica relazionale.

La Regione Abruzzo ha partecipato all'Avviso 4/2016, in qualità di capofila, insieme agli ECAD n. 15 Pescara e n. 18 Montesilvano, individuati sulla base della stima del numero di persone senza dimora, finanziato a valere sul PON Inclusione FSE 2014-2020 e PO I FEAD 2014-2020.

Il progetto prevede l'attuazione di una serie di misure volte a:

- potenziare la rete dei servizi per il Pronto intervento sociale;
- erogare interventi a bassa soglia, come la distribuzione di beni di prima necessità quali kit prodotti per l'igiene personale, kit d'emergenza, altri materiali essenziali (inclusi beni alimentari per bisogni specifici);
- incentivare misure di accompagnamento tra cui attività di segretariato sociale e lo svolgimento di pratiche burocratiche;
- favorire l'accesso ai servizi (sociali, sanitari, abitativi, tirocini lavorativi, ecc.);

- attivare interventi innovativi (housing first, unità di strada, ecc.).

Con il Decreto Direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 287 del 14 agosto 2020 è stata avviata la procedura per il rifinanziamento dell'Avviso 4.

- (1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: la CARITAS Abruzzo e Molise** rileva la necessità di contrastare le eccessive disuguaglianze che la pandemia ha allargato. E propone di:
- Applicare realmente le normative su co-programmazione e co-progettazione ex Codice del Terzo Settore.
 - Sperimentare stazioni di posta, centri di accoglienza multifunzionali, luoghi di primissima accoglienza e inclusione sociale diffusi, per le persone senza dimora.
 - Promuovere servizi quali Case della Comunità e presa in carico della persona.
 - Sostenere l'offerta di housing temporaneo.
 - Garantire soluzioni alloggiative temporanee per i lavoratori stagionali dell'agricoltura. Rigenerazione urbana e housing sociale. Facilitare gli interventi della strategia nazionale aree interne.

5.4. Reinserimento socio-lavorativo delle persone in misura alternativa alla detenzione o sottoposte a sanzioni di comunità

Alla data di rilevazione di febbraio 2020 sono circa 2.014 (fonte giustizia.it) le persone detenute presso gli 8 istituti penitenziari della nostra regione. La popolazione di riferimento è caratterizzata da molteplice appartenenza etnoculturale, differenze linguistiche, scarse conoscenze sanitarie, povertà non solo materiale, ma anche in termini culturali e di strumenti/risorse personali, dettata spesso da una bassa scolarizzazione.

In linea con il *probation system* europeo si muove, da anni, un'attività normativa in tema di politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita delle persone in esecuzione penale e sottoposte a misure detentive o sanzioni di comunità, sempre più orientata a riconoscere e valorizzare la centralità della persona nei programmi trattamentali, di reinserimento sociale, di prevenzione e promozione della salute.

Diventa sempre più necessario individuare percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extra murario; prevedere, in collaborazione con i servizi sociali territoriali, il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, con gli enti del Terzo Settore e attori del sociale privato, interventi che favoriscano percorsi alternativi o di dimissione; costruire percorsi che, da un lato, consentano un'esecuzione della pena che sia realmente orientata al recupero e al reinserimento sociale e, dall'altro, creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.

Obiettivi condivisi sono la prevenzione delle recidive e di percorsi di devianza e marginalità, il recupero e il reinserimento nel tessuto sociale, attraverso azioni di valorizzazione delle risorse personali e di responsabilizzazione, e la messa in rete dei servizi attraverso una programmazione condivisa, l'attuazione e il monitoraggio di azioni volte in tal senso.

Nel 2020, la creazione di un modello di reinserimento lavorativo da sottoporre ai detenuti o soggetti interessati da provvedimenti dell'autorità giudiziaria è stato l'obiettivo della Regione Abruzzo con la pubblicazione dell'Avviso "Reinserimento dei detenuti", finanziato a valere sul POR FSE 2014-2020 - Asse II del Programma.

Nel 2021, a seguito di un Accordo di Partenariato con la Cassa delle Ammende, è stato pubblicato un nuovo avviso per la selezione di soggetti del Terzo Settore in qualità di partner per la co-progettazione degli interventi, finalizzato allo "sviluppo di servizi pubblici per l'assistenza generale alle vittime di reato e servizi pubblici per la giustizia riparativa e la mediazione penale".

5.5. Le dipendenze e il fenomeno emergente delle *new addiction*

Il contesto sociale di riferimento e le principali caratteristiche delle dipendenze

Con il termine clinico “dipendenza” si intende una condizione in cui l’organismo ha bisogno di una determinata sostanza per funzionare e sviluppa una dipendenza fisico-chimica da essa.

Il termine “*addiction*”, invece, definisce una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell’oggetto di dipendenza senza il quale l’esistenza diventa priva di significato: è dunque un coinvolgimento crescente e persistente della persona al punto che l’oggetto di dipendenza pervade i suoi pensieri e il suo comportamento.

Nel caso delle nuove dipendenze (*new addiction*) si può parlare dello sviluppo dell’*addiction* senza “dipendenza”. Si tratta perciò del bisogno imprescindibile di mettere in atto dei comportamenti significativi, in assenza di una dipendenza fisica vera e propria.

Nell’ultimo decennio i concetti di abuso e di dipendenza hanno subito una dilatazione notevole: mentre all’inizio si riferivano esclusivamente al consumo di sostanze come l’alcol e l’eroina, l’attuale spettro delle dipendenze include un gruppo multiforme di disturbi in cui l’oggetto della dipendenza non è solo una sostanza, bensì un’attività lecita e socialmente accettata, se non addirittura incoraggiata.

Le nuove dipendenze o “*new addiction*” – che coinvolgono ad esempio il gioco d’azzardo, internet, le relazioni affettive, il sesso, il lavoro, lo smartphone, i videogiochi, la tv e lo shopping, il cibo – vengono considerate malattie della postmodernità e definite dipendenze comportamentali, comprendendo tutte quelle nuove forme di dipendenza in cui non è implicato l’uso di alcuna sostanza chimica. Inoltre, sempre più frequentemente i professionisti delle dipendenze e della salute mentale incontrano pazienti in cui l’uso di sostanze assume l’aspetto del poliabuso (uso contemporaneo di due o più sostanze psicoattive con modalità che possono o meno configurare una situazione di dipendenza), in cui accanto all’uso di alcol e di “droghe” sono presenti dipendenze comportamentali, quali il gioco d’azzardo patologico o l’*internet addiction* (L. 190/2014, L.R. 37/2020 e DGR 346/2020). In una parte di questi pazienti, spesso molto giovani, si riscontrano inoltre comportamenti di ricerca del rischio, aggressività, autoaggressività e, in particolare nelle donne, disturbi dell’alimentazione; possono comparire anche sintomi psicotici, espressione sia dell’effetto diretto delle sostanze (psicosi tossica o disturbo psicotico indotto da sostanze) sia della slatentizzazione di un disturbo psicotico sottosoglia.

Il quadro normativo vigente e le misure nazionali e regionali di contrasto alle dipendenze

Le dipendenze da sostanze e le dipendenze comportamentali sono importanti fattori di rischio per la salute pubblica e hanno un importante impatto sociosanitario, con conseguenze dirette e indirette sull’ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale e, in quanto tali, oggetto di interventi generici e specifici dello Stato.

Il quadro normativo intorno al fenomeno dipendenza è articolato e complesso, come è la natura di questi fenomeni che richiedono l’intervento integrato di diverse figure professionali sia sanitarie (medico, psichiatra, psicologo, infermiere) sia sociali (sociologo, educatore professionale, assistente sociale).

In linea generale, le principali norme nazionali ed europee riguardano le sostanze stupefacenti e il gioco d’azzardo, nonché la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche da sostanze e gioco d’azzardo patologico.

In sintesi, a livello europeo, a occuparsi di dipendenza è soprattutto il Piano di azione europeo in materia di lotta contro la droga 2017-2020 (2017/C215/02), che ha tra i suoi obiettivi la prevenzione del consumo di sostanze o per lo meno il ritardare il più possibile l’inizio del consumo.

A livello nazionale il D.P.R. n. 309/1990, aggiornato dalle modifiche apportate dal D.Lgs n. 1/2018 e dal D.M. 29 dicembre 2020, si occupa nello specifico di definire e classificare le sostanze psicotrope e di indirizzare le politiche di prevenzione.

I SerD (Servizi Dipendenze Patologiche), in passato SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), si occupano della presa in carico di ogni forma di dipendenza, fisica e comportamentale, e sono stati

costituiti secondo i criteri della legge 26 giugno 1990, n. 162, e dei decreti del Ministro della Sanità del 12 luglio 1990 n. 186, 30 novembre 1990 n. 444, del 9 ottobre 1990 n. 309.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017) ha incluso la dipendenza da gioco d’azzardo tra le dipendenze patologiche, con l’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria; ne consegue che anche alle persone con disturbi legati al gioco d’azzardo, al pari delle dipendenze da sostanze, devono essere erogate dal Servizio Sanitario Nazionale sull’intero territorio italiano le stesse prestazioni di assistenza sociosanitaria territoriale, domiciliare, territoriale ad accesso diretto, semiresidenziale e residenziale.

La Regione Abruzzo, con la L.R. n. 37/2020 “Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche e altre disposizioni”, orienta i suoi interventi non solo alle classiche forme di dipendenza (droga e alcool), ma allarga l’orizzonte alle dipendenze comportamentali partendo proprio dal gioco d’azzardo, che purtroppo vede l’Abruzzo essere maglia nera in Italia sulla spesa pro-capite.

All’art. 1 comma 2 la legge menziona interventi in favore delle dipendenze tecnologiche (internet, reti sociali, smartphone, videogiochi e altre dipendenze comportamentali) riconoscendo la gravità delle *new addiction* e la necessità di nuovi interventi sempre più integrati e coordinati tra l’area sociale e quella sanitaria.

Al comma 3 dello stesso articolo la legge evidenzia come al perseguimento delle finalità di prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche devono concorrere gli enti del servizio sanitario regionale, in particolare i SerD, i Comuni, le istituzioni scolastiche, gli enti del Terzo Settore e le strutture accreditate dalla Regione, per l’erogazione dei servizi sociosanitari (in particolare le Comunità terapeutiche).

La legge sottolinea quindi l’importanza del lavoro di rete e dell’integrazione sociosanitaria che non può più rimanere solo un mero intento teorico, ma deve trovare l’applicazione pratica, perché è soltanto attraverso un processo integrato e di massima collaborazione tra i vari attori che si può rispondere con efficacia ed efficienza alle vecchie e soprattutto nuove sfide che l’universo delle dipendenze patologiche porta con sé.

Le azioni di sistema e di rafforzamento del PSR 2022-2024

La pandemia ha prodotto, tra le sue tragiche conseguenze, un incremento delle condizioni di disagio psichico, acuitizzando situazioni già di emergenza sia psicopatologica sia sociale.

I primi studi sull’effetto della pandemia in merito alle abitudini di consumo di sostanze stupefacenti e di gioco d’azzardo, nonostante l’applicazione delle misure restrittive, mostrano un quadro piuttosto preoccupante.

Si è rilevato un notevole aumento (+180%) dell’uso di alcool, sostanzialmente stabili sono rimasti i consumi delle sostanze psicoattive, mentre sul versante del gioco d’azzardo, a fronte del dato positivo che ha visto diminuire le giocate in “presenza” (in quanto sono state chiuse le sale slot e le agenzie di scommesse), fa da contraltare l’aumento notevole del gioco d’azzardo online.

Altro dato preoccupante riguarda il notevole aumento del tempo che soprattutto i più giovani trascorrono sui vari dispositivi digitali, il che fa ragionevolmente prevedere un forte aumento dei disturbi correlati all’uso degli strumenti tecnologici come tv, smartphone, internet e videogiochi.

Rispetto agli interventi di cura e riabilitazione, si evidenzia come l’intervento ambulatoriale fornito dal servizio pubblico (SerD) e residenziale (Comunità terapeutiche) rimanga certamente quello di maggiore impatto positivo per quanto concerne le dipendenze da sostanze psicoattive.

Per quanto concerne le dipendenze comportamentali, gli interventi riguardano l’area della prevenzione e riduzione del danno rivolti alla popolazione generale, fino a interventi più specifici e intensi in ambito terapeutico svolti principalmente dal privato sociale, e interventi ambulatoriali e residenziali offerti dagli enti del Terzo Settore parallelamente al sistema sanitario nazionale.

Il PSR 2022-2024 intende rafforzare gli indirizzi della legge 190/2014 e L.R. 37/2020, intende dare risalto agli importanti interventi di prossimità e sul territorio offerti dagli organi del privato sociale che si occupano a vario titolo di queste problematiche. Le offerte di trattamento e cura destinate a persone affette da dipendenza patologica, inteso come problema di salute pubblica che coinvolge non solo il soggetto e la sua famiglia, ma anche la comunità in cui essi sono inseriti, non possono

prescindere da un organizzato lavoro di rete.

Il lavoro di rete in questi anni è diventato un percorso obbligato nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari per diversi motivi:

- per i bisogni sempre più complessi, per cui nessun operatore o singolo servizio può avere da solo tutti gli strumenti necessari per risolverli;
- per la costante diminuzione delle risorse dei servizi pubblici a fronte della crescente domanda di salute dell'utenza;
- perché soprattutto le persone affette da dipendenza comportamentale identificano il SerD come il luogo della cura della tossicodipendenza cronica, pertanto si rivolgono al privato sociale.

Tenendo conto che le fasce di popolazione più vulnerabili al fenomeno "dipendenza" sono i giovani adolescenti, la **prevenzione** gioca un ruolo essenziale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali e questa è offerta dal privato sociale.

Dal momento che gli osservatori sociali descrivono i problemi correlati alle dipendenze come una questione di salute pubblica, il **sistema della prevenzione**, con strategie integrate e un "approccio" di promozione della salute, è di cruciale importanza e deve indirizzarsi:

- alla tutela dei soggetti fragili e/o a rischio (ad esempio minori);
- all'educazione e al contenimento del comportamento di "uso" responsabile;
- alla cura di soggetti con un comportamento di uso problematico, non solo patologico, e del contesto familiare;
- alla costruzione di sistemi di «protezione» con riferimento principalmente all'accessibilità delle sostanze legali (quali tabacco e alcol), all'uso degli strumenti digitali e all'accessibilità del gioco d'azzardo. Essenziali risultano l'attuazione concreta presso gli ambiti del "Gruppo operativo congiunto SerD - servizio sociale professionale" per la presa in carico congiunta delle persone affette da dipendenza e la sottoscrizione di protocolli operativi ADS/ASL (azioni già previste nel PSR 2016/2018, al punto 2.7. sull'integrazione sociosanitaria), oltre che la promozione e attuazione del Piano Regionale di Prevenzione e contrasto al **gioco d'azzardo patologico (GAP)**, costituendo una rete territoriale di servizi gestiti dai **Centri per il contrasto GAP** della ASL (SerD) in stretta connessione con gli Ambiti Distrettuali Sociali, i DSB, il Terzo Settore e i Centri famiglia impegnati in azioni e progetti di prevenzione, sostegno e contrasto al disagio adulto e di famiglie, così come previsto nel Piano Regionale di Prevenzione e contrasto di cui alla DGR n. 346 del 22.06.2020 "Legge 23.11.2014 n. 190 - prevenzione alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla Dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)"

Da qui la necessità di porre in essere nella nuova programmazione sociale 2022-2024, attraverso un approccio integrato e multidisciplinare, azioni di sensibilizzazione e prevenzione, cura e riabilitazione in grado di non tralasciare nessuno degli aspetti che entrano di diritto nel tema delle dipendenze **(1)**.

(1) Gli indirizzi e le proposte del gruppo di coordinamento dei SerD delle ASL regionali (coordinati dal SerD ASL 2 di Chieti) riportate nel verbale di lavoro del 11.09.2021 vanno proprio nella direzione del rafforzamento della rete sociale e dei protocolli operativi territoriali, in cui assumono un ruolo più incisivo e significativo l'integrazione sociosanitaria per la prevenzione, il contrasto e il supporto sociale, psicosociale, sociosanitario e legale e il reinserimento delle persone affette da dipendenza, anche attraverso la diffusione di servizi di primo intervento (LEPS Pronto intervento del PSN 2021-23), quali:

- UNITÀ DI STRADA
- SERVIZI A BASSA SOGLIA
- CENTRO APERTO A BASSA SOGLIA

5.6. T.In.A. "Tirocinio Inclusivo Abruzzo"

Con la pubblicazione della DGR n. 875 del 29.12.2020 la Regione Abruzzo ha adottato le "Linee guida Regione Abruzzo per l'attivazione dei tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, in attuazione delle linee guida approvate dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano" con accordo del 22.01.2015, disciplinando nuove opportunità di inserimento socio-lavorativo per tutte quelle persone che hanno una particolare vulnerabilità e fragilità, anche in termini di distanza dal mercato del lavoro, e che sono presi in carico dai servizi sociali e/o sanitari competenti.

Il **T.In.A. "Tirocinio Inclusivo Abruzzo"**, entrato in vigore dal 30.01.2021, è uno strumento nuovo di cui si dota la nostra Regione, **finalizzato all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla loro riabilitazione attraverso l'orientamento, la formazione e l'inserimento o reinserimento** nel tessuto sociale di riferimento e può fornire una concreta opportunità a persone fragili-vulnerabili per le quali sono inadeguati altri strumenti, o in concomitanza con questi ultimi, per rafforzare l'intervento di sostegno già erogato.

5.7. Le misure di contrasto al grave sfruttamento e alla tratta di esseri umani

La tratta di esseri umani è stata internazionalmente definita nel 2000 da uno dei tre Protocolli addizionali alla Convenzione delle Nazioni Unite contro il crimine transnazionale organizzato, il cosiddetto **Protocollo addizionale sulla Tratta**, che definisce la tratta come "il reclutamento, il trasporto, il trasferimento, l'ospitare o l'accogliere persone, tramite l'impiego o la minaccia di impiego della forza o di altre forme di coercizione, di rapimento, frode, inganno, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità, dando oppure ricevendo somme di denaro o benefici al fine di ottenere il consenso di un soggetto che ha il controllo su un'altra persona, per fini di sfruttamento. Per sfruttamento si intende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione o altre forme di sfruttamento sessuale, lavoro o servizi forzati, la schiavitù o pratiche analoghe alla schiavitù, l'asservimento o l'espianto di organi [...]" (art.3).

Dignità umana, libertà, democrazia, uguaglianza, stato di diritto e rispetto dei diritti umani sono i valori fondamentali dell'UE. Uno dei principali obiettivi dell'UE è la protezione dei diritti umani, sia al suo interno sia nel resto del mondo. Le istituzioni dell'UE hanno l'obbligo giuridico di difenderli e altrettanto sono tenuti a fare i Paesi membri quando applicano la legislazione europea.

La tratta di esseri umani coinvolge trasversalmente tutto il territorio europeo. Le vittime provengono sia dai Paesi dell'est Europa sia da Stati extraeuropei (come Nigeria e Paesi del Sud America e dell'Asia orientale). Ancora oggi le vittime sono principalmente donne e minori, oggetto di tratta a fini di sfruttamento sessuale.

Essa, che sia per sfruttamento sessuale o per motivi di lavoro, è non solo una violazione dei diritti fondamentali dell'uomo, ma anche uno dei crimini in più rapida espansione, tanto da rappresentare la seconda entrata per il crimine organizzato dopo il traffico di droga. La strategia per combatterla è strettamente collegata alla strategia dell'UE per la lotta alla criminalità organizzata. L'Unione Europea ha definito la sua azione intorno a obiettivi che mirano a proteggere questi gruppi e a prevenire e combattere il fenomeno, in particolare rafforzando la cooperazione e il coordinamento tra le autorità di polizia e giudiziarie degli Stati membri. L'Unione ha inoltre prodotto un quadro di disposizioni comuni per affrontare determinate questioni, come l'incriminazione e le sanzioni nei confronti dei trafficanti o le circostanze aggravanti nei casi di tratta di esseri umani.

La Commissione Europea ha presentato nell'aprile 2021 la nuova **strategia per il contrasto al traffico degli esseri umani (2021 - 2025)**. Il programma sarà incentrato sulla prevenzione del crimine, l'arresto dei trafficanti e la protezione delle vittime e si concentrerà sui seguenti aspetti:

- Riduzione della domanda che favorisce la tratta di esseri umani: la Commissione valuterà la possibilità di stabilire norme minime dell'UE per qualificare come reato l'utilizzo dei servizi derivanti dallo sfruttamento delle vittime della tratta e avvierà, insieme alle autorità nazionali e alle organizzazioni della società civile, una campagna di prevenzione. Verrà valutata la possi-

bilità di rafforzare la direttiva sulle sanzioni nei confronti dei datori di lavoro, si proporrà una legislazione sul governo societario per chiarire le responsabilità delle imprese e contribuirà a prevenire il lavoro forzato.

- Smantellamento del modello commerciale dei trafficanti, online e offline: si avvierà un dialogo con le imprese di internet e le imprese tecnologiche per ridurre l'utilizzo delle piattaforme online per il reclutamento e lo sfruttamento delle vittime. Verrà incoraggiata la formazione sistematica delle autorità di contrasto e degli operatori giudiziari in materia di individuazione e lotta contro la tratta di esseri umani.
- Protezione, sostegno ed emancipazione delle vittime, con particolare attenzione alle donne e ai bambini: la strategia mira a migliorare l'identificazione precoce delle vittime e la loro segnalazione ai fini di un'ulteriore assistenza e protezione, a rafforzare i programmi di emancipazione delle vittime e ad agevolare il reinserimento. Verrà finanziata una formazione specifica di genere, attenta ai minori per aiutare la polizia, gli assistenti sociali, le guardie di frontiera o il personale sanitario a individuare le vittime.
- Promozione della cooperazione internazionale: la metà delle vittime identificate nell'UE è costituita da cittadini di Paesi terzi, la cooperazione con i partner internazionali è fondamentale per affrontare la tratta di esseri umani. L'UE contribuirà a combattere la tratta di esseri umani nei Paesi di origine e di transito, anche attraverso dialoghi specifici in materia di diritti umani e sicurezza, una cooperazione rafforzata con il Consiglio d'Europa e una comunicazione, un'azione e uno scambio di informazioni regolari e mirati con le delegazioni dell'UE nei Paesi partner. Il prossimo piano d'azione contro il traffico di migranti contribuirà a smantellare le attività dei trafficanti nel trasferimento delle vittime a fini di sfruttamento in Europa.

L'Italia è uno dei Paesi europei maggiormente interessati dal fenomeno della tratta e proprio per questo si è dotata, ormai da oltre un decennio, di un sistema di interventi all'avanguardia in Europa e nel mondo, che potesse al contempo contrastare le organizzazioni criminali e garantire adeguata protezione alle persone oggetto di traffico, sulla base di un approccio orientato alla centralità dell'individuo e alla tutela dei diritti umani delle vittime.

Con la legge 228/2003 "Misure contro la tratta di persone", sono state inasprite le pene per la tratta di persone e la riduzione in schiavitù, allargandone l'ambito di applicazione e precisando l'iter procedurale correlato. Particolare riguardo viene dato al contesto associativo e criminale nel quale possono svilupparsi tali reati, fino all'istituzione di un apposito "Fondo anti-tratta" (art.12) e un programma di assistenza per le vittime di questi reati.

Il DPCM del 16 maggio 2016 ha definito il nuovo Programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale con la pubblicazione del primo **Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani**.

Il **Dipartimento per le Pari Opportunità** è stato individuato quale autorità centrale delegata al **coordinamento degli interventi attuati sul territorio nazionale** per la prevenzione e il contrasto della tratta di persone, nonché ha il compito di adottare periodicamente un apposito bando per individuare i progetti finanziabili e le modalità di attuazione degli stessi.

I progetti previsti dal bando unico sono posti in essere da enti pubblici o del privato sociale (purché iscritti nell'apposita sezione del registro delle associazioni e degli enti che svolgono attività a favore degli immigrati) e hanno come obiettivo quello di mettere in atto:

- attività di primo contatto con le popolazioni a rischio di sfruttamento volte alla tutela della salute e all'emersione delle potenziali vittime di tratta e/o grave sfruttamento, con particolare attenzione alle persone richiedenti o titolari di protezione internazionale;
- azioni proattive multi-agenzia di identificazione dello stato di vittima anche presso le Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale;
- protezione immediata e prima assistenza quali pronta accoglienza, assistenza sanitaria e tutela legale conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 della L. 228/2003;
- attività mirate all'ottenimento del permesso di soggiorno ex art. 18 D.Lgs. 286/98;
- formazione (alfabetizzazione linguistica, informatica, orientamento al lavoro, corsi di formazione professionale) e inserimento socio-lavorativo;

- azioni volte a integrare il sistema di protezione delle vittime di tratta con il sistema a tutela dei richiedenti/titolari di protezione internazionale/umanitaria, compresa l'attivazione di percorsi integrati di tutela tra i due sistemi.

Nella Regione Abruzzo i finanziamenti dei Bandi Unici sono utilizzati per sostenere il sistema di interventi denominato **"ASIMMETRIE - Azione di Sistema Integrato Multiregionale MEDIO-ADRIATICO contro la TRATTA e lo sfruttamento e per l'Inclusione socio-lavorativa delle vittime"** in partenariato con la Regione Molise dal 2017 ad oggi.

Attualmente il Bando Avviso 4 (2021-2022) vede impegnata una dotazione finanziaria di circa un milione di euro per la rete Abruzzo-Molise.

La Regione Abruzzo nel corso del 2021 ha aderito al progetto "Di.Agr.A.M.M.I. di legalità al centro-sud - Diritti in Agricoltura attraverso Approcci Multistakeholders per l'Integrazione e il Lavoro Giusto".

Altro intervento specifico è stato promosso con il progetto SIPLA SUD - Sistema Integrato di Protezione per i Lavoratori Agricoli co-finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali attraverso il PON Inclusione 2014-2020. Un progetto che opera nell'ambito del centro-nord e vede un partenariato nazionali e regionale.

L'obiettivo generale del progetto è quello di ridurre l'incidenza del lavoro sommerso in agricoltura e rafforzare pratiche e reti del lavoro agricolo di qualità, attraverso un approccio olistico, che si concretizza in un insieme coordinato di interventi a supporto dell'integrazione (sociale, sanitaria, abitativa) e di politica attiva, finalizzati a sostenere percorsi individualizzati di accompagnamento all'autonomia e di integrazione socio-lavorativa rivolti alla popolazione immigrata da Paesi terzi.

Il progetto è stato selezionato a mezzo dell'Avviso Pubblico n. 1/2019 per presentare progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - OS2 Integrazione/Migrazione legale - ON2 Integrazione - e sul FSE - PO Inclusione 2014-2020 - Asse 3 - Priorità di investimento 9i - OS 9.2.3 Sotto Azione III - Prevenzione e contrasto del lavoro irregolare e dello sfruttamento nel settore agricolo (CCI n. 2014IT05SFOP001).

Il progetto Di.Agr.A.M.M.I. è stato ammesso a finanziamento dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Le attività sono state avviate il 1.07.2021 e, a seguito di Decreto Direttoriale n. 83 del 24.09.2021, prorogate al 30.06.2023.

5.8. Integrazione dei Cittadini di Paesi Terzi

Il Trattato di Lisbona ha fornito una base giuridica esplicita per agevolare le politiche di integrazione. L'articolo 79, paragrafo 4 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea, pur escludendo qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri, riconosce al Parlamento europeo e al Consiglio, deliberando secondo la procedura ordinaria, la facoltà di stabilire misure volte a incentivare e sostenere l'azione degli Stati membri al fine di favorire l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti nel territorio.

Per cittadini di Paesi terzi si intendono i migranti provenienti da Paesi esterni all'Unione e che non hanno la cittadinanza di uno Stato membro. Fanno parte di questo gruppo sia i nati in un Paese non dell'Unione, sia i nati nell'Unione che però non hanno la cittadinanza di uno Stato membro.

La Strategia Europa 2020 e il programma di Stoccolma per lo spazio di libertà, sicurezza e giustizia 2010-2014 riconoscono tutte le potenzialità dell'immigrazione ai fini di un'economia sostenibile e competitiva e individuano come chiaro obiettivo politico la reale integrazione degli immigrati regolari, sostenuta dal rispetto e dalla promozione dei diritti umani.

Nel novembre 2020 la Commissione Europea ha presentato il **nuovo piano d'azione dell'UE sull'integrazione e l'inclusione (2021-2027)** per sostenere i Paesi dell'UE nell'integrazione dei cittadini di Paesi terzi e il contributo economico e sociale di questi ultimi all'UE. La responsabilità delle politiche di integrazione spetta in primo luogo agli Stati membri. Tuttavia, l'UE ha istituito una grande varietà di misure per incentivare e sostenere le autorità nazionali, regionali e locali e la società civile nei loro sforzi volti a promuovere l'integrazione. L'attuale piano d'azione propone azioni concrete, fornisce orientamenti e delinea i finanziamenti per le iniziative volte a promuovere l'inclusione per tutti.

Le azioni principali comprendono:

- Istruzione e formazione inclusive dalla prima infanzia all'istruzione superiore, concentrandosi su un più facile riconoscimento delle qualifiche e sul continuo apprendimento delle lingue, con il sostegno dei fondi dell'UE.
- Miglioramento delle opportunità di occupazione e riconoscimento delle competenze per dare pieno valore al contributo delle comunità di migranti, e delle donne in particolare, e garantire che siano sostenute per raggiungere il loro pieno potenziale. La CE si unirà alle parti interessate per promuovere l'integrazione nel mercato del lavoro, sostenere l'imprenditorialità e facilitare il riconoscimento e la valutazione delle competenze da parte dei datori di lavoro.
- Promozione dell'accesso ai servizi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria mentale, per le persone con un background migratorio. Oltre ai finanziamenti comunitari dedicati, il piano d'azione mira a garantire che le persone siano informate dei loro diritti e riconosce le sfide specifiche che le donne devono affrontare, in particolare durante e dopo la gravidanza. Il piano d'azione sostiene inoltre gli Stati membri a scambiare le migliori prassi.
- Accesso ad alloggi adeguati e a prezzi accessibili finanziati attraverso il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), il Fondo Sociale Europeo Plus (FSE +), il Fondo Asilo e Migrazione (AMF) e Invest EU, nonché uno scambio di esperienze a livello locale e regionale sulla lotta alla discriminazione sul mercato immobiliare e alla segregazione.

In Italia, l'attuale scenario migratorio è caratterizzato da alcune tendenze consolidate, che si ascrivono da un lato alle dinamiche di ingresso e radicamento nei territori, dall'altro alla composizione della popolazione migrante. Entrambi gli aspetti mostrano relazioni significative con i processi di inclusione socio-lavorativa.

Alla luce degli elementi caratterizzanti il quadro migratorio italiano e sulla base dell'articolazione delle competenze tra i livelli di governo nazionale, regionale e locale, le politiche di inclusione dei cittadini di Paesi terzi sono attualmente sostenute con il Fondo FAMI (Fondo Asilo Migrazione e Integrazione). Il Programma Nazionale FAMI 2014 -2020 individua, rispettivamente, il Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, quale autorità responsabile, e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione, quale autorità delegata allo svolgimento delle funzioni di gestione e attuazione di interventi relativi all'obiettivo specifico 2 "Integrazione dei cittadini di Paesi terzi e migrazione legale" di cui al Capo III del Regolamento (UE) n. 516/2014.

Il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 intende "promuovere azioni di sistema nazionali per qualificare e standardizzare i servizi erogati ai migranti, rafforzare la governance multilivello degli interventi e realizzare una programmazione integrata, coordinando e integrando gli strumenti finanziari disponibili e rafforzando la complementarità tra FAMI e fondi FSE".

La Regione Abruzzo, in qualità di capofila, ha in corso di attuazione vari interventi sulle principali tematiche di integrazione attraverso politiche e azioni co-progettate sul territorio.

L'Avviso **IMPACT** (Avviso n. 1/2018) prevede interventi multiazione attraverso:

- qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica;
- promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione;
- servizi di informazione qualificata, attraverso canali regionali e territoriali di comunicazione;
- promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni.

Nel 2021 il progetto ha ottenuto una proroga delle attività fino al 30 giugno 2022.

L'Avviso **PRIMA** (Avviso n. 2/2018) prevede azioni mirate per l'integrazione lavorativa dei cittadini di Paesi terzi. Il progetto già finanziato ha ottenuto nel 2021 una proroga onerosa delle attività fino al 30 giugno 2022.

L'Avviso **Piani regionali per la formazione civico-linguistica dei cittadini di Paesi terzi 2018-2021** è svolto in collaborazione con i Centri Provinciali d'Istruzione degli Adulti (CPIA L'Aquila, CPIA Pescara-Chieti, CPIA Provincia di Teramo). Il Progetto ha avuto una proroga delle attività fino al 30.09.2022, a seguito delle difficoltà legate alla pandemia da Covid-19.

5.9. Gli indirizzi del PSN 2021-2023. Gli obiettivi e le azioni di rafforzamento per il contrasto alla povertà e l'inclusione sociale del PSR 2022-2024

Il PSN 2021-2023 pone una particolare attenzione al tema della povertà e dell'inclusione sociale. L'obiettivo di Servizio dell'inclusione e del contrasto alla povertà (OS 9) viene rafforzato con specifiche misure di potenziamento e di implementazione di nuovi servizi e interventi sociali.

Il quadro sinottico che segue sintetizza le azioni per il contrasto alla povertà e l'inclusione sociale che devono essere garantiti in qualità di LEPS dalle Regioni e dagli ambiti sociali attraverso i piani distrettuali sociali.

Tavola 8 – LEPS e principali azioni di potenziamento del PSR 2022-2024 (rif. PSN 2021-2023)

Intervento e servizio	Tipologia azione di sistema	Ambito di trattazione nel PSN ¹ 2021-2023	Principali fonti di finanziamento nazionale	Principali fonti di finanziamento regionale
Sostegno monetario al reddito	Potenziamento	P. POV ²	Fondo bilancio per RdC	FSR, altri settoriali
Presenza in carico sociale-lavorativa	LEPS/Potenziamento	P.POV	Fondo povertà, PON Inclusione	FSR, POR, altri settoriali
Sostegno alimentare	Potenziamento	P.POV	FEAD ⁷ , REACT-EU ⁶ , PON Inclusione 2021-2027	Fondi regionali per il sostegno alimentare (L.R. 4/2016), POR, altri settoriali
Housing first	Potenziamento	P.POV	PNRR, Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Centri servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione	Potenziamento/LEPS	P.POV	PNRR, Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Servizi per la residenza fittizia	Potenziamento/LEPS	P.POV	Fondo Povertà	FSR, POR, altri settoriali
Progetti Dopo di Noi per categorie prioritarie	Obiettivo di Servizio	PNA ³	Fondo Dopo di Noi (L. 112/2016)	PNRR, altri settoriali
Progetti Dopo di Noi e Vita indipendente	Potenziamento/LEPS	PNA	PNRR ⁵ , FNA ⁴ , Fondo Dopo di Noi	PNRR, L.R. 57/2012, fondi integrativi FNA

Note/Legenda. (1) PSN Piano Sociale Nazionale; (2) P.POV Piano per la lotta alla povertà; (3) PNA Piano Non Autosufficienza (cap. 4 del PSN 2021-23 che si aggiungerà nel 2022); (4) FNA Fondo Non Autosufficienza; (5) PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; (6) REACT EU Programma Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe; (7) FEAD Fondo Europeo Aiuti agli indigenti

Si sottolinea che alcune azioni richiedono maggiore intersectorialità e interdisciplinarietà della valutazione del bisogno e dell'intervento, che necessariamente deve investire risorse e competenze integrate e complementari nel settore delle politiche attive del lavoro, dell'integrazione al reddito e delle politiche abitative e di contrasto all'emergenza abitativa dei senza fissa dimora, del sostegno alla famiglia e ai minori, dell'istruzione e della formazione.

Il PSR 2022-2024 fornisce gli indirizzi agli ADS e alla rete sociale istituzionale e del Terzo Settore che interviene stabilmente indirettamente nell'analisi dei bisogni e nella programmazione, così come nella progettazione esecutiva e realizzazione degli interventi e dei servizi, per rendere uniformi e al tempo stesso rafforzare proprio le azioni che vengono individuate prioritarie (LEPS) a livello nazionale e che devono rispondere ai bisogni rilevati ed evidenziati nel profilo sociale regionale.

L'analisi dei dati di contesto sociale ed economico-lavorativo dell'ultimo profilo sociale regionale mette proprio in evidenza come il disagio sociale ed economico-lavorativo abbia risentito in maniera significativa delle gravi ripercussioni che la pandemia da Covid-19 ha prodotto e continua a produrre nell'intero sistema produttivo, che colpiscono soprattutto le persone e i nuclei familiari con un sistema di protezione sociale e lavorativo più fragile e che già presentano criticità permanenti e sedimentate, per cui risulta più alto il rischio di esclusione ed emarginazione sociale.

È necessario rafforzare gli strumenti già posti in essere per il contrasto alla povertà, quali il **reddito di cittadinanza** (RdC), il **reddito di emergenza** (REM) e le altre misure per il sostegno a nucleo familiare con a carico minori e soggetti fragili, che devono essere meglio raccordati e integrati tra loro per essere derubricati, consolidati e potenziati in un sistema di interventi e servizi ben definito e riconosciuto, al fine di eliminare ogni rischio di frantumazione e dispersione di dati di contesto e di bisogno, di risorse finanziarie, professionali, strumentali e strutturali. In questo senso il PNRR definisce le azioni della Misura 5 in ambito sociale (M5C1-M5C2-M5C3) che intervengono nel settore delle politiche attive del lavoro (M5C1) e per l'implementazione delle infrastrutture sociali e di coesione sociale (M5C2-M5C3), con la finalità prioritaria di eliminare i fattori propri della marginalità e dell'esclusione sociale che impediscono standard adeguati di protezione e di benessere diffuso.

Il PSR 2022-2024 si pone obiettivi di sistema che sono funzionali all'efficientamento e al potenziamento delle politiche e delle azioni integrate (lavoro, formazione, istruzione, sociale, emergenza abitativa) e complementari tra loro per il contrasto alla povertà e per l'inclusione sociale, che vengono sintetizzate nelle tavole 9 e 10 che seguono.

Tavola 9 - Interventi del Piano Povertà 2021-2023 (Legge 208/2015)

Finalità

Somme destinate al finanziamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, di cui all'articolo 4, comma 13, del decreto-legge n. 4 del 2019, ivi compresi eventuali costi per l'adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni, singoli o associati, nonché gli oneri per l'attivazione dei PUC, ai sensi dell'articolo 12, comma 12

a)

Di cui destinate al Pronto intervento sociale

Somme riservate al finanziamento di interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, di cui all'articolo 7, comma 9, del decreto legislativo n. 147 del 2017

b)

Di cui destinate all'Housing first

Di cui destinate a servizi di posta e per residenza virtuale

Di cui destinate al Pronto intervento sociale

Somme riservate al finanziamento di interventi, in via sperimentale, in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivano fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, volti a prevenire condizioni di povertà e permettere di completare il percorso di crescita verso l'autonomia, di cui all'articolo 1, comma 335, della legge n. 178 del 2020

c)

Tavola 10 – Quadro sinottico degli obiettivi di sistema e delle azioni per il contrasto alla povertà e l’inclusione sociale del PSR 2022-2024

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO		OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)			
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative		2022	2023	2024	
AT 3 Contrasto alle povertà e inclusione sociale	Integrazione al reddito e sostegno sociale all'emergenza abitativa (RdC e altri interventi diretti e indiretti)	FNPS FSR Comuni/ADS	<p>Piano Povertà (L. 208/2015)</p> <p>PON-Inclusione (Avviso 3/2016; Avviso 1/2019)</p> <p>PNRR – M5C1 “Politiche per il lavoro”:</p> <p>1. Rafforzamento integrazione politiche sociali con politiche attive lavoro (ADS/CPI);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiche attive lavoro e formazione - Sistema duale - Sistema certificazione parità di genere - Servizio Civile Universale <p>PNRR – M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore”:</p> <p>1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale</p> <p>1.1. Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione anziani non autosufficienti</p> <p>1.2. Percorsi di autonomia per persone con disabilità</p> <p>1.3 Housing temporaneo e stazioni di posta</p> <p>2. Rigenerazione urbana e housing sociale</p> <p>3. Sport e inclusione sociale</p> <p>Azioni integrate ADS/ASL/Terzo Settore</p>	Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	
	Azioni regionali per il sostegno alle locazioni civili (L. 431/89)							
	Sostegno alimentare e lotta allo spreco				Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile	Aumento utenza fragile
	Sostegno all’inserimento lavorativo e percorsi integrati con i servizi di inserimento lavorativo del CPI (Patti per il lavoro e Patti di inclusione sociale per i percettori di RdC)				Incrementare percorsi integrati di inclusione sociale-lavoro e consolidamento Patti inclusive e Patti per il lavoro (ADS/CPI)	Incremento di interventi di inclusione sociale lavorativa (ADS/CPI)	Incremento di interventi di inclusione sociale lavorativa (ADS/CPI)	Incremento di interventi di inclusione sociale lavorativa (ADS/CPI)
	Tirocini inclusione sociale (TINA) e percorsi integrati con i servizi di inserimento lavorativo del CPI (“SILUS” per disabilità e soggetti con svantaggio)				Incrementare percorsi di presa in carico, orientamento e accompagnamento di soggetti fragili adulti	Incremento di interventi di inclusione sociale lavorativa (ADS/CPI)	Incremento di interventi di inclusione sociale lavorativa (ADS/CPI)	Incremento di interventi di inclusione sociale lavorativa (ADS/CPI)
	Progetti integrati di inclusione sociale disagio mentale (ASL/ADS/Comuni)				Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile adulta	Aumento utenza fragile adulta	Aumento utenza fragile adulta
	Azioni di prevenzione e contrasto alle dipendenze e new addiction				Incrementare reinserimento sociale	Aumento reinserimento adulti	Aumento reinserimento adulti	Aumento reinserimento adulti
	Progetti di Welfare di prossimità attraverso il recupero di spazi integrati volti a contrastare l'emarginazione sociale adulta (Progetti regionali AS 4 del PNRR)				Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO			OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)		
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative			2022	2023	2024
AT 3 Contrasto alle povertà e inclusione sociale	Centri servizio di Pronto intervento sociale e interventi housing first per la povertà estrema e per la residenza fittizia	FNPS FSR Comuni/ADS	<p>PNRR – M5C3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento della strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali - Valorizzazione economica dei beni confiscati alle mafie - Potenziamento degli strumenti di contrasto alla dispersione scolastica e dei servizi socioeducativi ai minori (contrasto povertà educativa e valorizzazione Terzo Settore) - Riattivazione dello sviluppo economico attraverso il miglioramento delle infrastrutture di servizio delle Aree ZES <p>Progetti di Welfare di prossimità attraverso il recupero di spazi integrati volti a contrastare l'emarginazione sociale adulta (Progetti regionali AS 4 del PNRR)</p> <p>Risorse fondi PON (risorse complementari al PNRR aggiuntive REACT EU per la politica di coesione 2014-2020 per misure entro il 2023)</p> <p>Fondo regionale per la lotta allo spreco e il sostegno alimentare (art. 23 L.R. 29/2006)</p> <p>Altre misure settoriali regionali e nazionali, PON, FAMI (Fondi Asilo, Migrazione e Integrazione), FSE 2021-27</p>		Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico
	Alloggi per accoglienza emergenza e senza fissa dimora					Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico
	Centri servizio per indigenza e strutture di accoglienza notturna per povertà estrema				Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico
	Servizi per aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti				Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico	Aumento utenza fragile in carico
	Integrazione rette/voucher residenziali				Incrementare presa in carico soggetti fragili	Aumento utenza fragile adulta	Aumento utenza fragile adulta	Aumento utenza fragile adulta

6. EMPOWERMENT FEMMINILE, CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE E PRIMA INFANZIA

6.1. Agenda 2030. Politiche UE per la parità di genere e strategia nazionale

Nell'ambito degli interventi di promozione dei diritti e delle libertà fondamentali, particolare attenzione è stata posta negli ultimi anni agli interventi a sostegno del principio della parità di genere in tutte le sue forme e attività.

Il 5 marzo 2020 è stata presentata la **strategia per la parità di genere 2020-2025 dell'UE**, recante una serie di azioni ritenute fondamentali per il raggiungimento dei tradizionali obiettivi in materia di equilibrio di genere: stop alla **violenza** e agli **stereotipi** di genere; parità di partecipazione e di opportunità nel **mercato del lavoro**; parità **retributiva**; equilibrio di genere a livello **decisionale** e **politico**. L'attuazione della strategia procederà attraverso l'adozione di misure mirate a conseguire la parità di genere, combinate a una maggiore integrazione della dimensione di genere. La strategia prevede, tra l'altro: l'ampliamento del novero dei **reati** in cui è possibile introdurre un'armonizzazione in tutta Europa, estendendola a forme specifiche di violenza contro le donne, tra cui le molestie sessuali, gli abusi a danno delle donne e le mutilazioni genitali femminili; una **legge sui servizi digitali** per chiarire quali misure si attendono dalle piattaforme per contrastare le attività illegali *on line*, compresa la violenza nei confronti delle donne; il potenziamento della presenza delle donne nei settori caratterizzati da carenze di competenze, in particolare il **settore tecnologico** e quello dell'**intelligenza artificiale**; l'avvio di una **consultazione pubblica sulla trasparenza retributiva** e la presentazione di misure vincolanti per contrastare la disparità sul piano salariale; il rafforzamento dell'impegno per l'attuazione delle norme dell'UE sull'**equilibrio tra vita professionale e vita privata**.

Il 25 novembre 2020, la Commissione Europea e l'Alto Rappresentante per la politica estera e di sicurezza comune dell'UE hanno presentato il **Piano d'azione dell'Unione Europea sulla parità di genere**, un'agenda ambiziosa per la parità di genere e l'emancipazione femminile **nell'azione esterna dell'UE (EU Gender Action Plan - GAP III)**. Il piano prevede iniziative, **per il periodo 2021-2025**, volte ad accrescere l'impegno dell'UE per la parità di genere, in quanto priorità trasversale dell'azione esterna, nonché a promuovere un impegno strategico dell'UE a livello multilaterale, regionale e nazionale. Il Piano è volto ad **accrescere il contributo dell'UE per il raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile n. 5** nell'ambito dell'Agenda 2030, relativo al raggiungimento dell'uguaglianza di genere e dell'*empowerment* di tutte le donne e le ragazze.

Come sottolineato dalla Commissione Europea nella comunicazione relativa alla strategia per la parità di genere 2020-2025, finora nessuno Stato membro ha realizzato la parità tra uomini e donne: i progressi sono lenti e i divari di genere persistono nel mondo del lavoro e a livello di retribuzioni, assistenza e pensioni, nelle posizioni dirigenziali e nella partecipazione alla vita politica e istituzionale. A livello globale, il raggiungimento dell'uguaglianza di genere e dell'emancipazione di tutte le donne e le ragazze rappresenta uno dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che gli Stati si sono impegnati a raggiungere entro il 2030.

L'**Obiettivo 5 dell'Agenda 2030** per lo Sviluppo Sostenibile, adottato all'unanimità dai 193 Paesi membri delle Nazioni Unite con la risoluzione 70/1 del 15 settembre 2015, si propone di eliminare ogni forma di discriminazione e violenza per tutte le donne, di tutte le età, così come pratiche quali i matrimoni precoci o forzati e le mutilazioni genitali. L'Obiettivo punta alla parità tra tutte le donne e le ragazze nei diritti e nell'accesso alle risorse economiche, naturali e tecnologiche, nonché alla piena ed efficace partecipazione delle donne e alla pari opportunità di *leadership* a tutti i livelli decisionali politici ed economici.

L'Obiettivo è suddiviso in **nove target**, gli ultimi tre dei quali (da 5.a a 5.c) sono riferiti agli strumenti di attuazione: 5.1 - porre fine a ogni forma di **discriminazione** nei confronti di donne e ragazze; 5.2 - eliminare ogni forma di **violenza** nei confronti di donne e bambine, sia nella sfera privata sia in quella pubblica, compreso il traffico di donne e lo sfruttamento sessuale e di ogni altro tipo; 5.3 - eliminare ogni pratica abusiva come il **matrimonio combinato**, il fenomeno delle **spose bambine** e le **mutilazioni genitali femminili**; 5.4 - riconoscere e valorizzare la cura e il **lavoro domestico non retribuito**, fornendo un servizio pubblico, infrastrutture, politiche di protezione sociale e la pro-

mozione di responsabilità condivise all'interno delle famiglie, conformemente agli standard nazionali; 5.5 - garantire piena ed effettiva **partecipazione femminile e pari opportunità** di leadership a ogni livello decisionale in ambito politico, economico e della vita pubblica; 5.6 - garantire accesso universale alla **salute sessuale e riproduttiva** e ai diritti in ambito riproduttivo (come concordato nel Programma d'Azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, nella Piattaforma d'Azione di Pechino e nei documenti prodotti nelle successive conferenze); 5.a - avviare riforme per dare alle donne uguali **diritti di accesso alle risorse economiche** così come alla titolarità e al controllo della terra e altre forme di proprietà, ai servizi finanziari, eredità e risorse naturali, in conformità con le leggi nazionali; 5.b - rafforzare l'utilizzo di tecnologie abilitanti, in particolare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, per promuovere l'**emancipazione** della donna; 5.c - adottare e intensificare una politica sana e una legislazione applicabile per la promozione della **parità di genere** e l'emancipazione di tutte le donne e bambine, a tutti i livelli.

Strategia nazionale per la parità di genere

In Italia, l'azione legislativa negli ultimi anni si è focalizzata su due filoni di interventi. Il primo riguardante il mondo del lavoro, che è stato oggetto di numerosi interventi normativi volti a riconoscere equiparazione dei diritti e maggiori tutele alle donne lavoratrici. In questa direzione vanno, in particolare, le disposizioni volte a favorire la **conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro** (anche attraverso un *bonus* per servizi di *babysitting*) e il supporto alla genitorialità, nonché le disposizioni per il contrasto delle cosiddette dimissioni in bianco. Sono stati inoltre rafforzati gli strumenti di sostegno finalizzati alla creazione e allo sviluppo di imprese a prevalente o totale partecipazione femminile. L'altro filone di interventi ha riguardato l'attuazione **dell'art. 51 della Costituzione**, sulla parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive, incidendo sui sistemi elettorali presenti nei diversi livelli (nazionale, regionale, locale e al Parlamento europeo), nonché sulla promozione della partecipazione delle donne negli organi delle società quotate.

Una crescente attenzione è stata inoltre dedicata alle misure volte a **contrastare la violenza contro le donne**, perseguendo tre obiettivi: prevenire i reati, punire i colpevoli e proteggere le vittime.

La centralità delle questioni relative al superamento delle disparità di genere, che la pandemia ha contribuito a evidenziare, viene ribadita anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**) trasmesso dal Governo al Parlamento il 25 aprile 2021 per rilanciare lo sviluppo nazionale, dove compare la **prima strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026** da applicarsi entro il primo semestre 2021. All'interno del PNRR la parità di genere rappresenta una delle prime tre priorità trasversali, in termini di inclusione sociale, perseguite in tutte le Missioni che lo compongono. L'intero Piano dovrà inoltre essere valutato in un'ottica di *gender mainstreaming*. La strategia del PNRR si propone di **raggiungere entro il 2026 l'incremento di cinque punti nella classifica dell'Indice sull'uguaglianza di genere** elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), che attualmente vede l'Italia al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE-27. Nell'indice sull'uguaglianza di genere 2020 l'Italia ha ottenuto un punteggio di 63,5 su 100. Tale punteggio è inferiore alla media dell'UE di 4,4 punti. I punteggi dell'Italia sono inferiori a quelli della media UE in tutti i settori, a eccezione di quello della salute. Le disuguaglianze di genere sono più marcate nei settori del potere (48,8 punti), del tempo (59,3 punti) e della conoscenza (61,9 punti). L'Italia ha il punteggio più basso di tutti gli Stati membri dell'UE nel settore del lavoro (63,3). Il suo punteggio più alto è invece nel settore della salute (88,4 punti).

Le **misure previste dal Piano** in favore della parità di genere sono rivolte a **promuovere una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro** attraverso **interventi diretti**, di sostegno all'occupazione e all'imprenditorialità femminile, e **indiretti o abilitanti**, rivolti in particolare al potenziamento dei servizi educativi per i bambini e di alcuni servizi sociali, che il PNRR ritiene potrebbero incoraggiare un aumento dell'occupazione femminile. Altri **interventi finanziati o programmati con il PNRR** si prefiggono l'obiettivo diretto o indiretto di **ridurre le asimmetrie** che ostacolano la parità di genere sin dall'età scolastica e di potenziare il welfare per garantire l'effettivo equilibrio tra vita professionale e vita privata.

Il Piano contiene diverse misure volte, direttamente o indirettamente, all'**incremento dell'occupazio-**

zione femminile. Una delle azioni con cui il Governo intende perseguire tale finalità è rappresentata dall'**inserimento**, nei progetti finanziati dal PNRR e dai Fondi REACT-EU e FCN, **di previsioni dirette a condizionarne l'esecuzione all'assunzione di giovani e donne**, anche per il tramite di contratti di formazione/specializzazione che possono essere attivati prima dell'avvio dei medesimi progetti. Con specifici interventi normativi sarà previsto l'inserimento nei bandi gara di specifiche clausole con cui saranno indicati, come requisiti necessari e in aggiunta premiali dell'offerta, criteri orientati verso tali obiettivi e definiti, tra l'altro, tenendo conto degli obiettivi attesi in termini di occupazione femminile al 2026 dei corrispondenti indicatori medi settoriali europei.

Tra le **altre misure presenti trasversalmente nel Piano** dirette ad agevolare, anche indirettamente, l'ingresso o la permanenza delle donne nel mondo del lavoro e a ridurre conseguentemente il divario occupazionale di genere, si segnalano: la previsione (Missione 1) di nuovi meccanismi di **reclutamento del personale nella PA**, la revisione delle opportunità di carriera verticale e di promozione alle **posizioni dirigenziali di alto livello** (che dovrebbero contribuire al riequilibrio di genere sia in ingresso sia nelle posizioni apicali della pubblica amministrazione) e, nell'ambito dei programmati investimenti nella **formazione** dei dipendenti pubblici, l'inserimento di moduli obbligatori sull'**empowerment** delle donne; il potenziamento delle **politiche attive del lavoro** che si stima possano contribuire, tra l'altro, a ridurre il numero di NEET, fra i quali si registra un significativo divario di genere; interventi a sostegno dell'**imprenditoria femminile** (Missione 5); il potenziamento dell'**offerta turistica e culturale** (Missione 1), che si ritiene possa incrementare l'occupazione delle donne in quei settori già a forte presenza femminile (come quello alberghiero, della ristorazione o delle attività culturali).

Nel settore dell'istruzione e della ricerca, sono prospettati i seguenti interventi: l'attuazione di specifiche misure nell'ambito della **ricerca di base**, come gli **investimenti** a valere sul Fondo per il PNR e i PRIN (progetti di ricerca nazionale) ovvero l'allargamento dei partenariati di ricerca (Missione 4), con azioni mirate a determinare l'**aumento delle ricercatrici**; il **potenziamento dei servizi di asili nido e per la prima infanzia**, delle scuole per l'infanzia e del **tempo pieno a scuola** (Missione 4) con investimenti mirati, che secondo il PNRR possono arrecare **benefici in termini di conciliazione vita-lavoro e aumentare il tasso di occupazione femminile**; la promozione dell'accesso da parte delle donne all'acquisizione di **competenze STEM**, linguistiche e digitali, in virtù del quale il Governo stima un possibile incremento dell'occupazione femminile in tali settori (Missione 4).

Negli ambiti dell'**assistenza sociale e sanitaria** il Piano, nella parte riguardante gli obiettivi generali, sottolinea come la valorizzazione delle infrastrutture sociali e la creazione di innovativi percorsi di autonomia per gli individui disabili, comportando l'**alleggerimento del carico di cura non retribuita** gravante sulla componente femminile della popolazione, dovrebbero determinare effetti positivi sull'incremento occupazionale della stessa. Si prevede pertanto che il rafforzamento dei **servizi di prossimità** e di supporto all'**assistenza domiciliare**, nell'ambito delle azioni di riforma delle Missioni 5 e 6, potrebbe incoraggiare un aumento dell'occupazione sia nel settore dei servizi di cura, a cui contribuiscono maggiormente le donne (politica di stimolo alla domanda di lavoro femminile), sia più in generale nell'economia, riducendo l'onere delle attività di cura fornito in famiglia dalle donne (politica di conciliazione vita-lavoro e stimolo all'offerta di lavoro femminile).

Nell'ambito della Missione 5 del Piano, l'investimento 1.2 è dedicato all'**imprenditoria femminile**, con risorse pari a **400 milioni di euro**. Scopo dell'investimento è quello di **incrementare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro attraverso la previsione di misure volte a sostenere l'avvio di attività imprenditoriali femminili** e a delineare un'offerta più aderente ai fabbisogni delle donne. Per le suddette finalità, il Piano reputa necessaria anche la sistematizzazione degli attuali strumenti di sostegno all'avvio e alla realizzazione di progetti aziendali per imprese a conduzione femminile o a prevalente partecipazione femminile. In tale contesto, s'intende creare il "**Fondo Impresa Donna**" che rafforzerà finanziariamente: misure già esistenti lanciate per supportare l'imprenditoria, come NITO (che supporta la creazione di piccole e medie imprese e auto imprenditoria) e Smart&Start (che supporta start-up e PMI innovative), i cui schemi saranno modificati e calibrati per dedicare risorse specificatamente all'imprenditoria femminile; il nuovo Fondo per l'imprenditoria femminile istituito dalla legge di bilancio 2021 con una dotazione di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022, al fine di promuovere e sostenere l'avvio e il rafforzamento dell'im-

prenditoria femminile (la medesima legge di bilancio 2021 ha istituito il Comitato Impresa Donna, con il compito di aggiornare le linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo e di formulare raccomandazioni sui temi della presenza femminile nell'impresa e nell'economia).

L'investimento 1.3, sempre nell'ambito della Missione 5 del Piano, è dedicato all'attivazione di un **Sistema nazionale di certificazione della parità di genere**, con l'obiettivo di **incentivare le imprese ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere** in tutte le aree che presentano maggiori criticità, come le opportunità di carriera, la parità salariale a parità di mansioni, le politiche di gestione delle differenze di genere e la tutela della maternità. L'intervento si articola in tre passaggi: definizione del sistema per la certificazione sulla parità di genere e del meccanismo premiante, partendo dall'istituzione di un Tavolo di lavoro sulla "Certificazione di genere delle imprese", presso il Dipartimento pari opportunità; creazione di un sistema informativo per la raccolta di dati disaggregati per genere e di informazioni sulla certificazione, nonché dell'albo degli enti accreditati; **attivazione** del sistema di certificazione sulla parità di genere a partire **dal secondo quadrimestre del 2022**. Il sistema di certificazione sarà aperto a tutte le imprese indipendentemente dal requisito dimensionale. Nella fase sperimentale, che durerà fino al secondo quadrimestre del 2026, la certificazione sarà agevolata per le imprese di medie, piccole e micro-dimensioni e associata a servizi di accompagnamento e assistenza.

Nel Piano sono infine delineate alcune **azioni settoriali che si ritengono suscettibili di rilevanza ai fini di una riduzione dei divari di genere in senso più ampio** rispetto al solo aspetto occupazionale: nell'ambito della Missione 2 assumono particolare rilievo le misure connesse all'**edilizia residenziale pubblica**, poiché la carenza abitativa si riflette diversamente su uomini e donne per via del differente ruolo familiare loro attribuito e del fatto che la maggior parte delle famiglie monoparentali sia affidata a donne; gli interventi previsti nella Missione 3, secondo il PNRR potenzieranno anche la **mobilità delle donne** che, da una parte, utilizzano più degli uomini i trasporti collettivi e meno l'auto privata e, dall'altra, hanno catene di spostamenti quotidiani più frammentate e complesse degli uomini; lo sviluppo delle **competenze STEM** all'interno dei curricula scolastici, prevista da investimenti e riforme della Missione 4, si stima potrà contribuire a mitigare le disuguaglianze di genere nei corsi di studio e di laurea in cui prevalgono le materie STEM, a forte predominanza di presenza maschile; nell'ambito degli investimenti sull'assistenza sanitaria e territoriale, di cui alla Missione 6, il Piano prevede di fornire **servizi dedicati alla tutela della salute della donna**.

In sostanza, la strategia nazionale per la parità di genere si inserisce nel solco tracciato dalla strategia dell'Unione Europea (gender Equality Strategy 2020-2025) e dai suoi obiettivi e ha 5 priorità strategiche per ciascun pilastro della Parità di Genere:

- **Lavoro:** creare un mondo del lavoro più equo in termini di opportunità di carriera, competitività e flessibilità, attraverso il supporto alla partecipazione femminile, anche a valle del drammatico impatto della pandemia, in particolare aiutando i genitori a conciliare famiglia e carriera, e stimolando l'imprenditoria femminile, soprattutto in ambito innovativo.
- **Reddito:** ridurre la differenza di genere nella retribuzione salariale, assicurando una eguale valorizzazione delle competenze e una equa remunerazione di mestieri con equivalente valore socioeconomico e promuovendo una condizione di sufficienza e indipendenza economica.
- **Competenze:** assicurare uguali opportunità nello sviluppo delle capacità e nell'applicazione dei talenti individuali in tutte le discipline del sapere, in particolare in quelle matematiche e tecnico-scientifiche, rimuovendo barriere culturali e stereotipi di genere, oltre ad assicurare una equa rappresentanza di genere nel mondo accademico.
- **Tempo:** promuovere un'equa divisione di diritti e doveri tra i generi, riequilibrando l'allocatione di tutte le attività di cura e assistenza non remunerate, dai figli ai genitori, agli anziani, e assicurare assistenza della prima infanzia di qualità, economicamente accessibile e capillare su tutto il territorio.
- **Potere:** sostenere un'equa distribuzione di genere nei ruoli apicali e di leadership economica, politica, sociale e culturale, in termini sia di rappresentanza sia di responsabilità e coltivare la formazione e lo sviluppo di un ampio bacino di talenti, con eguale rappresentazione di genere.

6.2. Politiche di conciliazione vita-lavoro e supporto alla genitorialità

Le principali misure nazionali dirette alla tutela della maternità e a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, allo scopo di **garantire adeguato sostegno alle cure parentali**, sono contenute in particolare nel **D.Lgs. 80/2015**. Le novità introdotte dal decreto: viene ampliato il congedo di maternità in caso di parto anticipato e di ricovero del neonato; il congedo di paternità viene riconosciuto anche se la madre è una lavoratrice autonoma, in caso di adozione internazionale, anche se la madre non è una lavoratrice; viene ampliato l'ambito temporale di applicazione; il congedo parentale viene esteso al dodicesimo anno di vita del bambino e la fruizione può essere anche su base oraria, l'indennizzo (nella misura del 30% per un periodo massimo complessivo di 6 mesi) viene esteso al sesto anno di vita del bambino; l'indennità di maternità viene corrisposta anche alle lavoratrici iscritte alla Gestione separata INPS, anche nel caso di mancato versamento dei contributi da parte del committente, anche in caso di adozione o affidamento (per i 5 mesi successivi all'ingresso del minore in famiglia); per le lavoratrici autonome, l'indennità di maternità viene estesa ai casi di adozione e affidamento (alle stesse condizioni previste per le altre lavoratrici); tra le lavoratrici che non possono essere obbligate a svolgere lavoro notturno viene inserita anche la lavoratrice madre adottiva o affidataria di un minore.

Il richiamato D.Lgs. 80/2015 all'articolo 25 prevede che, in via sperimentale per il triennio 2016-2018, parte delle risorse del Fondo per la contrattazione di secondo livello sia destinato alla promozione della conciliazione tra lavoro e vita privata. Al riguardo è stato adottato il Decreto 12 settembre 2017 per l'applicazione di sgravi contributivi (in via sperimentale per il 2017-2018) per aziende che adottano misure di conciliazione vita-lavoro.

In tema di **congedi**, la **legge di bilancio 2021** (art. 1, comma 363, L. 178/2020) ha **prorogato per il 2021 il congedo obbligatorio per il padre lavoratore dipendente**, elevandone la durata a dieci giorni e disponendo che anche per il 2021 il padre possa astenersi per **un ulteriore giorno** (in accordo con la madre e in sua sostituzione in relazione al periodo di astensione obbligatoria spettante a quest'ultima). E ha altresì esteso il congedo obbligatorio e facoltativo di paternità ai casi di **morte perinatale**. Per quanto concerne la **trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale** l'articolo 8, commi 5 e 7, del D.Lgs. 81/2015 (attuativo del D.Lgs. 183/2014, cd. Jobs act) riconosce la priorità nella trasformazione del contratto in caso di richiesta del lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore a tredici anni o con figlio convivente portatore di handicap, con una riduzione d'orario non superiore al 50%.

La **legge delega di Riforma della PA** (L. 124/2015) ha introdotto alcune disposizioni: in tema di passaggio di personale tra amministrazioni diverse dispone che il genitore, dipendente di amministrazioni pubbliche, con figli minori fino a tre anni di età possa chiedere di essere assegnato (a determinate condizioni) a una sede presente nella stessa provincia o regione nella quale lavora l'altro genitore. In tema di cure parentali, la legge dispone che le amministrazioni pubbliche adottino misure organizzative per l'attuazione del telelavoro, stipulino convenzioni con asili nido e scuole dell'infanzia e organizzino servizi di supporto alla genitorialità, aperti durante i periodi di chiusura scolastica. In materia di disposizioni volte a favorire il **telelavoro**, si ricorda che anche la L. 81/2017 (relativa al lavoro autonomo) contiene una disciplina dettagliata del lavoro agile e dei suoi elementi costitutivi, proprio al fine di agevolare la conciliazione vita-lavoro.

La legge di bilancio 2021 (art. 1, comma 23, L. 178/2020) ha disposto un **incremento** di 50 milioni di euro per il 2021 del **Fondo per le politiche della famiglia** da destinare al sostegno delle misure organizzative adottate dalle imprese **per favorire il rientro al lavoro delle madri lavoratrici dopo il parto**; inoltre, **ha istituito**, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, **il Fondo per il sostegno della parità salariale di genere**, con una dotazione di 2 milioni di euro annui a decorrere dal 2022, per interventi finalizzati al sostegno e al riconoscimento del valore sociale ed economico della parità salariale di genere e delle pari opportunità sui luoghi di lavoro.

Tra le altre misure nell'ambito delle politiche dirette alla **conciliazione vita-lavoro** rientra anche il **voucher babysitting**.

Infine, la **legge di bilancio 2021** (art. 1, comma 365, L. 178/2020) ha introdotto un **contributo mensile, fino a un massimo di 500 euro netti, per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, in favore delle madri disoccupate o monoreddito** che fanno parte di nuclei familiari monoparentali con figli a carico con una disabilità riconosciuta in misura non inferiore al 60%.

Per contrastare la pratica (riguardante prevalentemente le lavoratrici) delle cd. **dimissioni "in bianco"**, consistente nel far firmare le dimissioni al lavoratore al momento dell'assunzione – in bianco, appunto – e quindi nel momento in cui la sua posizione è più debole, il decreto legislativo n.151/2015 (attuativo del D.Lgs. 183/2014, cd. Jobs act) ha modificato la disciplina delle dimissioni volontarie e della risoluzione consensuale del rapporto di lavoro, prevedendo che le dimissioni siano valide solo se redatte in modalità telematica su appositi moduli, resi disponibili dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Ulteriori misure sono state poi introdotte al fine di fare fronte all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

6.3. La conciliazione tra famiglia e lavoro nel contesto italiano

La conciliazione famiglia-lavoro è una questione rilevante perché impatta su una pluralità di aspetti:

- sulla sostenibilità dei sistemi di welfare: sul PIL, sulla fecondità, sulla possibilità di cura dei bambini e di familiari anziani non autosufficienti, sul contrasto alla povertà;
- sul benessere individuale, la soddisfazione, la motivazione e sul senso di self-efficacy;
- sull'ambito aziendale: impatta positivamente sulla produttività, sul benessere aziendale, sulla riduzione dei tassi di assenteismo, ritardo e turnover, su una capacità per le aziende di trattene-re e di attrarre talenti, su una riduzione dei costi aziendali (investire nella flessibilità ha consentito a molte aziende di ridurre o azzerare le spese di affitto o acquisto di nuovi immobili), su una positiva immagine aziendale.

I principali problemi in Italia sono: asse familiare (calo della natalità, ribaltamento della piramide demografica); asse lavorativo (fuoriuscita delle donne dal mercato con la conseguente creazione di ambienti sostanzialmente maschili, aumento dell'età pensionabile vs spinta alla fuoriuscita over50).

Dalle rilevazioni Istat emerge che, al contrario di quello che succede nell'Unione Europea, per le donne avere figli corrisponde a un tasso di occupazione minore, tranne nei casi in cui le donne abbiano un titolo di studio alto, cioè laurea e oltre. Comunque, resta il fatto che l'Italia relativamente all'occupazione femminile è uno dei Paesi dell'Unione Europea con un divario di genere più alto. Tra le donne occupate con figli fino a 14 anni, più della metà affida regolarmente i figli a parenti o altre persone non pagate, solo il 36% utilizza abitualmente i servizi per la cura dei figli. Tra le madri di figli fino a 14 anni che non utilizzano i servizi, circa il 15% dichiara che ne avrebbe bisogno e non li utilizza perché sono troppo costosi oppure sono assenti o non ci sono posti disponibili. Le quote più alte per la mancanza dei servizi sono sempre tra le madri di figli in età prescolare. Nel 2017 c'è stata l'istituzione di un sistema integrato di educazione e istruzione da 0-6 anni, teso a riorganizzare tutto il sistema dei servizi socioeducativi e a favorire la conciliazione tra i tempi di lavoro dei genitori e la cura dei bambini; tuttavia, questa riforma è ancora in corso e a livello nazionale non ha ancora raggiunto il target europeo del 33% che era stato fissato già nel 2010.

Comunque, ad oggi in merito alla tutela della maternità e paternità si rilevano differenze significative tra tutele previdenziali per i genitori lavoratori in base alle diverse tipologie contrattuali. Le lavoratrici parasubordinate o le libere professioniste in generale sono meno tutelate dalla legge rispetto alle lavoratrici dipendenti (ad es. in tema di diritto ai riposi giornalieri per allattamento, estensione del congedo parentale, ecc.) e anche questo costituisce un ostacolo o può posticipare la scelta di diventare madre, insieme a ulteriori fattori quali la precarietà del lavoro, i supporti vari su cui può contare, ecc. In tema di conciliazione vita-lavoro, anche i congedi straordinari retribuiti ex L. 104/92 per assistere un genitore invalido sono riservati solo ai lavoratori dipendenti, pubblici o privati.

Nell'ambito delle misure adottate dal Governo per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, è stata emanata una serie di decreti-legge (D.L. 19 maggio 2020, n. 34, D.L. 14 agosto 2020, n. 104, ecc.), oltre il DPCM 1° marzo 2020 che interviene sulle modalità di accesso allo smart working, confermate poi dalle successive disposizioni introdotte per far fronte all'emergenza. Anche il DPCM del 2 marzo 2021 raccomanda il massimo utilizzo della modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte al proprio domicilio o in modalità a distanza.

Con la pandemia da Covid-19, le donne hanno subito conseguenze più gravi e prolungate rispetto agli uomini, perché i settori più colpiti sono stati quelli con una maggiore partecipazione femminile alla forza lavoro e, di conseguenza, il tasso di occupazione delle donne è sceso più di quello degli uomini; molti centri per ragazzi-adulti vulnerabili-anziani fragili sono stati chiusi, per cui molte donne sono state costrette ad abbandonare il lavoro per dedicarsi ai compiti di cura della casa e della famiglia.

Ciò mette in luce che, nonostante gli sforzi legislativi, il **gender gap** a livello di work-life balance è ancora sbilanciato a discapito della componente femminile, per la persistenza di stereotipi di genere per cui molte donne hanno dovuto prestare cure all'interno della famiglia, a causa di un insufficiente supporto dei servizi sociali pubblici a costi accessibili (es. asili nido per i figli, RSA per genitori anziani). I trend demografici rivelano un progressivo invecchiamento della popolazione mondiale e, di conseguenza, un aumento della domanda di assistenza, di cura a lungo termine che porterà a un incremento dei carichi di cura per le donne nonché a un aumento della spesa pubblica.

6.4. Le politiche di genere in Abruzzo

L'attenzione alle pari opportunità di genere ha sempre rappresentato, per la Regione Abruzzo, un punto di riferimento sistematico nella promozione e nella programmazione delle proprie politiche verso le cittadine e i cittadini, come emerge dalla normativa vigente in argomento:

- legge regionale n. 143 del 1995 *Interventi per la promozione di nuove imprese e di innovazione per l'imprenditoria femminile*
- legge regionale n. 26 del 2004 *Intervento della Regione Abruzzo per contrastare e prevenire il fenomeno mobbing e lo stress psico-sociale sui luoghi di lavoro*
- legge regionale n. 40 del 2005 *Politiche regionali per il coordinamento delle politiche dei tempi nelle città*
- legge regionale n. 31 del 2006 *Disposizioni per la promozione e il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate*

Gli **obiettivi generali** che finora sono stati perseguiti hanno riguardato principalmente il porre fine alla **violenza di genere** attraverso l'istituzione, la promozione e il sostegno dei centri antiviolenza e le case di accoglienza.

In un'unica occasione, nel PO 2017-2019 di cui alla DGR 526/2017, **Piani di conciliazione** costituisce l'intervento n. 26 che la Regione Abruzzo ha messo in atto in linea con la riforma del sistema di welfare regionale e con le disposizioni normative nazionali che promuovono il welfare aziendale e l'occupazione di qualità per le donne e gli uomini, offrendo strumenti per conciliare il lavoro, la famiglia e la vita privata; l'obiettivo prioritario dell'intervento è stato quello di offrire un aiuto in servizi alle donne impegnate nelle attività di cura verso minori, anziani non autosufficienti, diversamente abili e favorirne l'accesso ai servizi di assistenza alla persona.

Obiettivi e azioni del PSR 2022-2024 per la parità di genere

Alla luce della "Strategia europea per la parità di genere 2020-2025" e in linea con la **strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 presente nel PNRR**, la Regione Abruzzo dovrà introdurre una prospettiva di genere in tutte le politiche e gli interventi dei prossimi anni, anche attraverso l'adozione di un piano integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere, al fine di realizzare gli obiettivi di uguaglianza, pari opportunità e non discriminazione tra uomini e donne, da attuare attraverso il ricorso ai fondi strutturali stanziati per tali finalità.

Nel prossimo triennio Regione Abruzzo si ripropone l'obiettivo di promuovere un approccio integrato che tenga conto delle diverse peculiarità settoriali relative alle pari opportunità di genere, coerentemente con le indicazioni comunitarie, in un contesto normativo nazionale ed europeo che considera le pari opportunità come uno dei motori dello sviluppo non solo sociale, ma anche economico e produttivo.

A un anno dall'inizio della pandemia, inoltre, l'aumento del carico di lavoro e di cura, le diverse forme di lavoro e di studio da casa, uniti alla riduzione dei servizi di cura a causa dell'emergenza da

Covid-19, hanno inciso in modo significativo sulle strutturali asimmetrie di genere.

Tutti gli indicatori ci dicono che gli effetti della pandemia – che ha investito l'intero pianeta – hanno già determinato, anche in Abruzzo, ricadute che hanno accentuato le disuguaglianze di genere preesistenti, colpendo non solo le donne con occupazioni precarie e temporanee ma anche le lavoratrici autonome, in modo grave e diverso dal passato, generando nuove forme di discriminazione. Sarà richiesta una particolare attenzione alle **politiche di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro**, per ribilanciare i carichi di cura intra-familiari, e all'**occupazione femminile**, che con la pandemia e la crisi economica che ne è seguita rischia di avere un notevole peggioramento. Potenziare il **welfare** territoriale e i **servizi di cura per le persone fragili** (disabili/anziani) continua a rappresentare una priorità per la necessità di liberare il tempo delle donne, ma anche per favorire la buona occupazione in questi settori.

Le **misure** per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, in linea con la strategia nazionale, dovrebbero riguardare:

- un nuovo sistema di welfare in cui la componente di spesa pubblica per le famiglie sia considerevolmente più alta di quella oggi esistente. Questo comporterebbe un forte investimento nelle infrastrutture sociali per l'assistenza all'infanzia e ai familiari anziani o non autosufficienti. In questo obiettivo rientra la possibile integrazione di fornitura pubblica e privata dei servizi;
- incrementare il numero degli asili nido e scuole dell'infanzia e migliorarne la qualità;
- incardinare i servizi per la prima infanzia nel novero dei servizi educativi (non a domanda individuale);
- promuovere la parità di genere all'interno della famiglia e la condivisione del lavoro di cura, per esempio con l'estensione dei congedi esclusivi di paternità e il loro ampliamento;
- utilizzare la flessibilità del lavoro e le forme di smart-working (elasticità di tempo e spazio, con un numero flessibile ma non illimitato di giornate di lavoro da svolgere a distanza) in modo neutrale rispetto al genere. Questa nuova organizzazione del lavoro premia obiettivi e risultati, rispetto alla presenza fisica. In questo modo, ha conseguenze positive sulla condivisione del lavoro di cura e sul work-life balance. Va promosso senza però rischiare una nuova ghettizzazione del lavoro femminile (come già avvenuto per il part-time);
- sviluppare un percorso culturale di lotta agli stereotipi di genere radicati nel nostro Paese, a partire dalla formazione scolastica, includendo campagne di comunicazione che arrivino a tutti i cittadini e soprattutto ai giovani, per esempio utilizzando i social;
- sviluppare percorsi formativi con attenzione alla presenza delle donne nelle materie scientifiche e tecnologiche;
- rivedere i tempi della città e gli orari, tenendo conto degli impegni lavorativi e, quindi, dei vincoli di orario dei cittadini. Questa revisione riguarda le Regioni, i Comuni, gli orari di apertura al pubblico dei servizi della pubblica amministrazione tenendo conto delle esigenze dei cittadini che risiedono, lavorano e utilizzano il territorio di riferimento e il sistema dei trasporti, da organizzare in modo intermodale (treno, autobus, parcheggi), permettendo così ai lavoratori di utilizzare il servizio pubblico in maniera efficiente;
- pianificare, all'interno del settore della formazione regionale, progetti formativi a favore delle donne che hanno cessato l'attività di impresa per la crisi socioeconomica, per le lavoratrici poco specializzate e over 50 che hanno perso il lavoro, da riconvertire nei settori dell'assistenza sociale, sanità e servizi educativi per la prima infanzia, settori ad alta intensità femminile;
- ripensare i tempi della scuola in accordo con quelli della famiglia, garantendo tempo pieno e servizio mensa in tutte le scuole primarie su tutto il territorio italiano. Gli attuali provvedimenti di didattica a distanza durante la pandemia devono essere visti unicamente come emergenza;
- integrare l'offerta scolastica con l'offerta extrascolastica nei servizi socioeducativi e nei servizi culturali a fini didattici, sia in termini di conciliazione sia in termini di rafforzamento dell'offerta educativa, ricreativa e di socializzazione (biblioteche, spazi per attività culturali e sportive che rimuovano il progressivo degrado culturale e sociale, centri socioeducativi, laboratori di arti espressive e figurative).
- porre estrema attenzione al problema delle disuguaglianze, messo a dura prova dalla pandemia, partendo dalla scuola (la DAD aumenta le disuguaglianze);
- servizi di cura: tasso di copertura molto basso, costo elevato; gap tra il sistema dei congedi e il sistema dei servizi; cultura della cura prevalentemente familiare (anche se ci sono i servizi,

si opta per la cura familiare). Avere un familiare malato o dipendente ha un impatto negativo sull'occupazione femminile e porta alcune donne ad abbandonare il mercato del lavoro;

- favorire la conciliazione nelle famiglie con anziani non autosufficienti e disabili: sostenere i costi degli assistenti familiari; sviluppare l'assistenza domiciliare integrata; promuovere forme di aiuto non temporanee; riconoscere il caregiver familiare;
- sostenere maggiormente, da un punto di vista legislativo ed economico, le lavoratrici parasubordinate, le libere professioniste nella tutela della maternità;
- consentire alle donne di rimodulare l'entità della loro partecipazione al mercato in funzione di quelle che sono le loro priorità di vita e le loro condizioni anche contestuali e familiari;
- ridurre lo sbilanciamento tra i generi di carico del lavoro di cura e compiti educativi: ostacoli legislativi.

In questo scenario l'effettivo miglioramento delle condizioni di sviluppo passerà dalla capacità di promozione di **interventi rivolti ai sistemi locali** in una loro visione complessiva: processi produttivi, interventi a favore dell'occupazione, interventi rivolti al capitale sociale, interventi infrastrutturali.

6.5. La strategia integrata per le politiche per l'infanzia

Strategia Europea

I servizi per la prima infanzia rappresentano in Europa uno dei pilastri della strategia di parità di genere. Si tratta della conciliazione di vita personale e lavoro, che parte dall'esigenza di sollevare le donne dal lavoro di cura di cui si fanno carico in modo sproporzionato rispetto agli uomini.

Il diritto dei bambini e delle bambine a un'educazione fin dalla prima infanzia a costi sostenibili e di buona qualità, inoltre, costituisce uno dei 20 principi del Pilastro Europeo dei diritti sociali e nel 2019 è stato oggetto di un'ulteriore specifica raccomandazione del Consiglio Europeo. Nell'ambito del Quadro Strategico per la cooperazione europea nel settore dell'istruzione e della formazione per il 2020, la Commissione Europea riconosce alla filiera dell'istruzione un ruolo centrale nella promozione di programmi educativi per dotare i bambini, sin dai primissimi anni di vita, delle competenze necessarie per affrontare e superare gli ostacoli nel loro percorso di vita, sottolineando la necessità di fornire un maggior supporto ai bambini più vulnerabili.

Nell'UE, i sistemi di istruzione e formazione sono organizzati e attuati dagli Stati membri e il ruolo dell'UE è sostenere e integrare le loro capacità. L'UE sostiene pertanto gli Stati membri attraverso la cooperazione politica e gli strumenti di finanziamento.

Per educazione e cura nella prima infanzia (**ECEC**) s'intende qualsiasi sistema regolamentato che offre educazione e cura all'infanzia dalla nascita all'età della scuola primaria dell'obbligo. Può variare da un Paese dell'UE all'altro e comprende la custodia dei bambini presso famiglie e centri diurni, i servizi a finanziamento pubblico e privato e il servizio prescolare. L'educazione e la cura nella prima infanzia possono preparare il terreno per futuri successi in termini di istruzione, benessere, prospettive professionali e, specie per i bambini provenienti da ambienti svantaggiati, integrazione.

Nel 2019 il Consiglio ha adottato una raccomandazione sulla qualità dei sistemi di educazione e cura nella prima infanzia che comprende 5 elementi fondamentali di un sistema basato su criteri qualitativi:

- accesso all'educazione e cura nella prima infanzia;
- formazione e condizioni di lavoro del personale che opera in questo campo;
- definizione di programmi di studio adeguati;
- governance e finanziamenti;
- monitoraggio e valutazione dei sistemi.

Il quadro di qualità ha già sostenuto le riforme in diversi Paesi e ha contribuito a migliorare l'offerta di educazione e cura nella prima infanzia.

L'ingresso precoce nel percorso educativo incide in maniera significativa sul futuro rendimento

scolastico. Questo elemento è ritenuto talmente importante che l'Unione Europea lo ha inserito tra i suoi Pilastri dei diritti sociali. È nei primi anni di vita che i bambini gettano le basi dello sviluppo successivo ed è da lì che bisogna partire per non creare divari educativi, in particolare se la frequenza del nido è condizionata dal reddito dei genitori.

Negli ultimi anni, sulla scorta degli obiettivi nazionali ed europei in materia, l'offerta di asili nido e di servizi per la prima infanzia è in parte cresciuta nel nostro Paese. Nonostante questo, **l'Italia è ancora lontana dagli obiettivi UE**, a fronte di uno standard europeo stabilito in 33 posti in asilo nido ogni 100 bambini.

A marzo 2021, la Commissione ha pubblicato la nuova **strategia dell'UE sui diritti dei minori**, rafforzando l'idea che protezione e promozione dei diritti dei minori siano obiettivi fondamentali dell'attività dell'Unione Europea. La Commissione ha inoltre pubblicato lo stesso giorno anche la Proposta per l'adozione di una raccomandazione del Consiglio Europeo che istituisce **una garanzia europea per l'infanzia**, per assicurare che i minori a rischio di povertà e di esclusione sociale abbiano effettivamente accesso a servizi chiave quali l'assistenza sanitaria e l'istruzione. Gli Stati membri dovranno stanziare **risorse adeguate e fare un uso ottimale dei finanziamenti europei disponibili**. In questa direzione la Commissione nel prossimo settennio, che va dal 2021 al 2027, metterà nelle disponibilità degli Stati membri importanti fondi dedicati alla lotta alla povertà infantile. Nell'ambito del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+), gli Stati membri con un livello di povertà minorile superiore alla media UE (nel 2017-2019), tra cui l'Italia, dovranno utilizzare almeno il 5% delle loro risorse FSE+ per affrontare questo fenomeno. Ma anche le risorse del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), REACT-EU, Invest-EU dovrebbero essere utilizzate a tal fine, così come, naturalmente, le ingenti risorse messe in campo per Next Generation EU dal Recovery and Resilience Facility (191,5 miliardi in 6 anni), che offrirà l'opportunità di superare l'impatto economico e sociale della pandemia da Covid-19, ma soprattutto di "conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale" e "intensificare gli sforzi nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze".

I Fondi Strutturali e di Investimento Europei, cosiddetti Fondi SIE, sono i principali strumenti finanziari attraverso i quali la Commissione Europea sostiene gli Stati membri nel raggiungimento delle azioni prioritarie individuate in relazione ai principali obiettivi strategici dell'Unione.

In particolare, gli strumenti che finanziano le politiche e gli interventi su infanzia e adolescenza sono:

- il **Fondo Sociale Europeo (FSE)**, dedicato al sostegno al capitale umano e, in particolare, per quanto riguarda il tema dell'infanzia e dell'adolescenza, all'accrescimento della qualità dell'istruzione e dell'apprendimento sin dalla scuola dell'infanzia;
- il **Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR)**, il cui obiettivo è quello di agevolare la riduzione delle disuguaglianze tra le regioni europee e ridurre il ritardo delle regioni meno favorite sostenendo le infrastrutture, compresi gli investimenti in quelle infrastrutture per l'istruzione e nella dotazione strumentale.

Si tratta di fondi gestiti direttamente dagli Stati membri, sulla base di accordi di partenariato con la Commissione, e che servono agli Stati per finanziare programmi tematici "complementari" che riguardano l'intero Paese, attraverso Programmi Operativi Nazionali (PON), come il PON per la Scuola, oppure attraverso i Programmi Operativi Regionali (POR), il principale strumento finanziario di cui dispongono le Regioni. Attraverso di essi, nel settennio in via di conclusione, le Autorità di gestione e le Regioni hanno potuto realizzare interventi e azioni coerenti con le priorità individuate dalla Commissione Europea e condivise all'interno dell'Accordo di Partenariato. Per il periodo 2014-2020 i regolamenti e la normativa comunitaria per raggiungere gli obiettivi della Politica di Coesione e orientare gli Stati membri e le Regioni nella programmazione e gestione dei fondi, avevano stabilito 11 obiettivi tematici a sostegno della crescita, di cui due particolarmente rilevanti per l'area Minori e Famiglia: il 9° - Promuovere l'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione e il 10° - Investire nell'istruzione, formazione e formazione professionale, per le competenze e l'apprendimento permanente.

Alle risorse dei fondi SIE si aggiungono anche ingenti risorse del **Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC)**. Le risorse del FSC sono orientate al raggiungimento degli obiettivi strategici relativi alle aree tematiche nazionali individuate in linea con la programmazione dei Fondi SIE e dall'Autorità

politica per la coesione, incardinata presso la Presidenza del Consiglio.

All'area tematica 5 "Occupazione, inclusione sociale e lotta alla povertà, istruzione e formazione" in cui rientrano interventi a tutela dell'infanzia e l'adolescenza e per l'istruzione, è stato dedicato **l'1,1% del Fondo**, pari a 727,36 milioni di euro, mentre la maggior parte del fondo, oltre 30 miliardi di euro, è stata dedicata all'area tematica 1, relativa alle infrastrutture.

Nel monitoraggio dei progetti relativi ai servizi educativi 0-6 anni presente nei Focus di policy sui progetti in attuazione di OpenCoesione, aggiornato al 31 dicembre 2020, compaiono 23 progetti finanziati dal FSC 2014-2020 per un totale di 26,39 milioni di euro.

Anche se il bilancio per il settennio 2021-2027 è ancora in fase di programmazione, le risorse per la coesione economica, sociale e territoriale rese disponibili ammontano a 330,6 miliardi di euro per tutti gli Stati membri, con una riduzione di circa il 7% rispetto a quanto stanziato nel periodo 2014-2020 (351,8 miliardi).

6.6. La spesa sociale per l'infanzia

La quantità e la qualità della spesa sociale sono state sempre molto variabili da una Regione all'altra ed anche da un Comune all'altro nella stessa Regione. La principale fonte di finanziamento degli interventi sociali è rappresentata dalle risorse proprie dei Comuni.

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (**FNPS**), essendo legato al Piano Sociale Nazionale e avendo una quota vincolata all'infanzia e all'adolescenza (a partire dal 2018), è l'unica fonte soggetta a un indirizzo di livello nazionale.

Con il Piano Sociale Nazionale, viene anche introdotto il vincolo del 40% delle risorse del FNPS da destinare al rafforzamento degli interventi e dei servizi nell'area infanzia e adolescenza.

Tale vincolo rappresenta una fonte di finanziamento certa per gli interventi e i servizi sociali destinati a infanzia e adolescenza, sebbene la sua dotazione complessiva (resa strutturale con 300 milioni annui nel 2015) non sia adeguata a garantire ancora i livelli essenziali nel Paese: nel 2018 il Fondo ha potuto disporre di 276 milioni di euro, poi aumentati nel 2019 a 400, e di 383 milioni per il 2020. Nel 2021 nel FNPS sono allocati 391 milioni. Dal 2020, la quota minima da destinare al rafforzamento degli interventi e dei servizi nell'area infanzia e adolescenza è stata aumentata al 50%, in seguito alla crisi pandemica.

6.7. Educazione e cura nella prima infanzia. La strategia nazionale

L'Italia è ancora lontana dagli obiettivi europei in tema di offerta educativa per la prima infanzia. Attualmente il servizio è erogato quasi a metà da strutture pubbliche e da strutture private, con profonde differenze sul territorio nazionale

Nel nostro Paese l'estensione e la qualificazione dell'offerta educativa per i bambini sotto i sei anni hanno ricevuto negli ultimi anni nuova attenzione con la legge **107/2015**, art. 181, comma e); il conseguente **Decreto legislativo 65/2017** ha riconosciuto il carattere unitario del percorso educativo fino ai sei anni, evidenziando la natura educativa anche dei servizi per i più piccoli, e ha sancito l'impegno dello Stato a garantire pari opportunità di educazione e di istruzione, cura, relazione e gioco contro ogni discriminazione istituendo il sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni.

L'istituzione del sistema integrato si confronta con un'offerta educativa composta da due segmenti distinti secondo l'età dei bambini, sotto o sopra i tre anni, che presentano importanti differenze per estensione, accessibilità, governance e qualificazione del personale.

I servizi educativi per l'infanzia che accolgono i bambini sotto i 3 anni comprendono nidi, micro-nidi e sezioni primavera, che accolgono i bambini per un tempo quotidiano prolungato, e servizi integrativi per la prima infanzia (spazio gioco, centri per bambini e famiglie e servizi in contesto domiciliare), modulati per rispondere a diverse esigenze delle famiglie.

Complessivamente **nell'anno educativo 2018/2019 questi servizi hanno offerto 355.837 posti a copertura del 25,5% dei bambini, percentuale che è ben inferiore al target europeo del 33%.**

La **legge 1044/1971** istituendo l'asilo nido pubblico ne aveva assegnato alle Regioni la regolamentazio-

ne e la programmazione territoriale e ai Comuni la gestione. La diversa dinamicità delle amministrazioni regionali e comunali, unitamente ai diversi livelli di richiesta delle famiglie nei territori in cui era minore l'occupazione delle madri, nel trentennio successivo ha causato un'espansione dei servizi a macchia di leopardo, con grandi disparità tra le aree centro-settentrionali e meridionali tutt'ora ancora esistenti.

Purtroppo, la scarsità e il costo dei servizi educativi per l'infanzia alimentano due fenomeni, entrambi preoccupanti perché non garantiscono la qualità dell'offerta educativa. Il primo è l'ingresso anticipato di bambini di due anni nella scuola dell'infanzia, dove non trovano condizioni adeguate né ad accompagnare il loro sviluppo né a rispondere ai loro specifici bisogni di cura. Inoltre, l'ineadeguata offerta di servizi, unitamente alla scarsa attenzione da parte di alcune amministrazioni comunali, cui spetta la vigilanza, incrementa anche la presenza di servizi non regolamentati, che di fatto corrispondono per caratteristiche funzionali e strutturali alle tipologie di servizio previste dal D.lgs. 65/2017, ma che vengono denominati variamente (baby-parking, ludoteche per piccoli, tate) per aggirare la normativa.

La spesa di gestione per i servizi educativi per l'infanzia è prevalentemente a carico dei Comuni

I servizi educativi per la prima infanzia vengono ancora considerati servizi a domanda individuale e prevedono **la compartecipazione delle famiglie ai costi totali di gestione** con modalità molto diversificate da comune a comune. Nei servizi privati, le famiglie sostengono tutti i costi con le loro rette. Per i servizi a titolarità pubblica, le famiglie si fanno carico in media di 1/5 del costo.

La criticità nella distribuzione dei servizi educativi per l'infanzia è stata sottolineata anche dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, che ha ribadito la propria preoccupazione per la scarsa offerta di servizi di cura ed educazione della prima infanzia nelle zone meridionali del Paese. Nelle Raccomandazioni all'Italia del maggio 2020, anche la Commissione Europea ha sottolineato che "l'offerta a costi accessibili di servizi di educazione e cura della prima infanzia e servizi di assistenza a lungo termine, rimangono modeste e scarsamente integrate".

La scuola dell'infanzia che accoglie i bambini dai 3 ai 6 anni ha un'ampia diffusione in tutto il Paese, sfiorando l'obiettivo fissato dal quadro strategico europeo (ET2020), con **il 94,4% di bambini di 4 anni accolti**. La maggior parte delle scuole per l'infanzia è incardinata nell'amministrazione scolastica nazionale e gestita direttamente da parte dello Stato che, come rileva l'Istat, nel 2018-2019 ha accolto il 61,9% degli alunni. All'offerta statale si affiancano le scuole gestite dai Comuni e altre amministrazioni pubbliche (10,2%) e le scuole paritarie private (27,8%). I rapporti dell'amministrazione statale con le scuole gestite dai Comuni o dai privati sono regolati dalla **legge 62/2000** che definisce i requisiti di qualità ed efficacia per il riconoscimento della condizione di parità e il conseguente diritto a un contributo finanziario annuo.

Per quanto riguarda le scuole dell'infanzia statali, l'amministrazione centrale provvede alle spese del personale insegnante, mentre le spese relative alla predisposizione dei locali, alla loro manutenzione e alle spese di mensa e trasporti sono sostenute dai Comuni. In base ai dati forniti dal Ministero dell'Istruzione **nell'anno 2018-2019, il 75,4% degli alunni frequentava la scuola dell'infanzia a tempo pieno** (40 ore) e l'83,2% mangiava a mensa (alunni a tempo pieno e alunni a tempo prolungato). La frequenza alla scuola dell'infanzia statale e comunale **non prevede contributi da parte delle famiglie**, se non quelli relativi alla fruizione dei pasti e ai trasporti, secondo tariffe stabilite dall'ente locale che variano da comune a comune con agevolazioni più o meno inclusive.

Con l'istituzione del sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni, il D.lgs. 65/2017 stabilisce un sistema articolato di governance; ha individuato nel **Ministero dell'Istruzione** l'organismo che deve indirizzare, coordinare e promuovere il sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni, ricongiungendo nella stessa amministrazione la governance nazionale dei servizi educativi con quella delle scuole dell'infanzia, per una più coerente e complessiva programmazione. Le competenze attribuite allo Stato devono essere esercitate in stretta collaborazione con le **amministrazioni regionali** che, oltre a mantenere specifiche competenze in merito alla regolazione e al monitoraggio dei servizi educativi per i bambini sotto i tre anni, sono tenute a programmare e sviluppare tutto il sistema integrato di educazione e di istruzione sul loro territorio secondo le specifiche esigenze, a sostenere la professionalità del personale e a promuove-

re i coordinamenti pedagogici territoriali, d'intesa con gli Uffici scolastici regionali e le rappresentanze degli enti locali.

A loro volta, i Comuni hanno precise competenze nella progettazione dell'offerta di servizi educativi per l'infanzia sul loro territorio, nella loro gestione (in modalità diretta e indiretta), vigilanza e monitoraggio, nella gestione diretta di scuole dell'infanzia in contatto con l'amministrazione scolastica nazionale e nella promozione della qualità di tutto il sistema integrato. È specifico importante compito dei Comuni attivare il coordinamento pedagogico territoriale, che comprende tutti i servizi educativi e le scuole dell'infanzia presenti sul suo territorio.

Il D.Lgs. 65/2017 prevede che venga adottato periodicamente un **Piano di azione nazionale pluriennale** che, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, definisca la destinazione delle risorse finanziarie disponibili per il consolidamento, l'ampliamento e la qualificazione del sistema integrato. Il Piano di azione è finanziato da un apposito Fondo nazionale per il Sistema integrato di educazione e di istruzione (**Fondo nazionale 0-6**) e da eventuali ulteriori risorse messe a disposizione dagli altri enti interessati. In particolare, le risorse del Fondo sono intese come cofinanziamento della programmazione regionale dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia (le Regioni devono aggiungere alle risorse assegnate nel riparto una quota stabilita al 30%) e sono erogate dal Ministero dell'Istruzione direttamente ai Comuni previa programmazione regionale.

Nel 2020, il riparto del Fondo ha ripetuto quello dell'anno precedente, **264 milioni di euro**, e la quota di cofinanziamento a carico delle Regioni è stata ridotta al 25%.

Nel 2021 il Fondo è stato aumentato a **309 milioni, di cui 1,5 destinato alla realizzazione di un nuovo sistema informativo nazionale sui servizi educativi per l'infanzia**, riconosciuto come strumento indispensabile per programmare e monitorare tutti i fondi destinati alla prima infanzia e conoscere in tempo reale l'offerta di servizi educativi su tutto il territorio, come avviene ad esempio con la scuola dell'infanzia.

Altri fondi: detrazioni fiscali del 19% e "Bonus Asilo Nido"; ristori per i gestori a seguito della pandemia; risorse per la costruzione e ristrutturazione di edifici destinati a nidi e scuole dell'infanzia (ex legge di bilancio 2020).

Nel **PNRR** la Missione M4C1 (Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle università) prevede un primo intervento finalizzato alla costruzione, riqualificazione e messa in sicurezza dei nidi e delle scuole dell'infanzia, per migliorare l'offerta educativa sin dalla prima infanzia e offrire un concreto aiuto alle famiglie, incoraggiando la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e la conciliazione tra vita familiare e professionale.

La Misura si propone la creazione di circa 228.000 posti e a questo fine stanziata 4,6 miliardi di euro, di cui 3 miliardi di nuovi fondi del PNRR e 1,6 miliardi di fondi già stanziati.

È importante sottolineare che le risorse sono destinate a un investimento strutturale che, per evitare di andare perso, andrebbe necessariamente inserito in una programmazione articolata a livello regionale e comunale che veda l'integrazione dei fondi europei con adeguate risorse per la gestione dei nuovi posti creati.

Ci si attende, inoltre, che vengano definiti adeguati requisiti di qualità omogenei sul territorio nazionale per accedere all'erogazione delle risorse strutturali, quali la metratura dello spazio disponibile per bambino, facilmente riconducibile alla media interregionale di 7mq.

Si rileva, inoltre, che nel dettaglio dell'attuazione dell'intervento sui servizi educativi per l'infanzia viene precisato che l'intervento verrà gestito dal Ministero dell'Istruzione, in collaborazione con il Dipartimento delle Politiche per la Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Ministero dell'Interno, e verrà realizzato "mediante il coinvolgimento diretto dei Comuni", senza prevedere l'altrettanto necessario coinvolgimento delle Regioni nella programmazione territoriale dell'estensione dei servizi.

Un'ulteriore opportunità per sanare le carenze dell'attuale sistema integrato zero-sei dovrebbe venire dal secondo intervento previsto nella Missione M4C1, mirato all'estensione del tempo pieno scolastico e mense, che dovrebbe riguardare anche le scuole dell'infanzia.

Il **quinto Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva** appena pubblicato è un altro strumento fondamentale a cui far riferimento.

I contenuti del Piano si integrano con i diritti e le strategie internazionali ed europee per i minori di età, in particolare: la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 1989, gli Obiettivi Onu di sviluppo sostenibile – Agenda 2030, la strategia dell'Unione Europea

sui diritti dei minori 2021-2024 e il Sistema europeo di garanzia per i bambini vulnerabili (European Child Guarantee).

Il Piano è strutturato in 3 aree d'intervento: Educazione, Equità, Empowerment, composte ciascuna da 4 obiettivi generali e azioni specifiche, per un totale di 12 obiettivi generali e 31 azioni. Tramite la sezione "Quadro di realtà", il Piano offre inoltre una sintesi della condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, analizzando gli interventi esistenti e le azioni che necessitano di nuovi interventi migliorativi, anche tramite l'analisi di dati statistici.

Si tratta quindi di un piano contestualizzato, in cui decisori pubblici e società civile possono individuare gli elementi che necessitano di nuove soluzioni, innovative e più efficaci. Il Piano promuove azioni innovative e di rafforzamento a favore dei minori di età ed è coerente con i contenuti delle altre azioni a favore dei nuclei familiari e dei bambini e adolescenti, tramite gli organismi di coordinamento nazionale, quali l'Osservatorio nazionale sulla famiglia e l'Osservatorio per il contrasto alla pedofilia e pornografia minorile.

6.8. Strumenti normativi e amministrativi sui servizi per la prima infanzia nella Regione Abruzzo

- DGR 13 ottobre 2015, n. 833 Prosecuzione della sperimentazione di cui alla Disciplina sperimentale del sistema di accreditamento dei servizi educativi per la prima infanzia
- DGR 9 settembre 2015, n. 728/C Approvazione proposta Regolamento di attuazione della L.R. n. 48 del 18.12.2013 recante Disciplina delle fattorie didattiche, agrinido, agriasilo e agritata
- L.R. 18 dicembre 2013, n. 48 Disciplina delle fattorie didattiche, agrinido, agriasilo e agritata
- DGR 25 giugno 2012 n. 393 "DGR n. 935 del 23.12.2011 Disciplina per la sperimentazione di un sistema di accreditamento dei servizi educativi per la prima infanzia - Modifiche e integrazioni" (così come modificata e integrata dalla DGR n. 855 del 10.12.2012)
- L.R. 4 gennaio 2005, n. 2 Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona
- DGR 26 giugno 2001, n. 565 L.R. 28 aprile 2000, n. 76 Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia – Approvazione direttive generali di attuazione
- L.R. 28 aprile 2000, n. 76 Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia (testo coordinato con le modifiche di cui alle ll.rr. 11/2001, 32/2002, 7/2003, 15/2004, 2/2005)

Tipologie di servizi e normativa di riferimento:

- Nido: L.R. 76/2000, Tit. II, art. 3
- Micro-nido: L.R. 76/2000, Tit. II, art. 3
- Fattorie Agrinido: L.R. 48/2013, Capo III, art. 15; DGR n. 728/C/2015, Capo II, Art. 11

Servizi integrativi e normativa di riferimento:

- Spazio gioco: L.R. 76/2000, Tit. II, art. 4
- Centro bambini e famiglie: L.R. 76/2000, Tit. II, art. 4
- Servizio educativo in contesto domiciliare: servizio domiciliare - L.R. 76/2000, Tit. II, art. 4; Agritata: L.R. 48/2013, Capo V, art. 18

Coordinamento del servizio:

- L.R. 76/2000, Tit. IV, art. 13, comma 3; DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo I, art. 47

Operatori dei servizi e requisiti:

- Gruppo di lavoro: L.R. 76/2000, Tit. IV, art. 13; DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo II, art. 49
- Coordinatore: DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo II, art. 53
- Educatore: DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo II, art. 50
- Personale ausiliario: DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo II, art. 52

Requisiti strutturali e organizzativi:

- Nido: DGR 565/2001, All. Tit. II, capo I, art. 3, art. 6, art. 4, art. 6, comma 5, capo II, art. 5, capo

- III, art. 9, comma 1 e comma 3, art. 11, comma 1
- Fattorie agrinido: DGR 565/2001, All. Tit. II, capo I, art. 3, art. 6, art. 4, art. 6, comma 5, capo II, art. 5, capo III, art. 9, comma 1 e comma 3, art. 11, comma 1
- Micronido: DGR 565/2001, All. Tit. II, capo II, art. 7 comma 2 e 1
- Spazio gioco/centro gioco: DGR 565/2001, All. Tit. IV, capo I, art. 27, capo II, art. 30, art. 29, capo III, art. 32, art. 35, comma 1
- Centro bambini e famiglie: DGR 565/2001, All. Tit. III, capo I, art. 15, art. 18, art. 16, art. 17, capo III, art. 20, art. 23, comma 1
- Servizio educativo nel contesto domiciliare: DGR 565/2001, All. Tit. V, capo I, art. 39, capo II, art. 41, art. 40

Strumenti di monitoraggio, regolazione e controllo dei servizi:

- Sistema informativo: L.R. 76/2000, Tit. IV, art. 14
- Autorizzazione al funzionamento: L.R. 2/2005, Tit. II, capo I, art. 5, art. 6, DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo IV, art. 57, art. 58, art. 59, art. 60, art. 61
- Accreditamento: L.R. 2/2005, Tit. II, capo II, art. 7, art. 8, DGR 393/2012, All. 1, DGR 855/2012
- Vigilanza: L.R. 2/2005, Tit. III, capo I art. 12, art. 13, art. 14, DGR 565/2001, All. Tit. VI, capo V, art. 62

Obiettivi e tipologie di interventi del PSR 2022-2024 per rafforzare i servizi per l'infanzia

- Rafforzamento della rete per lo sviluppo dei servizi della prima infanzia, attraverso un raccordo fra scuole dell'infanzia pubbliche e private, anche in attuazione del D.Lgs. 65/2017 e della L. 107/2015 sulla "Buona scuola" e ss.mm.ii. che prevede un ciclo unico 0-6 anni
- Previsione di forme più adeguate ai fabbisogni di accoglienza dei bambini nelle piccole realtà, tenendo conto del ridotto numero di bambini che ne fanno accesso, e sviluppo di servizi innovativi e multifunzionali per la prima infanzia
- Promozione e incentivazione di forme di auto-organizzazione di servizi fra famiglie, flessibili e di prossimità, per la cura dei bambini, dei disabili e degli anziani, secondo il modello del welfare generativo
- Potenziamento della rete territoriale e progetto di rafforzamento dei servizi educativi 0-3 anni sul bene comune dell'educazione e cura della prima infanzia – Progetti regionali del PNRR
- Implementazione di nuovi servizi e interventi comunitari diurni, semiresidenziali, residenziali innovativi per i minori

6.9. Il Sistema di contrasto alla violenza di genere

6.9.1 Il contesto internazionale

La violenza basata sul genere, inclusa la violenza domestica, è una grave violazione dei diritti umani, in particolare nei confronti delle donne (**Convenzione di Istanbul**). A livello normativo, il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante è la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, aperta alla firma degli Stati membri a Istanbul l'11 maggio 2011. La Convenzione di Istanbul interviene specificamente nell'ambito della violenza domestica, che non colpisce solo le donne ma anche altri soggetti, ad esempio bambini e anziani ai quali si applicano le medesime norme di tutela, ed è basata su prevenzione, protezione e sostegno delle vittime, perseguimento dei colpevoli e politiche integrate. Il tema dei diritti delle donne e l'importanza dell'eliminazione di ogni forma di discriminazione hanno precedentemente avuto un importante impulso dalla **Dichiarazione di Pechino** e dalla relativa **Piattaforma d'Azione** nel 1995, in linea con la **Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (CEDAW, 1979)** e successivamente con il suo **Protocollo opzionale (1999)** e la **Raccomandazione generale n. 19 del CEDAW sulla violenza contro le donne**, aggiornata poi dalla **Raccomandazione generale n. 35 del 26 luglio 2017**. Quest'ultima amplia la definizione di

violenza di genere, includendovi le forme che riguardano il diritto alla salute riproduttiva e quelle che si verificano online e negli altri ambienti digitali creati dalle nuove tecnologie. La risoluzione ONU del 25 settembre 2015 per l'adozione dell'**Agenda 2030** per lo Sviluppo Sostenibile, stabilisce traguardi internazionali nella cornice dell'Obiettivo 5 "Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze".

Nel 2019 è stata approvata dall'**OIL, Organizzazione Internazionale del lavoro**, la Convenzione 190 sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro che ritiene essenziale, a tal fine, l'adozione di un "approccio inclusivo, integrato e in una prospettiva di genere, che intervenga sulle cause all'origine e sui fattori di rischio, ivi compresi stereotipi di genere, forme di discriminazione multiple e interconnesse e squilibri nei rapporti di potere dovuti al genere".

La violenza contro le donne rappresenta anche un importante problema di sanità pubblica, in quanto ha effetti negativi a breve e a lungo termine, sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva della vittima. Le conseguenze possono determinare isolamento, incapacità di lavorare, limitata capacità di prendersi cura di sé stesse e dei propri figli. I bambini che assistono alla violenza all'interno dei nuclei familiari possono soffrire di disturbi emotivi e del comportamento. Secondo il **rapporto dell'OMS Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne: diffusione e conseguenze sulla salute degli abusi sessuali da parte di un partner intimo o da sconosciuti**, la violenza contro le donne rappresenta "un problema di salute di proporzioni globali enormi" e gli effetti della violenza di genere si ripercuotono sul benessere dell'intera comunità. La violenza sulle donne ha anche un elevato costo sociale legato alla perdita di produzione economica, dell'utilizzo dei servizi e dei costi personali. Secondo l'Eige – Istituto europeo per l'Uguaglianza di Genere (Report 2017) il costo sociale della violenza di genere in Italia è pari a 26 miliardi di euro l'anno, mentre il costo complessivo europeo supera i 225 miliardi di euro l'anno.

6.9.2. Il contesto nazionale

Il 27 giugno 2013 il Parlamento italiano ha adottato il disegno di legge recante l'autorizzazione alla "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica", sottoscritta dal nostro Paese il 27 settembre 2012. Con lo scopo di realizzare tempestivamente alcune misure previste dalla suddetta Convenzione, è stato approvato il **decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93** recante "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province" contenente, tra le altre, misure volte a rafforzare sia la tutela penale delle donne vittime di violenza sia a prevenirne il fenomeno. Il provvedimento è stato **convertito** con modifiche dalla **legge 15 ottobre 2013, n. 119** che ha aggiornato e rimodulato gli strumenti di prevenzione e di repressione della violenza di genere, esercitata anche in ambito domestico. Al fine di definire una strategia complessiva di intervento, la medesima normativa ha previsto, all'art. 5, l'adozione di un **Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere** e ha introdotto l'art. 5 bis per potenziare le strutture di soccorso e assistenza alle vittime.

Ad oggi, i **Piani** adottati sono stati due:

- **il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere 2015-2017**, che ha rappresentato il primo strumento per la creazione di un sistema integrato di politiche pubbliche orientate alla salvaguardia e alla promozione dei diritti umani delle donne e dei loro figli, al rispetto della loro dignità nonché al contrasto di questo fenomeno;
- **il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017 – 2020**, che definisce una strategia d'intervento caratterizzata da una logica di partenariato e di politiche integrate prevedendo la responsabilizzazione di tutti coloro che sono chiamati a darvi attuazione. Il piano ripropone i tre assi strategici (prevenire; proteggere e sostenere; perseguire e punire) della Convenzione di Istanbul, oltre a un asse trasversale di supporto all'attuazione relativo alle politiche integrate.

L'**articolo 5-bis della legge 15 ottobre 2013, n. 119**, sul cosiddetto femminicidio, prevede il riparto annuale alle Regioni delle risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità. Le risorse del Fondo sono destinate a potenziare le forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli, attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi

territoriali, dei Centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza, come previsto dall'art. 5 comma 2 lettera d) della legge n. 119/2013.

L'Intesa in Conferenza Unificata Stato-Regioni del 27 novembre 2014, in attuazione dell'**art. 5 del decreto-legge 93/2013**, individua i requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio e definisce modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali, dei Centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza. L'Intesa stabilisce che le due forme di servizi territoriali (CAV e CR) possano entrambe essere promosse dagli enti locali, da associazioni di settore o da consorzi e associazioni tra enti pubblici e strutture private; gli operatori devono essere esclusivamente di sesso femminile e specializzati sulla violenza di genere.

Le Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza (DPCM 24 novembre 2017) individuano percorsi specifici per fornire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna, attraverso una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati presenti sul territorio di riferimento, al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dall'esperienza di violenza subita.

Con l'approvazione della legge 19 luglio 2019, n. 69, cosiddetta "Codice rosso", sono stati potenziati gli strumenti normativi per il contrasto alla violenza di genere, mediante l'introduzione di nuove fattispecie di reati e un'accelerazione per l'avvio del procedimento penale per alcuni reati tra cui: maltrattamenti in famiglia, stalking, violenza sessuale.

Strategia nazionale sulla parità di genere 2021-2026

Il Ministero per le Pari opportunità e la Famiglia sta attualmente lavorando alla finalizzazione della **strategia nazionale sulla parità di genere 2021-2026**. Il documento preliminare è stato messo a punto anche sulla base della consultazione con associazioni e parti sociali avviata nei mesi scorsi dal Dipartimento per le Pari opportunità.

La strategia è strettamente correlata alle misure previste dal **PNRR**, in quanto attraverso tutte le Missioni del Piano si intende favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro e correggere quelle asimmetrie che fin dall'età scolastica ostacolano le pari opportunità.

Nello specifico il PNRR nella Missione M5C1 Politiche per il lavoro prevede di favorire la creazione di imprese femminili e introdurre la certificazione della parità di genere, al fine di realizzare la piena emancipazione economica e sociale della donna nel mercato del lavoro e affiancare le imprese nella riduzione dei divari nella crescita professionale delle donne e nella trasparenza salariale. Inoltre, il tema della parità di genere si impone con forza tanto sul piano nazionale quanto nel contesto europeo ed internazionale e l'Italia ha assegnato un ruolo centrale al tema nel quadro della Presidenza del G20.

6.9.3. Il contesto regionale

Il quadro normativo e le azioni regionali

La Regione Abruzzo è impegnata attivamente nel contrasto della violenza contro le donne e con la **L.R. 20.10.2006, n.31** "Disposizioni per la promozione e il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate" promuove e coordina iniziative per contrastare la violenza di genere e favorisce interventi di rete, sia con l'insieme delle istituzioni, associazioni, organizzazioni, enti pubblici e privati, sia con l'insieme delle competenze e figure professionali in un'ottica multidimensionale e multidisciplinare.

La legge finanzia annualmente il sostegno, l'attivazione e la gestione, nel territorio regionale dei "Centri antiviolenza" e delle "Case di accoglienza" (Case rifugio). In ambito sanitario, la Regione ha adottato la **L.R. 23 giugno 2016, n. 17** per l'istituzione e regolamentazione del "Codice Rosa" all'interno dei pronto soccorso abruzzesi.

La nostra regione può attualmente contare su una consistente rete di servizi antiviolenza che serve tutto il territorio regionale e comprende n. 13 Centri antiviolenza (CAV) e n. 6 Case rifugio (CR), ol-

tre a 4 alloggi di transizione organizzati in relazione all'emergenza sanitaria per consentire l'accoglienza in isolamento precauzionale delle donne che devono lasciare il proprio domicilio, sole o con figli, prima del loro accesso alle CR. La rete dei servizi è stata realizzata con il sostegno finanziario della **L.R. 31/2006 e del Fondo Pari Opportunità**.

Al fine di potenziare la Rete regionale antiviolenza, dal mese di febbraio 2021, la Regione ha avviato, in modo sperimentale in collaborazione con il Comune di Pescara, un *Centro di ascolto per uomini autori di violenza* con l'obiettivo di prevenire la recidiva e favorire l'adozione di comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, così come previsto nell'art. 16 della Convenzione di Istanbul e nel Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020.

Le azioni promosse con i Centri antiviolenza, le Case rifugio e i Centri per uomini maltrattanti si inseriscono nel più ampio sistema regionale di prevenzione e contrasto della violenza di genere, che comprende la *Rete regionale antiviolenza* composta da numerosi soggetti istituzionali che a vario titolo operano nel contesto regionale contro la violenza di genere, per garantire adeguata accoglienza, protezione e sostegno alle vittime di maltrattamenti mediante protocolli operativi e strategie condivise, finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne.

Con **DGR n. 272 del 13.03.2021** è stata disposta l'istituzione del Tavolo tecnico di Rete regionale e l'approvazione dell'atto di indirizzo del Protocollo di Rete regionale che sarà definito in seno allo stesso Tavolo tecnico.

Obiettivi e azioni di sistema del PSR 2022-2024

- Potenziare il sistema regionale di prevenzione e contrasto della violenza di genere attraverso l'ampliamento della *Rete regionale antiviolenza* e l'efficacia dell'operatività del Tavolo tecnico.
- Consolidare le reti territoriali antiviolenza esistenti a livello provinciale e locale, anche attraverso il coinvolgimento di nuovi soggetti. La finalità è quella di prevedere che ogni ADS nella presente programmazione sociale si convenzioni con un Centro antiviolenza per garantire il funzionamento di sportelli su tutti i territori, con la previsione di un budget di spesa dedicato.
- Rafforzare e qualificare le strutture (CAV, CR) e i loro servizi per l'accoglienza e la protezione delle donne vittime di violenza, al fine di garantire un'offerta di servizi specializzati omogenea e continuativa sul territorio regionale.
- Favorire l'istituzione e/o potenziamento di centri di ascolto e riabilitazione di uomini maltrattanti.
- Prevenire ogni forma di violenza nei confronti delle donne appartenenti a categorie svantaggiate e con particolari fragilità.
- Assicurare la presa in carico da parte dei servizi specializzati per l'accoglienza e la protezione delle donne vittime di violenza in tutte le sue forme.
- Proteggere e supportare i minori vittime di violenza assistita e gli orfani di femminicidio.
- Promuovere la conoscenza del fenomeno della violenza di genere e l'importanza della prevenzione, attraverso attività in rete con il sistema di istruzione e formazione e quello di integrazione socio-sanitaria, e prevedere protocolli operativi con l'Ufficio Regionale Scolastico e i servizi territoriali e distrettuali socio-sanitari della ASL.
- Sostenere e rendere maggiormente efficaci i percorsi di *empowerment*, in considerazione dello stretto legame tra uscita dalla violenza e recupero della piena autonomia delle donne sotto il profilo economico, lavorativo e abitativo.
- Favorire percorsi di orientamento e supporto, volti all'acquisizione dell'autostima e alla valorizzazione di potenzialità, abilità e competenze al fine di facilitare la ricerca attiva del lavoro da parte delle donne.
- Promuovere la creazione di modelli di intervento e di presa in carico integrata, caratterizzati da una efficace e rapida valutazione del rischio di letalità, gravità, reiterazione e recidiva.
- Valorizzare le buone prassi territoriali attraverso una efficace rilevazione e diffusione attraverso i siti istituzionali. **(1)**

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: vengono recepite le indicazioni della Cabina di Regia da parte dei CAV che rafforzano le azioni della programmazione regionale 2022-2024, proponendo:

- la realizzazione del **piano triennale per la programmazione regionale delle azioni a contrasto della violenza** e distribuzione dei fondi ai soli centri riconosciuti dalla Regione Abruzzo
- **l'implementazione di un Fondo regionale** strutturale e svincolato dai bandi annuali
- **la costituzione** e diffusione di una rete regionale composta da Centri antiviolenza e Case rifugio, FF.OO.
- la costituzione di un **Osservatorio regionale** per la valutazione della disamina delle nuove proposte afferenti alle politiche a sostegno della lotta alla violenza di genere
- **un tavolo di concertazione** sulla proposta di modifica della L.R. 31/2006 - Inserimento della tematica del contrasto alla violenza di genere tra i LEA e LEPS
- **l'identificazione di un percorso** sociosanitario all'interno dei pronto soccorso

Obiettivi di sistema funzionali alla programmazione, al rafforzamento e alla realizzazione di nuovi LEPS e interventi e servizi uniformi ed efficienti nella nuova programmazione vengono sinteticamente rappresentati nella tavola 11 che segue.

Tavola 11 - Quadro sinottico degli obiettivi di sistema e delle azioni per l'empowerment femminile, il contrasto alla violenza di genere e prima infanzia del PSR 2022-2024

ASSI TEMATICI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO/SERVIZIO	AZIONI DIRETTE E AZIONI INDIRETTE INNOVATIVE E DI STRATEGIA DI RIFERIMENTO		OBIETTIVI DI SISTEMA (programmazione 2022-2024)	INDICATORI DI RISULTATO (programmazione 2022-2024)		
		Azioni dirette	Azioni di strategia indirette e innovative		2022	2023	2024
AT 7 Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia	Servizi comunitari per la conciliazione dei tempi di vita familiare e lavoro, per le pari opportunità e l'empowerment femminile	FNPS FSR Comuni/ADS	<p>PNRR – M5C1 “Politiche per il Lavoro”:</p> <p>1.4 Sistema duale Risorse Premiali FSC e fondi PON (risorse aggiuntive REACT EU per la politica di coesione 2014-2020 per misure entro il 2023)</p> <p>Progetti regionali del PNRR creazione di impresa femminile e mantenimento livelli occupazionale, parità di genere e apprendimento permanente</p> <p>Progetti regionali del PNRR di partenariato “Officina delle idee -laboratori esperienziali di comunità educante”</p> <p>- L.R. 31/2006 (Centri antiviolenza)</p> <p>- L. 119/2013 (contrasto alle violenze sessuali di genere e sui minori)</p> <p>- FSC (obiettivo servizi educativi prima infanzia)</p> <p>- Fondo Piano sviluppo sistema servizi educativi prima infanzia (L. 190/2014)</p> <p>Progetti regionali AS 4 del PNRR per il rafforzamento dei servizi educativi 0-3</p>	Incrementare presa in carico soggetti fragili Potenziare l'offerta dei servizi Ampliare la capacità ricettiva e la flessibilità del servizio Aumentare i tassi di occupazione femminile	Aumento frequenza Incremento tassi occupazione femminile	Aumento frequenza Incremento tassi occupazione femminile	Aumento frequenza Incremento tassi occupazione femminile
	Centri antiviolenza, Case rifugio e altri servizi comunitari per il contrasto alle violenze (L.R. 31/2006; L. 119/2013)			Incrementare presa in carico soggetti fragili Ridurre la violenza di genere e sui minori Aumentare i tassi di occupazione femminile	Aumento utenza fragile in carico Riduzione violenze di genere e sui minori Incremento tassi occupazione femminile	Aumento utenza fragile in carico Riduzione violenze di genere e sui minori Incremento tassi occupazione femminile	Aumento utenza fragile in carico Riduzione violenze di genere e sui minori Incremento tassi occupazione femminile
	Asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia (potenziamento della rete territoriale e progetto per il rafforzamento dei servizi educativi 0-3 anni sul bene comune dell'educazione e cura della prima infanzia - Progetti regionali AS 4 del PNRR)			Incrementare presa in carico soggetti fragili Potenziare l'offerta dei servizi Ampliare la capacità ricettiva e la flessibilità del servizio	Aumento utenza fragile in carico Riduzione violenze di genere e sui minori Incremento tassi occupazione femminile	Aumento utenza fragile in carico Riduzione violenze di genere e sui minori Incremento tassi occupazione femminile	Aumento utenza fragile in carico Riduzione violenze di genere e sui minori Incremento tassi occupazione femminile
	Altri servizi e interventi innovativi per le pari opportunità e diritti di genere e l'empowerment femminile			Incrementare presa in carico soggetti fragili Potenziare l'offerta dei servizi Aumentare i tassi di occupazione femminile	Aumento frequenza servizi orientamento e accompagnamento Incremento tassi occupazione femminile	Aumento frequenza servizi orientamento e accompagnamento Incremento tassi occupazione femminile	Aumento frequenza servizi orientamento e accompagnamento Incremento tassi occupazione femminile

7. IL SISTEMA INFORMATIVO DELLE POLITICHE SOCIALI REGIONALI E INTEROPERABILITÀ DELLE BANCHE DATI

7.1. Il sistema informativo regionale

Il sistema informativo dei servizi sociali costituisce un'infrastruttura conoscitiva strategica per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione del sistema dei servizi sociali. L'articolo 24 del D.Lgs 147 ha definito il quadro di riferimento nazionale del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali, SIUSS, mentre l'art. 6 del D.L. 4/2019 ha definito le componenti del sistema informativo del Reddito di cittadinanza. A tali norme hanno fatto seguito rispettivamente i decreti attuativi del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 206/204 (Casellario dell'Assistenza), n. 103/2019 (specificamente relativo alla componente del SIUSS relativa all'offerta dei servizi sociali) e n. 108/2019 relativo al Sistema informativo del RdC.

Il sistema informativo nazionale, regionale e locale va progressivamente popolandosi e i vari moduli iniziano a offrire un'utile base informativa per il monitoraggio del sistema dei servizi sociali. Tuttavia, il popolamento delle diverse banche dati che compongono il SIUSS è ancora disomogeneo, così come vi sono ancora problematiche aperte.

Alle radici di tali problematiche sta, da un lato, la necessità di scambiare dati fra diversi livelli amministrativi e diverse amministrazioni e, dall'altro, la parallela necessità di far dialogare assieme diversi sistemi informativi. In effetti, i dati necessari al popolamento del sistema informativo provengono dagli enti previdenziali, dalle Regioni, dai Comuni, dagli Ambiti, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dall'Anpal.

Ma non solo: fondamentali sono le interazioni con diversi ambiti facenti capo allo stesso ente (si pensi solo ai dati sociali ma anche anagrafici che tipicamente fanno capo a diverse strutture all'interno dei Comuni), mentre c'è una crescente necessità di interazione con altri sistemi quali quello del Ministero della Salute, quello del Ministero degli Interni (si pensi di nuovo a problematiche legate alla residenza o ai permessi di soggiorno) e quello del Ministero dell'Istruzione.

In tale contesto, lo sviluppo dei sistemi informativi sui servizi sociali non può che attuarsi in un'ottica di interoperabilità di sistemi diversi, di adozione di formati aperti, di integrazione di sistemi gestionali e di monitoraggio, per quanto possibile, di possibilità di riuso, di bidirezionalità dei flussi. I sistemi esistenti, laddove abbiano adeguato spessore e qualità, devono essere in grado di comunicare gli uni con gli altri, sia a livello di interscambio di dati sia a livello di capacità di integrazione dei moduli gestionali, evitando duplicazioni di moduli su sistemi diversi che non sarebbe possibile tenere costantemente allineati. I debiti informativi dovranno essere, per quanto possibile, un sottoprodotto dei moduli gestionali ed essere bidirezionali permettendo, in particolare agli operatori locali e agli uffici di piano degli Ambiti, il monitoraggio della propria situazione e il raffronto con il territorio regionale e con i territori simili. Tali principi troveranno applicazione, nell'arco del triennio di programmazione e già a partire dal 2021, con la definizione, nell'ambito del sistema informativo del RdC, di specifici cruscotti di riferimento per gli operatori contenenti anche indicatori di attenzione, e nella messa a disposizione degli operatori e del pubblico di dati (non individuali) del SIOSS, a partire dall'elenco degli ambiti e da quelli sugli assistenti sociali assunti da comuni e ambiti.

7.2. Gli obiettivi e le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

La nuova programmazione sociale vuole rendere operative, rafforzare e aggiornare al nuovo contesto programmatico regionale le Linee guida già previste nel Piano Sociale Regionale 2016-2018 per l'implementazione di un sistema informativo regionale dei servizi sociali.

A tal fine la gestione dei flussi informativi è stata affidata all'Osservatorio sociale regionale incrementando le sue aree di competenza. Questa struttura ha definito, di concerto con i Servizi regionali competenti, i bisogni informativi e codificato le modalità di trasmissione degli stessi.

In particolare, l'Osservatorio sociale regionale ha implementato diversi strumenti atti alla raccolta di dati da parte degli Ambiti sociali. I più significativi flussi che definiscono l'attuale debito infor-

mativo possono essere riassunti in:

- modelli di rendicontazione (Piano distrettuale sociale, Fondo Non Autosufficienza, Fondo Integrazione Socio-Sanitaria, ecc.);
- rilevazione per il monitoraggio del bilancio sociale di ambito e regionale.

Inoltre, in attuazione delle normative e degli indirizzi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sono stati attivati nell'ultimo periodo i seguenti portali:

- Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS), che comprende anche le sezioni tematiche SINBA per i minori e la famiglia e SINA per la non autosufficienza e disabilità;
- Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS);
- Portale presentazione domande (Sportello Regionale).

Con l'avvio del SIOSS, istituito con D.M. del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 103 del 22.08.2019, si è già potuto sperimentare come possano rappresentare un punto di forza il dialogo telematico e la condivisione diretta, tra i vari livelli del Ministero, della Regione e degli ADS, dei dati e delle informazioni sui servizi e sul personale impegnato. La procedura, avviata nel mese di febbraio, per la prenotazione dei fondi a valere sul Fondo Povertà e sulla legge di bilancio 2021 per il rafforzamento dei servizi sociali rappresenta un esempio virtuoso di come può funzionare il modello informativo in ambito sociale che coinvolge direttamente i tre livelli della rete di processo (Ministero, Regione e ADS/Comuni), se si tiene conto che le risorse a favore degli Ambiti sociali richiedenti sono già state assegnate con D.M. del 25.06.2021.

Il PSR 2022-2024, pertanto, anche attraverso le azioni innovative e complementari di assistenza tecnica e di promozione del Piano, interverranno proprio sui nodi, sulle carenze strutturali e sulle criticità tecnico-operative che condizionano ancora oggi il corretto flusso dei dati e della documentazione. La maggior parte degli scambi di dati tra Regione e Ambiti avviene ancora tramite file (es. fogli elettronici) e posta elettronica. Ovviamente, nel corso degli anni, tali sistemi sono stati affinati e ottimizzati permettendo anche l'elaborazione automatica di alcuni di essi; ne è un esempio il Bilancio sociale regionale e di ambito. Rimane comunque evidente il dispendio di energie necessario all'elaborazione di flussi di dato non rigidamente strutturati. A tal proposito è in fase di realizzazione un progetto regionale denominato ARIE.

Pertanto, SIOSS e SIUSS sono una iniziale positiva risposta a questo problema anche se, allo stato attuale, rappresentano sistemi tra loro slegati; le azioni del PSR 2022-2024 devono necessariamente intervenire sulle criticità e sui deficit tecnici e operativi che impediscono la realizzazione di un sistema informativo integrato e capace di dialogare, reperire dati e documentazione e innescare processi condivisi e dialoganti di monitoraggio, di verifica e valutazione, tenuto conto che per la stessa rendicontazione della spesa sociale allo stato attuale si fa riferimento a un insieme di misure, di programmi e risorse plurime e in molti casi complementari tra loro (FNPS / FSR / PON / Piano Povertà / FNA / FIS / Fondi 0-6 anni / FSE / FSC / FESR / FAMI / FEAD e altre risorse settoriali regionali e nazionali).

Le azioni specifiche di rafforzamento del sistema informativo regionale

Le azioni del PSR 2022-2024 intervengono per rafforzare ed efficientare gli strumenti e i processi di sezioni informative e piattaforme telematiche che sono già attive in ambito regionale e prevedono:

- a. il consolidamento dell'applicazione Sportello che agevola notevolmente le procedure di presentazione delle domande ai bandi promossi dalla Regione Abruzzo. Tramite questa applicazione è possibile, da parte dei possibili beneficiari, presentare tutta la documentazione necessaria alla partecipazione agli avvisi. La procedura dispone inoltre di un'ampia area di back-office che consente agli operatori di gestire in autonomia e in modo efficiente le pratiche;
- b. la possibilità di interoperabilità con SIUSS (SINBA e SINA) e SIOSS in modo da evitare agli operatori eventuali ridondanze;
- c. l'implementazione di una sezione telematica agevole e funzionale per la condivisione permanente e in tempo reale delle informazioni e dei dati riferiti a progetti settoriali e ai servizi dei **piani distrettuali sociali** e dei **piani locali per la non autosufficienza**, per gli adempimenti informativi regionali di cui all'art. 11, comma 1, del Decreto Legislativo 27.10.2009, n. 150, che prevedono l'obbligo di comunicazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ai sensi del

comma 2, art. 5 del Decreto 26.09.2016, di tutti i dati necessari al monitoraggio degli interventi finanziati con le risorse del **Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza**. Una sezione interattiva tra Regione e ADS, che funge anche da assistenza tecnica e supporto per la redazione degli atti progettuali, delle rendicontazioni e dei bilanci sociali;

- d. una modalità di raccordo con il sistema di monitoraggio degli interventi finanziati con risorse FSC 2014-2020, che devono essere monitorati, ai sensi dell'art. 1, comma 703, della legge n. 190/2014 e delle Delibere CIPE nn. 25 e 26 del 2016, nonché delle circolari applicative emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dall'Agenzia della Coesione - NUVEC, attraverso la rilevazione e l'aggiornamento dei dati di progetto e dei relativi avanzamenti nel periodo temporale di realizzazione. A tal fine ogni ADS, in qualità di beneficiario e soggetto attuatore, deve individuare il Responsabile Unico di Progetto che sarà tenuto a rilevare, aggiornare e validare sul Sistema Gestione Progetti (SGP) i dati di monitoraggio relativi all'avanzamento procedurale, fisico, economico e finanziario degli interventi, assumendosi la responsabilità della veridicità delle informazioni conferite. Per approfondimenti sulle attività di monitoraggio si fa riferimento a: MANUALE UTENTE SISTEMA GESTIONE PROGETTI - Aggiornamento giugno 2017 (Agenzia Coesione Territoriale); VADEMECUM MONITORAGGIO - dicembre 2015 (MEF IGRUE); MONITORAGGIO UNITARIO PROGETTI - Controlli di Validazione - Versione 1.0 - novembre 2016 (MEF IGRUE).

(1) Raccomandazioni della Cabina di Regia: le organizzazioni sindacali e gli ADS evidenziano la necessità di efficientare il sistema informativo regionale per l'archiviazione e la condivisione dei dati e della documentazione, al fine di rendere efficienti i processi del monitoraggio e l'analisi dei dati, delle rendicontazioni e la redazione dei bilanci sociali locali e regionale.

Nel caso in cui ricorrono gli obblighi di legge, i processi e i flussi informativi assicurano il trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018 e delle relative disposizioni regionali in materia.

Per la funzionalità del sistema informativo risulta essenziale assicurare la chiarezza delle procedure e della richiesta delle informazioni e dei dati, per evitare richieste ridondanti e sovrapponibili che possono causare un'eccessiva pressione per gli enti chiamati ad alimentare il sistema, che nel caso degli stessi ADS si trovano spesso a rispondere a richieste plurime e in alcuni casi discordanti. Si evidenzia la carenza di personale con adeguate competenze informatiche presso i Comuni e gli ADS.

Questo è chiaramente un punto cruciale che il nuovo Piano Sociale Regionale 2022 - 2024 dovrà affrontare:

- armonizzando le richieste;
- eliminando le ridondanze;
- favorendo lo scambio dei dati tra le varie piattaforme.

A tal proposito è in corso la definizione del sistema SIRS (Sistema Informativo Sociale Regionale), avente lo scopo di fornire un livello minimo di informatizzazione a tutti gli ambiti sociali che non dispongono di un sistema informativo locale e, dal lato regionale, creare un collettore dove tutte le informazioni possano essere convogliate e di conseguenza estratte e analizzate con moderni strumenti di business analysis.

Il SIRS avrà due componenti principali: il sistema informativo e la piattaforma di rendicontazione. Il primo consentirà la gestione delle pratiche da parte degli enti periferici, fornendo una piattaforma gestionale da utilizzare nel lavoro quotidiano, mentre il portale di rendicontazione si prefigge lo scopo di armonizzare tutte le richieste di informazioni economiche e di utenza, creando un flusso informativo strutturato e solido. Quando il sistema sarà a regime, molti flussi informativi potranno

no essere estratti in modo strutturato dallo stesso, rendendo più agevole la consultazione di dati, documentazione e la funzione interattiva e "in tempo reale" delle procedure telematiche inerenti i processi e gli adempimenti tra i vari livelli della governance, con un vantaggio significativo per l'intero sistema regionale e locale.



PIANO SOCIALE
REGIONE ABRUZZO



Piano Sociale Regionale 2022 - 2024

Includere per contrastare le fragilità

PROTEZIONE INCLUSIONE OPPORTUNITÀ DI VITA

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE
REGIONALE 2022 - 2024

*Profilo Sociale
Regione Abruzzo*

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE PARTE III

Profilo Sociale Regione Abruzzo

Introduzione e guida alla lettura	273
1. Area tematica TENDENZE DEMOGRAFICHE	275
1.1. Focus tematici. Le aree interne della regione Abruzzo	282
2. Area tematica SALUTE E SERVIZI OFFERTI	289
2.1. Focus Agenda 2030 - Salute e servizi offerti	294
3. Area tematica ISTRUZIONE E FORMAZIONE	297
3.1. Focus Agenda 2030 - Istruzione e formazione	300
4. Area tematica MERCATO DEL LAVORO	303
4.1. Focus Agenda 2030	305
5. Area tematica POVERTÀ E CITTÀ SOSTENIBILI	307
5.1. Focus Agenda 2030 - Povertà e città sostenibili	311
6. Area tematica DISUGUAGLIANZE E PARITÀ DI GENERE	313
6.1. Focus Agenda 2030 - Disuguaglianze e parità di genere	317
7. Area tematica SICUREZZA, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI SOLIDE	320
7.1. Focus tematici. Una condizione troppo spesso dimenticata: quella dei detenuti	324
7.2. Focus tematici. Covid-19 e sicurezza nelle comunità carcerarie	334
7.3. Focus Agenda 2030 - Sicurezza, giustizia e istituzioni solide	337
8. Area tematica RELAZIONI SOCIALI E PARTECIPAZIONE CULTURALE	338
9. Area tematica QUALITÀ DEI SERVIZI	342
9.1. Focus Agenda 2030	345
10. Area tematica CATEGORIE FRAGILI	347
10.1. Famiglia e Minori	347
10.2. Giovani	354
10.3. Anziani	358
10.4. Disabili	365
10.5. Non Autosufficienti	372
10.6. Focus Agenda 2030	378
11. Aree tematiche UNO SGUARDO D'INSIEME	382
12. Covid-19. Gli effetti della pandemia per una politica Sociale Regionale	383
12.1. Gli effetti della pandemia attraverso alcuni indicatori Eurostat	384
12.2. Mortalità e povertà	389
12.3. Gli effetti della pandemia sulle aree tematiche analizzate	398

13. L'offerta di servizi sociali dal monitoraggio dei piani sociali distrettuali	400
Introduzione al Bilancio sociale regionale	
13.1. Obiettivo essenziale 1 - Accesso	400
13.2. Obiettivo essenziale 2 - Presa in carico	401
13.3. Obiettivo essenziale 3 - Pronto intervento sociale	402
13.4. Obiettivo essenziale 4 - Assistenza domiciliare	402
13.5. Obiettivo essenziale 5 - Servizi di prossimità	403
13.6. Obiettivo essenziale 6 - Asili nido e altri servizi per la prima infanzia	403
13.7. Obiettivo essenziale 7 - Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità	406
13.8. Obiettivo essenziale 8 - Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	408
13.9. Focus su tipologie utenti dei Piani sociali distrettuali	409
13.10. Spesa sociale dei servizi	410
13.11. Modalità di gestione dei servizi	413
Allegati	416
ALLEGATO I-1 INDICATORI - Tendenze demografiche	416
ALLEGATO I-1.1 INDICATORI - Le aree interne della regione Abruzzo	428
ALLEGATO I-2 INDICATORI - Salute e servizi offerti	432
ALLEGATO I-3 INDICATORI - Istruzione e Formazione	440
ALLEGATO I-4 INDICATORI - Mercato del lavoro	444
ALLEGATO I-5 INDICATORI - Povertà e città sostenibili	448
ALLEGATO I-6 INDICATORI - Disuguaglianze e parità di genere	452
ALLEGATO I-7 INDICATORI - Sicurezza, giustizia e istituzioni solide	456
ALLEGATO I-8 INDICATORI - Relazioni sociali e partecipazione culturale	460
ALLEGATO I-9 INDICATORI - Qualità dei servizi	464
ALLEGATO I-10.1 INDICATORI - Categorie fragili: FAMIGLIA E MINORI	468
ALLEGATO I-10.2 INDICATORI - Categorie fragili: GIOVANI	472
ALLEGATO I-10.3 INDICATORI - Categorie fragili: ANZIANI	476
ALLEGATO I-10.4 INDICATORI - Categorie fragili: DISABILI	480
ALLEGATO I-10.5 INDICATORI - Categorie fragili: NON AUTOSUFFICIENTI	488

Introduzione e guida alla lettura

Il Profilo sociale della Regione Abruzzo ha lo scopo di fornire un quadro di contesto a supporto degli indirizzi di programmazione del Piano Sociale Regionale 2022-2024.

Per l'analisi è stata contemplata una **selezione di indicatori**:

- a. demografici;**
- b. del programma Agenda 2030 - SDGs** (Sustainable Development Goals) dell'ONU;
- c. del programma BES** (Benessere Equo e Sostenibile) dell'Istat;
- d. di approfondimento** riferiti ai target che presentano maggiore fragilità, quali famiglia e minori, giovani, anziani, disabili e non autosufficienti, non contemplati tra gli indicatori del BES o SDGs.

In particolare, per descrivere le diverse dimensioni caratterizzanti il Profilo sociale della nostra regione è stato fatto riferimento soprattutto ad alcuni indicatori del **programma Agenda 2030 e del programma BES**, con l'attenzione incentrata prioritariamente su *items sociali*. La scelta di operare su entrambi i set di indicatori è coerente a quanto raccomandato in "Abruzzo Prossimo - Linee di indirizzo strategico per lo sviluppo sostenibile e l'integrazione dei fondi 2021-30" e, del resto, presenta i seguenti vantaggi:

- rispondono agli **obiettivi condivisi** di Agenda 2030, programma di riferimento per la programmazione europea, nazionale e regionale, nonché al programma BES per quanto riguarda la legislazione di bilancio;
- per ogni indicatore di Agenda 2030 esiste un **target da raggiungere entro il 2030**, spesso generico (del tipo "ridurre significativamente"), altre volte invece più specifico (ad es. "dimezzare il numero");
- anche se provenienti da fonti diverse, gli indicatori sono **facilmente reperibili** sul sito dell'Istat e vengono aggiornati periodicamente nei primi mesi dell'anno.

Si ribadisce come attraverso gli indicatori Agenda 2030 e BES sia stata descritta gran parte delle **aree tematiche** caratterizzanti il Profilo sociale: *Salute e Servizi offerti, Istruzione e Formazione, Mercato del lavoro, Povertà e Città sostenibili, Disuguaglianze e Parità di genere, Sicurezza Giustizia e Istituzioni solide, Relazioni sociali e Partecipazione culturale, Qualità dei servizi*. Non mancano inoltre i consueti indicatori demografici, funzionali alla stesura dell'area tematica "Tendenze demografiche" e di approfondimento relativi ai target più vulnerabili. Infatti, oltre agli immigrati contemplati all'interno della sezione demografica, l'attenzione è stata posta su *Famiglia e minori, Giovani, Anziani, Disabili e Non autosufficienti*. Gli indicatori dell'analisi precedente sono stati ripresi, raggruppati e integrati con altri al fine di delineare un quadro il più possibile esaustivo dei bisogni sociali caratterizzanti tali target.

Le aree tematiche sono state completate da una **scheda di monitoraggio dei dati regionali rispetto agli obiettivi (Goals) prefissati da Agenda 2030**, per i quali si auspica un raggiungimento entro il 2030.

Inoltre, sono disponibili **schede di approfondimento** su specifici temi.

Nel Profilo sociale trova spazio anche un **capitolo sul Covid-19 e sugli effetti della pandemia**, con una specifica attenzione sulla mortalità e sulla povertà da esso determinata, nonché sulle relative ricadute nelle diverse aree tematiche oggetto di analisi.

Il profilo sociale si conclude con un capitolo dedicato al sistema di offerta dei servizi sociali della Regione Abruzzo elaborato quale sintesi del **Bilancio sociale regionale** inerente al monitoraggio dei Piani sociali distrettuali riferiti all'annualità 2018.

Per quanto riguarda la lettura di grafici e tabelle sono necessarie le seguenti precisazioni.

L'analisi di ogni area tematica inizia con un **grafico di sintesi o cruscotto** (dashboard) che mostra, su tutti gli indicatori analizzati, lo **scostamento percentuale⁽¹⁾** del dato regionale rispetto a quello nazionale. Tale scostamento è stato analizzato **con riferimento all'ultimo quinquennio, triennio e anno disponibile**. Esso evidenzia, mostrando anche l'intensità, i **punti di forza** della regione, posizionati nell'area del grafico di **colore verde** (valori positivi) e quelli di **debolezza**, collocati nell'area di **colore rosso** (valori negativi). A tal fine, si è reso necessario modificare alcuni indicatori affinché fossero correttamente posizionati; ad esempio, il tasso di disoccupazione regionale, il cui scostamento rispetto al dato nazionale risulta positivo (a indicare quindi una maggiore disoccupazione in Abruzzo), è stato corretto cambiandone il segno (da positivo a negativo). Questa operazione è stata svolta su tutti gli indicatori per i quali a valori elevati corrisponde una situazione di maggiore disagio, quali alcuni indicatori sulla sicurezza (omicidi, i furti, etc.).

Il grafico permette, valutando su ogni indicatore lo scostamento rispetto a tre periodi (annuale, triennale e quinquennale), di cogliere la tendenza al miglioramento o peggioramento dell'indicatore stesso rispetto al dato nazionale.

Agli indicatori analizzati è stato aggiunto un **indice sintetico**, dato dalla media aritmetica semplice di tutti gli indicatori utilizzati per descrivere il tema trattato, fondamentale per avere un riscontro immediato e univoco del posizionamento della regione Abruzzo sull'area tematica oggetto di analisi.

Il grafico di sintesi o cruscotto è seguito da una **tabella** nella quale si evidenziano i **punti di forza e debolezza**. Nello specifico, si è convenzionalmente scelto di elencare esclusivamente quegli indicatori che mostrano uno scostamento superiore al 10% (sia in positivo per i punti di forza, sia in negativo per quelli di debolezza); la soglia convenzionalmente stabilita funge quindi da "setaccio", restituendoci le forze e le debolezze della nostra regione. Inoltre, i **punti di forza e debolezza emersi sono stati distinti in base a tre livelli d'intensità**, associando a detti livelli diverse intensità cromatiche di verde (per i punti di forza) e di rosso (per i punti di debolezza); in particolare, nel livello base trovano collocazione quegli indicatori con performance mediamente compresa tra il 10 e il 39% rispetto al dato nazionale; nel livello medio, la fascia 40-69%; nel livello alto, la fascia 70% e oltre. Infine, sono stati opportunamente messi in evidenza gli indicatori appartenenti ad Agenda 2030 contrassegnandoli con la sigla **SDG** (Sustainable Development Goals).

Sono stati elaborati, inoltre, **grafici di immediata lettura**, con serie storiche che spesso decorrono dal 2004. Per contrassegnare l'Abruzzo, analogamente a quanto fatto in precedenza, sono stati utilizzati i consueti colori verde e rosso: verde nel caso l'indicatore rappresenti un punto di forza, rosso invece quando evidenzia una criticità; mentre il colore azzurro è utilizzato per identificare l'Italia.

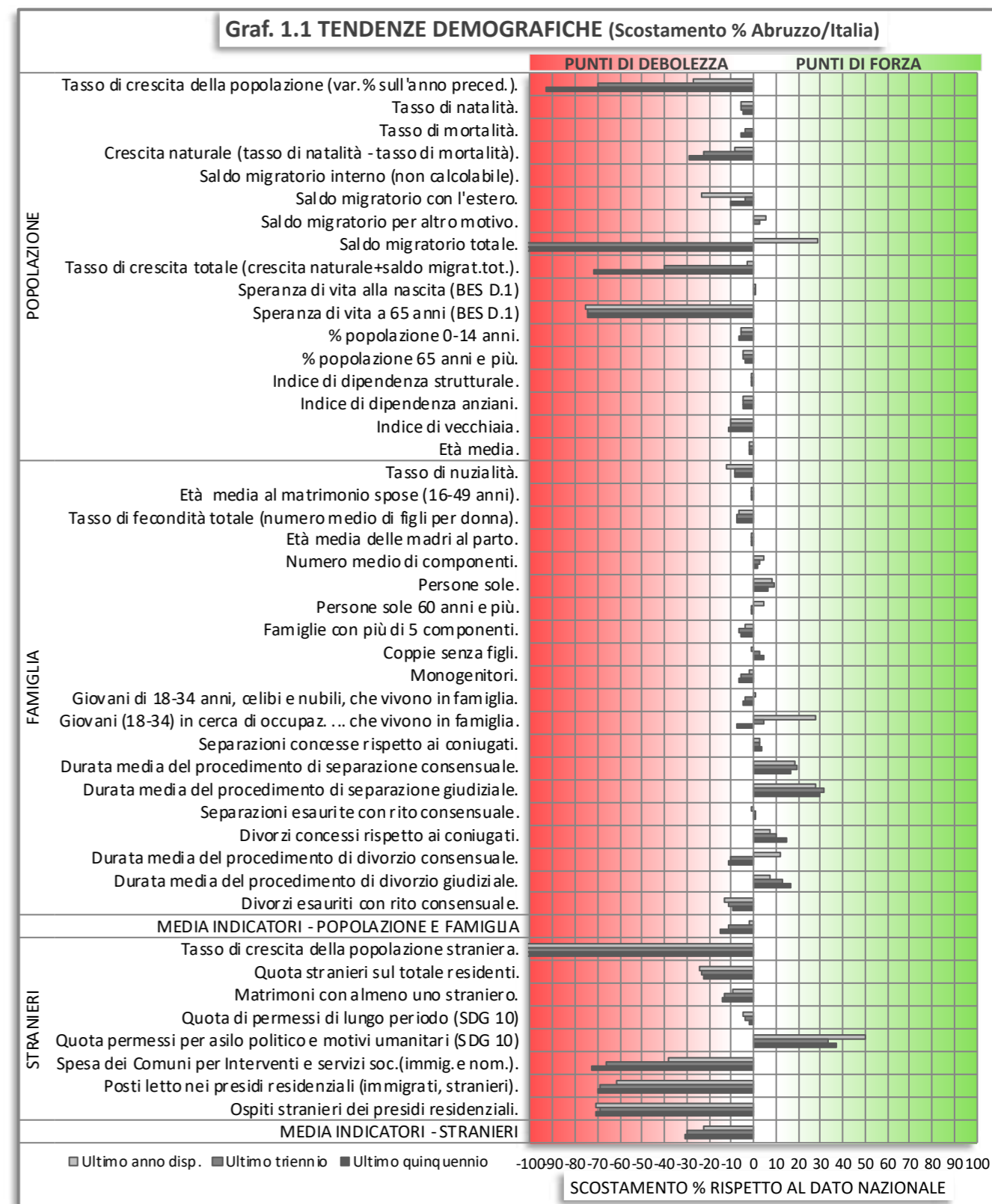
Inoltre, per avere una lettura immediata dei principali risultati conseguiti è stato realizzato un capitolo "Aree tematiche: uno sguardo d'insieme" che raccoglie tutti gli "indici sintetici" elaborati nel corso dell'analisi, i quali sono stati ulteriormente aggregati - attraverso una semplice media aritmetica - nell'**indice sintetico generale** che restituisce, per tutti gli indicatori e le aree tematiche esaminate, il posizionamento dell'Abruzzo rispetto all'Italia.

Ogni area tematica è caratterizzata da un **Allegato I-n**, con n pari al numero del capitolo/paragrafo **che raccoglie tutti i dati e gli indicatori analizzati** (oltre 350), inclusi quelli non commentati, poiché caratterizzati da valori regionali in linea con quelli nazionali e quindi non rientranti tra i punti di forza o debolezza. Tali allegati arricchiscono l'analisi, offrendo informazioni aggiuntive e spunti di approfondimento. Infine, i dati sono di fonte Istat, Inps o tratti da indagini svolte dai Ministeri competenti.

1. Calcolato come rapporto percentuale tra la differenza del dato regionale e nazionale e il dato nazionale stesso: $(\text{Valore regionale} - \text{Valore nazionale}) / \text{Valore nazionale} * 100$

1. Area tematica TENDENZE DEMOGRAFICHE

La "Famiglia" mostra **risultanze nel complesso positive**, mentre le **maggiori criticità** provengono dagli indicatori relativi agli "Stranieri" e, in misura meno marcata, da quelli riguardanti la "Popolazione". Osservando gli indici sintetici si nota, inoltre, una **riduzione del divario rispetto ai dati nazionali**, sia per la "Popolazione e Famiglia" (da -14,5% nell'ultimo quinquennio a -1,6% nell'ultimo anno disponibile), sia per gli "Stranieri" (da -30,8% del quinquennio a -22,7% dell'ultimo anno disponibile).



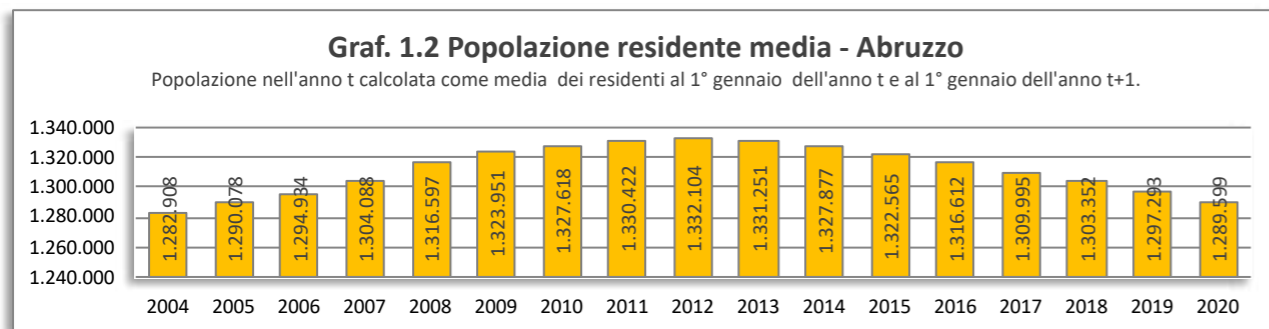
Fonte: elaborazioni su Istat

Estrapolando dal grafico 1.1 quegli indicatori sui quali si evidenziano le maggiori divergenze rispetto al dato nazionale (10%, sia in positivo sia in negativo), si ottiene la tabella 1.1 che riassume i **punti di forza e debolezza della regione Abruzzo** rispetto ai dati nazionali. Si ricorda che i punti di forza e debolezza emersi sono stati distinti in base a **tre livelli d'intensità**, associando a detti livelli diverse intensità cromatiche di verde e di rosso; in particolare, nel livello base trovano collocazione quegli indicatori con performance mediamente compresa tra il 10 e il 39% rispetto al dato nazionale; nel livello medio la fascia 40%-69%; nel livello alto la fascia 70% e oltre. Sono stati inoltre opportunamente messi in evidenza gli indicatori appartenenti ad Agenda 2030 contrassegnandoli con la sigla SDG.

Tab. 1.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - TENDENZE DEMOGRAFICHE

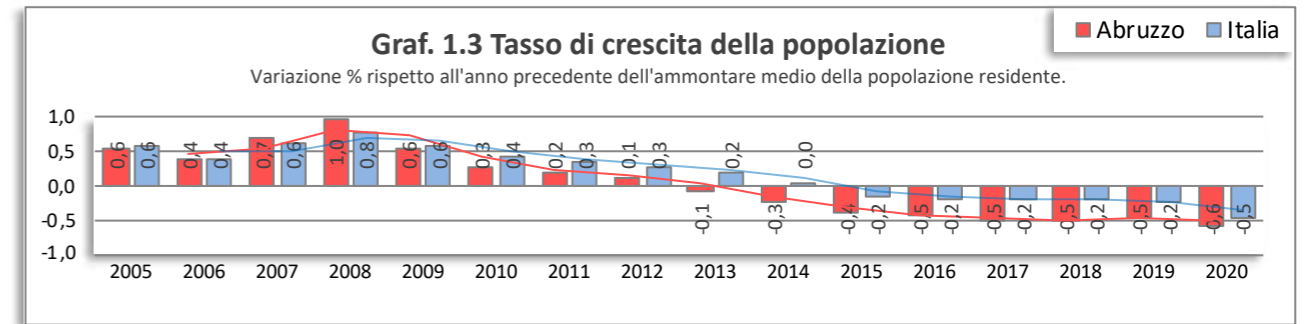
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Popolazione			
Saldo migratorio totale		non evidenziato	
Tasso di crescita della popolazione			
Crescita naturale (natalità - mortalità)			
Indice di vecchiaia			
Famiglia			
Divorzi esauriti con rito consensuale	Durata del procedimento di separazione		
Tasso di nuzialità	Durata del procedimento di divorzio giudiziale		
	Divorzi concessi rispetto ai coniugati		
	Persone sole		
Stranieri			
Tasso di crescita della popolazione straniera	Quota permessi per asilo politico e mot. uman.		SDG
Ospiti stranieri dei presidi residenziali			
Posti letto nei presidi residenziali			
Spesa dei Comuni per Interventi e servizi sociali			
Quota stranieri sul totale residenti			
Matrimoni con almeno uno straniero			

Relativamente alla **“Popolazione”**, si segnala come quella abruzzese dal 1972, primo anno di cui si dispongono dati relativi all'attuale assetto territoriale e amministrativo, sia costantemente cresciuta fino al **2012**, anno in cui si è raggiunta la quota di 1.332.104; da allora **al 2020 si sono persi 42.505 residenti**, un dato che attesta la **scomparsa, in otto anni, di una città come Vasto**. Il calo demografico ha tuttavia interessato tutto il territorio nazionale, ma con tempi e tassi di decrescita diversi da quelli evidenziati a livello regionale.

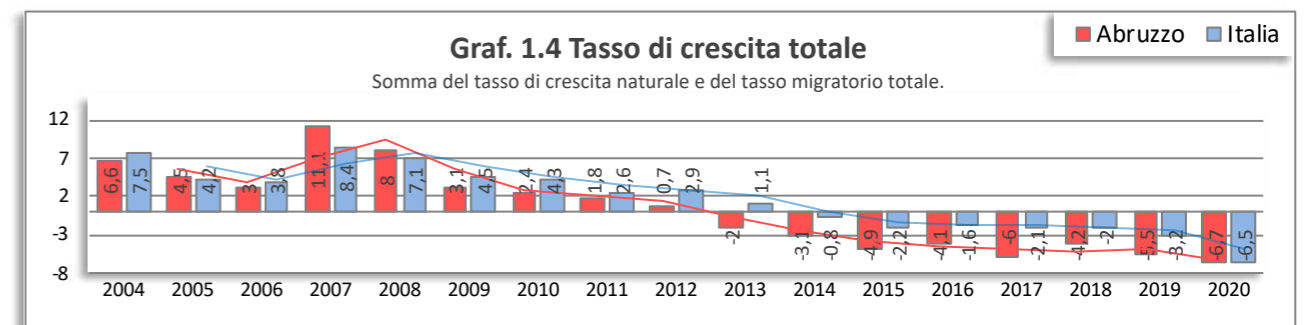


La lettura dei dati presenti in **Allegato I-1**, arricchito di ulteriori indicatori rispetto a quelli esposti sul grafico 1.1, permette di fotografare in maniera più puntuale e quantificare le tendenze in atto, sia a livello nazionale sia regionale.

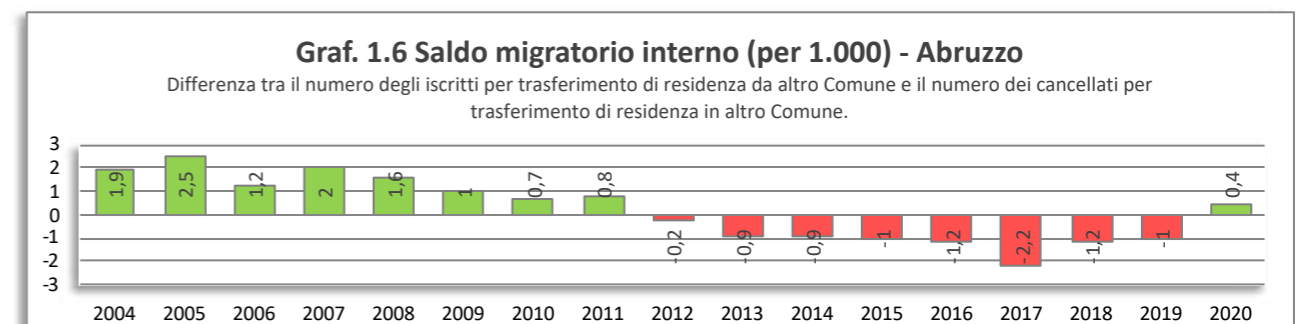
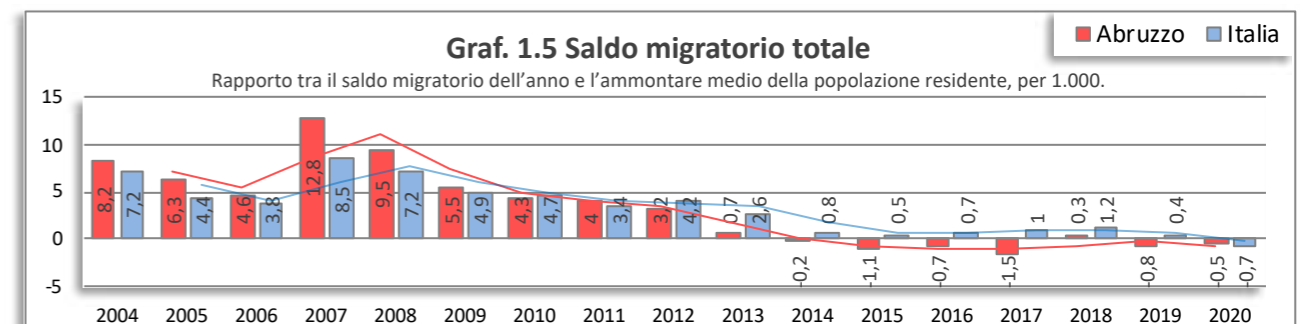
Analizzando infatti il **“tasso di crescita della popolazione”**, si nota che anche in Italia dal 2015 al 2020 i valori sono negativi, ma l'Abruzzo sembra **abbia anticipato il trend nazionale** a partire dal 2013. Inoltre, se in Italia la popolazione decresce con un certo ritmo (media annuale pari a -0,3% nell'ultimo quinquennio analizzato), **in Abruzzo il declino demografico risulta più marcato, quasi doppio (-0,5%)**. Da segnalare tuttavia come nel 2020 si registri, in seguito a un ulteriore peggioramento del dato nazionale, una riduzione del divario.



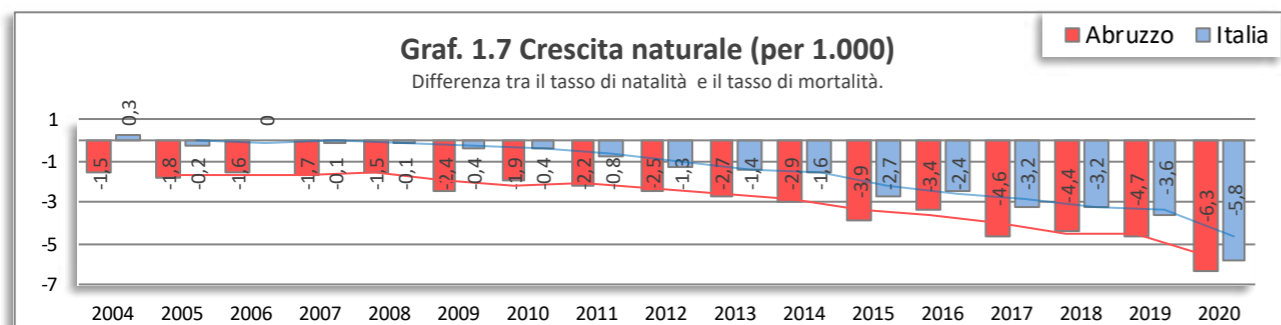
A identiche conclusioni si perviene osservando il **“tasso di crescita totale”** (crescita naturale + saldo migratorio totale), che tuttavia, analizzando le sue componenti, permette di individuare quella, naturale o migratoria, su cui l'Abruzzo mostra la maggiore criticità rispetto al dato nazionale (**Allegato I-1**).



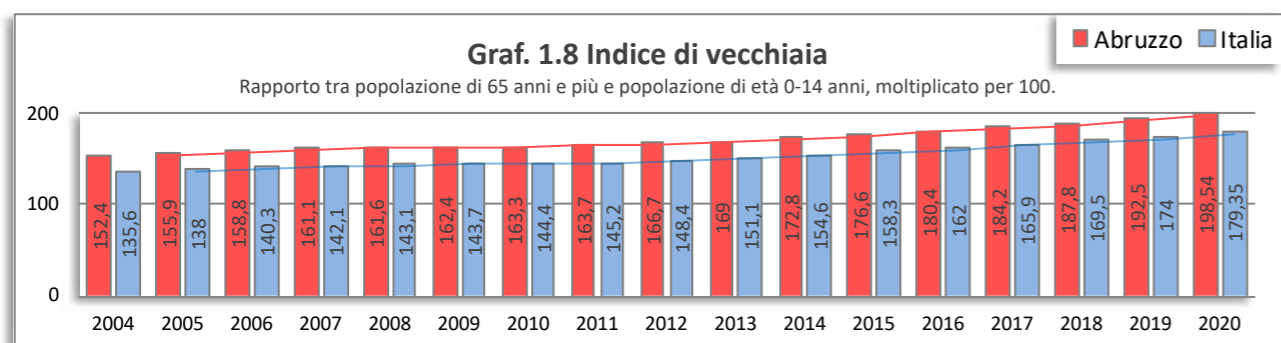
Su entrambe il confronto è negativo, ma **è sulla componente migratoria che l'Abruzzo evidenzia il maggior divario, in particolare su quella “interna”**, il cui saldo, a eccezione del 2020 (+0,4 per mille), risulta negativo a partire proprio dal 2012.



Molti emigrano, quindi, in altre regioni e pochi connazionali vengono invece a vivere in Abruzzo. Del resto, a prescindere dal confronto nazionale, **la contrazione demografica in atto è in gran parte spiegata dalla componente “crescita naturale” (tasso di natalità - tasso di mortalità)**, pari nel 2020 a -6,3 abitanti ogni 1.000 residenti abruzzesi (-5,8 in Italia), i cui valori negativi vengono solo marginalmente compensati dal sia pur positivo “saldo migratorio con l'estero” (+1 ogni 1.000 residenti in Abruzzo e +1,3 in Italia, anno 2020).



Da un lato troviamo quindi la bassa natalità, dall'altro l'elevata mortalità. **Tra le criticità emerse nell'analisi si evidenzia infatti “l'indice di vecchiaia” (198,5 contro 179,4 dell'Italia, anno 2020)**, dato allarmante se si pensa che l'Italia è uno dei Paesi più vecchi al mondo, insieme a Germania e Giappone (rapporto Moody's).

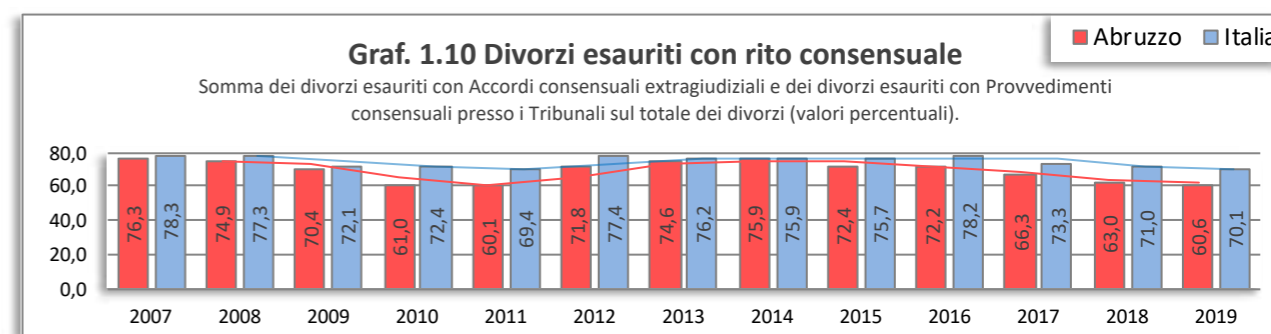


È possibile quindi **attribuire la maggiore decrescita**, come visto in precedenza, alla componente migratoria interna, ma anche **e soprattutto a quella componente strutturale che identifica sul territorio regionale una maggiore incidenza di anziani⁽²⁾ e quindi un più alto “tasso di mortalità” (11,6 ogni 1.000 residenti contro 11 dell'Italia, media 2016-2020) e un più basso “tasso di natalità” (7 ogni 1.000 residenti contro 7,3 dell'Italia, media 2016-2020)**. Ai dati sopra citati **si aggiunge poi il “saldo migratorio con l'estero”, anch'esso inferiore al dato nazionale (1,2 ogni 1.000 residenti contro 1,4 dell'Italia, media 2016-2020) e un minor “numero medio di figli per donna” (1,2 contro 1,3 dell'Italia, media 2016-2020)**. Maggiori dettagli nell'Allegato I-1.

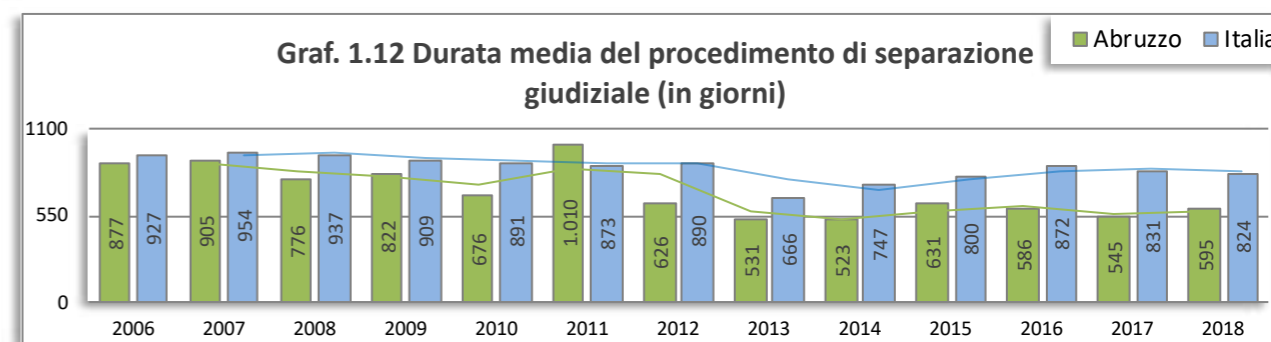
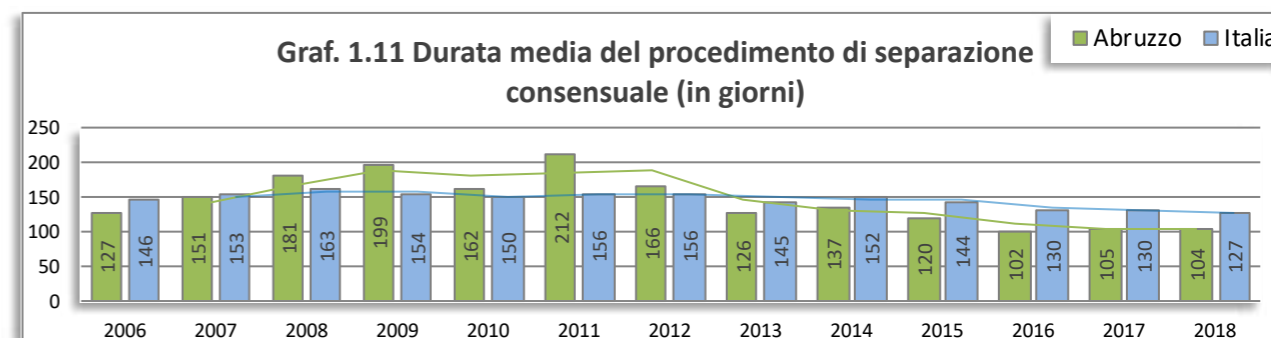
Riguardo alla **“Famiglia”**, le maggiori divergenze rispetto al dato nazionale si evidenziano sul tema separazioni e divorzi, ma con indicatori che quasi sempre si posizionano meglio rispetto al resto del Paese.

2. Verosimilmente determinata dall'orografia del territorio, ricco di aree montane dove la componente anziana è spesso dominante.

Le risultanze dell'analisi evidenziano una minore incidenza di “separazioni o divorzi concessi rispetto ai coniugati”⁽³⁾ ma, quando il matrimonio si conclude, quelli “esauriti con rito consensuale” risultano inferiori al dato nazionale (60,6% contro 70,1% dell'Italia, anno 2019). Il trend di questo indicatore è passato in Abruzzo dal 75,9% del 2014 al 60,6% del 2019.

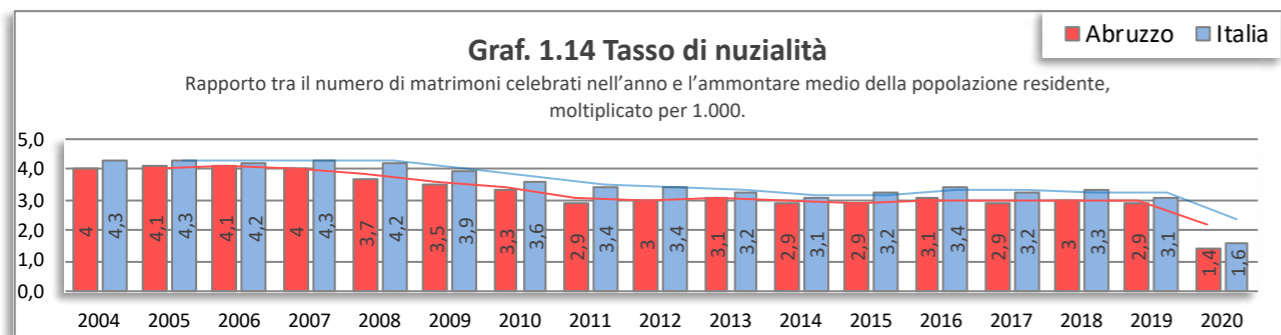
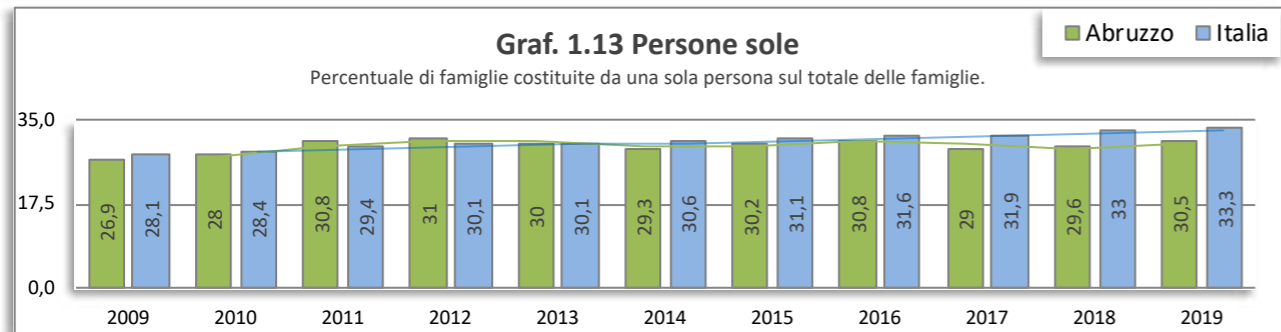


Tuttavia, la **“durata media del procedimento di separazione giudiziale” (595 giorni contro 824 dell'Italia, anno 2018) e “consensuale” (104 giorni contro 127 dell'Italia, anno 2018), nonché di “divorzio consensuale” (123 giorni contro 140 dell'Italia, anno 2014) è significativamente più bassa del dato nazionale.**

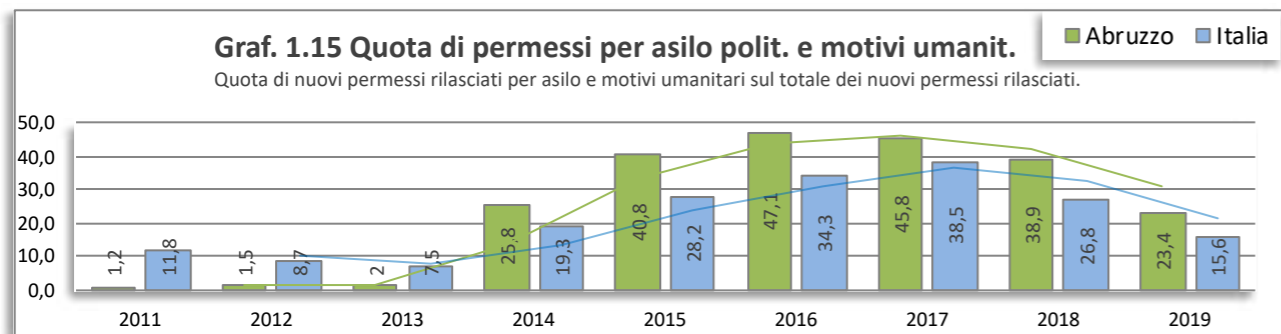


3. Di seguito il grafico sulle “separazioni concesse rispetto ai coniugati”, i cui dati, sia pur meno performanti per l'Abruzzo, risultano più aggiornati rispetto a quelli sui divorzi (Allegato I-1).

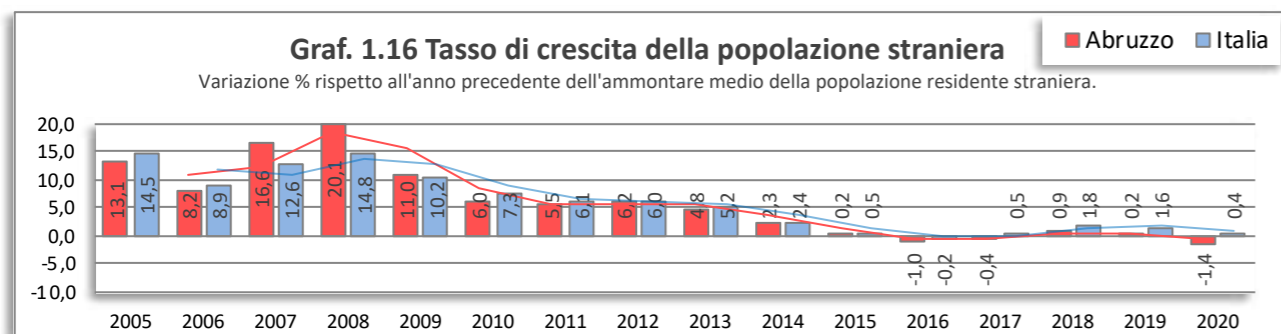
Sempre sul tema famiglia si registra sul territorio regionale un apparente contratto determinato dalla presenza di un più basso **“tasso di nuzialità”**, con un crollo nel 2020 a causa del Covid-19, e **al contempo una minore incidenza di famiglie costituite da “persone sole”** (30,5% contro 33,3% dell'Italia, anno 2019). È possibile, quindi, verosimilmente ipotizzare la presenza in Abruzzo di una **rete parentale e familiare** tale da garantire anche alle persone sole di non trovarsi in detta condizione. Maggiori dettagli nell'Allegato I-1.



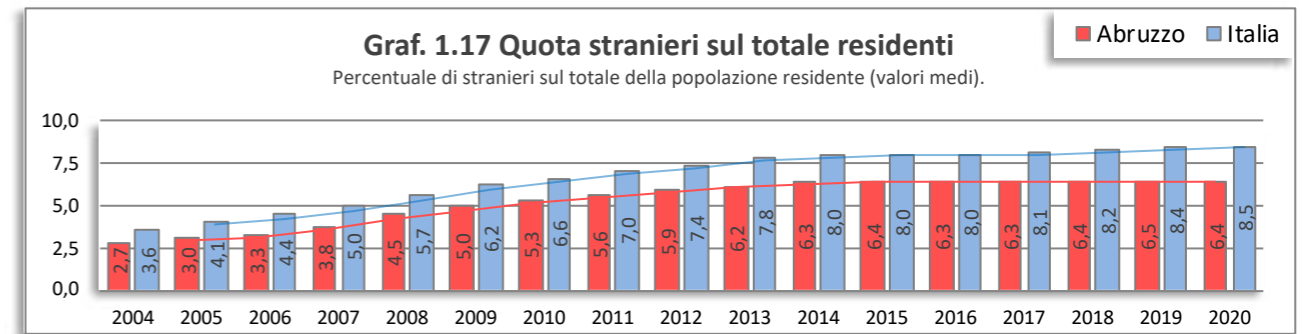
Come anticipato sopra, **le maggiori criticità emergono sul tema “Stranieri”**. Nonostante la “quota di permessi rilasciati per asilo politico e motivi umanitari” sia di gran lunga superiore al dato nazionale (23,4% contro 15,6% dell'Italia, anno 2019), su diversi indicatori analizzati il confronto con il resto del Paese, sia pur in miglioramento, non è positivo.



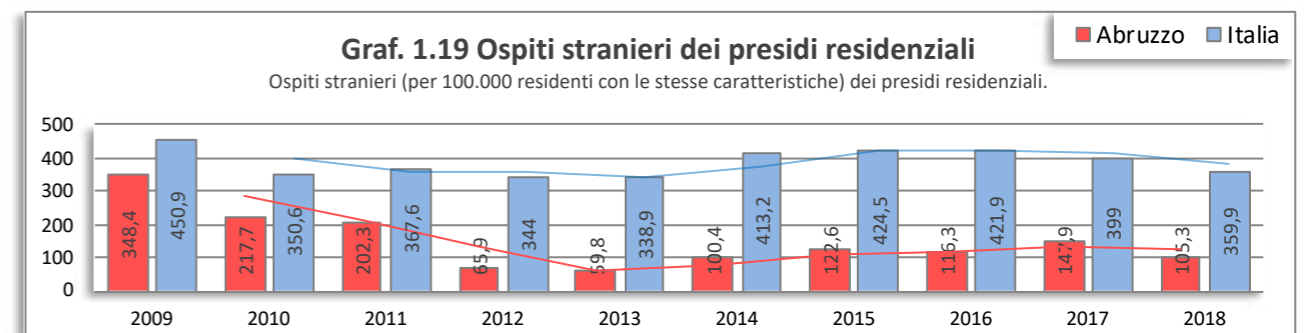
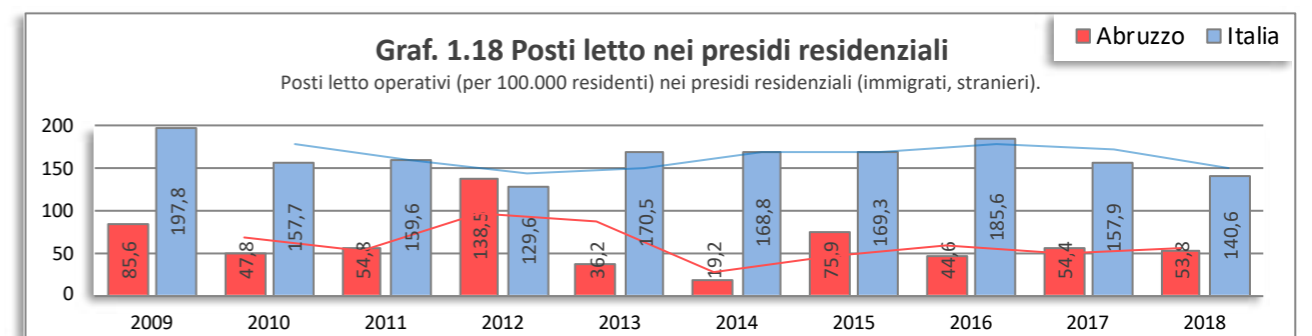
Nel quinquennio 2016-2020 il **“tasso di crescita della popolazione straniera”** è stato pari a -0,3% annuale, contro una media nazionale di +0,8%.



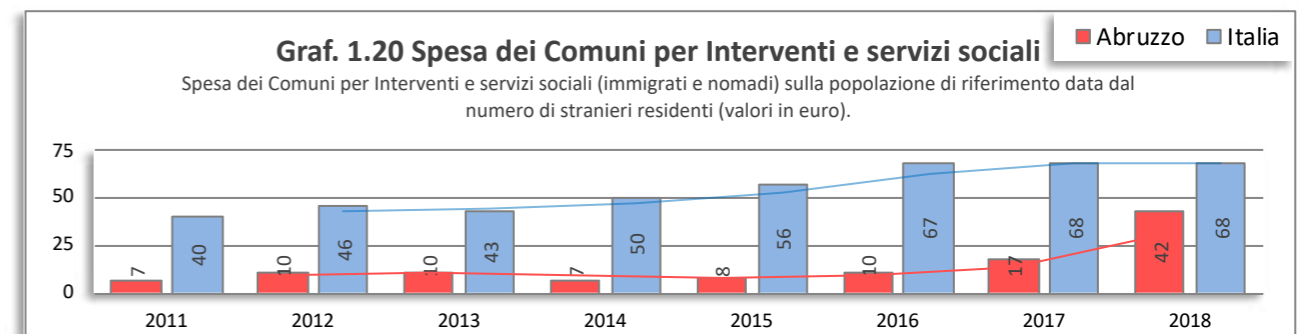
La **“quota stranieri sul totale residenti”** è pari nel 2020 al 6,4% contro l'8,5% dell'Italia, con una crescita fino al 2014 e una sostanziale stabilità dal 2015 al 2020.



I **“posti letto nei presidi residenziali”** sono pari a 53,8 ogni 100.000 residenti contro 140,6 registrato a livello nazionale, anno 2018, e soprattutto gli **“ospiti stranieri dei presidi residenziali”** sono pari a 105,3 ogni 100.000 residenti stranieri contro 359,9, anno 2018.



La **“spesa dei Comuni per Interventi e servizi sociali”** è pari a 42 euro ogni straniero residente contro 68 euro dell'Italia, anno 2018, con dati regionali tuttavia in crescita, come si evince dal grafico sotto riportato.



Infine, si segnalano i **“matrimoni con almeno uno straniero”**: 16,9% contro 18,6% dell'Italia, anno 2019.

1.1. Focus tematici. Le aree interne della regione Abruzzo

Con la definizione di “aree interne” si intendono tutti quei territori italiani caratterizzati da una significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi essenziali, quali salute, istruzione e mobilità collettiva, e da una disponibilità elevata d’importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e culturali (beni archeologici, insediamenti storici, abbazie, piccoli musei, centri di mestiere).

Una parte rilevante della regione Abruzzo è caratterizzata da aree interne, che offrono ai residenti una **limitata accessibilità ai servizi essenziali di cittadinanza** (istruzione, salute, mobilità), pur essendo dotate di considerevoli risorse ambientali e culturali. Queste aree, che sono situate in posizioni distanti dai principali centri urbani, subiscono un **processo di marginalizzazione che si autoalimenta**, caratterizzato da riduzione quantitativa e qualitativa dell’offerta locale dei servizi pubblici, calo della popolazione sotto la soglia critica, invecchiamento demografico, diminuzione dell’occupazione e dell’utilizzo del territorio, degrado del patrimonio artistico e paesaggistico, *digital divide*.

Allo scopo di arginare la situazione descritta, la Regione Abruzzo ha definito, in linea con quanto disposto dall’Accordo di Partenariato 2014-2020 – Italia – di cui all’art. 14 Reg. (UE) n. 1303/2013, una **Strategia per le aree interne** che promuova, da un lato, l’aumento del benessere e dell’inclusione sociale delle persone che vi risiedono e, dall’altro, l’incremento della domanda di lavoro e dell’utilizzo del capitale territoriale.

Nell’ambito della Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), la DGR n. 290/2015 ha individuato quattro aree interne: Area Basso Sangro-Trigno; Area Val Fino-Vestina; Area Gran Sasso-Subequana; Area Valle del Giovenco-Valle Roveto. In particolare, l’Area Basso Sangro-Trigno è indicata come Area Prototipo, destinataria di risorse finanziarie regionali, nazionali e comunitarie. A seguito del sisma dell’estate 2016, la DGR n. 613/2016 ha individuato una quinta area interna, denominata Area Alto Aterno-Gran Sasso-Laga, a cui applicare, nella fase della ricostruzione del tessuto sociale ed economico, le modalità proprie della SNAI. Gli ulteriori eventi sismici, che hanno ampliato la zona di intervento di ricostruzione post-sisma, hanno portato ad estendere la perimetrazione di questa area, modificata con la DGR n. 458/2017. In totale nella SNAI, per la Regione Abruzzo, sono coinvolti **103 Comuni** con una popolazione totale, al momento dell’istituzione delle aree, di circa 116.000 abitanti.

In tale contesto l’obiettivo della Regione Abruzzo consiste nel rilanciare le aree interne mediante interventi di sviluppo locale sostenibile, diretti a invertire la tendenza allo spopolamento e all’abbandono e, nel contempo, a garantire la fruizione dei servizi essenziali di cittadinanza relativi a istruzione, formazione, salute, mobilità e comunicazione digitale ad alta velocità. L’analisi ha consentito di individuare delle zone classificate come aree interne che racchiudono quella parte di territorio abruzzese posto a ridosso dell’Appennino Centrale, sulle quali sono previsti interventi economici per incentivare il superamento delle difficoltà e rilanciare le zone nell’ambito della Strategia Nazionale Aree Interne. In definitiva nella regione Abruzzo sono state individuate le seguenti

cinque aree interne:

- Alto Aterno - Gran Sasso-Laga;
- Basso Sangro-Trigno;
- Valle Subequana;
- Valle Roveto-Valle del Giovenco;
- Valfino-Vestina.

(Fonte: Agenzia per la Coesione Sociale)

Uno sguardo d'insieme sulla popolazione residente

L'invecchiamento della popolazione e il depauperamento demografico delle nostre aree interne vengono ben sintetizzati e descritti dalla tabella sotto riportata.

Tab. 1.1.1 Popolazione residente 2011-2021 e indicatori demografici, aree interne

	Residenti (1° gen. 2011)	Residenti (1° gen. 2021)	Variazione assoluta 2011-2021	Variaz. % 2011-2021		Popolazione 65 anni e più (1° gen. 2021)	Popolazione 0-14 anni (1° gen. 2021)	Popolazione in età attiva 15-64 (1° gen. 2021)	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia
Alto Aterno-Gran Sasso-Laga	36.097	31.933	-4.164	-11,5		8.667	3.476	19.790	43,8	249,3
Basso Sangro - Trigno	23.122	18.985	-4.137	-17,9		6.455	1.537	10.995	58,7	420,0
Valle Subequana	9.734	8.272	-1.462	-15,0		2.757	753	4.762	57,9	366,1
Valle Roveto - Giovenco	24.633	21.885	-2.748	-11,2		5.805	2.299	13.719	42,3	252,5
Valfino - Vestina	27.198	23.607	-3.591	-13,2		6.740	2.410	14.601	46,2	279,7
Totale Aree Interne	120.784	104.682	-16.102	-13,3		30.424	10.475	63.867	47,6	290,4
Totale Abruzzo	1.329.220	1.285.256	-43.964	-3,3		316.597	155.194	830.481	38,1	204,0
Totale Italia	59.948.497	59.257.566	-690.931	-1,2		13.923.073	7.564.791	37.769.702	36,9	184,1

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Dal 2011 al 2021 la popolazione residente in Italia è diminuita dell'1,2%, in Abruzzo del 3,3%, nelle aree interne del 13,3%, con il Basso Sangro-Trigno (-17,9%) e la Valle Subequana (-15,0%) a guidare la classifica.

L'indice di dipendenza degli anziani segnala, ogni 100 persone in età attiva (15-64 anni), 36,9 anziani in Italia, 38,1 in Abruzzo e 47,6 nelle aree interne (circa un anziano ogni due persone in età attiva), con il Basso Sangro-Trigno (58,7) e la Valle Subequana (57,9) nelle prime posizioni della graduatoria. Analogamente, l'indice di vecchiaia mostra come ogni 100 giovani (0-14 anni) siano presenti in Italia 184,1 anziani, in Abruzzo 204, nelle aree interne 290,4 (quasi 100 in più rispetto alla media italiana), con i consueti Basso Sangro-Trigno (420) e Valle Subequana (366,1) a guidare nuovamente la classifica.

Il confronto con i dati nazionali restituisce quindi una **situazione allarmante, che diventa drammatica se si pensa che l'Italia è uno dei Paesi più vecchi al mondo**, insieme a Germania e Giappone (rapporto Moody's).

I dati e gli indicatori presenti in tabella sono stati disaggregati per Comune e sono visibili in **Allegato I-1.1**. Diversi sono i **Comuni con decrementi della popolazione superiore al 30% dal 2011 al 2021**: Ortona dei Marsi (-31,2%) nella Valle Giovenco-Roveto; Castelvecchio Calvisio (-32,6%), San Benedetto in Perillis (-30,8%) e Villa Santa Lucia degli Abruzzi (-39,4%) nella Valle Subequana; Fraine (-30,1%), Pennadomo (-30,4%) e San Giovanni Lipioni (-30,9%) nel Basso Sangro-Trigno. Naturalmente non mancano i Comuni con percentuali di poco inferiori al 30%.

Sempre **nell'Allegato I-1.1** si possono notare indici di vecchiaia superiori a quota 1.000, **oltre 10 anziani** (65 anni e più) per ogni giovane (0-14 anni): Bisegna (2.275, in pratica quasi 23 anziani per ogni giovane) e Ortona dei Marsi (1.825) nella Valle Giovenco-Roveto; San Benedetto in Perillis (1.766,7) e Villa Santa Lucia degli Abruzzi (1.020) nella Valle Subequana. Comuni questi in cui l'indice di dipendenza degli anziani supera quota 100, evidenziando che ci **sono più anziani** (65 anni e più) **che persone in età lavorativa** (15-64 anni).

Di seguito alcuni approfondimenti sulle cinque aree interne che insistono sul territorio regionale.

Alto Aterno - Gran Sasso-Laga

L'area è costituita da 15 comuni tra le province di Teramo e L'Aquila, si estende su una superficie di 952,12 kmq e la popolazione residente al 1° gennaio 2021 è di 31.188 abitanti, per una densità abitativa pari a 32,5 abitanti per Km². Sugli indicatori demografici analizzati, **le risultanze sono migliori rispetto alla media delle aree interne**: la decrescita della popolazione è stata dell'11,5% e gli indici di dipendenza degli anziani e di vecchiaia risultano al 2021 pari rispettivamente a 43,8 e 249,3. Fanno parte di questa area strategica i Comuni di: Campi, Capitignano, Civitella del Tronto, Colledara, Crognaleto, Campotosto, Fano Adriano, Montereale, Montorio al Vomano, Pietracamela, Torricella Sicura, Cortino, Rocca Santa Maria, Tossicia e Valle Castellana. Tutti i Comuni rientrano nel cosiddetto "cratere sismico" e sono in gran parte interessati dalla disciplina della gestione associata obbligatoria delle funzioni e servizi. Il territorio si distribuisce su più sub-aree, morfologicamente separate dalla catena montuosa del Gran Sasso. In passato buona parte dei Comuni dell'area ha condiviso, con altri Comuni esterni, l'appartenenza alle **tre Comunità montane**: Comunità Montana Gran Sasso (sei Comuni dell'area e Comuni esterni dell'Area Valfino-Vestina); Comunità Montana della Laga (sei Comuni dell'area); Comunità Montana Montagna di L'Aquila (tre Comuni dell'area e molti altri esterni).

I Comuni hanno inoltre aderito a **due Unioni di Comuni**, di cui una tuttora in corso di definizione. Nello specifico: Unione di Comuni montani della Laga, formata da cinque Comuni dell'area interna (Campi, Cortino, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana); Unione di Comuni Valle Siciliana, istituita nel 2016 dall'esperienza della Comunità montana Gran Sasso, formata da quattro Comuni, di cui due dell'area interna (Colledara e Tossicia) e due appartenenti all'area interna Valfino-Vestina. Tutti i Comuni, tranne Colledara, appartengono al Parco nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga.

Basso Sangro-Trigno

L'area è costituita da 33 comuni, tutti della provincia di Chieti, si estende su una superficie di 760,96 kmq con una popolazione residente di 18.985 abitanti per una densità abitativa pari a 24,9 abitanti per Km². Rispetto agli indicatori analizzati rappresenta il **territorio con la maggiore decrescita della popolazione (-17,9%) e con i peggiori indici di dipendenza anziani (58,7) e di vecchiaia (420)**.

I Comuni dell'area sono: Borrello, Carunchio, Castelguidone, Castiglione Messer Marino, Celenza sul Trigno, Civitaluparella, Colledimacine, Colledimezzo, Fallo, Fraine, Gamberale, Gessopalena, Lama dei Peligni, Lettopalena, Montazzoli, Montebello sul Sangro, Monteferrante, Montelapiano, Montenerodomo, Palena, Pennadomo, Pietraferrazzana, Pizzoferrato, Quadri, Roccaspinalveti, Roio del Sangro, Rosello, San Giovanni Lipioni, Schiavi di Abruzzo, Taranta Peligna, Torrebruna, Torricella Peligna, Villa Santa Maria. Nonostante un **patrimonio naturale e culturale di notevole interesse**, che potrebbe rappresentare un contesto di rilancio, **il complesso dell'offerta turistica è ancora inadeguato** a rispondere ai bisogni dell'utenza potenziale. L'economia dipende in modo rilevante dall'industrializzazione delle zone limitrofe di fondovalle nei settori **automotive e agricolo-alimentare**, mentre nella prossimità dei comuni sono presenti diverse micro e piccole imprese, in parte orientate alla valorizzazione delle produzioni del territorio, la cui attività appare gravata da ritardi di tipo tecnologico, di processo e organizzativi. Il territorio risente inoltre di **problemi di viabilità**, con collegamenti stradali disagiati, anche sulle direttrici di alcuni dei bacini occupazionali di riferimento. Allo stato attuale il territorio soffre, in misura maggiore rispetto alla media regionale e nazionale, lo svantaggio legato al **digital divide** di tipo infrastrutturale.

L'area interna Basso Sangro-Trigno presenta un quadro di gestione associata complesso e variegato, sia per la sua conformazione territoriale, sia per lo stratificarsi, negli anni, di esperienze di cooperazione eterogenee tra diversi insiemi di Comuni. Le principali forme di gestione associata si sono espresse nel contesto di **tre Unioni di Comuni**: Unione dei Comuni Maiella Orientale Verde Aventino, Unione Montana dei Comuni del Sangro, Unione dei Comuni del Sinello e **due Comunità montane**: Comunità Montana Aventino Medio Sangro; Comunità Montana Sangro Vastese, con il coinvolgimento, in diversi casi, di Comuni al di fuori dell'area di progetto.

Valle Subequana

L'area è formata da 24 comuni, tutti della provincia dell'Aquila, si estende su una superficie di 650,12 kmq con una popolazione residente di 8.272 abitanti per una densità abitativa pari a 12,7 abitanti per Km². **Dopo il Basso Sangro-Trigno, dal punto di vista demografico è quella che versa nelle condizioni più critiche**: la popolazione dal 2011 al 2021 è diminuita del 15%, l'indice di dipendenza degli anziani al 2021 risulta pari a 57,9 e quello di vecchiaia a 366,1. I Comuni dell'area sono: Acciano, Calascio, Capistrano, Caporciano, Carapelle Calvisio, Castelvecchio Calvisio, Castel del Monte, Castel di Ieri, Castelvecchio Subequo, Collepietro, Fagnano Alto, Fontecchio, Gagliano Aterno, Goriano Sicoli, Molina Aterno, Navelli, San Pio delle Camere, San Benedetto in Perillis, Ofena, Santo Stefano di Sessanio, Secinaro, Prata D'Ansidonia, Tione degli Abruzzi e Villa Santa Lucia degli Abruzzi. Naturalmente, lo spopolamento dell'area non è un fenomeno recente: tra il 1971 e il 2011 la variazione percentuale della popolazione residente è stata del 46,5% e **ciò accade nonostante l'elevata percentuale di stranieri residenti**, pari all'8% (la media nazionale aree interne è pari al 5,4%).

Diciannove Comuni dell'area fanno parte del cratere sismico, ma anche gli altri cinque sono stati colpiti dagli effetti del sisma del 2009. **L'area comprende due parti, Valle Subequana e Gran Sasso**, che appartengono a due Unioni montane diverse, a due parchi differenti (Parco naturale regionale Sirente-Velino e Parco nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga) e a diversi distretti sanitari. Le due parti hanno però in comune un contratto di fiume, un coordinamento delle associazioni, un sistema turistico locale che comprende due DMC, appartengono allo stesso GAL Gran Sasso-Velino e stanno lavorando alla creazione di un distretto culturale superequano.

Valle Roveto-Giovenco

I comuni interessati sono 12, tutti della provincia dell'Aquila; l'area si estende su una superficie di 591,45 kmq, con una popolazione residente di 21.885 abitanti per una densità abitativa pari a 37 abitanti per Kmq. Gli indicatori demografici visti in precedenza, sia pur allarmanti, evidenziano migliori performance rispetto alle altre aree interne. Nel periodo intercorso tra il 2011 e 2021, la popolazione è diminuita "solo" dell'11,2% e al 2021 gli indici di dipendenza degli anziani e di vecchiaia risultano pari rispettivamente a 42,3 e 252,5. Detti indicatori collocano l'area in questione come **la più "giovane" tra quelle analizzate**. I Comuni sono: Balsorano, Bisegna, Civita d'Antino, Gioia dei Marsi, Lecce nei Marsi, Morino, Ortona dei Marsi, Ortucchio, Pescina, San Benedetto dei Marsi, San Vincenzo Valle Roveto, Villavallelonga. Essi, da un punto di vista morfologico, sono parte di **tre distinti contesti vallivi**: Valle del Giovenco, Vallelonga e Valle Roveto. Queste valli, benché contigue, dopo il prosciugamento del Lago del Fucino non sono state più direttamente comunicanti tra loro, agendo da barriera naturale il sistema montuoso che le divide, che invece da sempre era stato il sistema di collegamento naturale e territoriale.

Territorio dall'antichità ricompreso nella terra dei Marsi, poi conquistato da Roma, è correlato dal punto di vista ambientale all'Appennino e alla istituzione del PNALM. La Valle Roveto costituisce anche un interessante corridoio di collegamento ambientale con i monti Ernici e Simbruini. Sono **forti le valenze storiche evocative**: dalle Città dei Marsi agli insediamenti romani, ai castelli, agli eremi medievali. La Riserva di Zompo lo Schioppo, con il suo bacino imbrifero, genera la cascata naturale più alta dell'Appennino. Territorio montano e rurale, quindi, di grande pregio con forti connotazioni storico-culturali, in uno stato di **marginalizzazione economica** nella sua storia più recente: è in questo carattere e nelle sue componenti che deve essere colta l'opportunità di ripensare la stessa area, per la costruzione di prospettive di sviluppo attuali e innovative. Dunque, la riscoperta di sé stessi (montagna, paesaggi, comunità e storia) e delle potenzialità derivanti dall'evoluzione tecnologica, dalla conoscenza, dalla sperimentazione outdoor, fino all'esperienza del prodotto tipico (che non è solo cibo, ma complessiva qualità della vita), passando per l'incontro di chi questa terra la vive ed è artefice della continua trasformazione del paesaggio percepito: la Comunità locale.

Valfino-Vestina

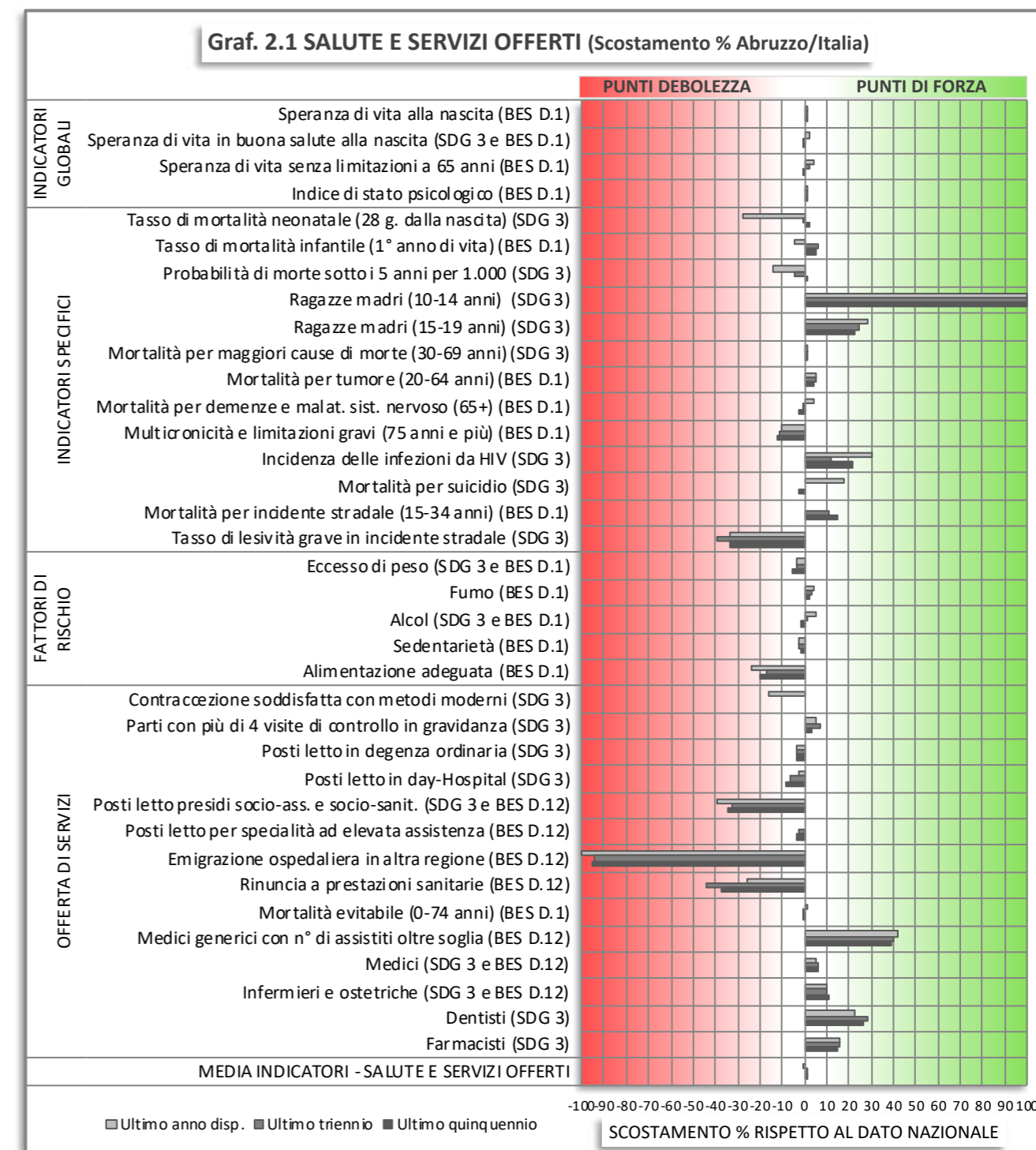
L'area è costituita da 19 comuni dislocati tra le province di Teramo e Pescara, si estende su una superficie di 516,13 kmq, la popolazione residente è di 23.607 abitanti per una densità abitativa pari a 45,7 abitanti per Kmq. **Gli indicatori demografici risultano, sia pur di poco, migliori rispetto alla media delle aree interne**: la popolazione è scesa del 13,2% e gli indici di dipendenza degli anziani e di vecchiaia risultano pari rispettivamente a 46,2 e 279,7. I Comuni afferenti all'area sono: Arsita, Bisenti, Brittolini, Carpineto della Nora, Castel Castagna, Castelli, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cermignano, Civitella Casanova, Corvara, Elice, Farindola, Isola del Gran Sasso, Montebello di Bertona, Montefino, Penna Sant'Andrea, Vicoli e Villa Celiera, tutti classificati come aree interne, di cui 8 riconosciuti come aree periferiche.

Dal punto di vista dell'assetto morfologico, si tratta di **un'area collinare-pedemontana**, che si estende dalle colline teramane e pescaresi fino a raggiungere il Parco nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga. L'area, proprio per le sue caratteristiche geomorfologiche, viene identificata in 3 sub-ambiti: Vomano, dalle pendici del Gran Sasso fino alla Riserva naturale regionale Parco del Cerreto; Valfino, dal Parco nazionale Gran Sasso e Monti della Laga fin lungo il percorso del fiume Fino; Vestina, dalla Piana del Voltigno fino ai piedi del Parco nazionale della Maiella.

Una menzione specifica va fatta alla ricomprensione di taluni comuni dell'area nel cratere sismico aquilano del 2009 e del sisma centro Italia 2016. L'area è parte del Parco nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga, comprende la Riserva naturale regionale Lago di Penne e la Riserva naturale regionale Valle d'Angri-Voltigno. Il fattore ambientale è parte costitutiva essenziale dell'identità dell'area, come emerge anche dai focus: in questo territorio è nato il primo circolo di Legambiente della regione Abruzzo e il primo regolamento per la flora e per la fauna d'Abruzzo nel 1996.

2. Area tematica SALUTE E SERVIZI OFFERTI

L'indice sintetico (media indicatori) è molto prossimo allo zero; nel complesso, quindi, per l'area tematica "Salute e servizi offerti" **i dati sono in linea con il resto del Paese** (lo scostamento rispetto al dato nazionale passa da +0,4% nell'ultimo quinquennio a -0,2% nell'ultimo anno disponibile).



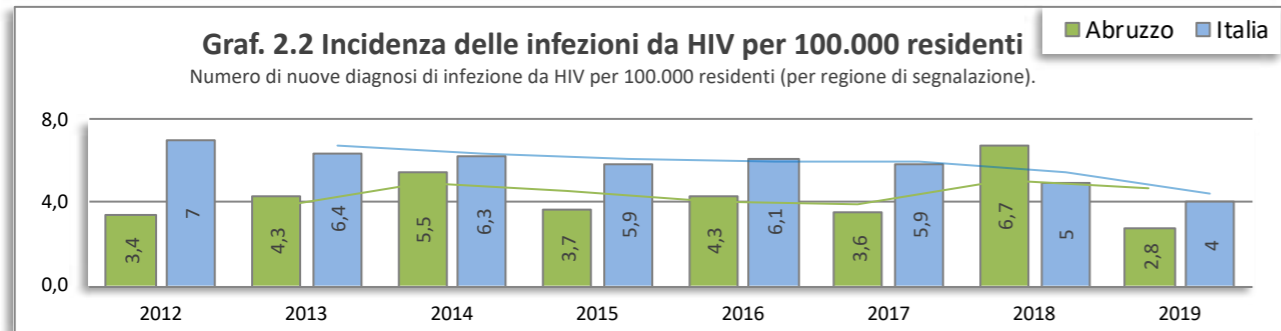
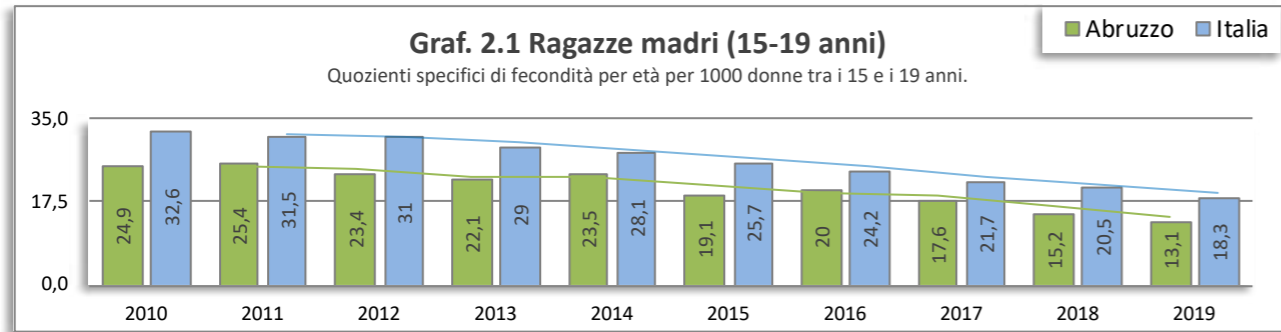
Fonte: elaborazioni su Istat

Estrapolando dal grafico 2.1 quegli indicatori sui quali si evidenziano le maggiori divergenze rispetto al dato nazionale (10%, sia in positivo sia in negativo), si ottiene la tabella 2.1 che riassume i **punti di forza e debolezza della regione Abruzzo** nei confronti del resto del Paese.

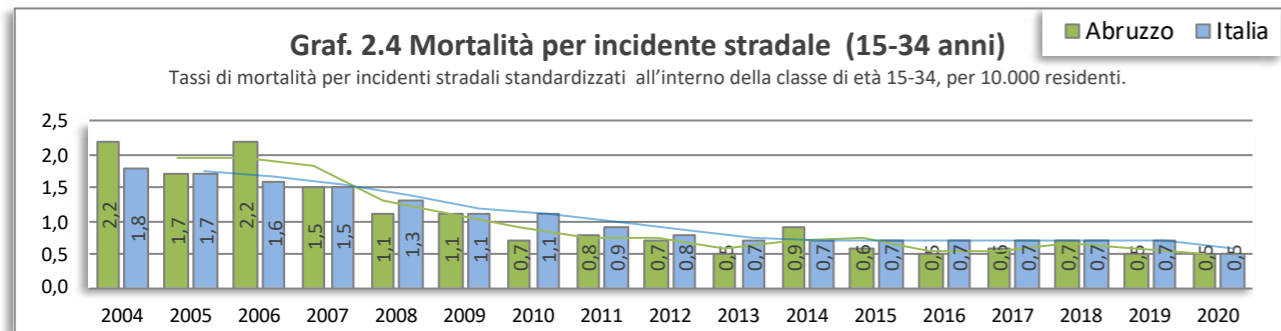
Tab. 2.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - SALUTE E SERVIZI OFFERTI

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Salute			
SDG	Tasso di lesività grave in incidente stradale	Ragazze madri (10-14 anni e 15-19 anni)	SDG
	Alimentazione adeguata	Incidenza infezioni da HIV	SDG
	Multi cronicità e limitazioni gravi (anni 75+)	Mortalità per incidente stradale (15-34 anni)	
Servizi offerti			
	Emigrazione ospedaliera in altra regione	Medici generici con un n° assistiti oltre soglia	
	Rinuncia a prestazioni sanitarie	Dentisti	SDG
SDG	Posti letto nei presidi residenziali	Farmacisti	SDG
SDG	Contracezione soddisfatta con metodi moderni	Infermiere e ostetriche	SDG

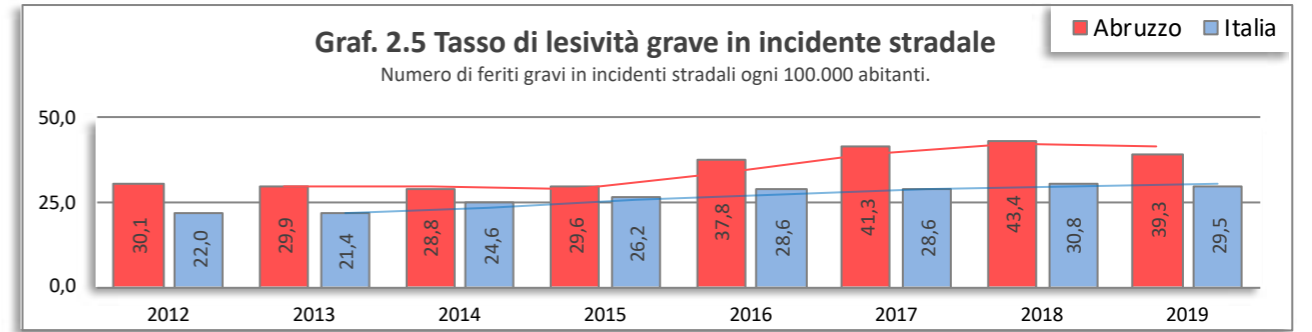
Riguardo alla **“Salute”**, tra i **punti di forza** si evidenziano il **“numero di ragazze madri”**, sia per la classe di età 15-19 anni (13,1 ogni 1.000 ragazze 15-19 anni contro 18,3 dell’Italia, anno 2019), sia per quella 10-14 anni (0% contro 0,02%, anno 2019), nonché **“l’incidenza delle infezioni da HIV”** (2,8 ogni 100.000 residenti contro 4 dell’Italia, anno 2019).



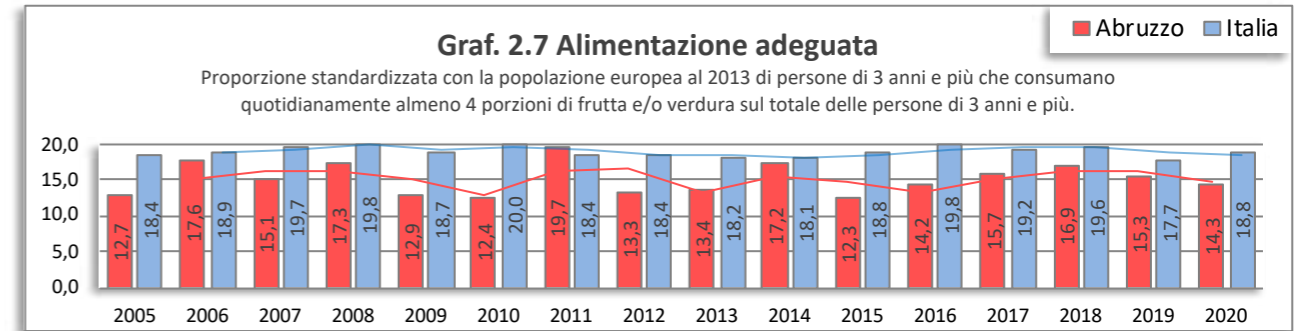
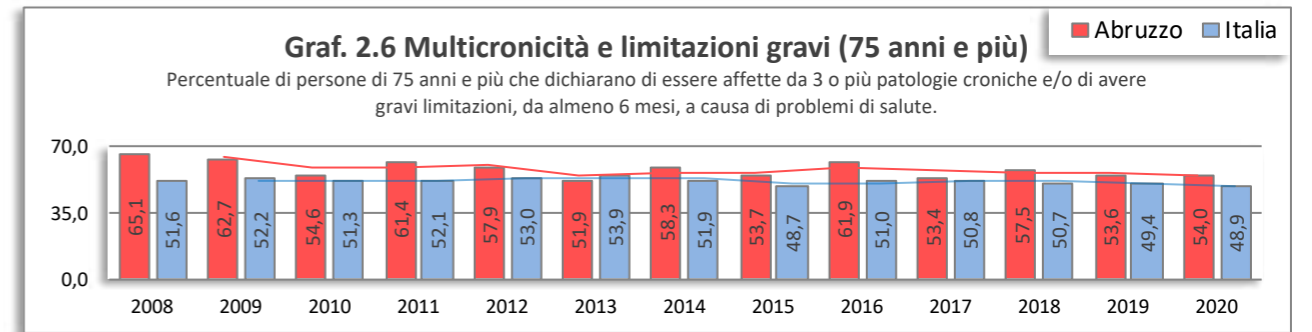
Inoltre, se da un lato la maggiore criticità viene evidenziata dal **“tasso di lesività grave in incidente stradale”** (39,3 ogni 100.000 abitanti contro 29,5 dell’Italia, anno 2019), dall’altro, tra i punti di forza troviamo proprio la **“mortalità giovanile (15-34 anni) per incidenti stradali”**, quasi sempre più bassa del dato nazionale (grafico 2.4).



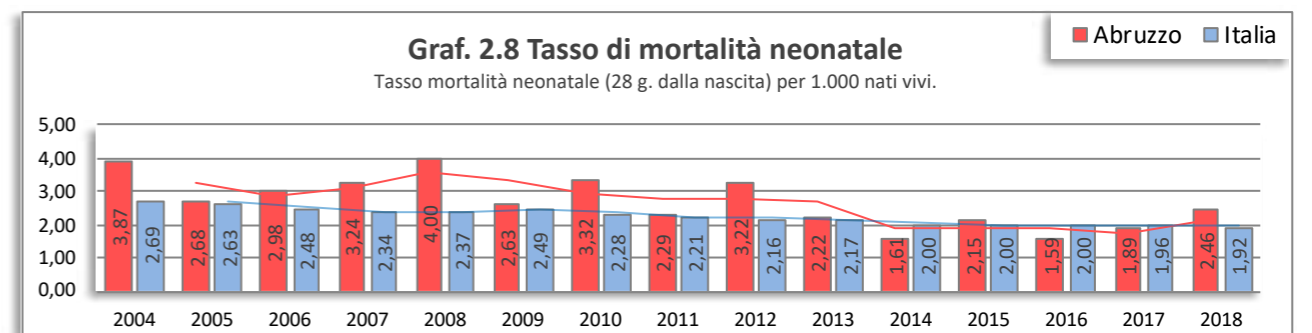
Sono quindi soprattutto le **persone più adulte e gli anziani a essere coinvolti in incidenti stradali con gravi conseguenze sulla salute.**



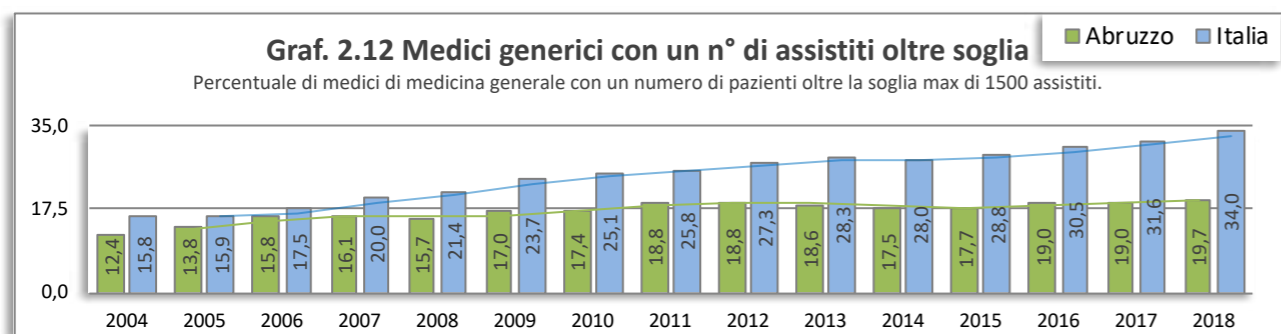
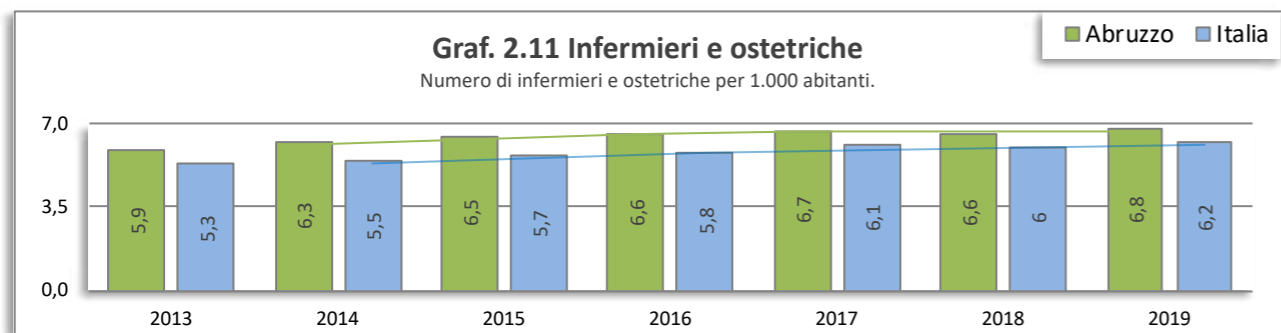
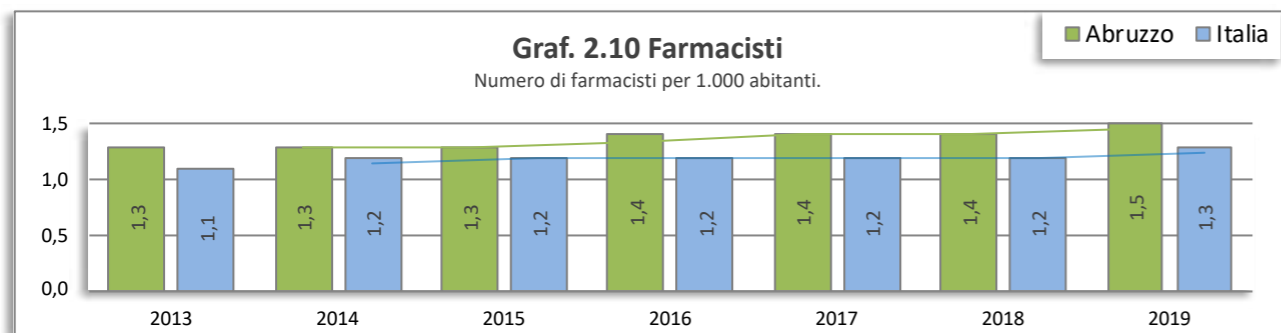
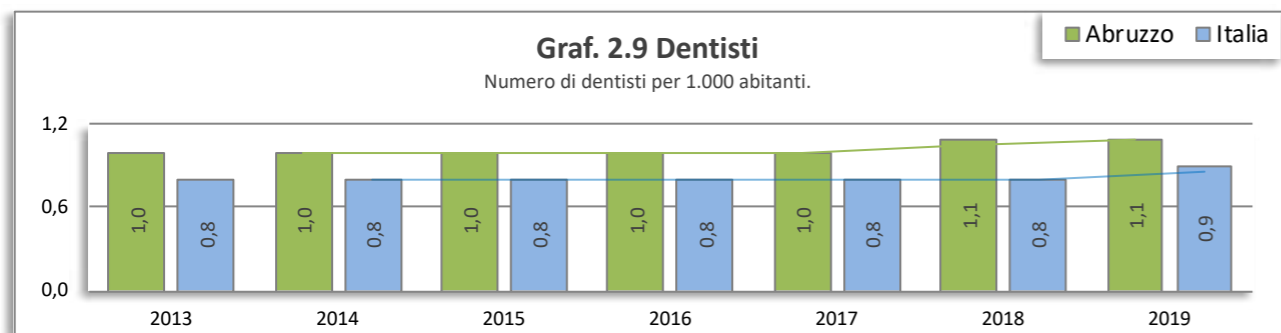
Gli anziani abruzzesi mostrano inoltre **problemi di “multicronicità e limitazioni gravi”** (54% della popolazione di 75 anni e più contro il 48,9% dell’Italia, anno 2020), **verosimilmente dovuti a una “alimentazione adeguata” non sempre seguita nel corso della vita** (14,3% contro 18,8%, anno 2020).



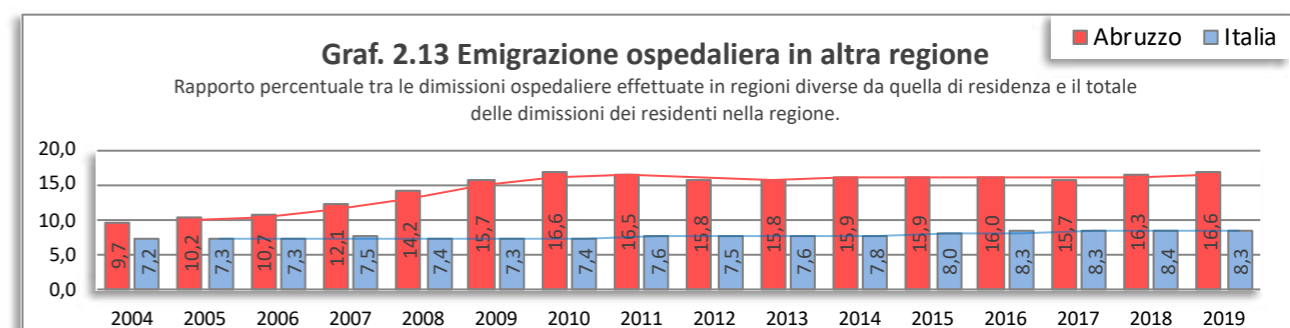
Si segnala infine un **“tasso di mortalità neonatale” in crescita** negli ultimi anni e al 2018 superiore al dato nazionale (2,46 ogni 1.000 nati vivi contro 1,96 dell’Italia); l’auspicio, quindi, è di non eguagliare i valori degli anni passati, quando ad esempio nel 2008 si registravano 4 morti ogni 1.000 nati vivi.



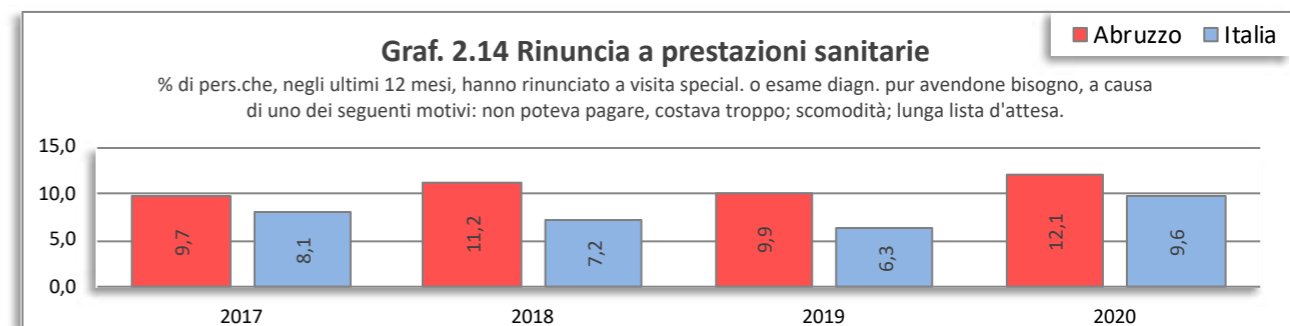
Per quanto riguarda i **“Servizi offerti”**, il confronto con il dato nazionale restituisce un **quadro più che positivo sulla consistenza del personale sanitario**, in particolare sul numero di “dentisti”, “farmacisti”, “infermieri e ostetriche”. Ma è soprattutto sul numero di “medici generici che hanno un numero di assistiti oltre soglia massima (1.500 assistiti)” (19,7% contro il 34% dell’Italia, anno 2018) che l’Abruzzo mostra una performance decisamente migliore rispetto al resto del Paese.



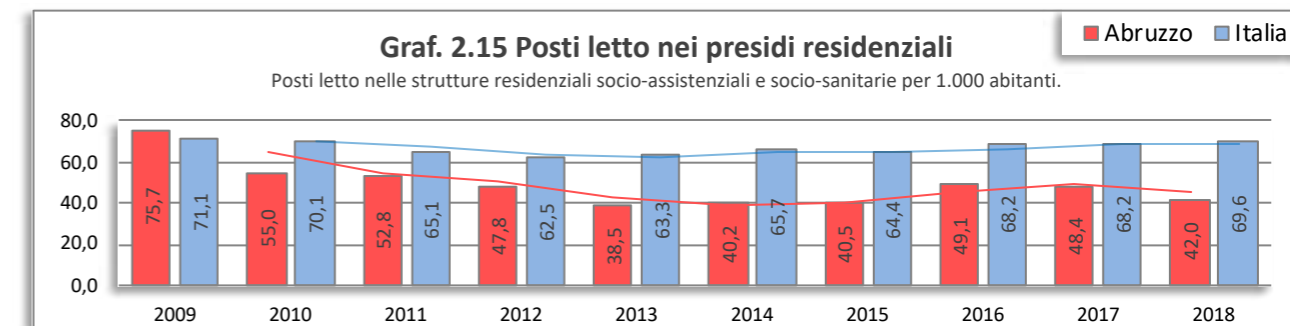
Tra le criticità spicca il dato sull’**“emigrazione ospedaliera in altra regione”**, doppio rispetto alla media nazionale, con una forbice che si è allargata a partire dal 2007 ed è rimasta costante fino al 2019 (ultimo dato disponibile).



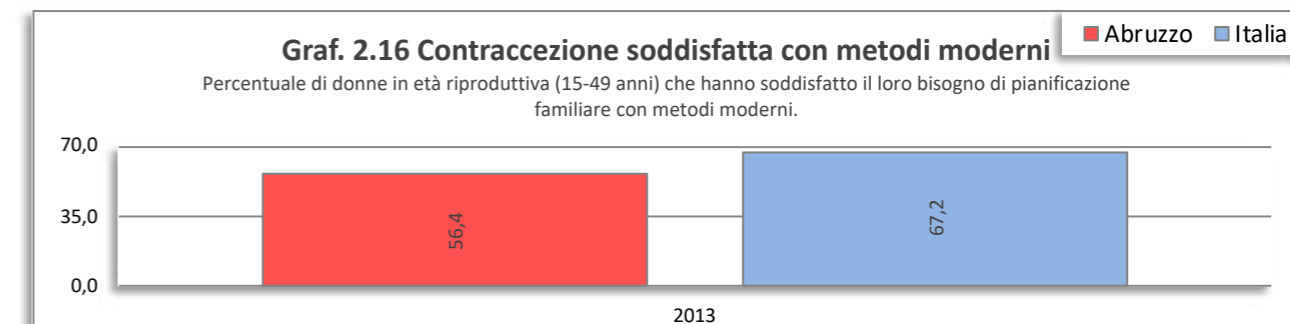
Criticità si evidenziano anche sulla **“rinuncia a prestazioni sanitarie”** (12,1% contro il 9,6% dell’Italia, anno 2020), costantemente superiore al dato nazionale su tutti gli anni analizzati. Il dato che si registra nel 2020 è certamente straordinario per la particolare situazione legata alla pandemia da Covid-19: restrizioni imposte, timore di contrarre infezioni, ma soprattutto la chiusura, nel periodo del lockdown, di molte strutture ambulatoriali. Ciò ha determinato ulteriori ritardi e allungamenti delle liste d’attesa, con un danno in termini di salute pubblica che ancora non è del tutto misurabile.



Altra criticità rispetto ai dati nazionali si riscontra sul numero di **“posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari”** (42 posti ogni 10.000 abitanti contro circa 70 dell’Italia, anno 2018). Da ricordare è il dato del 2009, anno in cui l’Abruzzo mostrava valori superiori al resto del Paese (75,7 contro 71,1). Maggiori dettagli nell’Allegato I-2.



Si segnala infine un **minore utilizzo di metodi contraccettivi moderni**, almeno stando ai dati del 2013.



2.1. Focus Agenda 2030 - Salute e servizi offerti

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio, basato sia sul **posizionamento rispetto all'Italia**, dato dallo scostamento dell'Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall'Abruzzo nell'ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa inoltre che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

Si specifica che in questa area è stato utilizzato un indicatore BES non SDG, essendo i due indicatori molto simili e l'obiettivo generico.

TAB. 2.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza medio periodo
3.2 - Entro il 2030, mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni, con l'obiettivo per tutti i Paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, a non più di 25 su 1.000 nati vivi		
Tasso mortalità neonatale (28 gg. dalla nascita) per 1.000 – SDG 3 (Rapporto tra numero di decessi dei residenti nei primi 28 giorni e numero di nati vivi nello stesso anno, per 1.000)	+1,0%	-0,7%
Probabilità di morte sotto i 5 anni per 1.000 – SDG 3 (La probabilità di morte 0-4 anni esprime il rischio che una persona di età esatta 0 muoia prima del 5° compleanno)	+4,6%	+8,8%
3.3 - Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili		
Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti – SDG 3 (Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per 100.000 residenti (per regione di segnalazione))	-12,1%	-3,0%
3.4 - Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura e promuovere la salute mentale e il benessere		
Mortalità per maggiori cause di morte (30-69 anni) – SDG 3 (Probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie)	-0,9%	-3,7%
Speranza di vita in buona salute alla nascita – SDG 3 e BES D.1 (N° medio di anni che un bambino, ... che rispondono positivamente alla domanda sulla salute percepita)	-0,7%	+1,7%
Eccesso di peso – SDG 3 e BES D.1 (Proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più)	+3,9%	-2,9%

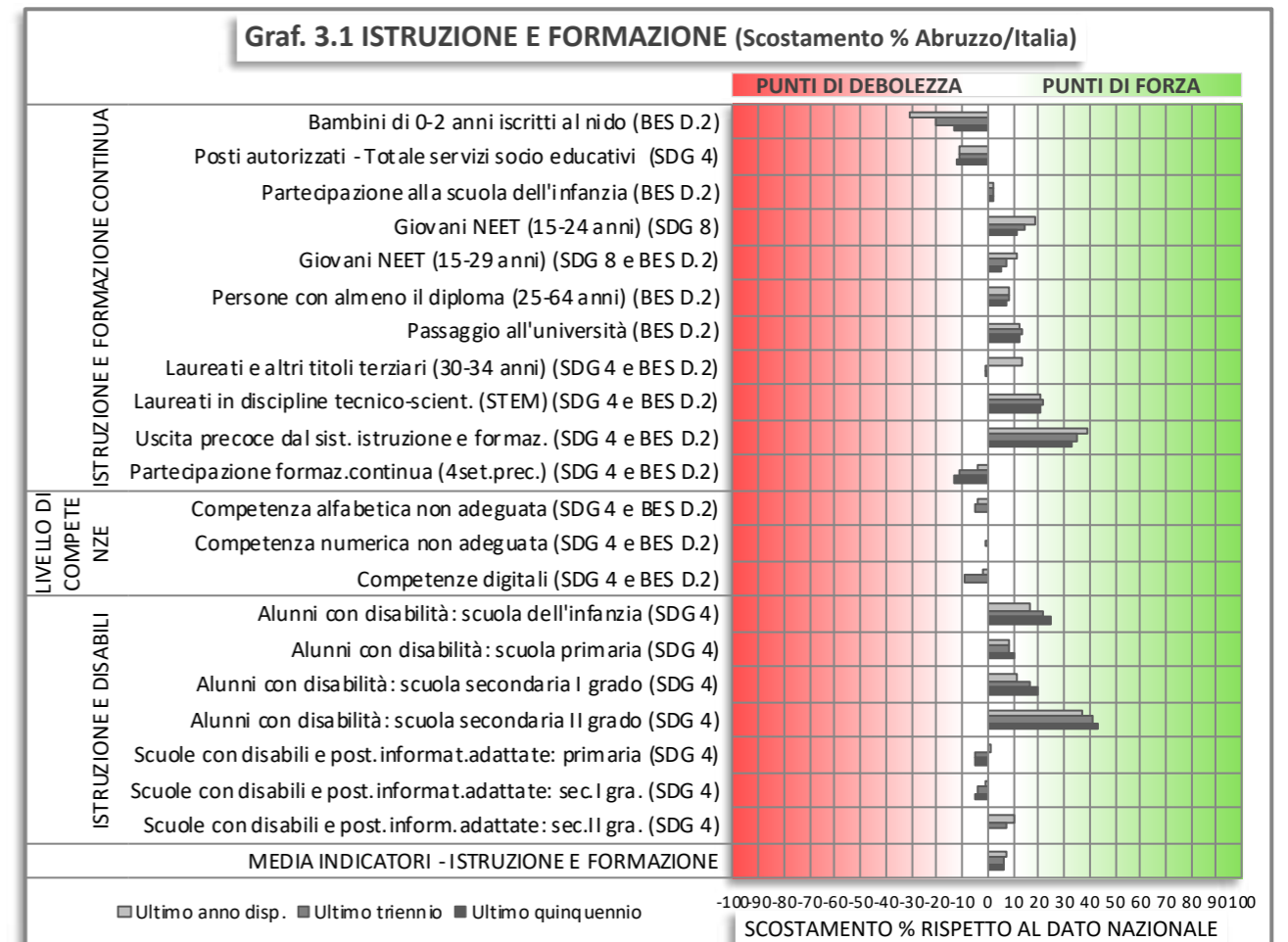
TAB. 2.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza medio periodo
Mortalità per suicidio – SDG 3 (Tasso standardizzato per suicidio per 100.000 residenti)	0,0%	-12,6%
3.5 - Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui abuso di stupefacenti e l'uso nocivo di alcool		
Alcol – SDG 3 e BES D.1 (Proporzione standard. di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul tot. persone di 14 anni e più)	-1,6%	-6,0%
3.6 - Entro il 2020, dimezzare il numero di decessi a livello mondiale e le lesioni da incidenti stradali		
Tasso di lesività grave in incidente stradale – SDG 3 (Tasso di lesività grave in incidente stradale ogni 100.000 abitanti, mediante l'utilizzo di dati di dimissione ospedaliera)	+39,5%	+28,9%
3.7 - Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione familiare, l'informazione e l'educazione, l'integrazione della salute riproduttiva in strategie e programmi nazionali		
Domanda di contraccezione soddisfatta con metodi moderni – SDG 3 (% di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni)	-16,1%	n.d.
Ragazze madri (10-14 anni) – SDG 3 (Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 10 e i 14 anni)	-100%	0,0%
Ragazze madri (15-19 anni) – SDG 3 (Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni)	-24,1%	-26,7%
3.8 - Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità, l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti		
Posti letto in degenza ordinaria – SDG 3 (Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	-3,6%	-0,4%

TAB. 2.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza medio periodo
Posti letto in day-Hospital – SDG 3 (Posti letto in day-Hospital negli istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	-6,7%	-4,0%
Posti letto presidi residenziali socioassistenziali e socio sanitari – SDG 3 e BES D.1) (Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e socio sanitari per 10.000 abitanti)	-32,3%	+17,0%
Parti con più di 4 visite di controllo in gravidanza – SDG 3 (Percentuale dei parti con più di 4 visite di controllo effettuate in gravidanza)	+7,0%	+13,2%
3.a - Rafforzare l'attuazione della "Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità" sul controllo del tabacco in tutti i Paesi, a seconda dei casi		
Fumo – BES D.1 (Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più, che dichiarano attualmente di fumare sul totale delle persone di 14 anni e più)	-3,5%	-8,8%
3.c - Aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto nei Paesi meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo		
Medici per 1.000 abitanti – SDG 3 e BES D.12	+6,6%	+2,4%
Infermieri e ostetriche per 1.000 abitanti – SDG 3 e BES D.12	+9,8%	+3,6%
Dentisti per 1.000 abitanti – SDG 3	+28,0%	+6,7%
Farmacisti per 1.000 abitanti – SDG 3	+16,2%	+7,5%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

3. Area tematica ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Buone le risultanze dell'indice sintetico, sostanzialmente costante nel corso dei tre periodi analizzati e pari a circa +7% rispetto ai dati nazionali. L'area tematica "Istruzione e Formazione" costituisce un **punto di forza della regione, con criticità circoscritte alle fasi preistruzione e post-istruzione.**



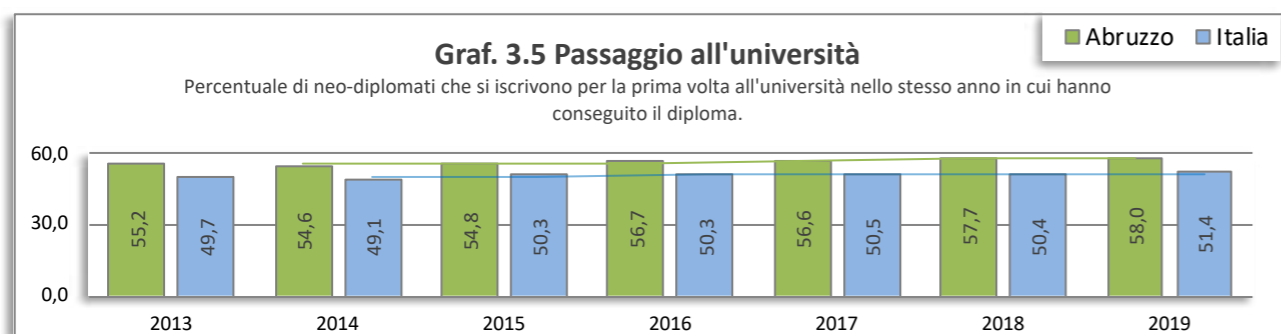
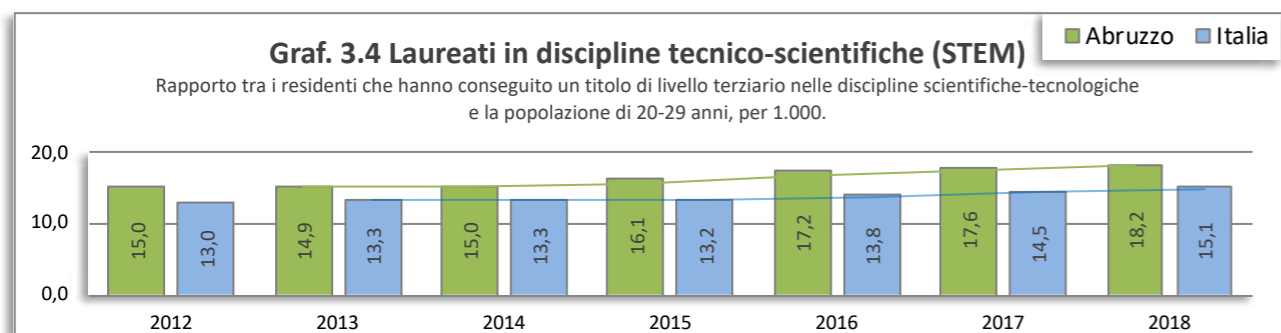
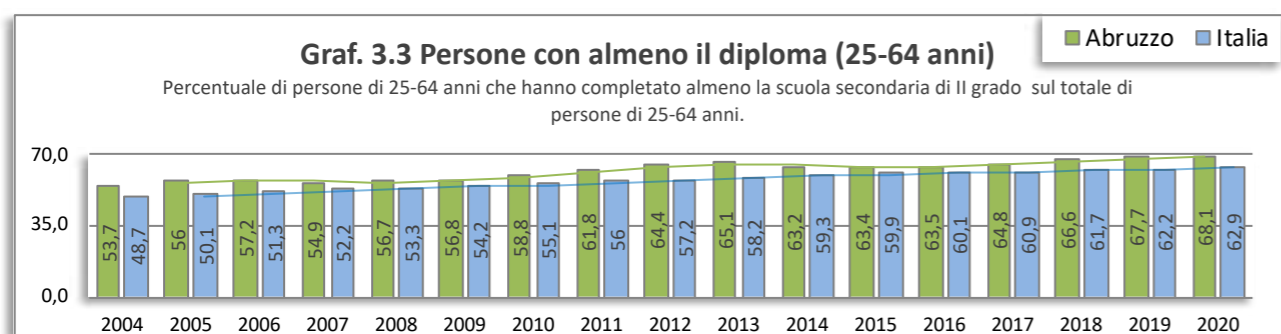
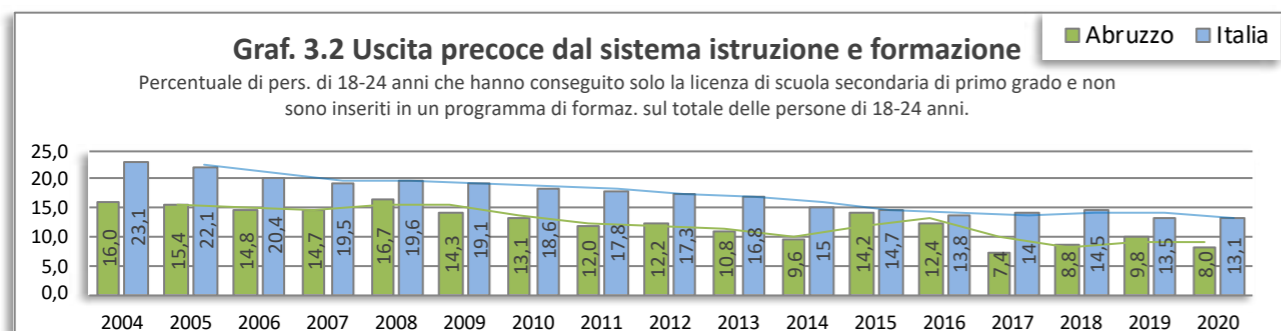
Fonte: elaborazioni su Istat

Come di consueto, estrapolando dal grafico 3.1 quegli indicatori sui quali si evidenziano le maggiori divergenze rispetto al dato nazionale (10%, sia in positivo sia in negativo), si ottiene la tabella 3.1.

Tab. 3.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - ISTRUZIONE E FORMAZIONE

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Istruzione e Formazione continua			
SDG	Bambini 0-2 anni iscritti al nido	Uscita precoce dal sistema di istruz. e formaz.	SDG
	Posti autorizzati - Totale servizi socioeducativi	Laureati in discipline tecno-scientifiche (STEM)	SDG
SDG	Partecipazione alla formazione continua	Passaggio all'università	
		Giovani NEET (15-24 anni)	SDG
Livello di competenze			
	non evidenziato	non evidenziato	
Istruzione e disabili			
	non evidenziato	Alunni con disabilità: scuola sec. di II grado	SDG
		Alunni con disabilità: scuola dell'infanzia	SDG
		Alunni con disabilità: scuola sec. di I grado	SDG
		Alunni con disabilità: scuola primaria	SDG

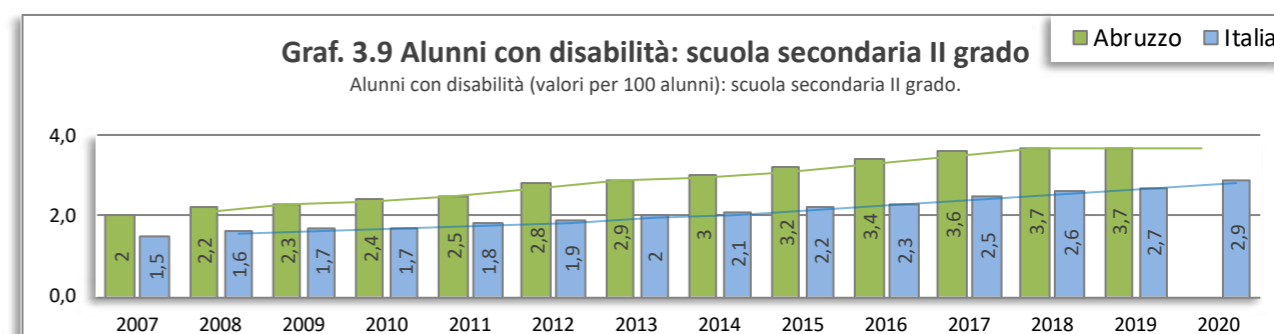
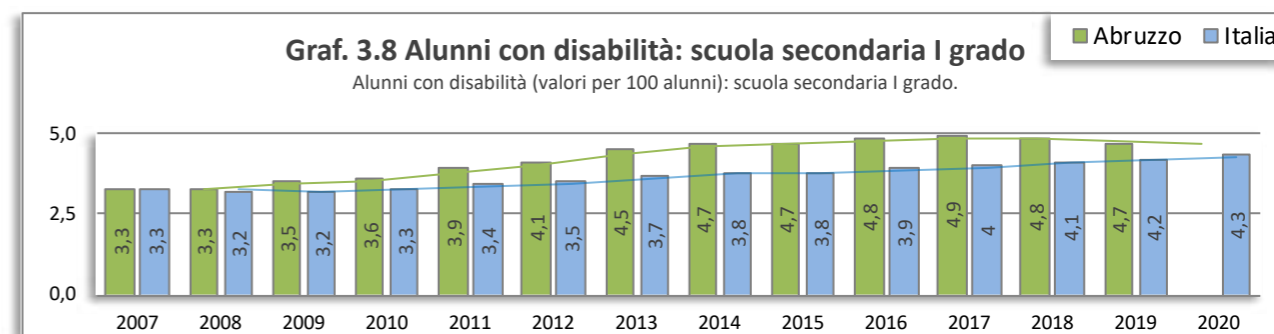
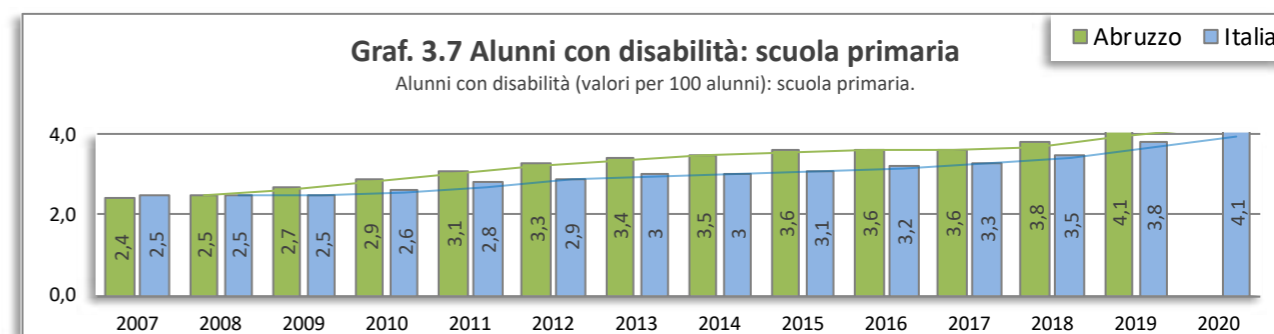
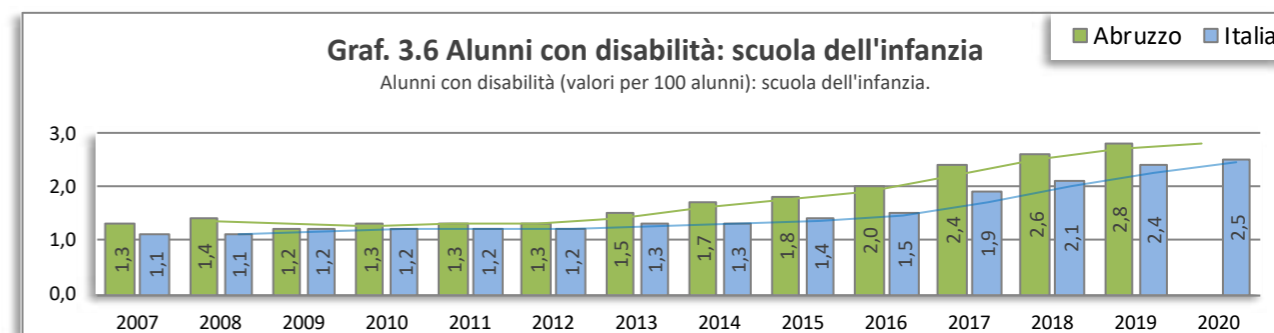
Come anticipato sopra, **all'interno delle fasi pre e post istruzione, gli indicatori regionali si posizionano invece quasi sempre meglio rispetto a quelli nazionali**, anche in modo significativo: "l'uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione" (8% contro 13,1% dell'Italia, anno 2020), le "persone 25-64 anni con almeno il diploma di scuola superiore" (68,1% contro 62,9%, anno 2020), i "laureati in discipline tecno-scientifiche" (18,1 ogni 1.000 residenti di 20-29 anni contro 15,1 dell'Italia, anno 2018), il "passaggio all'università" (58% dei diplomati contro il 51,4% del resto del Paese, anno 2019).



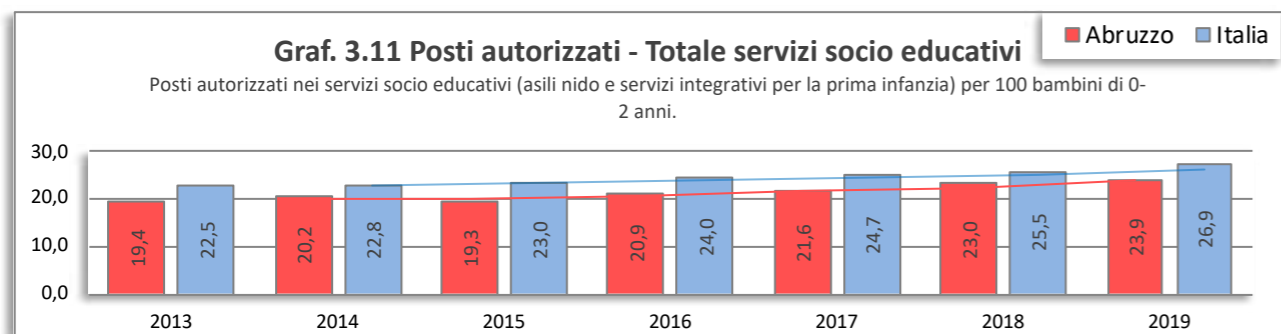
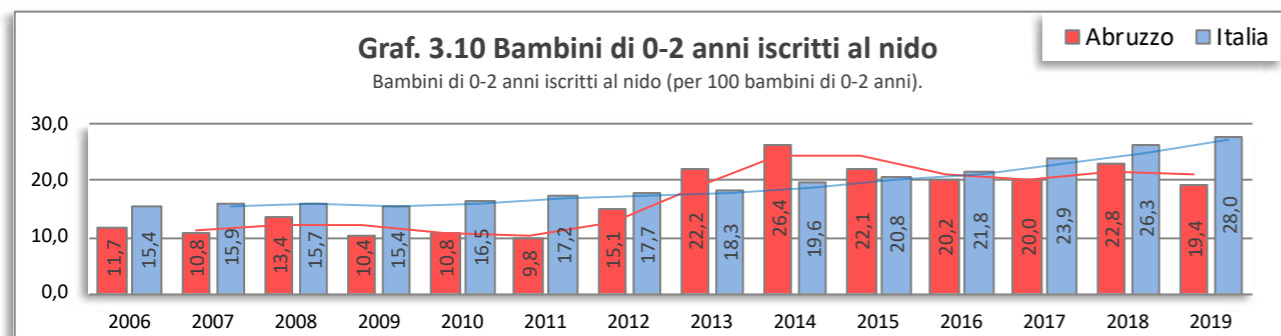
L'ultimo indicatore analizzato trova inoltre rispondenza nella quota di "laureati e altri titoli terziari" durante il 2020 (31,5% della popolazione abruzzese 30-34 anni contro 27,8% dell'Italia, anno 2020) e nel periodo 2004-2014 (Allegato I-3).

Sulle **competenze raggiunte**, i dati non si discostano molto da quelli nazionali, se non per uno storico relativo a quelle digitali.

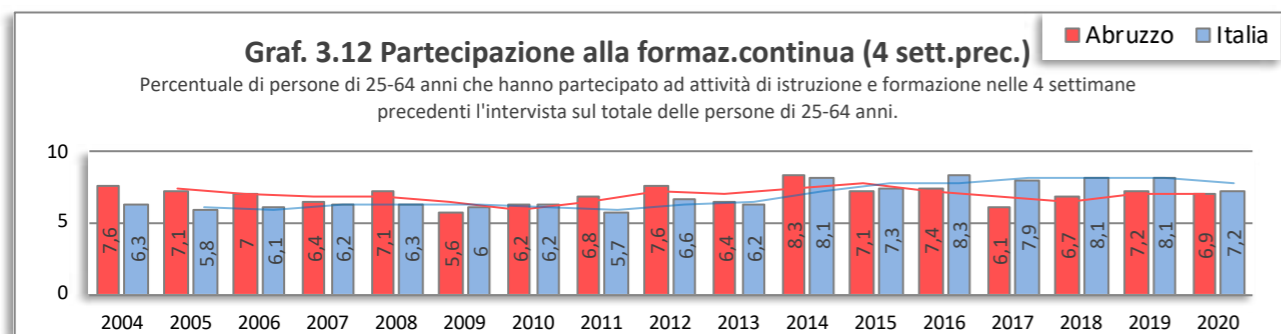
Decisamente positivi sono i dati sulla partecipazione di alunni disabili al sistema di istruzione, in tutti gli ordini scolastici, dall'infanzia alle scuole superiori; mancano purtroppo i dati relativi al sistema universitario.



Come anticipato sopra, **le criticità emerse nell'analisi si limitano alle fasi pre e post istruzione**. Nello specifico, per quanto riguarda la fase preistruzione, si evidenziano i dati afferenti i "bambini 0-2 anni iscritti al nido" (19,4 ogni 100 bambini contro 28 dell'Italia, anno 2019), nonché i "posti autorizzati" nell'ambito dei servizi socio educativi (23,9 posti ogni 100 bambini 0-2 anni contro 26,9 dell'Italia, 2019).



La fase post-istruzione vede invece una più bassa “partecipazione alla formazione continua” (6,9% contro il 7,2% del resto del Paese, anno 2020), ma con una tendenza alla riduzione del divario che, tuttavia, fino al 2014 è stato quasi sempre favorevole all’Abruzzo, come mostra il grafico sotto riportato.



Riguardo al tema della formazione continua, un’analisi più dettagliata segnala come il divario sia del tutto ascrivibile alla **categoria degli occupati** (6,3% contro 7,6% dell’Italia, Istat 2020); i non occupati abruzzesi mostrano infatti una più alta propensione alla formazione continua rispetto al riferimento nazionale (8,2% contro 6,4%, Istat 2020).

Maggiori dettagli in [Allegato I-3](#).

3.1. Focus Agenda 2030 - Istruzione e formazione

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio basato sia sul **posizionamento rispetto all’Italia**, dato dallo scostamento dell’Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall’Abruzzo nell’ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa inoltre che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

Si specifica che in questa area è stato utilizzato un indicatore BES non SDG, essendo i due indicatori molto simili e l’obiettivo generico.

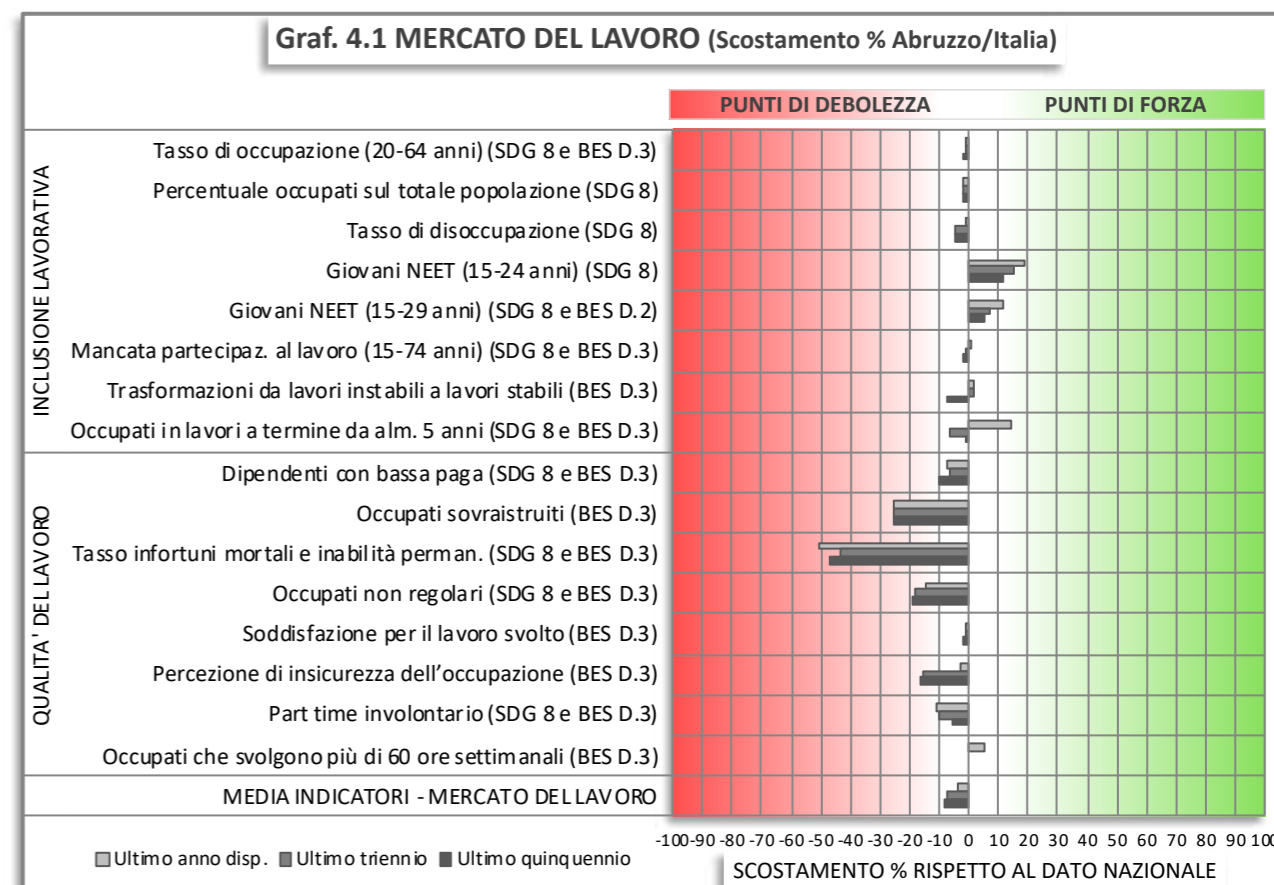
TAB. 3.2 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all’Italia	Tendenza di medio periodo
4.1 - Entro il 2030, assicurarsi che tutti i ragazzi e le ragazze completino una istruzione primaria e secondaria libera, equa e di qualità che porti a rilevanti ed efficaci risultati di apprendimento		
Competenza alfabetica non adeguata – SDG 4 e BES D.2 (Percentuale di studenti delle classi II della scuola secondaria di II grado che non raggiungono un livello suff. di compet. alfabetica)	+5,0%	n.d.
Competenza numerica non adeguata – SDG 4 e BES D.2 (Percentuale di studenti delle classi II della scuola secondaria di II grado che non raggiungono un livello suff. di compet. numerica)	+0,6%	n.d.
Uscita precoce dal sistema istruzione e formazione – SDG 4 e BES D.2 (% di persone di 18-24 anni con al più la licenza media, che non possiedono ... sul tot. delle persone di 18-24 anni)	-35,3%	-21,8%
4.2 - Entro il 2030, assicurarsi che tutte le ragazze e i ragazzi abbiano accesso a uno sviluppo infantile precoce di qualità, alle cure necessarie e all’accesso alla scuola dell’infanzia, in modo che siano pronti per l’istruzione primaria		
Posti autorizzati - Totale servizi socioeducativi – SDG 4 (Posti autorizzati nei servizi socio educativi (asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia) per 100 bambini di 0-2 anni)	-11,2%	+13,4%
Partecipazione alla scuola dell’infanzia – BES D.2 (Percentuale di bambini di 4-5 anni che freq. la scuola dell’infanzia o il primo anno di scuola primaria sul tot. bambini di 4-5 anni)	+2,1%	-1,4%
4.3 - Entro il 2030, garantire la parità di accesso per tutte le donne e gli uomini a una istruzione a costi accessibili e di qualità tecnica, a una istruzione professionale e di terzo livello, compresa l’Università		
Partecipazione alla formazione continua (4 settimane prec.) – SDG 4 e BES D.2 (% persone 25-64 anni che hanno partecipato ad attività di istruz. e formaz. nelle 4 sett. preced. l’intervista)	-11,1%	+1,0%
Alunni con disabilità: scuola dell’infanzia – SDG 4 (valori per 100 alunni)	+21,9%	+41,8%
Alunni con disabilità: scuola primaria – SDG 4 (valori per 100 alunni)	+8,5%	+7,5%
Alunni con disabilità: scuola secondaria I grado – SDG 4 (valori per 100 alunni)	+17,1%	+1,4%

TAB. 3.2 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Alunni con disabilità: scuola secondaria II grado – SDG 4 (valori per 100 alunni)	+41,0%	+14,6%
4.4 - Entro il 2030, aumentare sostanzialmente il numero di giovani e adulti che abbiano le competenze necessarie, incluse le competenze tecniche e professionali, per l'occupazione, per lavori dignitosi e per la capacità imprenditoriale		
Competenze digitali – SDG 4 e BES D.2 (Persone di 16-74 anni che hanno competenze avanzate per tutti e 4 i domini individuati dal “Digital competence framework”)	-9,5%	n.d.
4.6 - Entro il 2030, assicurarsi che tutti i giovani e una parte sostanziale di adulti raggiungano alfabetizzazione e abilità di calcolo		
Laureati e altri titoli terziari (30-34 anni) – SDG 4 e BES D.2 (Percentuale di persone di 30-34 anni che hanno conseguito un titolo di livello terziario (Isced) sul tot. persone di 30-34 anni)	-1,2%	+5,9%
Laureati in discipline tecnico-scientifiche (STEM) – SDG 4 e BES D.2 (Rapporto tra i residenti che hanno conseg. un titolo di liv. terz. nelle discip. scient.-tecn. e la pop. di 20-29 anni, per mille)	+22,1%	+15,2%
4.a - Costruire e adeguare le strutture scolastiche in modo che siano adatte alle esigenze dei bambini, alla disabilità e alle differenze di genere e fornire ambienti di apprendimento sicuri, non violenti, inclusivi ed efficaci per tutti		
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: primaria – SDG 4 (Scuole con alunni con disabilità per presenza postazioni informatiche adattate: primaria, valori %)	-5,1%	-0,2%
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria I grado – SDG 4 (Scuole con alunni con disabilità per presenza post informatiche adattate: secondaria I grado, valori %)	-4,2%	+1,7%
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria II grado – SDG 4 (Scuole con alunni con disabilità per presenza post informatiche adattate: secondaria II grado, v. %)	+7,0%	n.d.

Fonte: elaborazioni su dati Istat

4. Area tematica MERCATO DEL LAVORO

L'indice sintetico (media indicatori) risulta negativo, ma in miglioramento: da -7,9% dell'ultimo quinquennio a -4,1% nell'ultimo anno disponibile. Se tuttavia i classici indicatori sull'occupazione non si discostano molto dal resto del Paese, le maggiori criticità si evidenziano sulla qualità del lavoro.



Fonte: elaborazioni su Istat

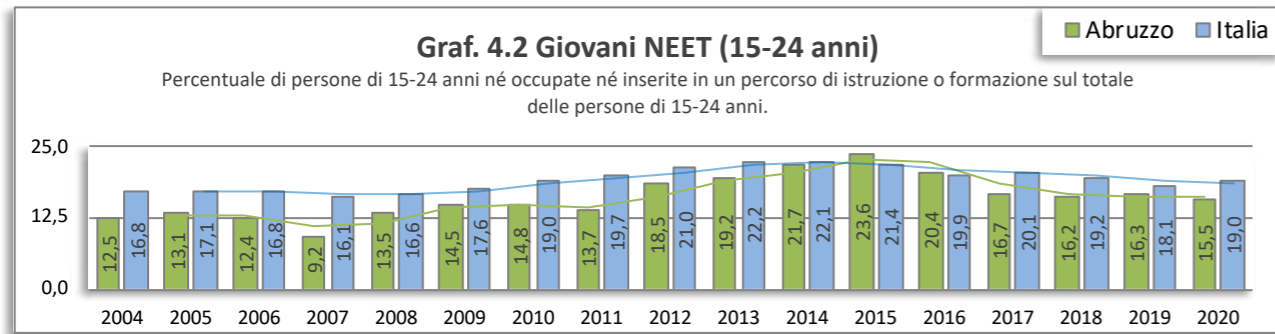
Estrapolando dal grafico di sintesi sopra riportato i punti di forza e debolezza della regione Abruzzo (valori il cui scostamento rispetto al dato nazionale è superiore o inferiore al 10%), si ricava la seguente tabella 4.1.

Tab. 4.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - MERCATO DEL LAVORO

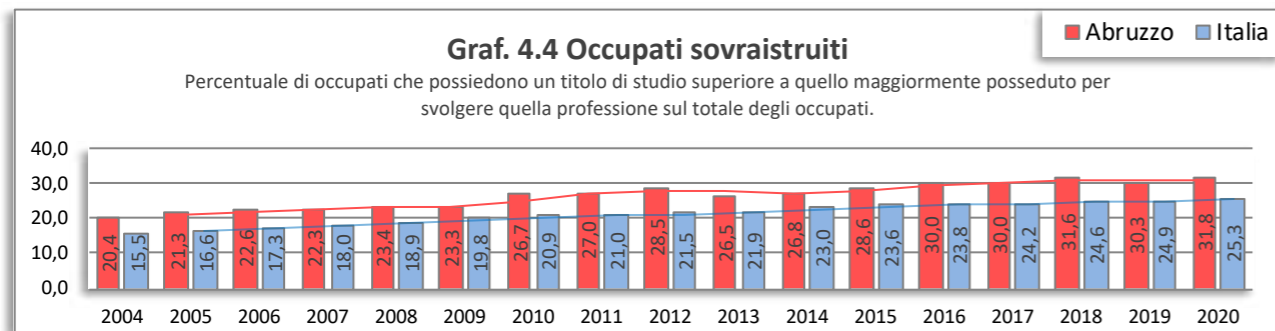
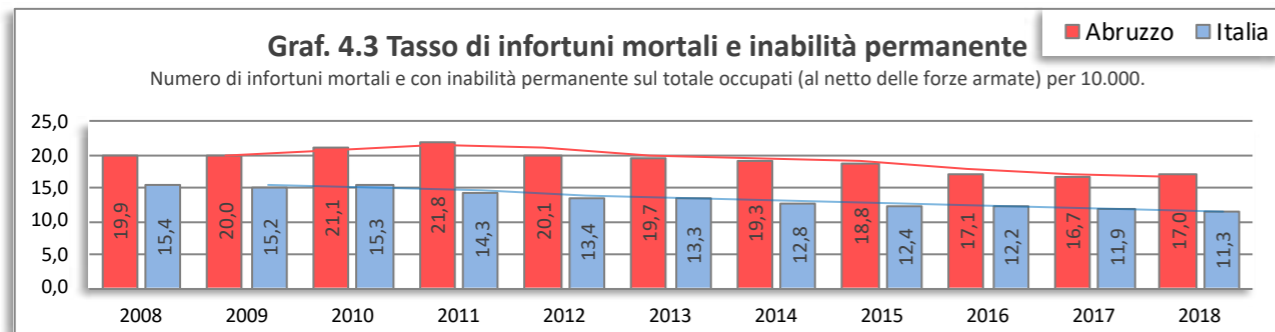
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Inclusione lavorativa			
SDG	Occupati in lavori a termine	Giovani NEET (15-24 anni)	SDG
Qualità del lavoro			
SDG	Tasso di infortuni mortali e inabilità permanen	non evidenziato	
SDG	Occupati sovrastruiti		
SDG	Occupati non regolari		
SDG	Percezione di insicurezza dell'occupazione		

I tassi di occupazione e disoccupazione risultano in linea con quelli nazionali e, nel 2020, primo anno della crisi Covid-19, il mercato del lavoro in termini occupazionali sembra non aver subito grossi stravolgimenti: il “tasso di occupazione” in Abruzzo è sceso dal 62,5% del 2019 al 61,7% nel 2020, con una riduzione dello 0,8% (in Italia dal 63,5% al 62,6%, con una diminuzione dello 0,9%); il “tasso di disoccupazione” è persino migliorato (dall’11,2% del 2019 al 9,3% del 2020, in Italia dal 10% al 9,2%). Naturalmente, su questi dati hanno inciso le misure adottate dal Governo, come il blocco dei licenziamenti.

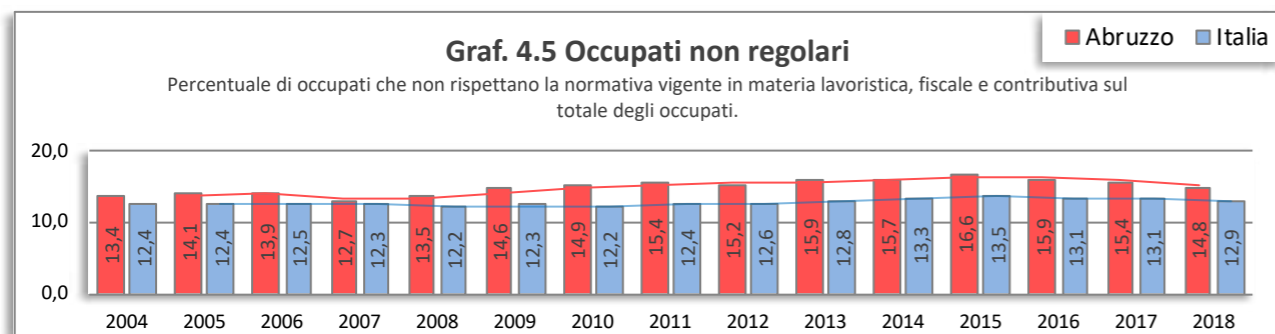
Tornando al confronto con il resto del Paese, **positive sono le risultanze sui giovani Neet**, ossia quelli che non lavorano, non studiano e non svolgono attività formative, soprattutto nella fascia di età 15-24 anni (15,5% contro 19%, anno 2020).



Tuttavia, come anticipato sopra, si evidenziano **criticità sulla qualità del lavoro**. Gli “infortuni mortali e l’inabilità permanente” sono superiori al resto dell’Italia (17 ogni 10.000 occupati contro 11,3, anno 2018), ma con una tendenza alla riduzione di detti infortuni (nel 2011 erano 21,8 ogni 10.000 occupati in Abruzzo). Così come gli “occupati sovraistruiti” (31,8% contro 25,3%, 2020), ma in questo caso si osserva una crescita dell’indicatore (dal 20,4% del 2004 al 31,8% nel 2020).



Altra criticità si evidenzia sugli “occupati non regolari” (14,8% contro 12,9%, anno 2018).



Sulla base di quanto visto sopra, ne consegue una più alta “**percezione di insicurezza dell’occupazione**” (6,9% contro 6,7%, anno 2020), con un trend tuttavia decisamente decrescente e con una tendenza alla riduzione del divario rispetto all’Italia, come si evince dal grafico sotto riportato.

Infine, pur non rappresentando una criticità rispetto al dato nazionale, si segnala una **crescente quota di part-time involontario**: dal 4% del 2004 al 13,2% del 2020, in linea con i dati nazionali che registrano una crescita dal 4,6% al 11,9%, ma con una tendenza ad ampliare la forbice tra l’Abruzzo e l’Italia, come si evince dal grafico di sintesi 4.1.

Maggiori dettagli sono riportati nell’Allegato I-4.

4.1. Focus Agenda 2030 - Mercato del lavoro

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio, basato sia sul **posizionamento rispetto all’Italia**, dato dallo scostamento dell’Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall’Abruzzo nell’ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa, inoltre, che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

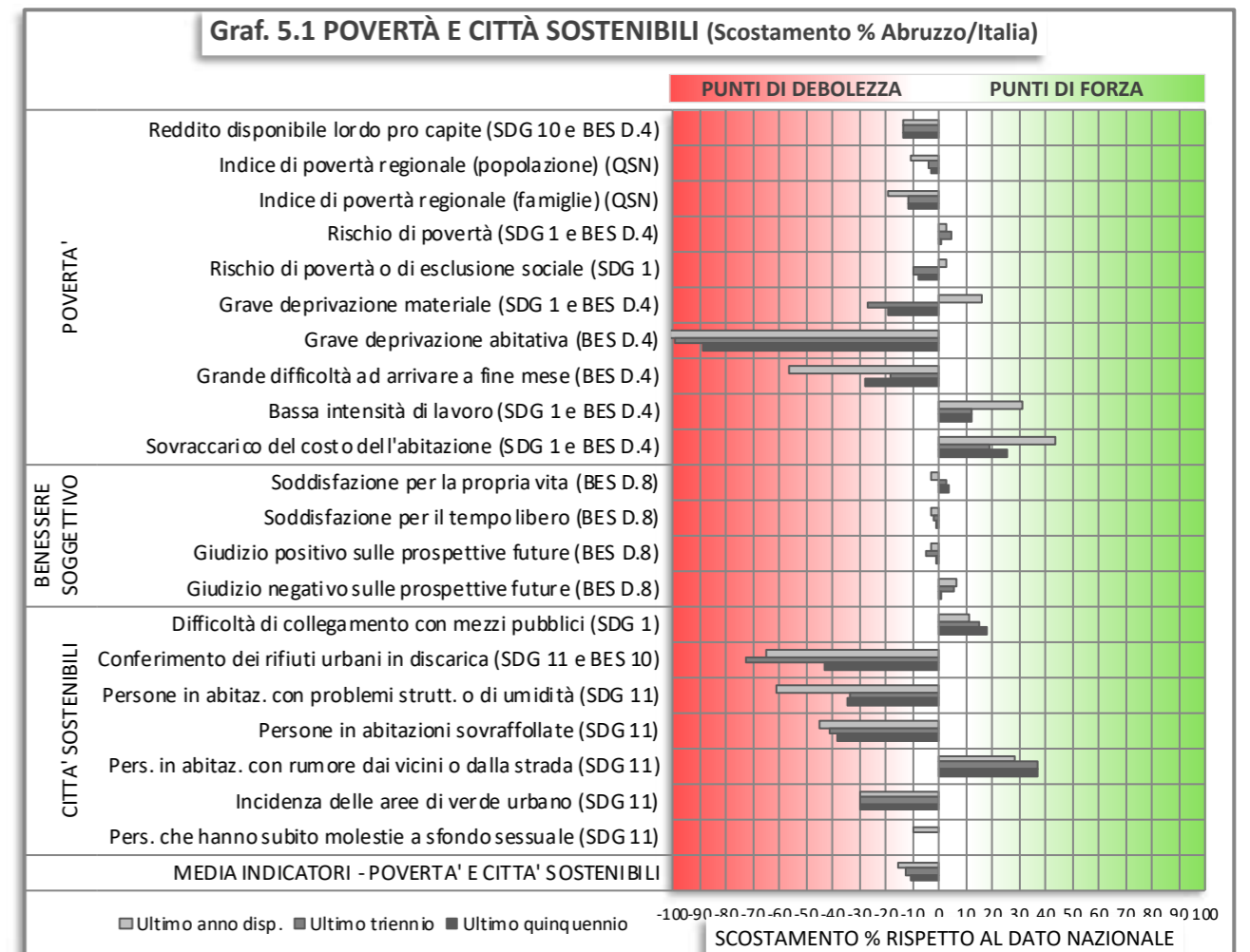
TAB. 4.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all’Italia	Tendenza di medio periodo
8.3 - Promuovere politiche orientate allo sviluppo che sostengano le attività produttive, la creazione di lavoro dignitoso, l’imprenditorialità, la creatività e l’innovazione e favorire la formalizzazione e la crescita delle micro, piccole e medie imprese		
Occupati non regolari – SDG 8 e BES D.3 (Percentuale di occupati che non rispettano la normativa vigente in materia lavoristica, fiscale e contributiva sul totale degli occupati)	+17,9%	-4,4%
8.5 - Entro il 2030, raggiungere un’occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per donne e uomini, compresi i giovani e le persone con disabilità, e garantire la parità di retribuzione per lavoro di pari valore		
Tasso di disoccupazione – SDG 8 (Rapporto tra i disoccupati 15-64 anni e le corrispondenti forze di lavoro, somma degli occupati e disoccupati)	+5,0%	-14,0%
Tasso di mancata partecipazione al lavoro (15-74 anni) – SDG 8 e BES D.3 (Rapporto tra la somma di disoccupati e inattivi “disponibili” e la somma di forze lav. e inattivi “disponibili”)	+0,2%	-12,3%
Tasso di occupazione (20-64 anni) – SDG 8 e BES D.3 (Percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione di 20-64 anni)	-1,4%	+4,0%
Percentuale occupati sul totale popolazione – SDG 8 (Percentuale occupati sul totale popolazione, %)	-1,9%	+4,6%

TAB. 4.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Part time involontario – SDG 8 e BES D.3 (% occupati che dichiarano di svolgere un lavoro a tempo parziale perché non ne hanno trovato uno a tempo pieno sul tot. occupati)	+10,3%	+14,7%
Occupati in lavori a termine – SDG 8 e BES D.3 (% di dipendenti a tempo det. e collabor. che hanno iniziato l'attuale lavoro da almeno 5 anni sul tot. dipen. a tempo det. e collaboratori)	+6,8%	+3,5%
Dipendenti con bassa paga – SDG 8 E BES D.3 (Percentuale di dipendenti con una retribuzione oraria inferiore a 2/3 di quella mediana sul totale dei dipendenti)	+6,4%	-3,4%
8.6 - Entro il 2030, ridurre in modo significativo la percentuale di giovani non occupati né coinvolti in percorsi di studio o di formazione		
Giovani NEET (15-24 anni) – SDG 8 (Percentuale di persone di 15-24 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-24 anni)	-14,7%	-20,9%
Giovani NEET (15-29 anni) – SDG 8 e BES D.2 (Percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul tot. delle pers. 15-29 anni)	-7,3%	-13,2%
8.8 - Proteggere i diritti del lavoro e promuovere un ambiente di lavoro sicuro e protetto per tutti i lavoratori, compresi i lavoratori migranti, in particolare le donne migranti, e i lavoratori precari		
Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente – SDG 8 e BES D.3 (N° di infortuni mortali e con inabilità permanente sul totale occupati (al netto delle forze armate) per 10.000)	+43,5%	-12,1%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

5. Area tematica POVERTÀ E CITTÀ SOSTENIBILI

Verosimilmente interconnesse sono le aree tematiche “Mercato del lavoro” e “Povertà e città sostenibili”; del resto, l'indice sintetico risulta **negativo** ma, in aggiunta, segnala anche una **crescita del divario tra la regione Abruzzo e il resto del Paese**. Tale indice, pari a -10,6% nell'ultimo quinquennio, si attesta a -15,0% nell'ultimo anno disponibile, passando per -12,9% nell'ultimo triennio.



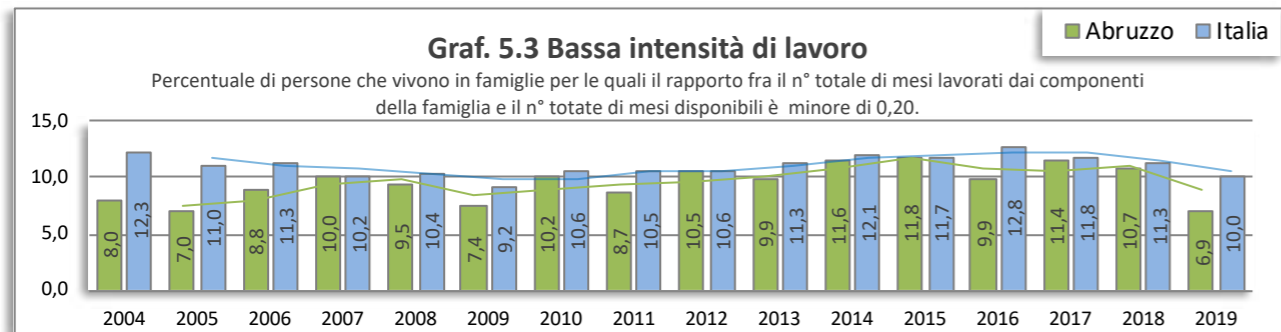
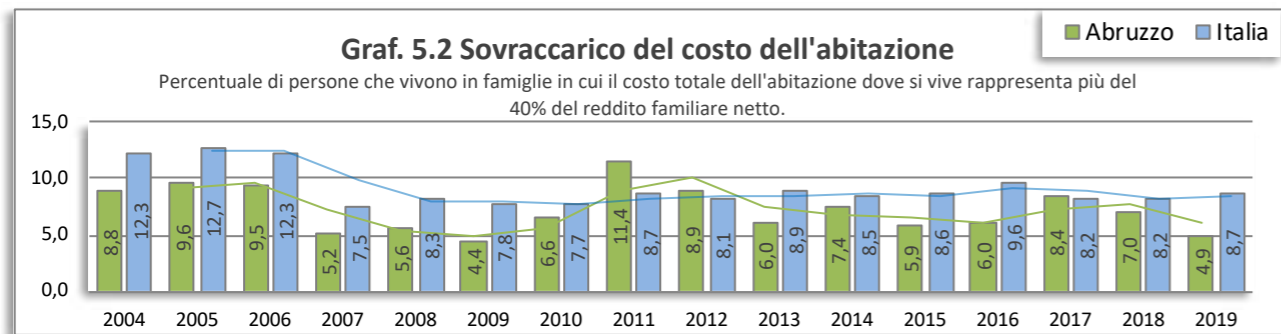
Fonte: elaborazioni su Istat

Di seguito la consueta tabella dei punti di forza e debolezza della regione, estrapolata dal graf. 5.1

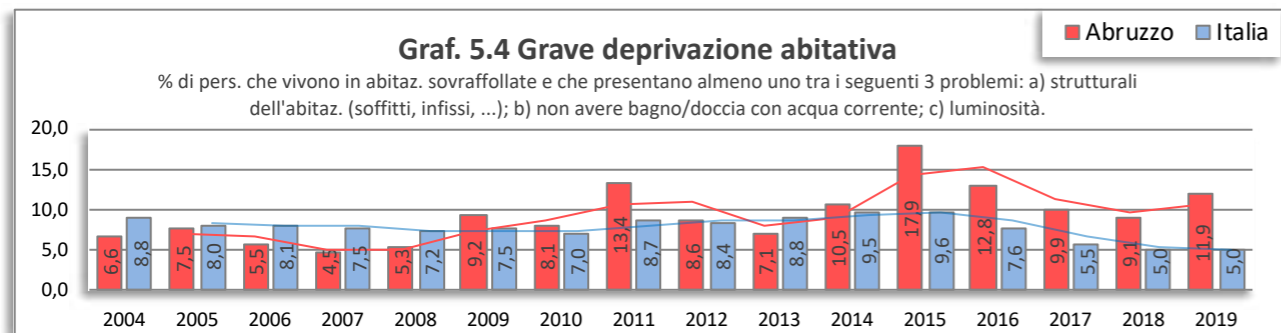
Tab. 5.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - POVERTÀ E CITTÀ SOSTENIBILI

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Povertà			
SDG	Grave deprivazione abitativa	Sovraccarico del costo dell'abitazione	SDG
	Grande difficoltà ad arrivare a fine mese	Bassa intensità di lavoro	SDG
	Indice di povertà regionale (famiglie)		
SDG	Reddito disponibile lordo pro-capite		
Benessere soggettivo			
	non evidenziato	non evidenziato	
Città sostenibili			
SDG	Conferimento dei rifiuti urbani in discarica	Persone in abitazioni con rumore (vicini/strada)	SDG
SDG	Persone in abitazioni sovraffollate	Difficoltà di collegam. con i mezzi pubblici	SDG
SDG	Pers. in abitaz. con prob. struttur. o di umidità		
SDG	Incidenza delle aree di verde urbano		

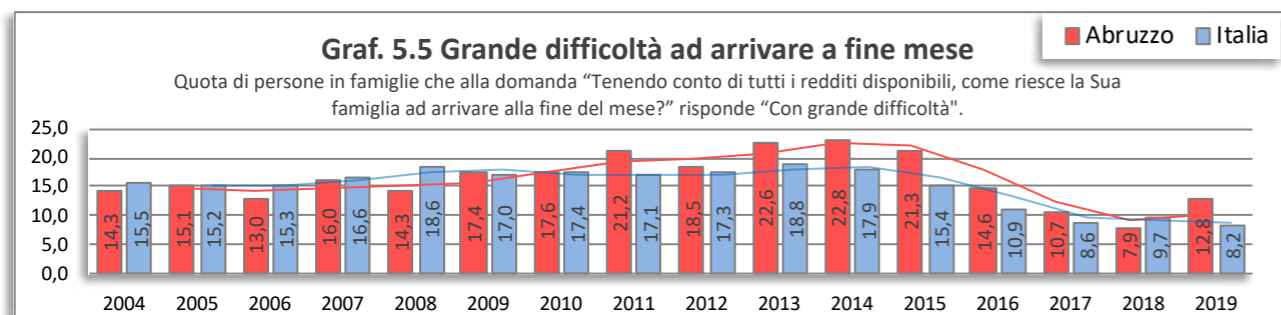
Riguardo alla **“Povertà”, i valori risultano migliori rispetto al riferimento nazionale sul “sovraccarico del costo dell’abitazione”** (4,9 contro 8,7, anno 2019), verosimilmente determinato da una maggiore presenza di case di proprietà rispetto al dato nazionale, **e sulla “bassa intensità di lavoro”** (6,9% della popolazione regionale contro il 10% a livello nazionale, anno 2019).



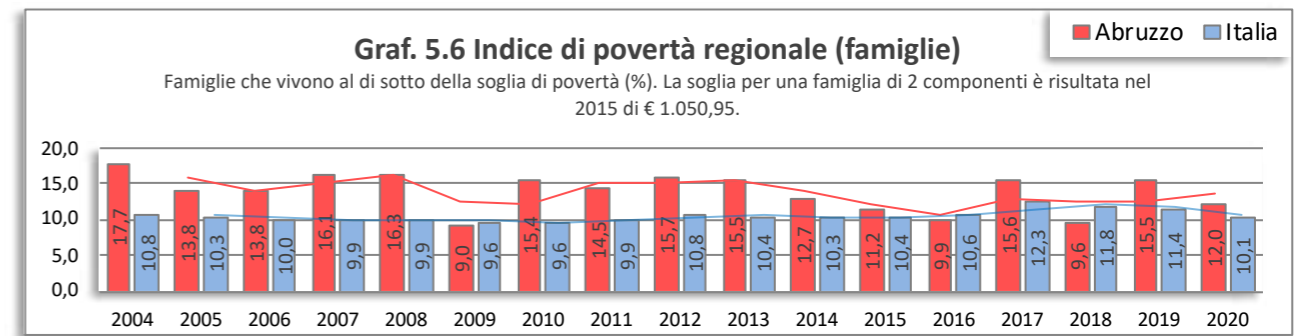
Rispetto alle **criticità**, il divario maggiore viene registrato dall’indicatore **“grave deprivazione abitativa”** (11,9% delle persone contro il 5% dell’Italia, anno 2019) che raggiunge in Abruzzo il suo valore massimo nel 2015 (17,9% contro 9,6%), ma che nei primi anni del 2000 mostrava valori migliori di quelli nazionali.



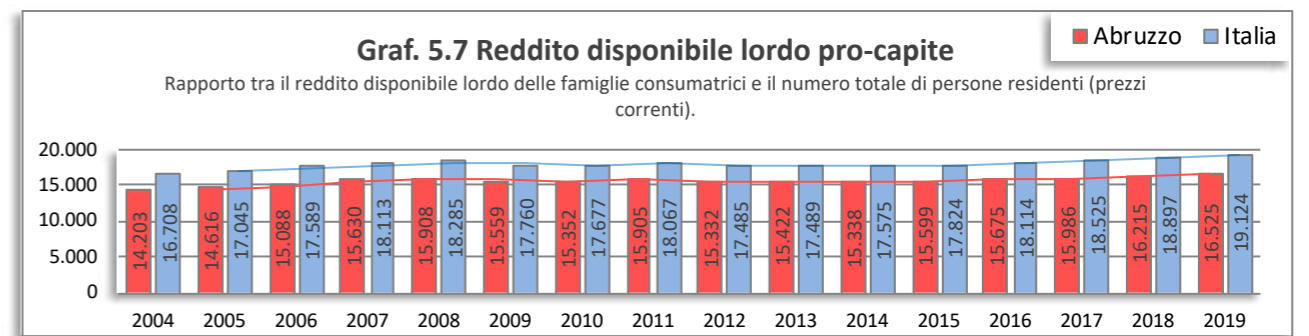
Segue la **“grande difficoltà ad arrivare a fine mese”** (12,8% contro 8,2%, anno 2019), il cui grafico testimonia con chiarezza anche gli effetti della crisi economica del 2009: raggiunge il suo picco nel 2014 a quota 22,8%, scende fino a 7,9% nel 2018, per poi risalire nel 2019 e, verosimilmente in misura maggiore, nel 2020 a causa della nuova crisi economica legata al Covid-19.



A conclusioni analoghe si perviene osservando il grafico relativo all’**“indice di povertà regionale (famiglie)”** (12% contro 10,1%, anno 2020), del cui dato del 2020 si parlerà nel paragrafo 12.2 “Mortalità e povertà”.



Tra le **criticità**, si annovera infine il **“reddito disponibile lordo pro-capite”** pari nel 2019 a 16.525 euro, a fronte di una media nazionale di 19.124 euro, il 13,6% in meno rispetto al resto del Paese.

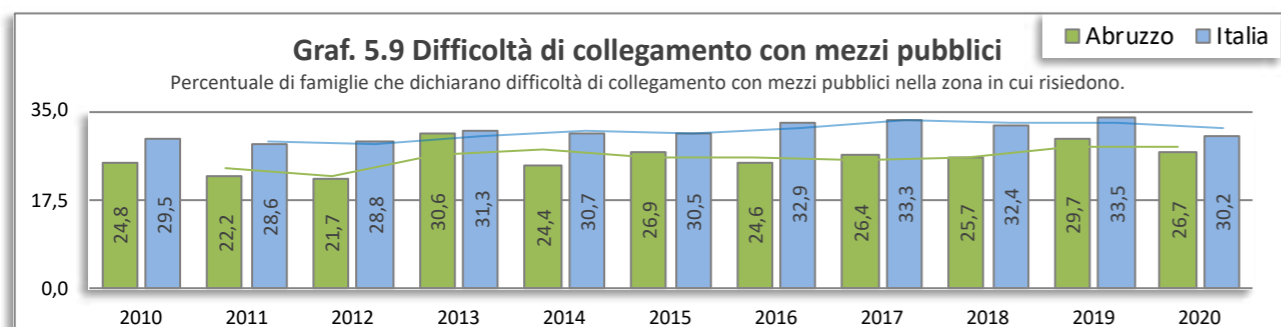


Da segnalare è anche il dato **sulle “persone a rischio di povertà o esclusione sociale”**, che dal 21,4% del 2004 è passato al 30,1% nel 2018 (in Italia dal 26,2% al 27,3%). Il 2019 ha visto invece una riduzione di dette percentuali (**25% per l’Abruzzo e 25,6% per l’Italia**), ma è verosimile ipotizzare che nel 2020 a causa del Covid -19 siano significativamente cresciute (Allegato I-5).

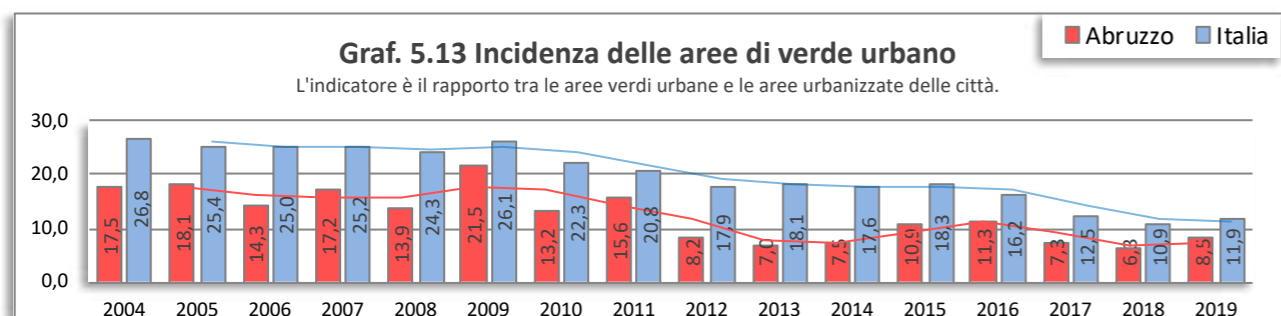
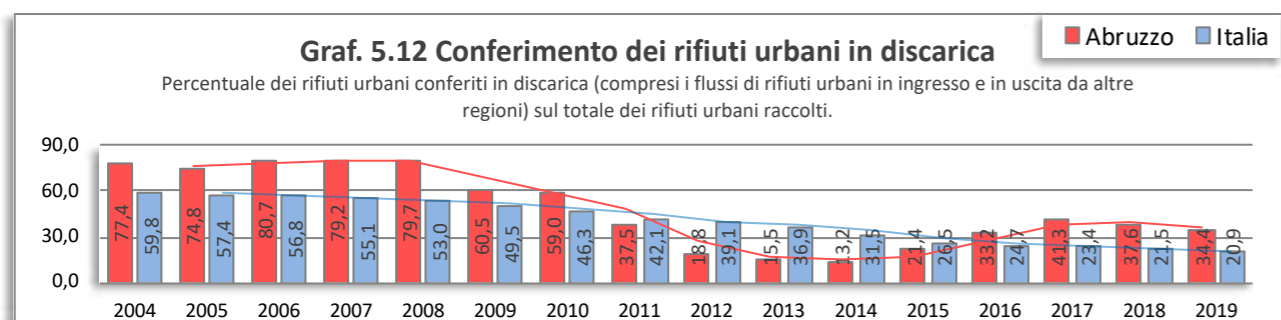
In linea con i dati nazionali sono gli indicatori sul **“Benessere percepito”**. Per quanto riguarda il tema delle **“Città sostenibili”**, tra i **punti di forza** si segnala la minore incidenza di **“persone in abitazioni con rumore proveniente dai vicini o dalla strada”** (8,5% contro 11,9%, anno 2019) e una più bassa percentuale di persone che dichiarano **“difficoltà di collegamento con i mezzi pubblici”** (26,7% contro 30,2%, anno 2020).

Tra le **criticità** si segnala una quota crescente e decisamente più alta rispetto al resto del Paese di **“persone in abitazioni sovraffollate”** (dal 23% del 2004 al 40,9% del 2019, contro rispettivamente il 24,9% e 28,3% dell’Italia), ma anche di **“persone in abitazioni con problemi strutturali o di umidità”** (22,6% contro il 14% dell’Italia, anno 2019). Indicatori che in passato erano quasi sempre in linea, se non migliori, di quelli nazionali.





Si evidenzia inoltre un maggiore “**conferimento di rifiuti urbani in discarica**” (34,4% contro 20,9% dell’Italia, anno 2019), con un andamento regionale decisamente altalenante, ma nel complesso decrescente come si evince dal relativo grafico, e una minore “**incidenza delle aree di verde urbano**” (6,3% contro il 9%, anno 2019), il cui andamento, sia pur anch’esso piuttosto altalenante, sembra purtroppo rivolto verso una continua riduzione, sia in ambito regionale sia nazionale. Maggiori dettagli in Allegato I-5.



5.1. Focus Agenda 2030 - Povertà e città sostenibili

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio basato sia sul **posizionamento rispetto all’Italia**, dato dallo scostamento dell’Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall’Abruzzo nell’ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa, inoltre, che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

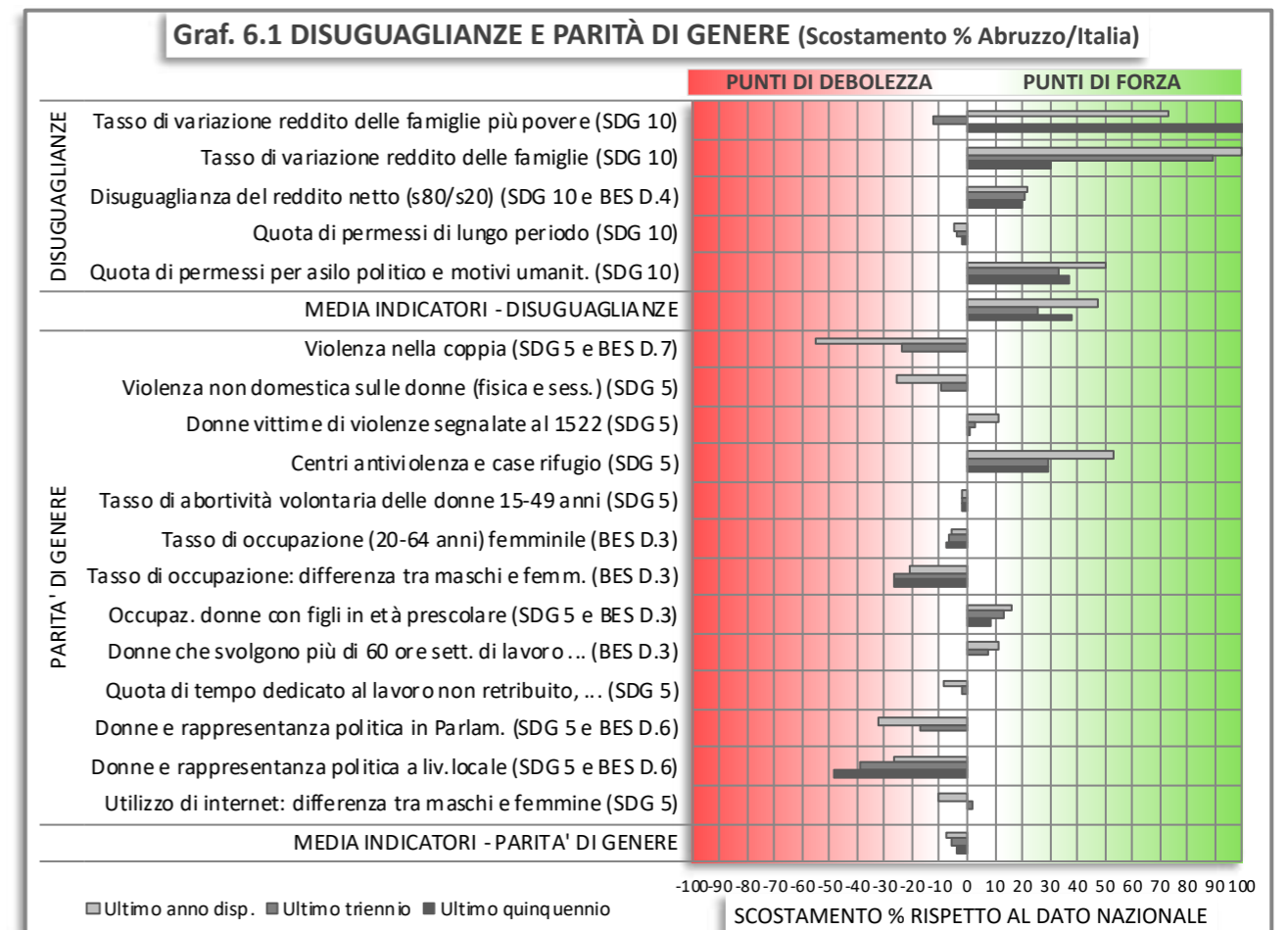
TAB. 5.2 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all’Italia	Tendenza di medio periodo
1.2 - Entro il 2030, ridurre almeno della metà la percentuale di uomini, donne e bambini di ogni età che vivono in povertà in tutte le sue dimensioni in base alle definizioni nazionali		
Rischio di povertà – SDG 1 e BES D.4 (% di persone che vivono in famiglie con un redd. netto equival. inferiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60% della mediana del redd. ..)	-4,4%	-9,7%
Rischio di povertà o di esclusione sociale – SDG 1 (% di persone in almeno una delle seguenti 3 condizioni: i) famiglie a bassa intensità di lavoro; ii) famiglie a rischio di povertà; iii) ...)	+9,9%	-1,3%
Grave deprivazione materiale – SDG 1 e BES D.4 (% di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove elencati ...)	+27,3%	-7,3%
Bassa intensità di lavoro – SDG 1 e BES D.4 (% di persone che vivono in famiglie per le quali il rapporto fra il n° tot. di mesi lavorati dai comp. famiglia e il n° tot. di mesi disp. è < 0,20)	-12,4%	-12,9%
1.4 - Entro il 2030, assicurare che tutti gli uomini e le donne, in particolare i poveri e i vulnerabili, abbiano uguali diritti riguardo alle risorse economiche, così come l’accesso ai servizi di base, la proprietà e il controllo sulla terra e altre forme di proprietà, ...		
Sovraccarico del costo dell’abitazione – SDG 1 (% di persone che vivono in famiglie in cui il costo totale dell’abitazione dove si vive rappresenta più del 40% del reddito fam. netto)	-19,1%	+5,2%
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici – (SDG 1 e SDG11 (% famiglie che dichiarano difficoltà di collegamento con mezzi pubblici nella zona in cui risiedono)	-14,6%	+5,4%
11.1 - Entro il 2030, garantire a tutti l’accesso a un alloggio e a servizi di base adeguati, sicuri e convenienti e riqualifica dei quartieri poveri		

TAB. 5.2 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Persone in abitazioni con problemi strutturali o di umidità – SDG 11 (% di persone che vivono in abitazioni con almeno uno tra i seguenti problemi: a) strutturali b) umidità ...)	+33,3%	-32,4%
Persone in abitazioni sovraffollate – SDG 11 (Percentuale di persone che vivono in abitazioni sovraffollate)	+41,6%	+14,1%
Persone in abitazioni con rumore dai vicini o dalla strada – SDG 11 (Percentuale di persone che vivono in abitazioni con problemi di rumori dai vicini o dall'esterno)	-37,4%	-25,6%
11.2 - Entro il 2030, fornire l'accesso a sistemi di trasporto sicuri, sostenibili e convenienti per tutti, migliorare la sicurezza stradale, in particolare ampliando i mezzi pubblici, con particolare attenzione alle esigenze di chi è in situazioni vulnerabili, ...		
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici – SDG 1 e SDG11 (% famiglie che dichiarano difficoltà di collegamento con mezzi pubblici nella zona in cui risiedono)	-14,6%	+5,4%
11.6 - Entro il 2030, ridurre l'impatto ambientale negativo pro capite delle città, in particolare riguardo alla qualità dell'aria e alla gestione dei rifiuti		
Conferimento dei rifiuti urbani in discarica – SDG 11 e BES 10 (% dei rifiuti urbani conferiti in discarica (compresi i rifiuti urbani in ingresso e uscita da altre regioni) sul tot. rifiuti ...)	+72,2%	+67,1%
11.7 - Entro il 2030, fornire l'accesso universale a spazi verdi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili, in particolare per le donne e i bambini, gli anziani e le persone con disabilità		
Incidenza delle aree di verde urbano – SDG 11 (Rapporto tra le aree verdi urbane e le aree urbanizzate delle città)	-29,7%	0%
Persone che hanno subito molestie a sfondo sessuale – SDG 11 (Persone di 14-65 anni che hanno subito almeno una molestia a sfondo sessuale negli ultimi 12 mesi)	+9,8%	n.d.

Fonte: elaborazioni su dati Istat

6. Area tematica DISUGUAGLIANZE E PARITÀ DI GENERE

Per l'area tematica "Disuguaglianze e parità di genere" sono stati elaborati due indici sintetici, pur essendo il secondo afferente al primo, ma del resto le risultanze avvalorano questa scelta. L'indice sintetico riferito alle "Disuguaglianze" pone infatti l'Abruzzo in una situazione di chiaro vantaggio rispetto al resto del Paese, con gli indicatori che risultano migliori di quelli nazionali di circa il 37%. Diversi sono i risultati sulla "Parità di genere" che collocano l'Abruzzo in uno stato di svantaggio rispetto all'Italia, registrando in aggiunta una tendenza ad accrescere detto divario che, dal confronto tra l'ultimo quinquennio e l'ultimo anno disponibile, si è più che raddoppiato (da -3,4% a -7,2%).



Fonte: elaborazioni su Istat

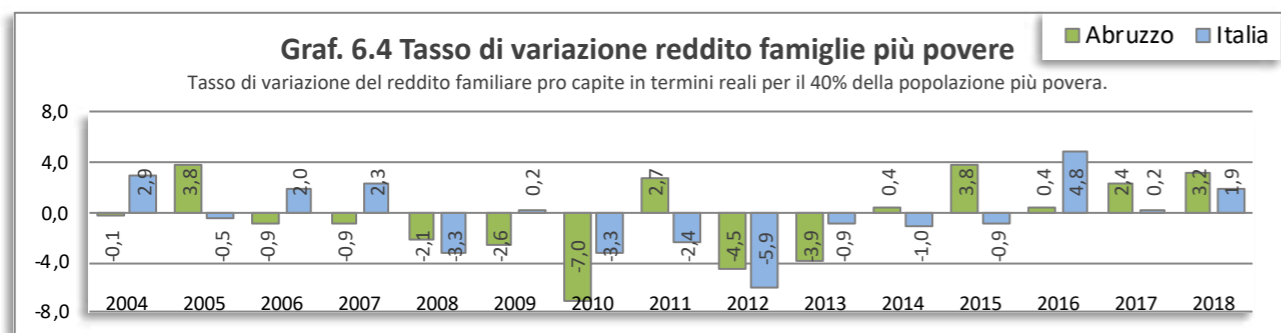
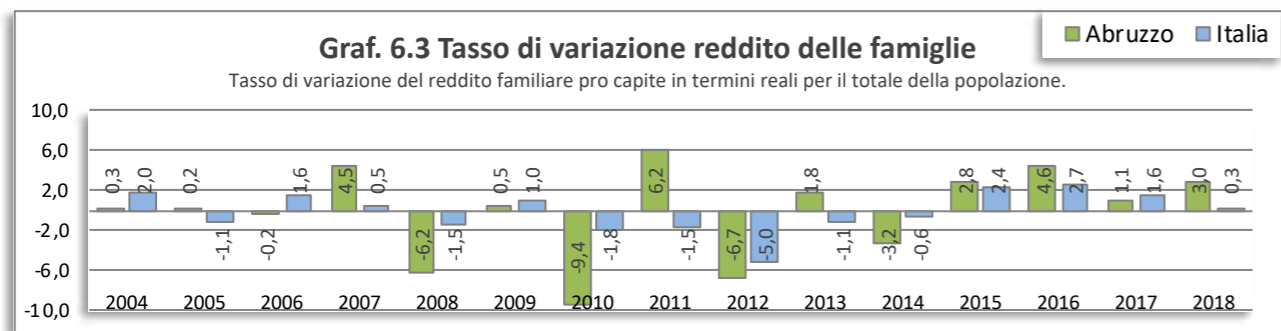
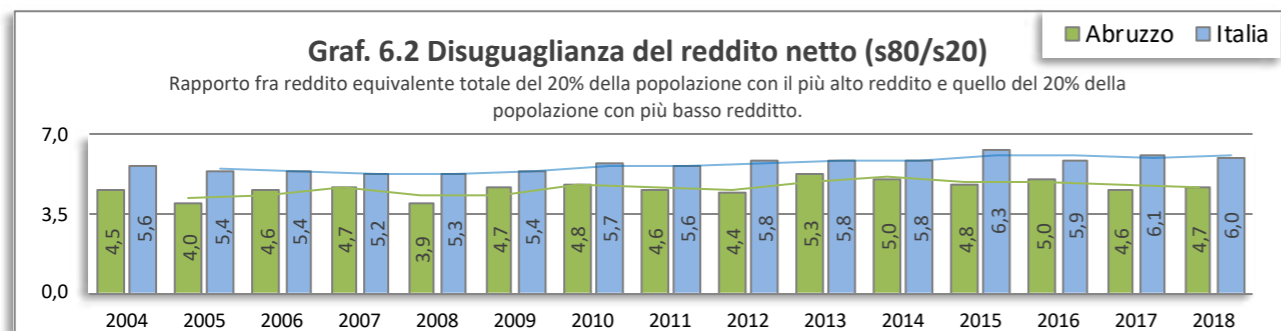
Di seguito la consueta tabella riassuntiva dei punti di forza e debolezza della regione Abruzzo.

Tab. 6.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - DISUGUAGLIANZE E PARITÀ DI GENERE

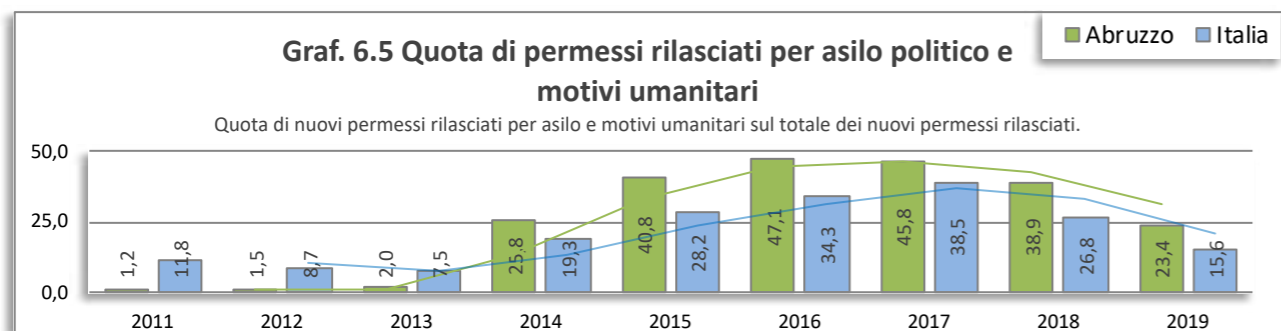
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Disuguaglianze			
	non evidenziato	Tasso di variazione del reddito familiare	SDG
		Tasso di variaz. del reddito famiglie più povere	SDG
		Quota di permessi per asilo polit. e mot. uman.	SDG
		Disuguaglianza del reddito netto	SDG
Parità di genere			
SDG	Donna e rappresentanza politica a livello locale	Occupazione donne con figli in età prescolare	SDG
SDG	Violenza nella coppia	Centri anti violenza e case di riposo	SDG
	Tasso di occupazione: differ. maschi e femmine		
SDG	Donne e rappresentanza politica in Parlamento		
SDG	Violenza non domestica sulle donne		

All'interno di questa area tematica si possono quindi riconoscere **due componenti ben distinte** e dalle performance, rispetto al dato nazionale, contrastanti.

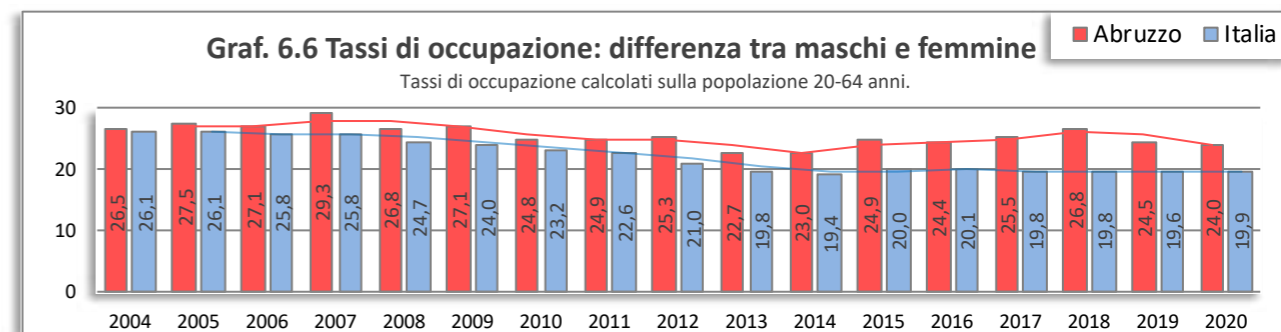
Da un lato, sul tema delle **"Disuguaglianze"**, siano esse riferite ai redditi o ai "permessi per asilo politico e motivi umanitari", la regione Abruzzo mostra **valori decisamente migliori rispetto al resto del Paese**, contraddicendo quindi quel binomio secondo il quale a una maggiore povertà di un territorio corrispondano maggiori disuguaglianze dei redditi. L'Abruzzo, infatti, pur essendo più povero del resto del Paese, evidenzia minori disuguaglianze nella ricchezza prodotta. Inoltre, il tasso di variazione del reddito risulta mediamente più alto del riferimento nazionale, sia per le famiglie più povere sia in generale.



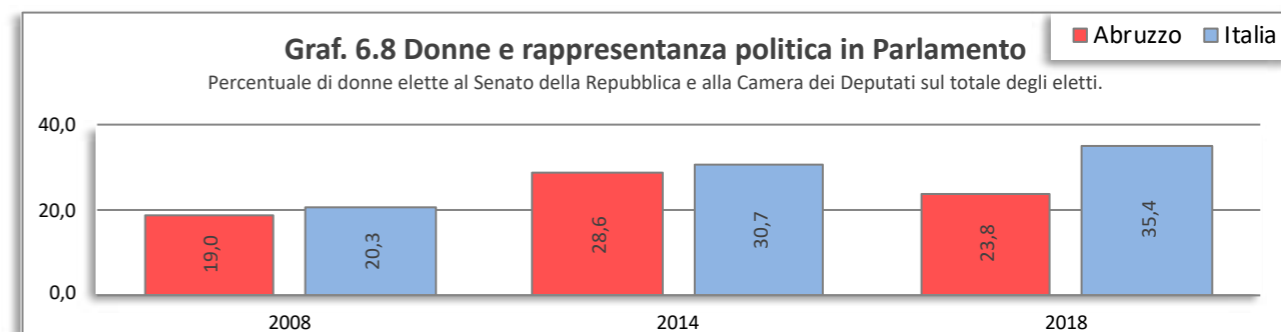
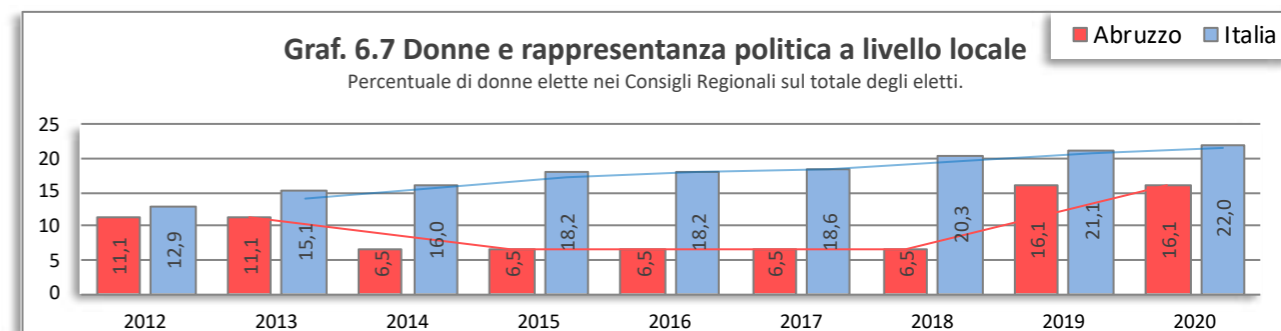
Buona anche la "quota di permessi per asilo politico e motivi umanitari" rilasciati (23,4 contro 15,6, anno 2019).



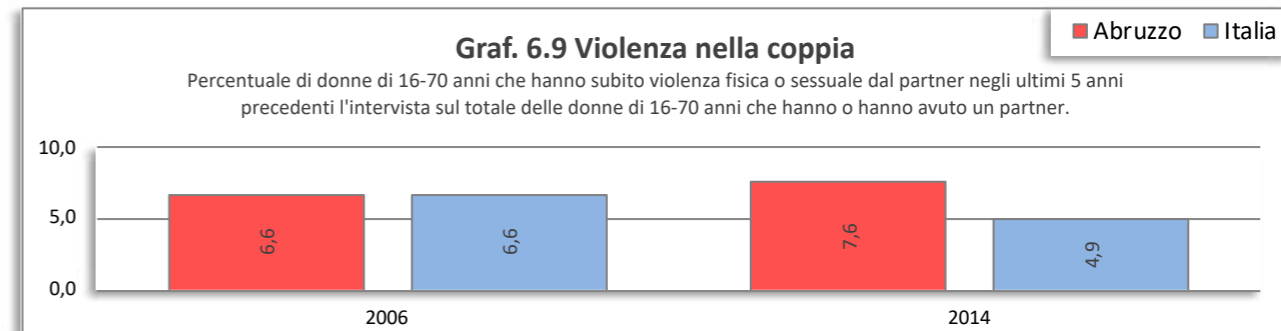
Dall'altro, sul tema della **"Parità di genere"** gli indicatori restituiscono un **quadro non positivo**. Nel 2020 la differenza tra il tasso di occupazione maschile e quello femminile è stata del 24%, a fronte di una media nazionale del 19,9%, anch'essa estremamente alta se confrontata con il resto dell'Europa (11,3% nell'UE-27, anno 2020); negli ultimi tre anni, tuttavia, il trend dell'indicatore mostra per l'Abruzzo una riduzione della disparità di genere (dal 26,8% del 2018 al 24% del 2020).

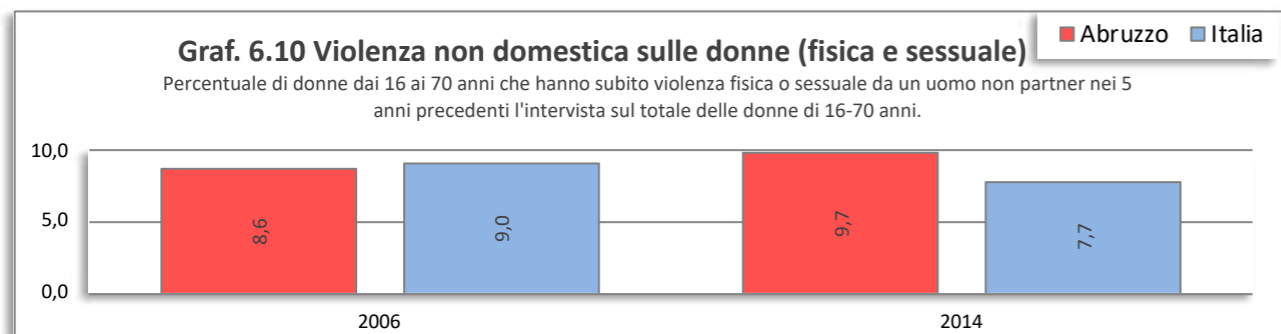


Sempre nel 2020, la "rappresentanza delle donne a livello locale" è stata del 16,1%, contro una media nazionale del 22%; e ciò accade nonostante la tendenza in Abruzzo negli ultimi tre anni risulti particolarmente positiva (dal 6,5% del 2018 al 16,1% del 2020). Analoghe conclusioni per la "rappresentanza politica in Parlamento" (23,8%, contro 35,4% dell'Italia, anno 2018).



Agli indicatori di cui sopra, si aggiungono quelli sui **soprusi e maltrattamenti** nei confronti delle donne.





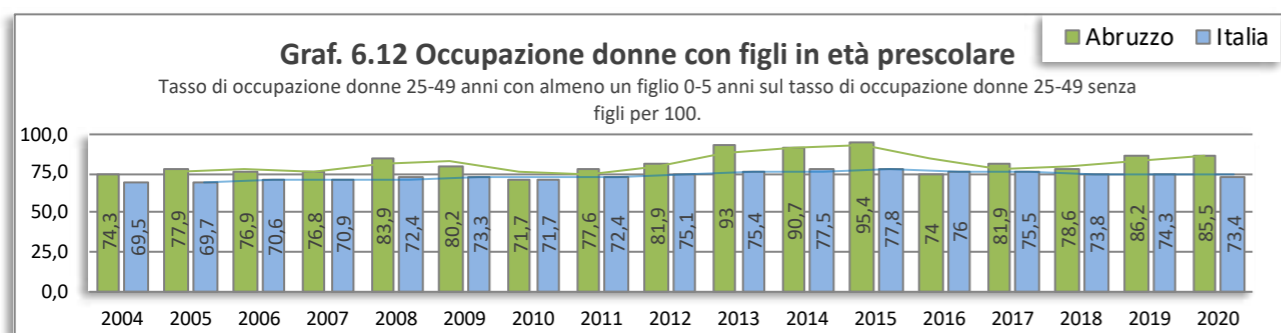
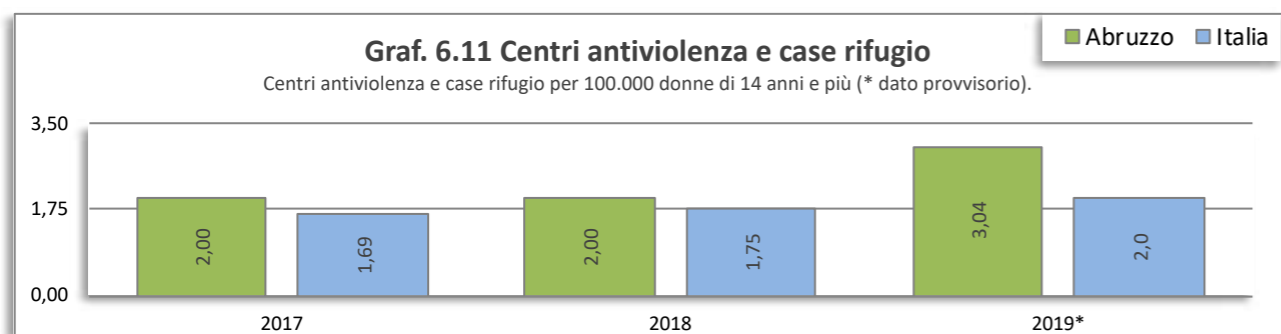
I dati, sia pur non aggiornati, segnalano: “violenza nella coppia” pari al 7,6% per l’Abruzzo e 4,9% per l’Italia (anno 2014); “violenza non domestica sulle donne” (quella compiuta da estranei) pari a 9,7% per l’Abruzzo e 7,7% per l’Italia (anno 2014).

Tuttavia, dati più aggiornati mostrano come le “donne vittime di violenze segnalate al 1522” nel 2020 risultino inferiori al resto del Paese (43,8 ogni 100.000 donne contro 49,6 dell’Italia). L’indicatore, riportato in [Allegato I-6](#), evidenzia inoltre un **deciso incremento, in seguito alla pandemia**, delle segnalazioni effettuate, sia in Abruzzo sia in Italia (nel 2019 i valori erano pari rispettivamente a 28,3 e 27,5).

Nel complesso, rispetto quindi alla totalità delle donne italiane, quelle abruzzesi sembrano avere **minori opportunità occupazionali, minore rappresentanza politica e**, sulla base di dati non proprio aggiornati, **maggiori violenze fisiche e sessuali**, sia in coppia sia da parte di estranei.

Positivi sono invece i dati sui “centri anti violenza e case rifugio”, maggiormente diffusi sul territorio regionale (3,04 ogni 100.000 donne di 14 anni e più contro 2 dell’Italia, anno 2019) e sull’“occupazione delle donne con figli in età prescolare” (85,5% contro 73,4%, anno 2020).

Maggiori dettagli in [Allegato I-6](#).



6.1. Focus Agenda 2030 - Disuguaglianze e parità di genere

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio basato sia sul **posizionamento rispetto all’Italia**, dato dallo scostamento dell’Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall’Abruzzo nell’ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa inoltre che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

TAB. 6.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all’Italia	Tendenza di medio periodo
5.2 Eliminare ogni forma di violenza sulle donne, di qualsiasi età, nella sfera pubblica e privata, comprese la tratta e qualsiasi forma di sfruttamento, sessuale o di altro tipo		
Violenza nella coppia – SDG 5 e BES D.7 (Proporzione di donne di 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale dal partner o ex-partner nei 5 anni precedenti l’intervista)	+23,5%	n.d.
Violenza non domestica sulle donne (fisica e sessuale) – SDG 5 (Proporzione di donne 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un uomo non partner negli ultimi 5 anni)	+9,6%	n.d.
Donne vittime di violenze segnalate al numero di pubblica utilità contro la violenza e lo stalking 1522 – SDG 5 (valori per 100.000 donne)	-2,7%	+35,9%
Centri antiviolenza e case rifugio – SDG 5 (Centri antiviolenza e case rifugio per 100.000 donne di 14 anni e più)	+35,1%	n.d.
5.4 - Riconoscere e valorizzare il lavoro domestico e di cura non retribuiti, fornendo servizi pubblici, infrastrutture e politiche di protezione sociale e promuovendo la condivis. delle responsab. all’interno del nucleo fam., nel rispetto consuet. Nazionali		
Occupazione donne con figli in età prescolare – SDG 5 e BES D.3 (Tasso di occupazione donne 25-49 anni con almeno un figlio 0-5 anni sul tasso di occup. donne 25-49 senza figli per 100)	+13,0%	-0,4%
Quota di tempo dedicato al lavoro non retribuito, domestico e di cura, sulle 24 ore di un giorno medio settimanale – SDG 5	+1,5%	n.d.
5.5 - Garantire la piena ed effettiva partecipazione femminile e le pari opportunità di leadership a ogni livello decisionale nella vita politica, economica e pubblica		

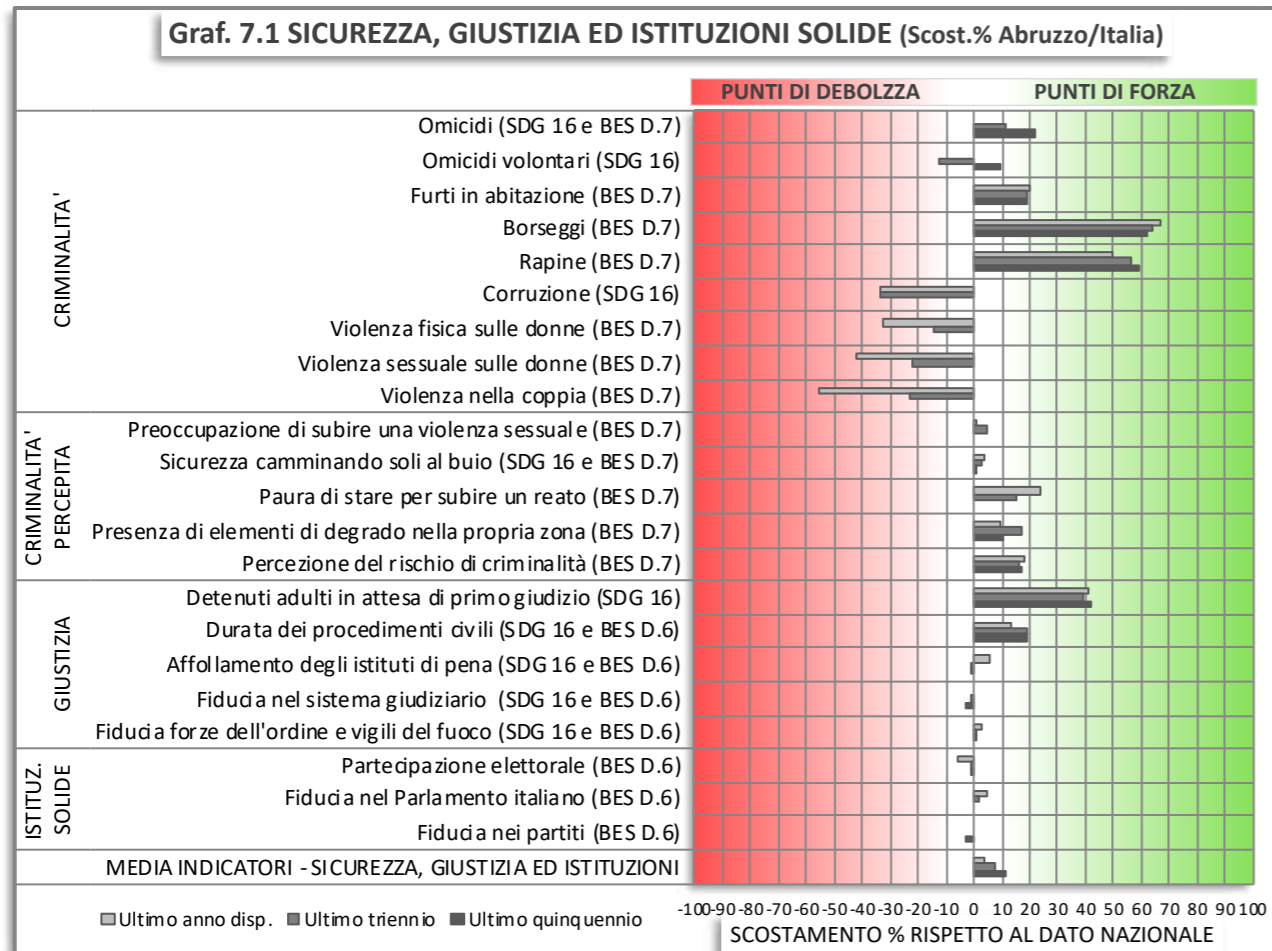
TAB. 6.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Donne e rappresentanza politica in Parlamento – SDG 5 e BES D.6 (Percentuale di donne elette al Senato della Repubblica e alla Camera dei Deputati sul totale degli eletti)	-17,4%	n.d.
Donne e rappresentanza politica a livello locale – SDG 5 e BES D.6 (Percentuale di donne elette nei Consigli Regionali sul totale degli eletti)	-39,0%	+98,5%
5.6 - Garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti in ambito riproduttivo, come concordato in base al Programma d'Azione della Conferenza Internazionale su popolazione e sviluppo alla Piattaforma d'Azione di Pechino e ...		
Tasso di abortività volontaria delle donne 15-49 anni – SDG 5 (Interruzioni volontarie della gravidanza effettuate da donne residenti 15-49 anni su pop. femminile 15-49 residenti)	-2,3%	-12,2%
5.b - Accrescere l'uso di tecnologie abilitanti, in particolare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, per promuovere l'empowerment delle donne		
Utilizzo di internet: differenza tra maschi e femmine – SDG 5 (Differenza maschi-femmine nella quota di pers. 16-74 anni che hanno usato internet negli ult. 3 mesi alm. 1 volta a sett.)	-1,8%	n.d.
10.1 - Entro il 2030, raggiungere e sostenere progressivamente la crescita del reddito del 40 per cento più povero della popolazione a un tasso superiore rispetto alla media nazionale		
Tasso di variazione reddito delle famiglie più povere – SDG 10 (Tasso di variazione del reddito familiare pro capite in termini reali per il 40% della popolazione più povera)	-12,6%	+1721%
Tasso di variazione reddito delle famiglie – SDG 10 (Tasso di variazione del reddito familiare pro capite in termini reali per il totale della popolazione)	+89,8%	+506,3%
Disuguaglianza del reddito netto (s80/s20) – SDG 10 e BES D.4 (Rapporto fra reddito equival. tot. del 20% della pop. con il più alto redd. e quello del 20% della pop. con più basso redd.)	-20,6%	-5,3%
10.7 - Facilitare forme ordinate, sicure, regolari e responsabili delle migrazioni e della mobilità delle persone, anche attraverso l'attuazione di politiche migratorie pianificate e ben gestite		
Quota di permessi di lungo periodo – SDG 10 (Quota di permessi di lungo periodo sul totale dei permessi validi al 1° gennaio)	-3,7%	-0,6%

TAB. 6.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Quota di permessi per asilo politico e motivi umanitari – SDG 10 (Quota di nuovi permessi rilasciati per asilo e motivi umanitari sul totale dei nuovi permessi rilasciati)	+33,6%	-4,9%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

7. Area tematica SICUREZZA, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI SOLIDE

L'indice sintetico (media indicatori) pone l'Abruzzo in una **situazione di privilegio rispetto al resto del Paese**, ma con una tendenza a una riduzione del vantaggio (da +11,6% nell'ultimo quinquennio a +7,3% nel triennio, fino a +4% nell'ultimo anno disponibile). Da un'analisi attenta degli indicatori, sembrerebbe tuttavia che questa riduzione sia ascrivibile non tanto a un peggioramento dei dati regionali, quanto piuttosto a un più marcato miglioramento, nel corso degli ultimi anni, dei dati nazionali.

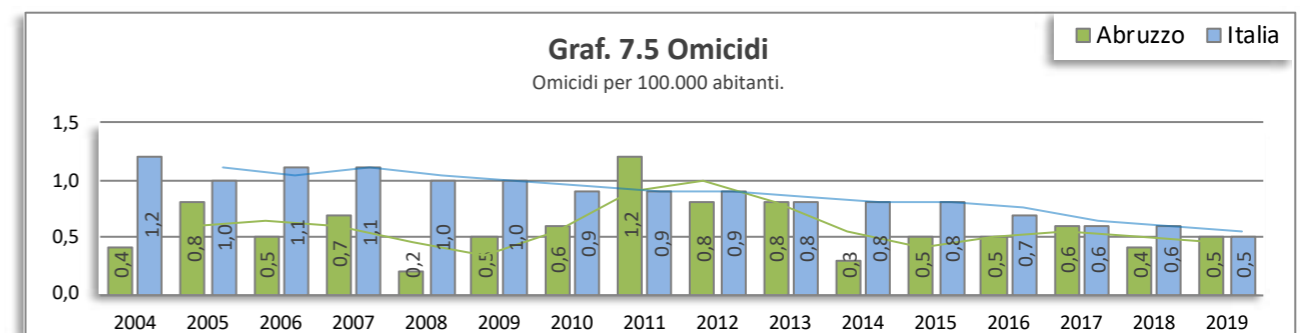
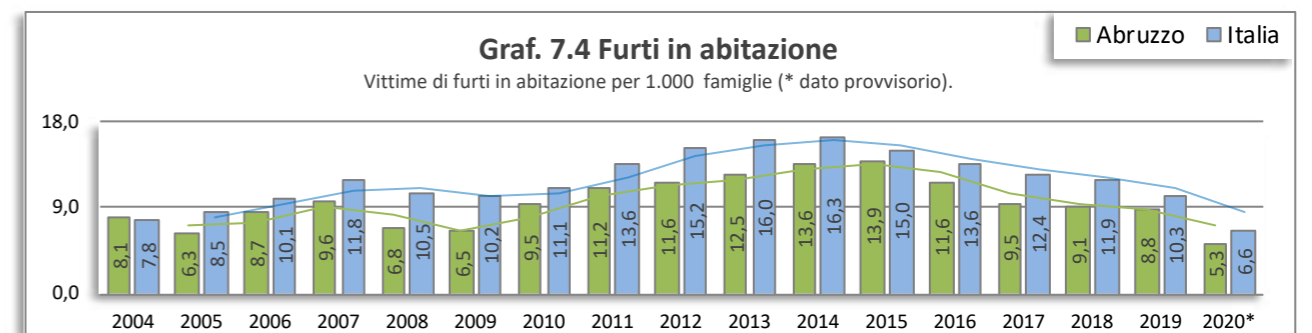
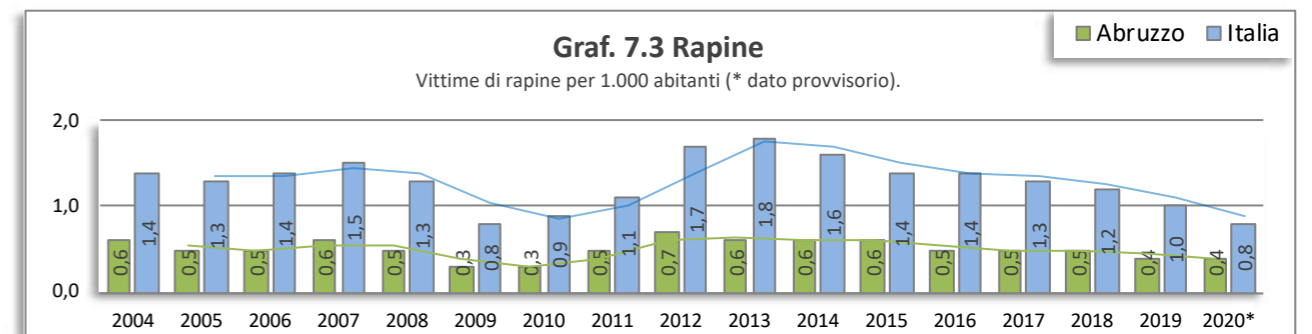
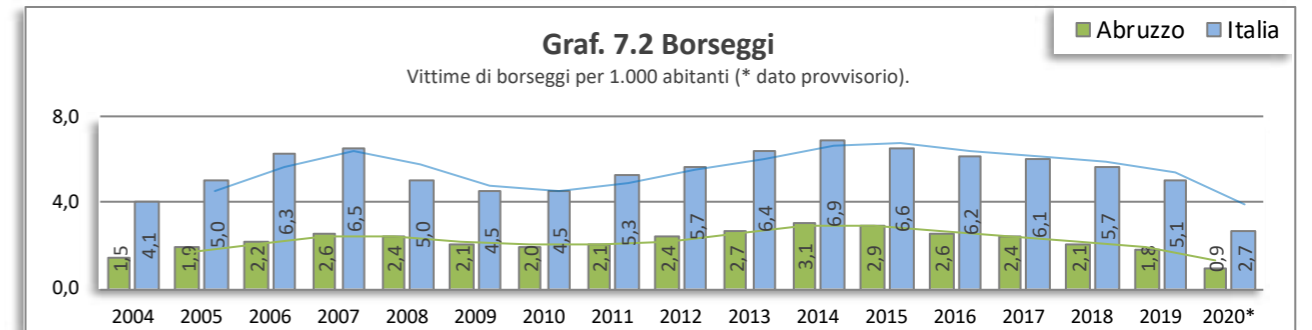


Fonte: elaborazioni su Istat

Tab. 7.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - SICUREZZA, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI SOLIDE

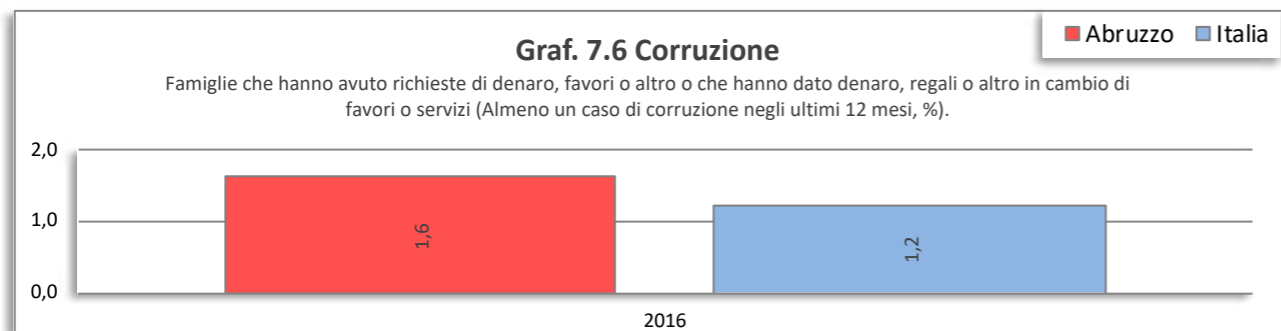
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Criminalità			
Violenza nella coppia		Borseggi	
Violenza sessuale sulle donne		Rapine	
Violenza fisica sulle donne		Furti in abitazione	
SDG Corruzione		Omicidi	SDG
Criminalità percepita			
non evidenziato		Percezione rischio criminalità	
		Elementi di degrado nella propria zona	
		Paura di stare per subire un reato	
Giustizia			
non evidenziato		Detenuti adulti in attesa di giudizio	SDG
		Durata dei procedimenti civili	SDG
Istituzioni solide			
non evidenziato		non evidenziato	

Riguardo alla **"Criminalità"**, diversi sono i **punti di forza** che scaturiscono dall'analisi. Rispetto all'ultimo anno disponibile, il 2020, si segnalano: **"borseggi"** (0,9 ogni 1.000 abitanti contro 2,7 dell'Italia), **"rapine"** (0,4 ogni 1.000 abitanti contro 0,8) e **"furti in abitazione"** (5,3 ogni 1.000 famiglie contro 6,6), ma anche **"omicidi"** (0,5 ogni 100.000 abitanti, sia in Abruzzo sia in Italia, anno 2019). I dati mostrano un trend alquanto interessante, ma dalle serie storiche si nota che **dal 2015 la tendenza** sia di una **riduzione del crimine descritto dagli indicatori**, sia a livello regionale sia nazionale.

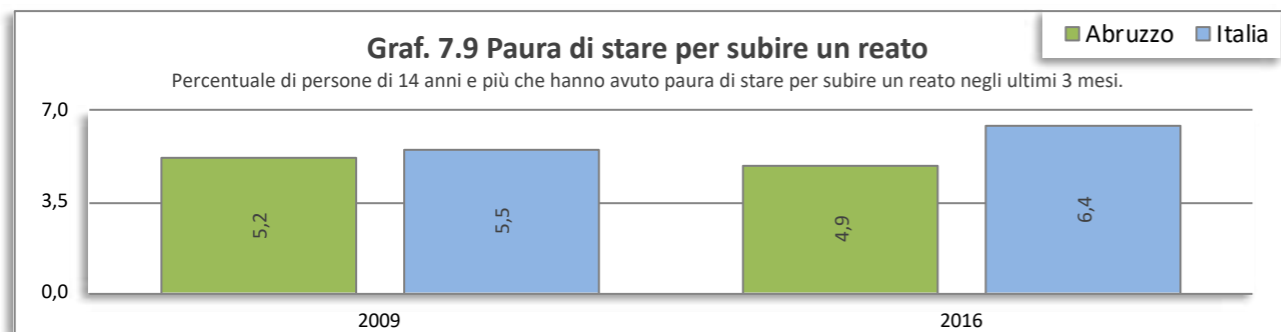
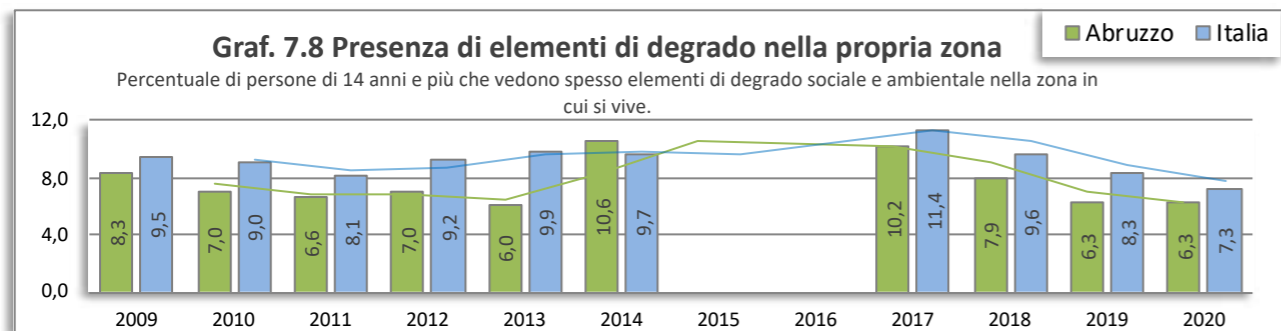
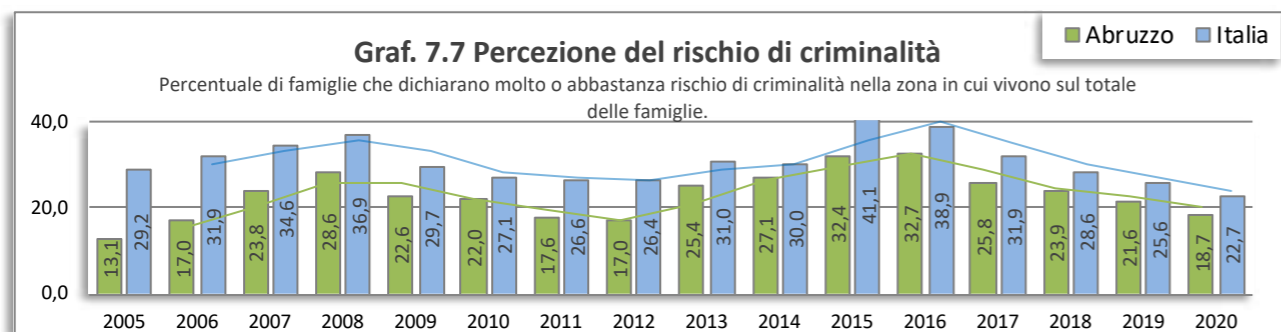


Si ribadiscono tuttavia alcune **criticità** emerse nella precedente area tematica. L'Abruzzo, infatti, riguardo alla **violenza sulle donne**, mostra la maggiore criticità. Da un'indagine Istat fatta nel 2014 risulta che, nei 5 anni precedenti l'intervista, il 7,6% delle donne abruzzesi ha subito violenza fisica o sessuale dal partner contro il 4,9% dell'Italia; il 9,3% ha subito violenza fisica (dal partner o da un estraneo) contro il 7% dell'Italia e l'8,9% violenza sessuale a fronte di una media nazionale pari al 6,4%.

Si segnala infine **una più diffusa corruzione** rispetto al dato nazionale (1,6% contro 1,2%, anno 2016).

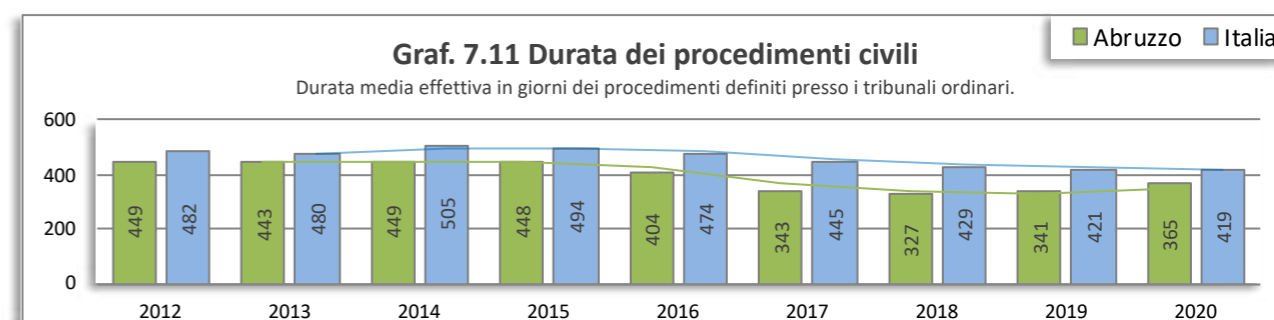
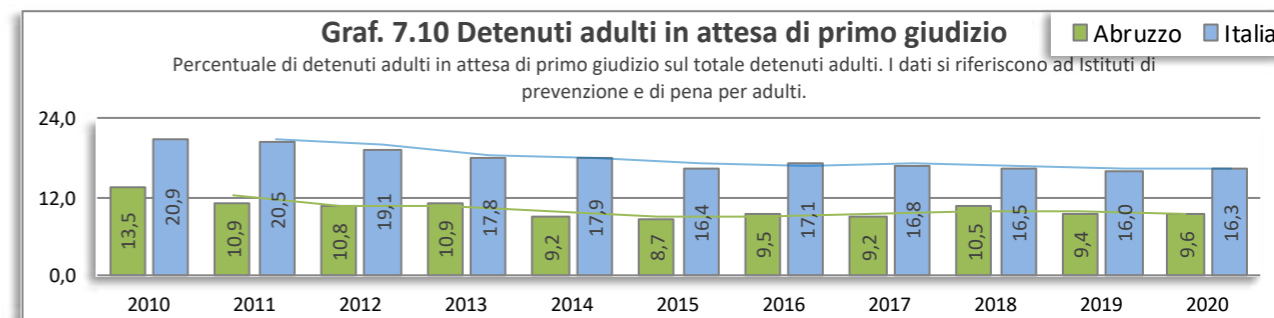


In merito alla **“Criminalità percepita”**, non emergono criticità, ma **solo punti di forza: la “percezione del rischio criminalità”** (18,6% delle famiglie abruzzesi contro il 22,6% dell’Italia, anno 2020), la **“presenza di elementi di degrado nella propria zona”** (6,3% contro 7,3%, anno 2020) e la **“paura di stare per subire un reato”** (4,9% contro 6,4%, anno 2016). I dati riportati confermano la riduzione della “criminalità percepita”.



Nonostante i dati continuino a essere positivi, alcuni **segnali non confortanti giungono dalla DIA** (Direzione Investigativa Antimafia), che nella relazione del secondo semestre 2019 scrive: *“proprio la prossimità geografica con la Puglia e la Campania è una delle cause che ha favorito in Abruzzo le infiltrazioni delle organizzazioni criminali mafiose, specie nelle province di Pescara, Teramo e Chieti”*.

Similmente alla **“Criminalità percepita”**, anche sul tema **“Giustizia”** non compaiono criticità e dall’analisi emergono i seguenti **punti di forza**: i **“detenuti adulti in attesa di primo giudizio”** (9,6%, contro il 16,3% dell’Italia, anno 2020) e la **“durata dei procedimenti civili”** (365 giorni contro 419, anno 2020), le cui tendenze, sia pur piuttosto altalenanti, sono per entrambi gli indicatori rivolte verso una generale riduzione dei valori, sia a livello regionale sia nazionale, come si evince dai grafici sotto esposti.



Maggiori dettagli sul tema “Giustizia” sono riportati nei **due focus tematici** di seguito esposti:

- “Una condizione troppo spesso dimenticata: quella dei detenuti”.
- “Covid-19 e sicurezza nelle comunità carcerarie”.

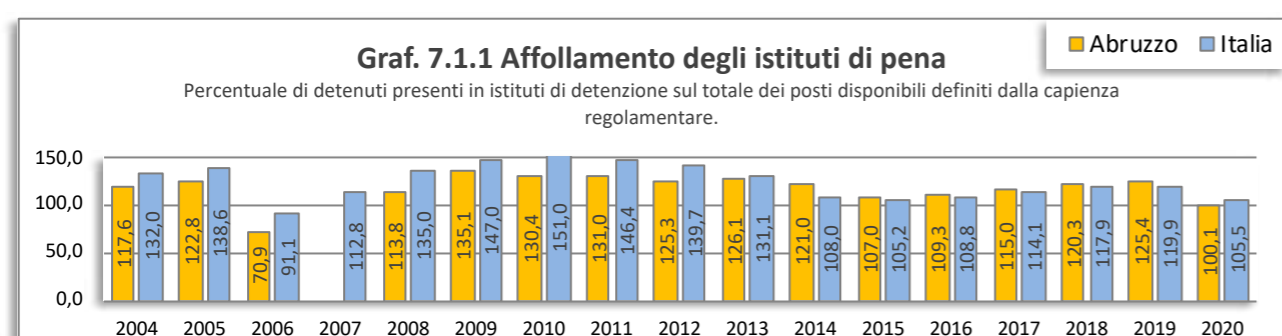
Infine, **in linea con i dati nazionali sono gli indicatori sulle “Istituzioni solide”**.

Maggiori dettagli **nell’Allegato I-7**.

7.1. Focus tematici. Una condizione troppo spesso dimenticata: quella dei detenuti

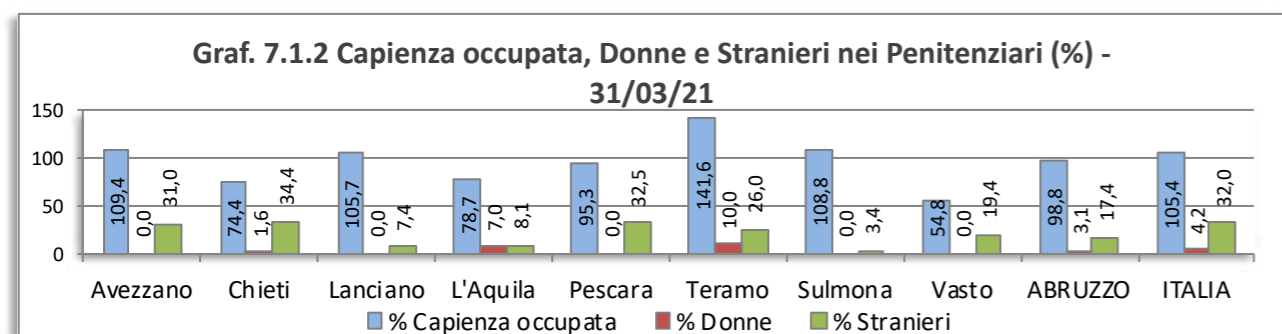
Troppo spesso dimenticata, la condizione di detenuto riassume quasi sempre una vastità di problematiche sociali: disagio economico, familiare, dipendenza, problemi relazionali, disagio psichico, ecc. Si è voluto quindi porre l'attenzione su questa condizione, in particolare sul contesto regionale. I dati esaminati in precedenza segnalano tra i **punti di forza dell'Abruzzo, la "quota di detenuti adulti in attesa di primo giudizio"** (9,4% contro il 16% dell'Italia, anno 2019) e la **"durata dei procedimenti civili"** (341 giorni, contro 421 dell'Italia, anno 2019), dati positivi che emergono anche osservando le serie storiche (grafico 7.13 e 7.14).

Non si discosta invece troppo dal dato nazionale la performance dell'indicatore "affollamento degli istituti di pena" (grafico 7.1.1), dove l'Abruzzo mostra quasi sempre valori in linea con il resto del Paese (in realtà sono migliori fino al 2013), ma comunque con un numero di detenuti che supera sempre la capienza massima, con il peggior risultato nel 2009 (135,1%). **Nel 2020 tuttavia si registra, in seguito agli interventi per contenere la diffusione del Covid-19 nelle carceri, un significativo abbassamento dell'indice**, sia in Abruzzo sia in Italia (rispettivamente 100,1% e 105,5%).



Fonte: Istat - Elaborazione su dati Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria

Focalizzando l'attenzione sui diversi Istituti presenti nella nostra regione, i dati al 31/03/2021 mostrano in generale un'ulteriore diminuzione della capienza occupata (98,8% per l'Abruzzo e 105,4% per l'Italia). L'Istituto presente a Vasto e quello di Chieti evidenziano le migliori risultanze (54,8% e 74,4% rispettivamente), mentre **decisamente affollato risulta essere l'Istituto di pena di Teramo** (141,6%).



Fonte: Istat - Elaborazione su dati Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria

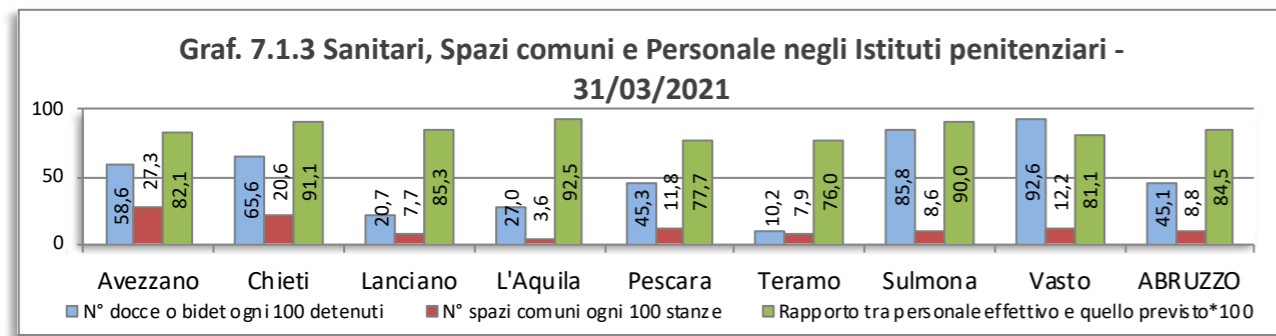
Nel grafico 7.1.2 sono riportate anche le percentuali di donne e di stranieri presenti. Le donne rappresentano il 3,1% del totale e gli stranieri il 17,4%, a fronte di una media nazionale pari rispettivamente al 4,2% e al 32%. La maggiore presenza di stranieri viene registrata negli Istituti di Pescara, Chieti e Avezzano, con dati tuttavia in linea con il resto del Paese. Per maggiori dettagli, si veda la tabella 7.1.1.

Tab. 7.1.1 ISTITUTI PENITENZIARI: CAPIENZA E DETENUTI PRESENTI AL 31/03/2021

	Avezzano	Chieti	Lanciano	L'Aquila	Pescara	Teramo	Sulmona	Vasto	Abruzzo	Italia
Capienza regolamentare	53	82	229	235	278	255	329	197	1.658	50.779
Detenuti presenti	58	61	242	185	265	361	358	108	1.638	53.509
di cui donne		1		13		36			50	2.239
di cui stranieri	18	21	18	15	86	94	12	21	285	17.131
% Capienza occupata	109,4	74,4	105,7	78,7	95,3	141,6	108,8	54,8	98,8	105,4
% Donne	0,0	1,6	0,0	7,0	0,0	10,0	0,0	0,0	3,1	4,2
% Stranieri	31,0	34,4	7,4	8,1	32,5	26,0	3,4	19,4	17,4	32,0

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria

Ai fini dell'analisi, sono stati elaborati ulteriori indicatori tesi a valutare le condizioni dei detenuti all'interno degli istituti penitenziari abruzzesi, in particolare: sanitari, spazi comuni e personale addetto (grafico 7.1.3).



Fonte: Istat - Elaborazione su dati Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria

Il numero di sanitari (docce e bidet) ogni 100 detenuti, **risulta particolarmente basso a L'Aquila, Lanciano e soprattutto Teramo**; mentre, riguardo agli **spazi comuni** (campi sportivi, teatri, laboratori, etc.) ogni 100 stanze, **chiude la classifica L'Aquila** con un valore di 3,6, di gran lunga inferiore a quello medio regionale, 8,8; infine, la **mancanza di personale** (polizia penitenziaria, amministrativi ed educatori) risulta più marcata a **Teramo e Pescara**. Maggiori dettagli sono riportati nella tabella 7.1.2.

Analizzando congiuntamente i tre indicatori di cui sopra con quello relativo alla “percentuale di capienza occupata” visto in precedenza, è possibile stilare una graduatoria d'Istituti penitenziari facendo una semplice media dei posizionamenti ottenuti dagli stessi Istituti sui diversi indicatori. Ne deriva una classifica così formata: 1° Chieti, 2° Vasto, 3° Sulmona, 4° Avezzano, 5° L'Aquila, 6° Pescara, 7° Lanciano, 8° Teramo.

TAB. 7.1.2 ISTITUTI PENITENZIARI: STANZE, SPAZI E PERSONALE AL 31/03/2021

		Avezzano	Chieti	Lanciano	L'Aquila	Pescara	Teramo	Sulmona	Vasto	ABRUZZO
Stanze	numero complessivo	33	34	195	223	110	239	301	98	1.233
	numero non disponibili	0	0	3	5	0	0	3	0	11
	doccia	33	34	11	10	105	11	17	15	236
	bidet	1	6	39	40	15	26	290	85	502
	portatori di handicap	0	1	0	0	2	0	0	1	4
	servizi igienici con porta	33	34	195	223	110	239	301	98	1233
	accensione luce autonoma	33	34	22	10	110	5	301	98	613
	prese elettriche	33	4	18	7	109	5	9	93	278
	N° docce o bidet ogni 100 detenuti	58,6	65,6	20,7	27,0	45,3	10,2	85,8	92,6	45,1
Spazi comuni e impianti	campi sportivi	1	1	2	1	0	1	1	1	8
	teatri	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	laboratori	1	0	3	0	3	5	2	2	16
	palestre	1	1	1	1	1	2	4	1	12
	officine	0	0	1	0	1	0	3	0	5
	biblioteche	1	1	1	1	1	2	4	2	13
	aule	3	2	4	3	5	6	10	2	35

		Avezzano	Chieti	Lanciano	L'Aquila	Pescara	Teramo	Sulmona	Vasto	ABRUZZO
	locali di culto	1	1	1	1	1	2	1	1	9
	mense detenuti	0	0	1	0	0	0	0	2	3
	Totale spazi comuni	9	7	15	8	13	19	26	12	109
	N° spazi comuni ogni 100 stanze	27,3	20,6	7,7	3,6	11,8	7,9	8,6	12,2	8,8
Spazi incontro visitatori	sale colloqui	2	1	3	3	2	3	3	1	18
	conformi alle norme	2	1	3	2	2	3	3	1	17
	aree verdi	1		1	1		1		1	5
	ludoteca		1	1		1	1	1	0	5
Personale	polizia penitenziaria - effettivi	37	76	132	153	119	163	244	76	1000
	polizia penitenziaria - previsti	43	84	157	165	167	216	267	99	1198
	amministrativi - effettivi	7	14	17	18	26	17	23	19	141
	amministrativi - previsti	11	14	17	19	21	21	26	19	148
	educatori - effettivi	2	2	2	2	5	4	2	4	23
	educatori - previsti	2	3	3	3	5	5	6	4	31
	Totale personale effettivo	46	92	151	173	150	184	269	99	1164
	Totale personale previsto	56	101	177	187	193	242	299	122	1377
Pers. effettivo su pers. previsto*100	82,1	91,1	85,3	92,5	77,7	76,0	90,0	81,1	84,5	

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria

La difficile condizione di detenuto trova del resto riscontro nei **numerosi suicidi che avvengono negli istituti di pena**. L'associazione Antigone calcola che nel 2019 in carcere ci si è tolti la vita 53 volte, **13,5 volte di più che all'esterno**. Il metodo prevalentemente utilizzato è rimasto quello tragico dell'impiccagione.

Stando invece al rapporto dell'associazione "Ristretti" che ha monitorato le morti in carcere dovute a suicidio, per incuria, overdose e tenendo in considerazione anche i casi non ancora accertati, dal 2002 al 2021 nelle carceri abruzzesi sono morte 68 persone per le motivazioni sopra indicate. **Il triste primato è detenuto dal carcere di Teramo** dove sono 26 le persone decedute, tra cui 14 suicidi accertati. A seguire si trova il carcere di Sulmona con 18 morti di cui 12 suicidi, segue Pescara con 7 di cui 4 suicidi accertati; 5 sono i casi rispettivamente per L'Aquila, con 3 suicidi, Lanciano, 2 suicidi, e uno infine ad Avezzano.

I dati riportati vogliono fornire uno spaccato dei drammi che possono celarsi all'interno delle mura di detenzione se la stessa non viene seguita con pratiche corrette e metodi adeguati.

7.2. Focus tematici. Covid-19 e sicurezza nelle comunità carcerarie

Ragioni strutturali e contingenti rendono quasi impossibile rispettare le tradizionali misure di contenimento: distanziamento fisico, quarantena volontaria per casi sospetti, isolamento sanitario per i positivi, carenza spesso di materiale di protezione: mascherine, disinfettanti, guanti, ecc. Non è un caso che **l'incidenza del virus nelle carceri italiane sia più elevata rispetto all'esterno**. Secondo una stima dell'associazione Antigone, infatti, ad aprile 2020 nelle carceri il tasso di positività era di 18,7 casi ogni 10mila persone contro un rapporto di 16,8 all'esterno. A dicembre 2020 la forbice si è allargata ulteriormente (179,3 positivi ogni 10mila in carcere e 110,5 all'esterno), mentre a febbraio 2021 il tasso di positività in carcere era di 91,1 ogni 10mila persone (e di 68,3 ogni 10mila persone all'esterno).

Tali dati trovano conferma in alcune nostre elaborazioni aggiornate ad aprile 2021. I positivi ogni 10.000 persone sono pari a 125,4, a fronte di 82,7 all'esterno; tra i più colpiti all'interno delle carceri si evidenzia il personale del corpo di polizia penitenziaria (128,3).

Tab. 7.2.1 IL COVID-19 NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI - 19/04/2021

	Detenuti	Polizia penitenziaria	Personale amministrativo	Totale carceri	Esterno
Popolazione	52.471	36.939	4.021	93.431	59.641.488
Positivi	655	474	43	1.172	493.489
Positivi ogni 10.000	124,8	128,3	106,9	125,4	82,7

Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute e della Giustizia

Per quanto riguarda le carceri abruzzesi, per contrastare la diffusione della pandemia la Regione Abruzzo ha emesso, tra gli altri provvedimenti, l'ordinanza n. 38 del 2020 che prevede, oltre i consueti controlli all'ingresso, anche di sottoporre la persona a tampone naso faringeo per verificare la presenza del virus. Sono state inoltre specificate le azioni da mettere in campo in caso di positività e quando il detenuto necessita di ospedalizzazione. Mentre per il personale impiegato nelle carceri sono state indicate tutte le pratiche da implementare per la prevenzione del contagio.

Le misure messe in campo e le oggettive difficoltà nel fronteggiare la pandemia all'interno degli Istituti penitenziari vengono qui descritte attraverso i rapporti che l'associazione Antigone ha redatto sul tema Covid-19 durante le visite effettuate nella prima ondata e agli inizi della seconda. Mancano L'Aquila e Lanciano. Di seguito le relazioni.

Rapporti dell'Associazione Antigone sulle carceri abruzzesi riguardo al tema Covid-19

AVEZZANO (Casa Circondariale a custodia attenuata) - Emergenza Coronavirus. 19/10/2020 Al momento della visita non ci sono particolari limitazioni della vita interna se non il fatto che alcuni spazi (la cappella, un'aula scolastica) non sono utilizzati perché non sufficientemente ventilati. Le sezioni restano aperte, così come l'accesso ai passeggi resta libero durante l'orario di apertura delle celle. Chi vuole fa ancora le video-chiamate, che sono alternative ai colloqui. È da segnalare che ad Avezzano non ci sono ingressi dalla libertà. Tutte le persone arrestate nel circondario vengono tradotte a Vasto, da dove, dopo una quarantena di 14 giorni, vengono poi trasferite in altri istituti. Ultimo aggiornamento: 19/10/2020.

CHIETI (Casa Circondariale) - Emergenza Coronavirus. 09/04/2020 Sospesi tutti gli accessi dall'esterno. Gli operatori del Sert continuano a lavorare attraverso le videochiamate. Sono attivi due sistemi per garantire la prosecuzione degli studi (materiale cartaceo per detenuti + sistema videochiamata). I permessi sono sospesi, le licenze sono state prorogate fino al 30 aprile. Sono abbondanti i colloqui e senza limiti di durata su WhatsApp e Skype. Estesa la durata delle telefonate. I colloqui Skype durano 20 minuti, sono aperti a tutti e gratuiti. Ci sono 3 postazioni Skype. Gli smartphone attivi sono 8 in tutto. Predisposta una stanza di isolamento con 2 posti letto al maschile e una camera con un posto al femminile. Mascherine e prodotti per l'igiene sono disponibili per personale e detenuti. Tensostruttura esterna per nuovi giunti e trasferiti. Invariati gli orari di apertura delle celle, mentre sono aumentate le ore di permanenza negli spazi aperti per tutti i detenuti. I Garanti non entrano. Non si registrano problemi di approvvigionamento. I pacchi per i detenuti arrivano per posta e i vaglia arrivano online. Le udienze della sorveglianza si svolgono da remoto. Ultimo aggiornamento: 09/04/2020.

PESCARA (Casa Circondariale) - Emergenza Coronavirus. 26/10/2020 Una piccola sezione di 6 stanze è stata destinata allo svolgimento del periodo di isolamento precauzionale, attualmente previsto per la durata di 10 giorni, per i nuovi ingressi in istituto e per le persone che rientrano dai permessi. Nella sala colloqui è stato montato un vetro divisorio per consentire lo svolgimento delle visite in presenza. Nella stessa sala sono state installate tre postazioni per lo svolgimento di colloqui in videochiamata. Tre smartphone sono apposti su delle specie di leggio di legno. È stata allestita una sala video-conferenze per le udienze, utilizzata anche da persone detenute provenienti da altri istituti penitenziari del territorio. Sono state implementate le telefonate quotidiane. Alcune aule scolastiche sono state attrezzate con computer per lo svolgimento della didattica a distanza. Sono stati raddoppiati i turni di pulizia effettuati dalle persone detenute grazie allo stanziamento di fondi ministeriali. Si registrano numerose difficoltà in relazione all'esiguo numero di posti per lo svolgimento del periodo di isolamento precauzionale. In mancanza di posti liberi, dopo l'arresto, persone destinate all'istituto di Pescara svolgono il periodo di isolamento presso altri istituti. Ultimo aggiornamento: 26/10/2020.

SULMONA (Casa di Reclusione) - Emergenza Coronavirus. 28/05/2020 Anche nel carcere di Sulmona scatteranno i test sierologici e sarà potenziata la sorveglianza attiva di operatori e detenuti. Sul trasferimento di detenuti nel carcere di Sulmona, che non sarebbe avvenuto nel rispetto delle norme anti-coronavirus, i sindacati della polizia penitenziaria proclamano lo stato di agitazione e chiedono per questo caso chiarimenti all'amministrazione penitenziaria. Ultimo aggiornamento: 28/05/2020.

TERAMO (Casa Circondariale) - Emergenza Coronavirus. 23/03/2020 Dal 5 marzo all'esterno dell'istituto il direttore ha predisposto un Pre-Triage che fa uno screening medico a nuovi giunti e trasferiti. Sono state predisposte 5 postazioni Skype for business nelle zone preposte ai colloqui e il direttore afferma che avvengono tra le 50 e le 70 telefonate al giorno, tutte della durata di 20 minuti. È stata fatta richiesta per dei telefonini ma non ne conosce ancora la data di arrivo né il numero complessivo. Si sta lavorando per stilare una lista di possibili accessi alla 199 o ai domiciliari. 26/03/20 Sono state sospese le visite mediche di routine. I detenuti non sono muniti di mascherine e guanti. Nessuno è stato sottoposto a controllo positività

Covid-19 nonostante anche il mese scorso ci siano stati detenuti con febbre e tosse persistente.
 Ultimo aggiornamento: 26/03/2020.

VASTO (Casa di Lavoro) - Emergenza Coronavirus. 24/03/2020 Larga parte delle persone recluse ha sottoscritto una lettera per prendere le distanze dalle rivolte, ma sono tutti seriamente preoccupati di contrarre il virus all'interno dell'istituto. In assenza di screening e tampone obbligatorio sono stati messi forzatamente in quarantena i dipendenti che avessero tosse o raffreddore a tutela del carcere. Ai nuovi giunti e ai trasferiti viene fatto un Triage in istituto ma si dubita dell'efficacia. Sono state fatte 134 richieste tra sospensione pena per patologie gravi, licenze finali di esperimento e detenzione domiciliare, nuova e speciale. Le telefonate sono state aumentate già prima del decreto governativo. C'è però una sola postazione Skype. Sono arrivati nell'istituto 6 telefonini per consentire chiamate via WhatsApp, ma all'interno del carcere non funzionano. 18/06/20 Stato di agitazione della Polizia penitenziaria di Vasto per effetto di un'ultima disposizione che indica nella struttura di Torre Sinello la "sede ricettiva da destinare alle persone arrestate di tutta la Regione Abruzzo, che dovranno essere tenute in osservazione quale misura di contenimento nella diffusione del Covid-19".

Ultimo aggiornamento: 18/06/2020.

7.3. Focus Agenda 2030 - Sicurezza, giustizia e istituzioni solide

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio, basato sia sul **posizionamento rispetto all'Italia**, dato dallo scostamento dell'Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall'Abruzzo nell'ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa inoltre che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

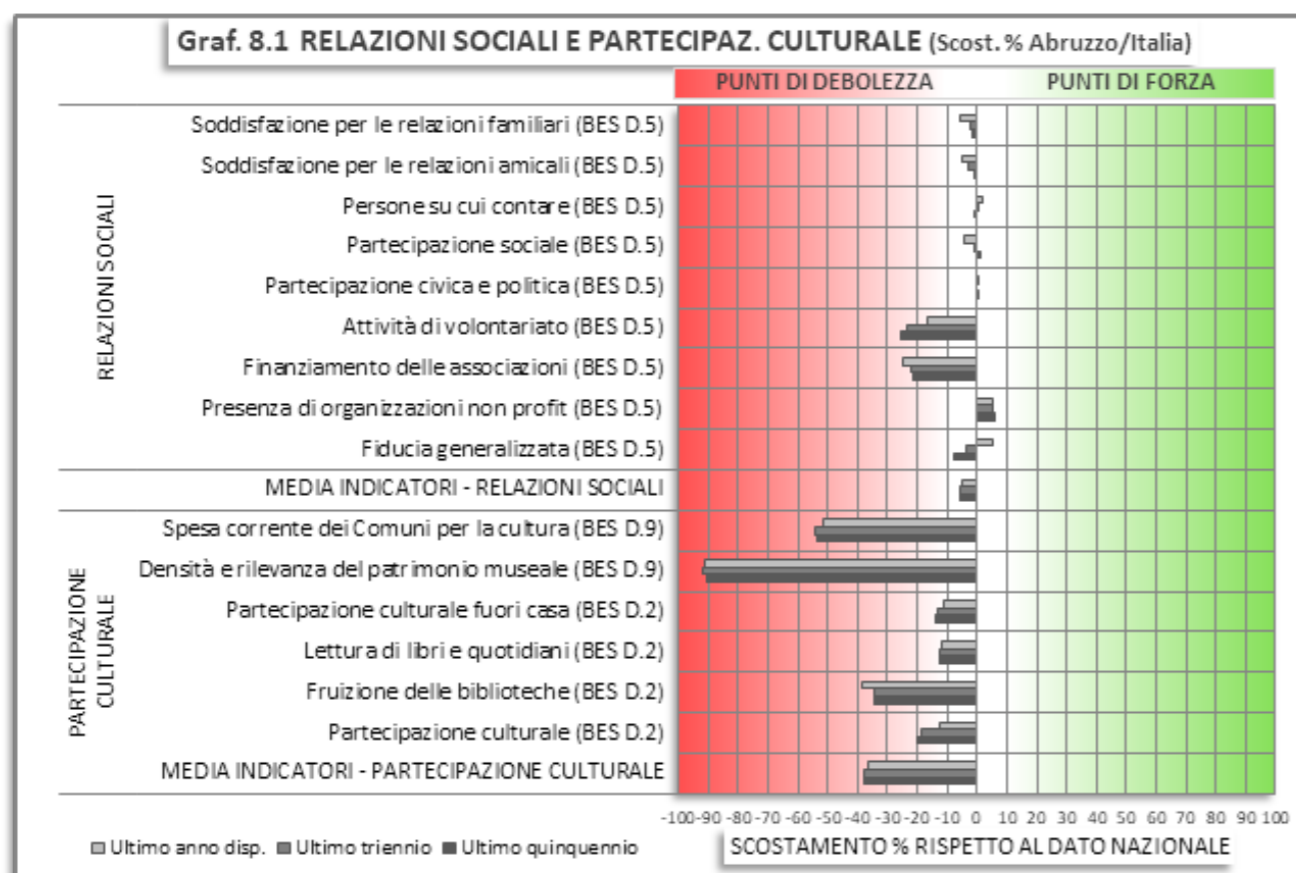
TAB. 7.3.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
16.1 - Ridurre dovunque e in misura significativa tutte le forme di violenza e il tasso di mortalità a esse riconducibili		
Omicidi – SDG 16 e BES D.7 (Omicidi per 100.000 abitanti)	-11,8%	+15,4%
Omicidi volontari – SDG 16 (Omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti)	+12,5%	+38,5%
Sicurezza camminando da soli al buio – SDG 16 e BES D.7 (Percentuale di persone di 14 anni e più che si sentono sicure camminando al buio da sole sul totale delle pers. di 14 anni e più)	+2,4%	+18,7%
16.3 - Promuovere lo stato di diritto a livello nazionale e internazionale e garantire parità di accesso alla giustizia per tutti		
Affollamento degli istituti di pena – SDG 16 e BES D.6 (Percentuale di detenuti presenti in istituti di detenzione sul totale dei posti disponibili definiti dalla capienza regolamentare)	+0,7%	+4,4%
Detenuti adulti in attesa di primo giudizio – SDG 16 (% di detenuti adulti in attesa di primo giudizio sul tot. detenuti adulti. I dati riferiscono a Istituti di prevenzione e di pena per adulti)	-40,0%	+7,7%
16.5 - Ridurre in misura sostanziale la corruzione e la concussione in tutte le loro forme		
Corruzione – SDG 16 (% di famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi (Almeno un caso ultimi 12 mesi))	+33,3%	n.d.
16.6 - Sviluppare istituzioni efficaci, responsabili e trasparenti a tutti i livelli		

Fiducia nel sistema giudiziario – SDG 16 e BES D.6 (Punteggio medio di fiducia nel Sistema giudiziario (in una scala da 0 a 10) espresso dalle persone di 14 anni e più)	-0,7%	+16,9%
Fiducia nelle forze dell'ordine e nei vigili del fuoco – SDG 16 e BES D.6 (Punteggio medio di fiducia nelle Forze dell'ordine e nei Vigili del fuoco (in una scala da 0 a 10) espresso ...)	+0,9%	+4,7%
Durata dei procedimenti civili – SDG 16 e BES D.6 (Durata media effettiva in giorni dei procedimenti definiti presso i tribunali ordinari)	-18,6%	-13,6%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

8. Area tematica RELAZIONI SOCIALI E PARTECIPAZIONE CULTURALE

I dati elaborati nel grafico 8.1 restituiscono un quadro piuttosto chiaro. L'indice sintetico relativo alle **“Relazioni sociali”** pone l'Abruzzo in **leggero ritardo rispetto al resto del Paese** (circa il 5% in meno sul totale degli indicatori analizzati), **mentre è sulla “Partecipazione culturale” che si evidenzia una situazione di grave svantaggio** (pari a circa il 37% nei tre periodi temporali analizzati).



Fonte: elaborazioni su dati Istat

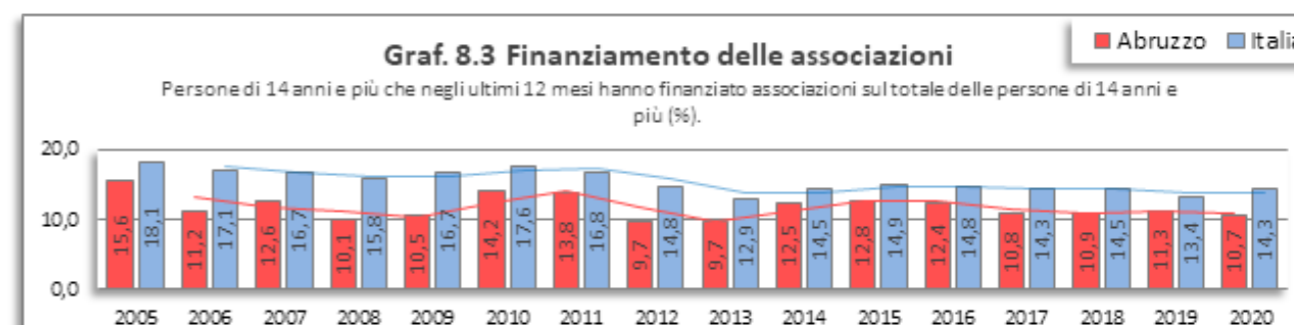
Come di consueto, estrapolando dal grafico 8.1 quegli indicatori sui quali si evidenziano le maggiori divergenze rispetto al dato nazionale (10%, sia in positivo sia in negativo), si ottiene la tabella 8.1 che riassume i **punti di forza e debolezza della regione Abruzzo** rispetto al contesto nazionale.

Si ribadisce quanto sopra evidenziato: risultanze nel complesso in linea con i dati nazionali sulle **“Relazioni sociali”**, ma forte ritardo sulla **“Partecipazione culturale”**.

Tab. 8.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - RELAZIONI SOCIALI E PARTECIPAZIONE CULTURALE

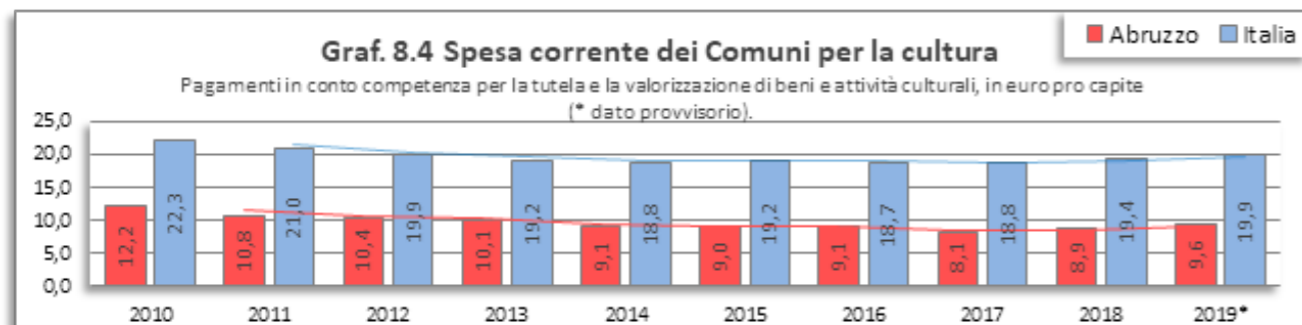
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Relazioni sociali			
Attività di volontariato		non evidenziato	
Finanziamento delle associazioni		non evidenziato	
Partecipazione Culturale			
Densità e rilevanza del patrimonio museale		non evidenziato	
Spesa corrente dei Comuni per la cultura		non evidenziato	
Fruizione delle biblioteche		non evidenziato	
Partecipazione culturale		non evidenziato	
Letture di libri e quotidiani		non evidenziato	
Partecipazione culturale fuori casa		non evidenziato	

In particolare, sulle **“Relazioni sociali”** dei nove indicatori analizzati, solo due di essi mostrano risultanze significativamente inferiori al resto del Paese: le **“attività di volontariato”** (7,7% della popolazione regionale contro il 9,2% dell'Italia, anno 2020) e il **“finanziamento delle associazioni”** (10,7% contro 14,3%, anno 2020), entrambi caratterizzati da un andamento piuttosto altalenante, sia in Abruzzo sia in Italia.



Singolare è il dato sulla **“fiducia generalizzata”** del 2020 (anno della comparsa del Covid-19), che mostra per la nostra regione un valore in crescita rispetto agli anni passati e superiore al dato nazionale: 24,4% della popolazione regionale (era 23% nel 2019) a fronte del 23,2% a livello nazionale (era 23,9% nel 2019). Maggiori dettagli in **Allegato I-8**.
 Riguardo alla **“Partecipazione culturale”**, l'Abruzzo mostra **il maggior divario** rispetto al resto del Paese.

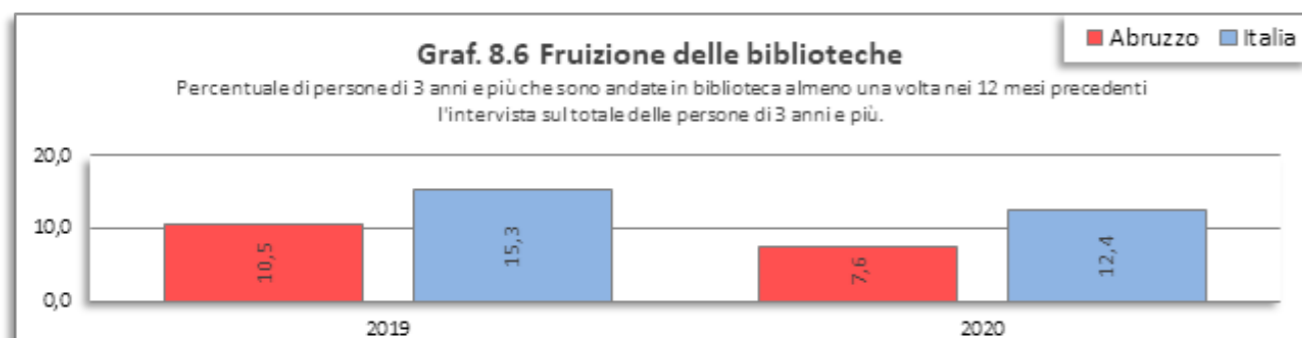
Sul lato dell'**offerta** si evidenzia una “**spesa corrente dei Comuni per la cultura**” pari a 9,6 euro pro-capite per l’Abruzzo, a fronte di una media nazionale di 19,6 euro, anno 2019; inoltre, anche il dato sulla “**densità e la rilevanza del patrimonio museale**” è di gran lunga inferiore al dato nazionale: 0,14 strutture espositive permanenti ogni 100 Km² contro 1,62 dell’Italia, anno 2019.



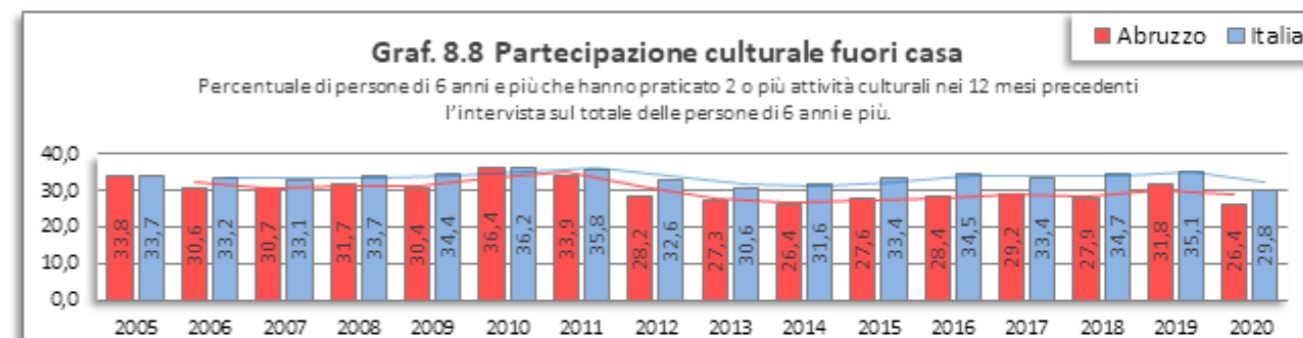
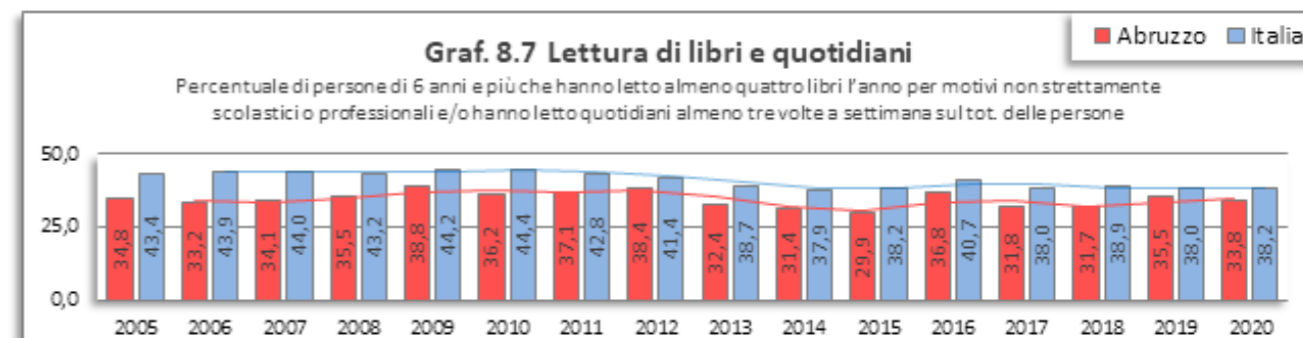
Quest’ultimo indicatore restituisce un valore così critico non solo per una minore presenza di strutture (musei, aree archeologiche e monumenti), ma anche per una carenza di visitatori, in quanto dette strutture sono ponderate in base al numero di visitatori. Certamente l’Abruzzo, ricchissimo di bellezze naturali e paesaggistiche, non è paragonabile dal punto di vista più prettamente culturale a regioni come la Toscana, ma i **margini di crescita in tal senso sono ampi**, a cominciare da una maggiore spesa da parte dei Comuni e da una maggiore valorizzazione del patrimonio storico culturale presente.

Se l’offerta è carente, similmente lo è la **domanda**, sia pure in misura più contenuta.

La “**fruizione delle biblioteche**” è stata nel 2020 pari al 7,6% della popolazione contro una media nazionale del 12,4%; divari analoghi si registrano anche nel 2019, a prescindere quindi dall’epidemia che ha naturalmente contratto l’indicatore a causa delle restrizioni imposte.



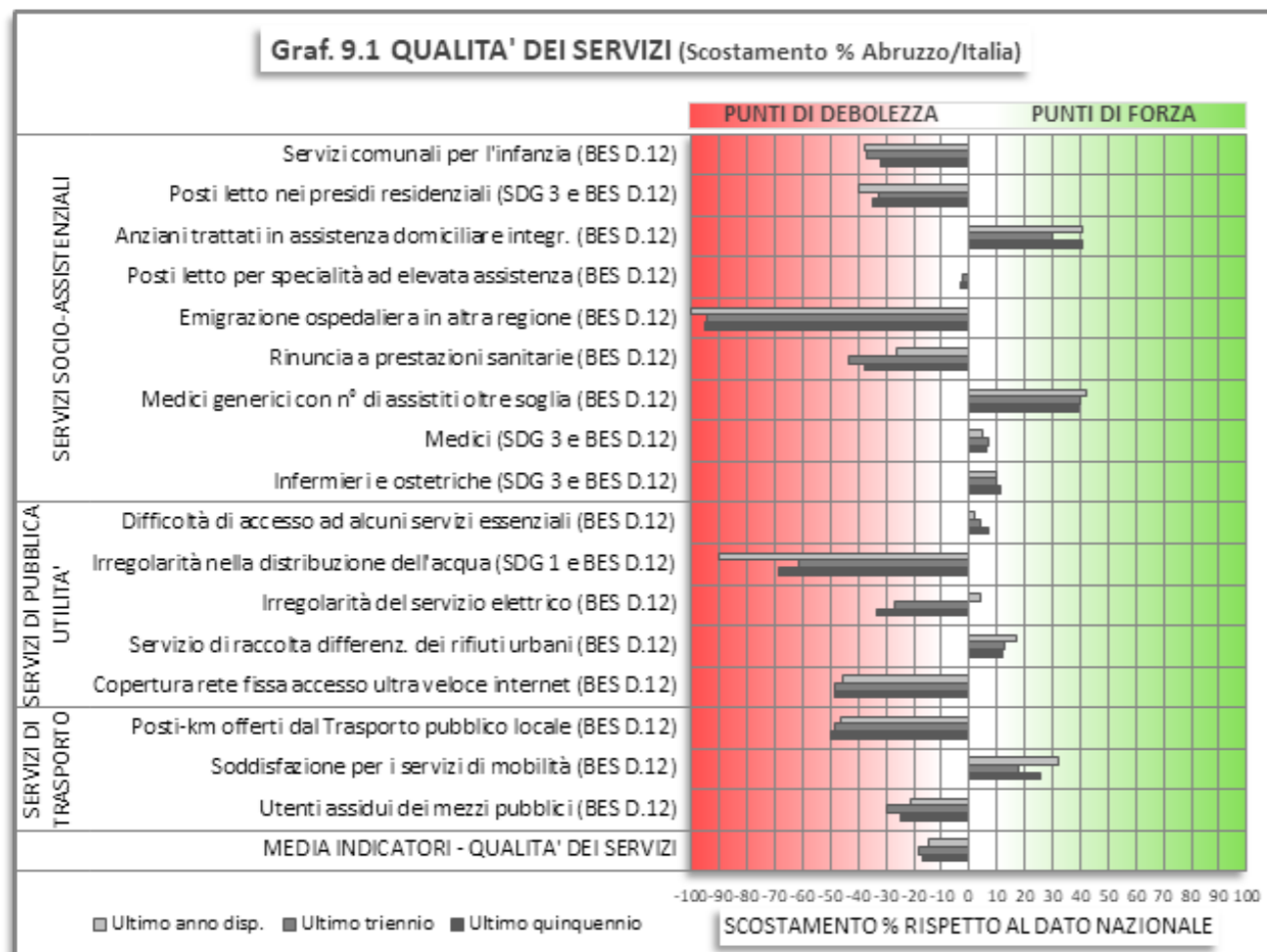
La “**lettura di libri e quotidiani**” è appannaggio del 33,8% della popolazione regionale, a fronte di una media nazionale del 38,2%, anno 2020; la “**partecipazione culturale fuori casa**” (persone che negli ultimi 12 mesi hanno svolto due o più attività culturali) è stata pari al 26,4% della popolazione regionale di 6 anni e più contro il 29,8% del resto del Paese, anno 2020.



In **sintesi**, se sulle relazioni sociali non si evidenziano particolari criticità (associazionismo e volontariato esclusi), è sulla componente culturale, dimensione fondamentale della qualità della vita, **che l’Abruzzo mostra le maggiori debolezze, soprattutto sul lato dell’offerta**.
Maggiori dettagli in **Allegato I-8**.

9. Area tematica QUALITÀ DEI SERVIZI

L'indice sintetico (media indicatori) risulta negativo ed evidenzia, rispetto al dato nazionale, un **gap di circa il 15%** nell'ultimo anno disponibile, in **miglioramento tuttavia rispetto all'ultimo triennio e quinquennio**.



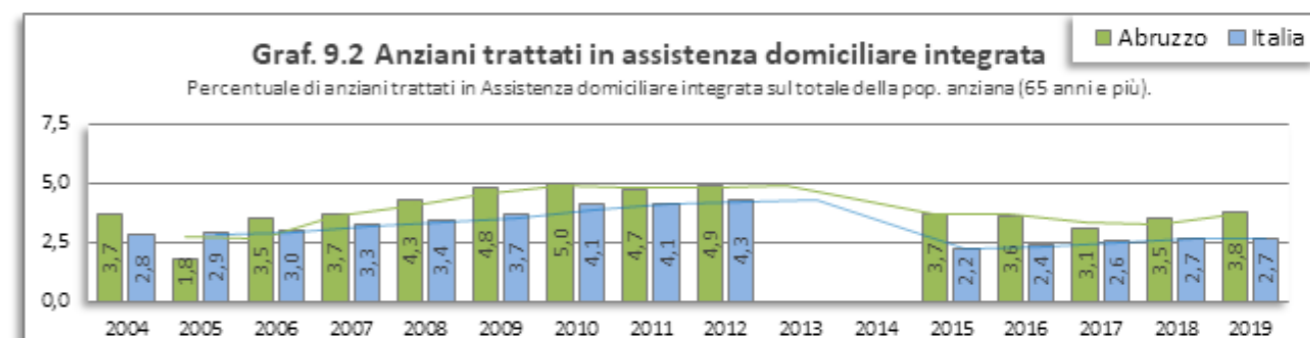
Fonte: elaborazioni su dati Istat

Dal grafico 9.1 si ricava poi la consueta tabella che riassume punti di forza e debolezza della regione Abruzzo.

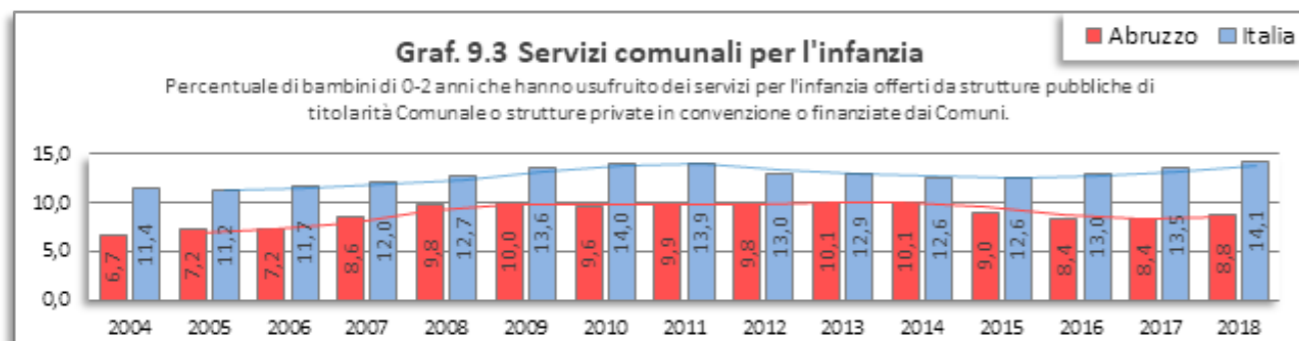
Tab. 9.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - QUALITÀ DEI SERVIZI

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Servizi socioassistenziali			
	Emigrazione ospedaliera in altra regione	Medici generici con un n° assistiti oltre soglia	
	Rinuncia a prestazioni sanitarie	Anziani trattati in assist. domic. integrata (ADI)	
SDG	Posti letto nei presidi residenziali	Infermieri e ostetriche	SDG
	Servizi comunali per l'infanzia		
Servizi di pubblica utilità			
SDG	Irregolarità nella distribuzione dell'acqua	Servizi di raccolta differenziata dei rifiuti urbani	
	Copertura rete fissa acces. ultraveloce internet		
	Irregolarità del servizio elettrico		
Servizi di trasporto			
	Posti-Km offerti dal trasporto pubblico locale	Soddisfazione per i servizi di mobilità	
	Utenti assidui dei mezzi pubblici		

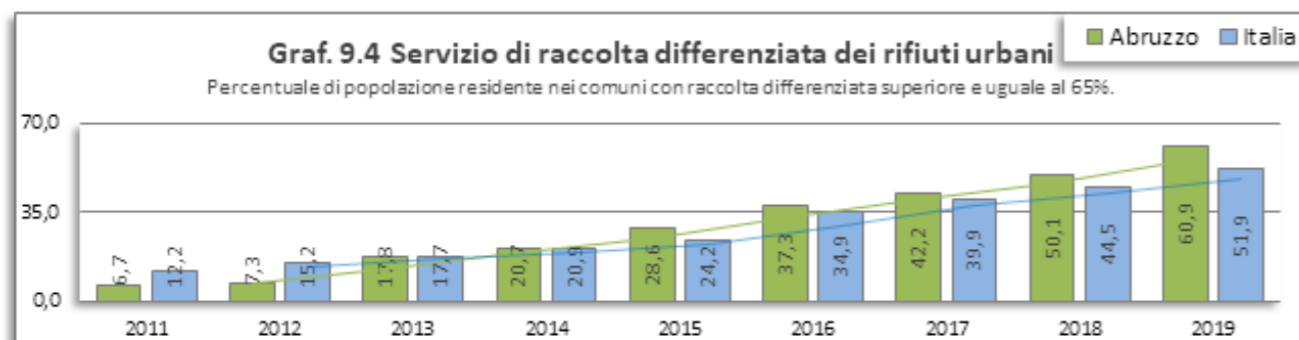
Riguardo ai **“Servizi socioassistenziali”**, quasi tutti gli indicatori sono stati già analizzati all'interno dell'area tematica **“Salute e servizi offerti”**. Tra i **punti di forza** della regione si ricorda la più alta incidenza di **personale sanitario e un numero più congruo**, rispetto ai dati nazionali, **di assistiti per ogni medico generico**, i cui grafici non vengono riproposti per brevità espositiva. Inoltre, dall'analisi emerge con chiarezza un più intenso e capillare servizio svolto dalle ASL abruzzesi di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**. Fatta eccezione per il 2005, gli anziani trattati risultano superiori al riferimento nazionale in tutti gli anni analizzati, con l'ultimo dato disponibile (2019) pari al 3,8%, a fronte di una media nazionale del 2,7%.



Sui **punti di debolezza**, si ribadiscono le criticità emerse in precedenza: **“emigrazione ospedaliera in altra regione”** (16,6% contro 8,3% dell'Italia, anno 2019), **“rinuncia a prestazioni sanitarie”** (12,1% contro 9,6%, anno 2020), **“posti letto nei presidi residenziali”** (42 ogni 10.000 abitanti contro 69,6, anno 2018), **“servizi comunali per l'infanzia”** (ne ha usufruito l'8,8% dei bambini 0-2 anni contro il 14,1% dell'Italia, anno 2018).

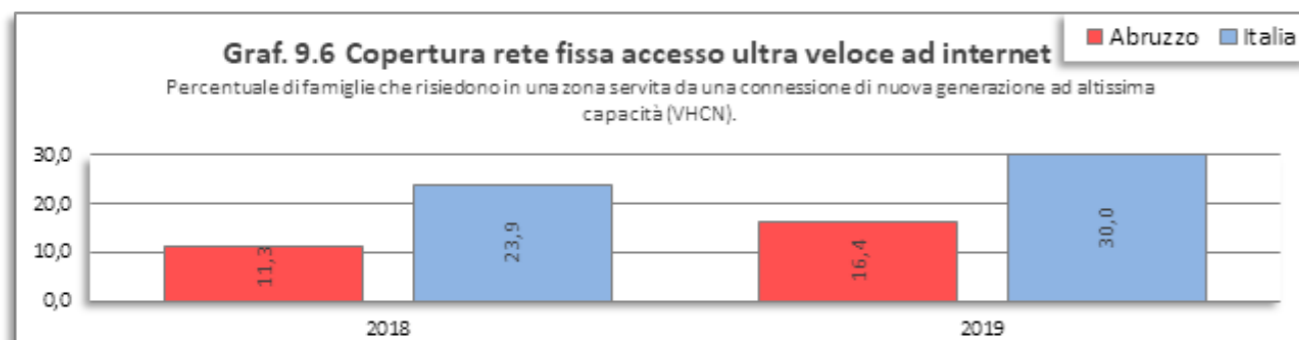
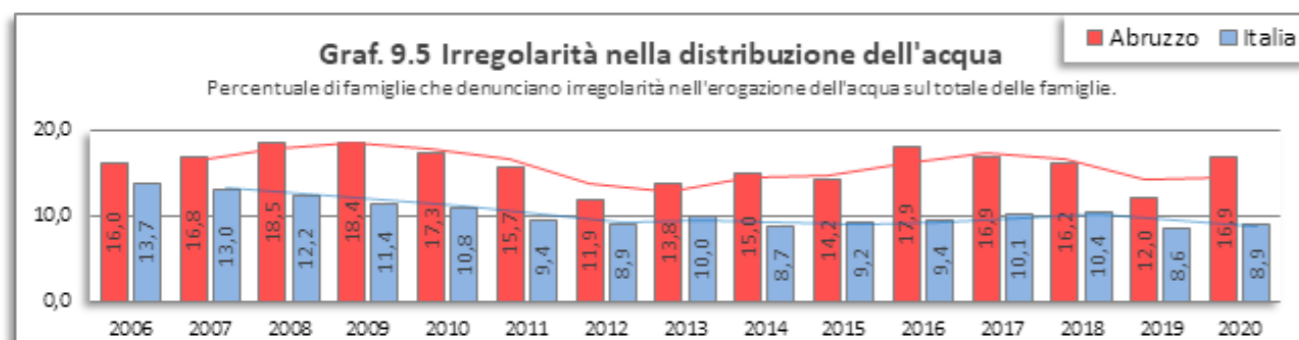


Relativamente ai “**Servizi di pubblica utilità**”, emerge come **punto di forza il “servizio di raccolta differenziata dei rifiuti urbani”**, passato dal 6,7% del 2011 al 60,9% del 2019, contro rispettivamente il 12,2% e 51,9% dell'Italia.



Un dato, quest'ultimo, che pone l'Abruzzo in netto vantaggio rispetto al resto del Paese su un tema così importante e attuale come la sostenibilità. Preme tuttavia ricordare che, ciò nonostante, la “percentuale di rifiuti urbani conferiti in discarica” costituisca ancora una criticità della regione (area tematica “Povertà e città sostenibili”).

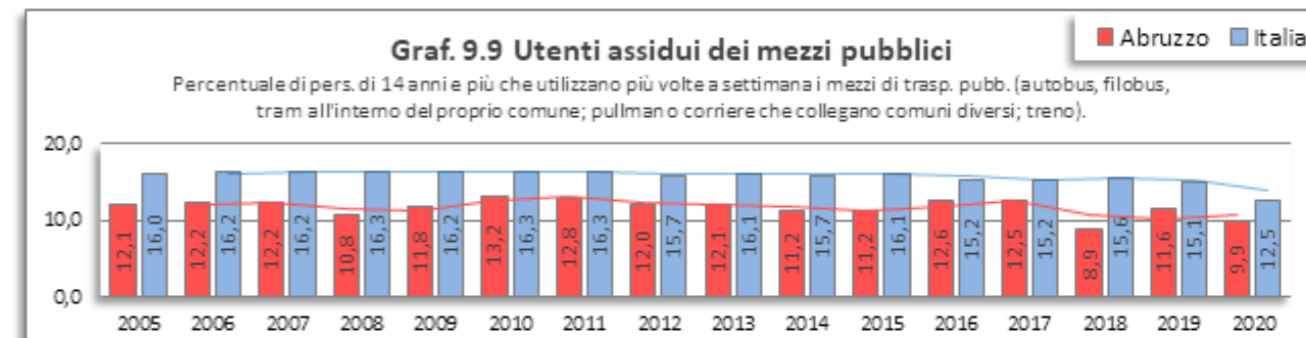
Si evidenziano poi alcuni **problemi strutturali** che da anni interessano il territorio regionale. In particolare, i dati mostrano una maggiore “**irregolarità nella distribuzione dell'acqua**” (16,9% delle famiglie abruzzesi contro 8,9% dell'Italia, anno 2020) e una più bassa “**copertura della rete fissa di accesso ultra veloce a Internet**” (coperto il 16,4% delle famiglie abruzzesi a fronte di una media nazionale del 30%, anno 2019).



Infine, riguardo ai “**Servizi di trasporto**” l'Abruzzo, pur presentando una copertura territoriale del Tpl pari a quasi la metà del valore nazionale (2.502 km percorsi all'anno contro 4.624 dell'Italia, anno 2019) e una quota di “**utenti assidui dei mezzi pubblici**” anch'essa inferiore al resto del Paese (9,9% contro 12,5%, anno 2020), **mostra una più alta “soddisfazione per i servizi di mobilità”**, gradimento che risulta costantemente superiore al dato nazionale (nel 2020, il 25,9% ha espresso un voto superiore a 8 contro il 19,6% dell'Italia).



Risultanze analoghe si erano del resto ottenute sulle “difficoltà di collegamento con i mezzi pubblici” (Povertà e città sostenibili), i cui valori regionali erano migliori di quelli nazionali.



Maggiori dettagli in **Allegato I-9**.

9.1. Focus Agenda 2030 - Qualità dei servizi

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio, basato sia sul **posizionamento rispetto all'Italia**, dato dallo scostamento dell'Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall'Abruzzo nell'ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa inoltre che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche. Si precisa che in questa area sono stati utilizzati 3 indicatori BES non SDG, essendo gli obiettivi generici e gli indicatori simili.

TAB. 9.1.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
1.4 - Entro il 2030, assicurare che tutti gli uomini e le donne, in particolare i poveri e i vulnerabili, abbiano uguali diritti riguardo alle risorse economiche, così come l'accesso ai servizi di base, la proprietà e il controllo sulla terra e altre forme di proprietà, ...		
Irregolarità nella distribuzione dell'acqua - SDG 1 e BES D.12 (Percentuale di famiglie che denunciano irregolarità nell'erogazione dell'acqua sul totale delle famiglie)	+61,6%	-8,0%
Irregolarità del servizio elettrico - BES D.12 (Numero medio per utente delle interruzioni accidentali lunghe (interruzioni senza preavviso e superiori ai 3 min.) del servizio elettrico)	+26,9%	+4,9%
Soddisfazione per i servizi di mobilità - BES D.12 (Percentuale di utenti di 14 anni e più che hanno espresso un voto uguale o superiore a 8 per tutti i mezzi di trasporto che utilizzano)	+17,8%	+2,1%
Copertura della rete fissa di accesso ultraveloce a Internet - BES D.12 (Percentuale famiglie che risiedono in zona servita da una connes. di nuova generaz. ad altissima capacità VHCN)	-48,6%	n.d.
3.8 - Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti		
Posti letto presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari - SDG 3 e BES D.12 (Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 10.000 abitanti)	-32,3%	+17,0%
3.c - Aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del pers. sanitario nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto nei Paesi meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo		
Medici per 1.000 abitanti - SDG 3 e BES D.12	+6,6%	+2,4%
Infermieri e ostetriche per 1.000 abitanti - SDG 3 e BES D.12	+9,8%	+3,6%

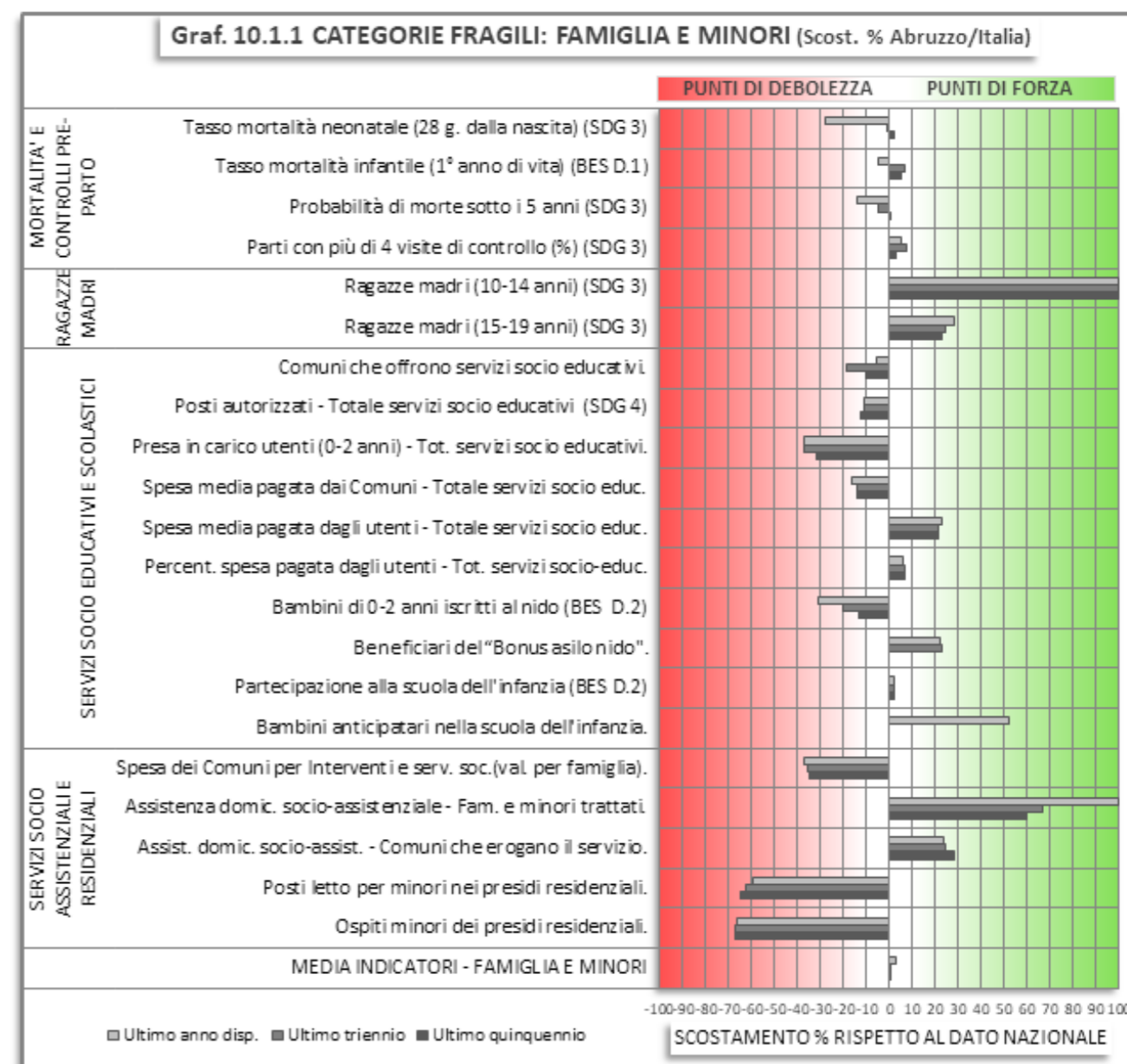
Fonte: elaborazioni su dati Istat

10. Area tematica CATEGORIE FRAGILI

La trasversalità dell'area tematica "Categorie fragili" rispetto a quelle già analizzate porta a riesaminare alcuni degli indicatori visti in precedenza, ai quali tuttavia ne sono stati aggiunti altri con lo scopo di delineare un quadro il più completo ed esaustivo possibile.

10.1. Famiglia e minori

L'indice sintetico (media indicatori) pone l'Abruzzo **in linea con il resto del Paese, con una leggera tendenza al miglioramento** (da +0,1% nel quinquennio a +0,5% nel triennio, fino a +2,4% nell'ultimo anno analizzato).



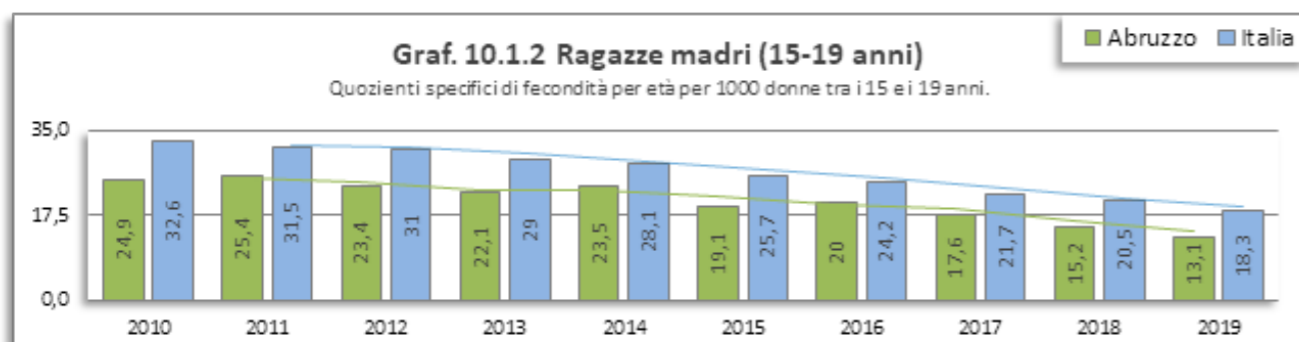
Fonte: elaborazioni su dati Istat

L'area tematica "Famiglia e minori" è quindi caratterizzata da indicatori che sono mediamente in linea con quelli nazionali. Del resto, la tabella 10.1.1 che, come di consueto, sintetizza i punti di forza e debolezza della regione, mostra un sostanziale equilibrio tra forze e debolezze.

Tab. 10.1.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - Categorie fragili: FAMIGLIA E MINORI

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Mortalità, controlli preparto e ragazze madri			
	non evidenziato	Ragazze madri (10-14 anni e 15-19 anni)	SDG
Servizi socioeducativi e scolastici			
	Presenza in carico utenti (0-2) - Tot. serv. soc. educ.	Spesa pagata dagli utenti - Tot. serv. soc. educ.	
	Bambini (0-2 anni) iscritti al nido	Beneficiari del "Bonus asilo nido"	
SDG	Posti autorizzati - Totale serv. soc. educativi	Bambini anticipatori nella scuola infanzia	
	Spesa pagata dai Comuni - Tot. serv. soc. educ.		
Servizi socioassistenziali e residenziali			
	Ospiti minori dei presidi residenziali	Assist. domic. soc. assist. - Fam. e minori tratt.	
SDG	Posti letto per minori nei presidi residenziali	Assist. domic. socioassist. - % Comuni con serv.	
	Spesa dei Comuni per Interventi e serv. sociali		

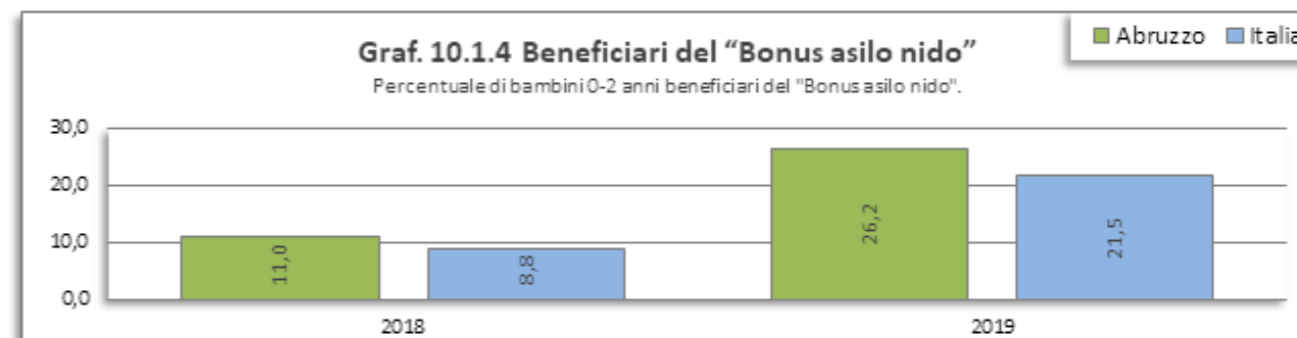
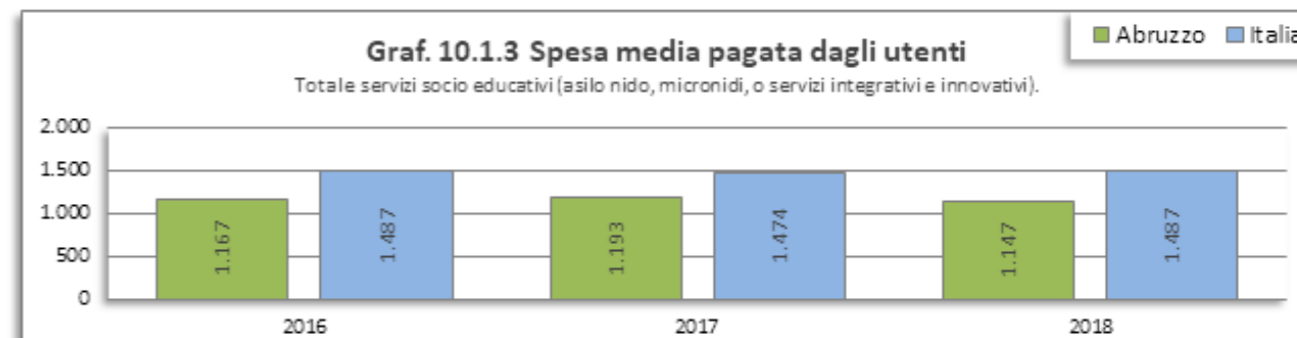
Per quanto riguarda la sub-area "**Mortalità, controlli pre-parto e ragazze madri**", si annovera tra i punti di forza la quota di "ragazze madri", sia nella classe 10-14 anni sia in quella 15-19 anni. Per quest'ultima classe i dati segnalano 13,1 per 1.000 contro 18,3 dell'Italia, anno 2019.



Pur in assenza di dati strutturali negativi, si segnala **sulla mortalità un peggioramento in concomitanza dell'ultimo anno disponibile**: nel 2018 il "tasso di mortalità neonatale (28 giorni dalla nascita)" ogni 1.000 nati vivi è stato pari a 2,46 contro 1,96 dell'Italia e quello della "mortalità infantile (1° anno di vita)" pari al 3 per mille contro 2,9 dell'Italia. Inoltre, nel 2020 la "probabilità di morte sotto i 5 anni per 1.000" ha registrato un valore di 3,76 per l'Abruzzo, a fronte di una media nazionale pari a 3,30 (Allegato I-10.1).

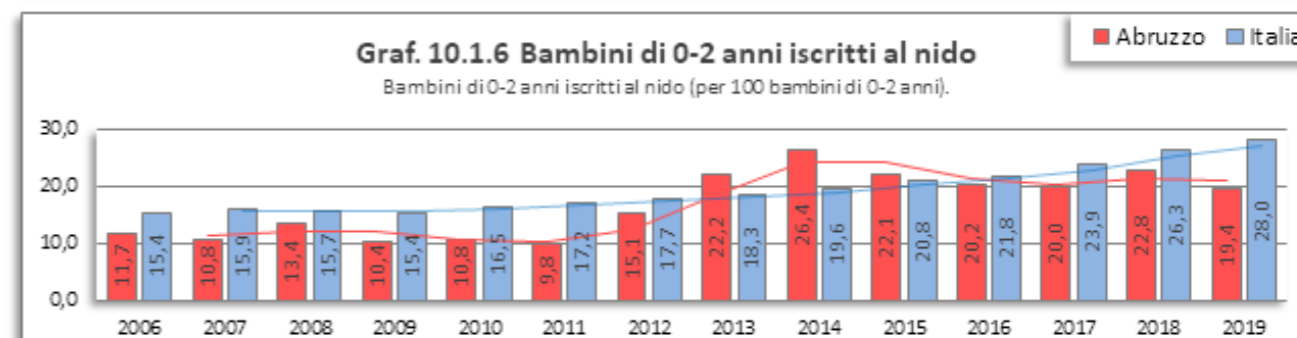
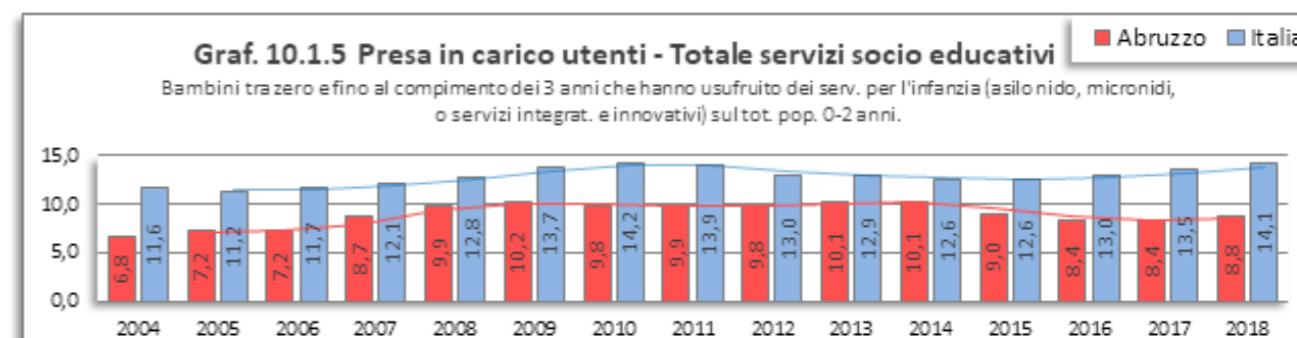
Riguardo ai "**Servizi socioeducativi**" per la prima infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi), tra i **punti di forza** emerge la "spesa media pagata dagli utenti" (pari nel 2018

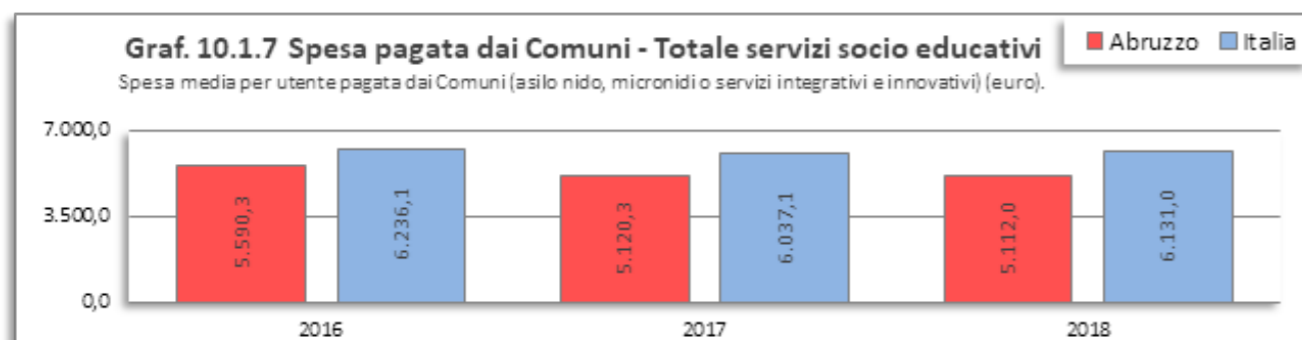
a 1.147 euro contro 1.487 dell'Italia), seguito dai "beneficiari del bonus asilo nido", pari al 26,2% a fronte di una media nazionale del 21,5%, anno 2019. Anche il dato sui "bambini anticipatori nella scuola dell'infanzia" è di gran lunga superiore al resto del Paese (22,5% contro 14,8%, anno 2019), un dato che verosimilmente scaturisce dalla non completa copertura di servizi educativi per la prima infanzia.



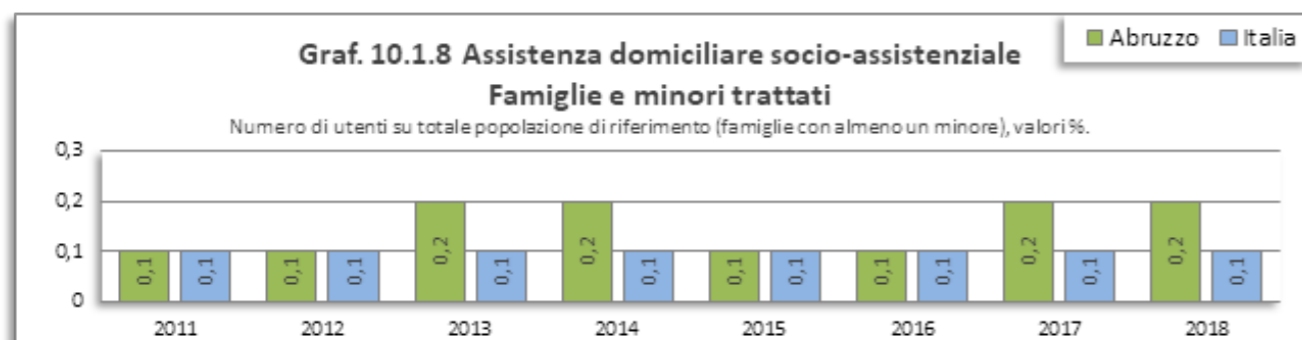
Positiva è infine la "partecipazione alla scuola dell'infanzia", pari al 98% contro una media nazionale del 96%, anno 2019 (Allegato I-10.1).

Si ribadiscono tuttavia le **criticità** viste in precedenza. In particolare, la "presenza in carico di utenti" (l'8,8% dei bambini 0-2 anni contro il 14,1% dell'Italia; anno 2018), i "bambini 0-2 anni iscritti al nido" (19,4% contro 28% dell'Italia, anno 2019), i "posti autorizzati" (23,9 contro 26,9, anno 2019) e la "spesa dei Comuni per servizi socio-educativi" (5.112 euro per utente contro 6.131 euro dell'Italia, anno 2018).

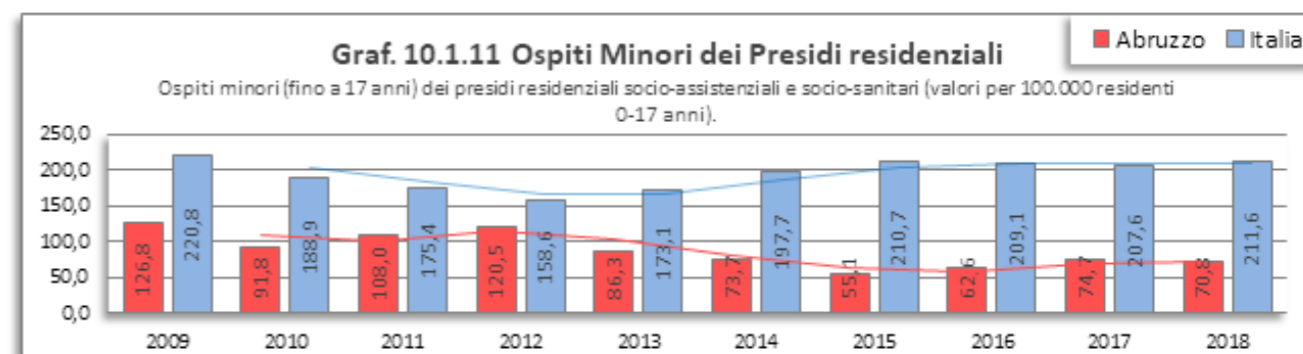
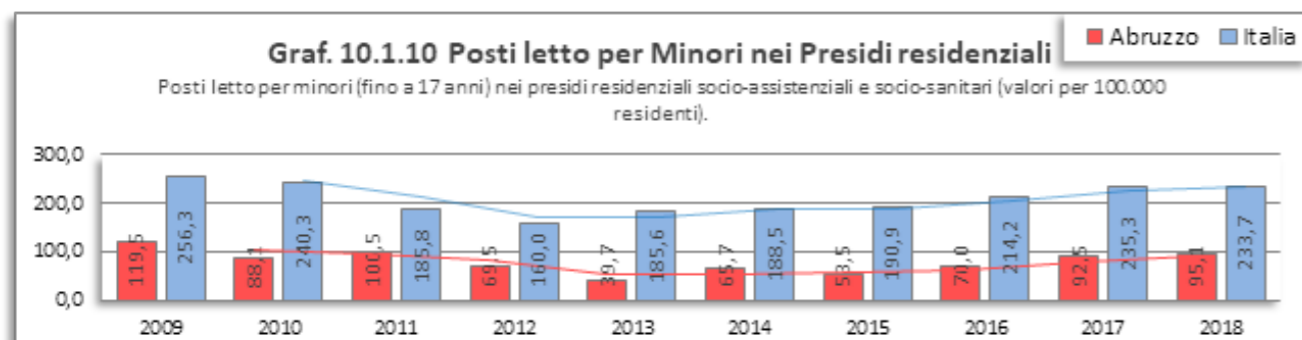




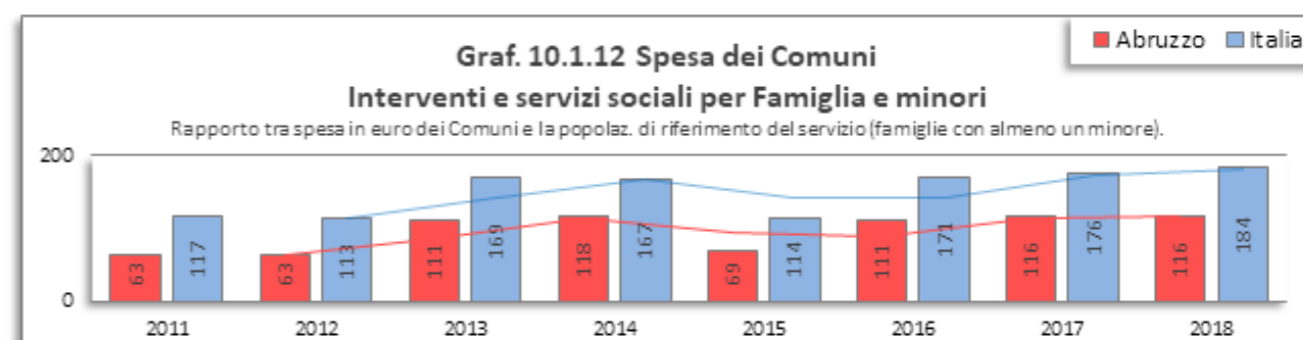
Infine, sui **“Servizi socioassistenziali e residenziali”** l’Abruzzo mostra **punti di forza**, rispetto al riferimento nazionale, sul servizio di “assistenza domiciliare socioassistenziale” rivolta a famiglie e minori e svolto dai Comuni, sia per quanto riguarda i casi trattati (0,2% contro 0,1% dell’Italia, anno 2018), sia per la quota di Comuni che erogano detto servizio (59% contro 47,7% dell’Italia, anno 2018).



Riguardo alle **criticità**, emergono i “posti letto per minori nei presidi residenziali” (95,1 posti ogni 100.000 residenti contro 233,7 dell’Italia, anno 2018), gli “ospiti minori dei presidi residenziali” (70,8 ogni 100.000 residenti minori contro 211,6 dell’Italia) e la “spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali” (116 euro per ogni famiglia con almeno un minore contro 184 euro dell’Italia).



In merito ai presidi residenziali, in particolare agli “ospiti minori”, una **recente indagine**⁴ fatta dalla Regione Abruzzo, riguardante tutte le strutture presenti sul territorio, evidenzia come nel 2020 si sia registrato un **forte incremento del numero di ospiti**: da 140 del 2018 (fonte Istat) a 488 nel 2020; un dato che, valutato sulla popolazione residente, porta a un incremento dell’indicatore da 70,8 ogni 100.000 residenti minori (anno 2018) a 254,7 nel 2020. Inoltre, è del tutto verosimile associare a detto incremento una **crescita altrettanto sostenuta del numero di “posti letto”**.



In **sintesi**, si segnalano: un acuirsi della mortalità infantile, ma anche una minore incidenza di ragazze madri rispetto al resto del Paese; una più bassa presenza di “Servizi socioeducativi” per la prima infanzia, unitamente a una minore spesa sostenuta dai Comuni per detti servizi, ma anche un minore importo pagato dagli utenti, una più alta quota di beneficiari del bonus asilo nido e una più alta partecipazione alla scuola dell’infanzia; un minor numero di “posti letto” e “ospiti nei presidi residenziali” ma, sulla base di una recente indagine della Regione, si registra un forte recupero nel 2020; infine, una minore spesa dei Comuni per “Interventi e servizi sociali”, ma anche un più intenso servizio di “assistenza domiciliare socioassistenziale” fornito dai Comuni stessi. Maggiori dettagli in **Allegato I-10.1**.

Si è voluto infine porre l’attenzione su **una delle maggiori criticità** emerse nel corso dell’analisi, raccogliendo ulteriori dati sui **servizi socioeducativi per la prima infanzia**. Le tabelle riportate di seguito mostrano come i **maggiori divari** rispetto al dato nazionale sono ascrivibili soprattutto ai **servizi integrativi**, che comprendono i servizi educativi realizzati in contesto domiciliare (ad esempio i servizi di “Tagesmutter” o Nidi famiglia), gli Spazi gioco e i Centri bambini-genitori: nel 2018 il numero di posti autorizzati ogni 100 bambini 0-2 anni è stato pari a 1,3 contro 2,3 dell’Italia; la presa in carico pari a 0,2% contro l’1% registrato a livello nazionale (tabella 10.1.2). Per quanto riguarda gli **asili nido**, si nota come in Abruzzo **la presa in carico degli utenti avvenga in gran parte attraverso gli “Asili nido comunali a gestione affidata a terzi”** (48,3% a fronte di una media nazionale del 28,1%); ne consegue che per tutte le altre voci contemplate in tabella 10.1.3, i va-

4. Rilevazione dei dati su bambini e adolescenti fuori famiglia di origine, anno 2020.

lori regionali risultino inferiori a quelli nazionali: 42,8% contro 50,9% per gli “Asili nido comunali a gestione diretta”; 6,7% contro 13,3% per gli “Asili nido privati con riserva di posti”; 2,2% contro 7,7% per gli utenti presi in carico tramite “Contributi alle famiglie per la frequenza di asili nido pubblici o privati”.

Associando a questi dati quelli relativi alla spesa dei Comuni (tabella 10.1.4), si nota una quota di spesa destinata agli “Asili nido comunali a gestione diretta” pressoché identica a quella nazionale (68,4% contro 68,7%), nonostante la percentuale di utenti presi in carico sia inferiore.

Maggiori dettagli sono riportati nelle tabelle sottoesposte.

Tab. 10.1.2 SERVIZI SOCIO EDUCATIVI - ANNO 2018

		Abruzzo	Italia
Spesa media dei Comuni	Asili nido	5.189	6.393
	Servizi integrativi	2.032	2.821
	Totale servizi socioeducativi	5.112	6.131
Spesa media degli utenti	Asili nido	1.174	1.581
	Servizi integrativi	77	293
	Totale servizi socioeducativi	1.147	1.487
% spesa pagata dagli utenti	Asili nido	18,4	19,8
	Servizi integrativi	3,6	9,4
	Totale servizi socioeducativi	18,3	19,5
Numero di posti autorizzati per 100 bambini	Asili nido	21,7	23,2
	Servizi integrativi	1,3	2,3
	Totale servizi socioeducativi	23,0	25,5
Presenza in carico	Asili nido	8,6	13,1
	Servizi integrativi	0,2	1,0
	Totale servizi socioeducativi	8,8	14,1

Fonte: Istat

Tab. 10.1.3 UTENTI DELL'OFFERTA COMUNALE DI ASILI NIDO, PER TIPO DI GESTIONE DEL SERVIZIO - ANNO 2018 (%)

	Asili nido comunali a gestione diretta	Asili nido comunali a gestione affidata a terzi	Asili nido privati con riserva di posti	Asili nido privati senza riserva di posti	Contributi alle famiglie per la frequenza di asili nido pubblici o privati (compresi i voucher)	Totale
Abruzzo	42,8	48,3	6,7	0	2,2	100
Italia	50,9	28,1	13,3	0	7,7	100

Fonte: Istat

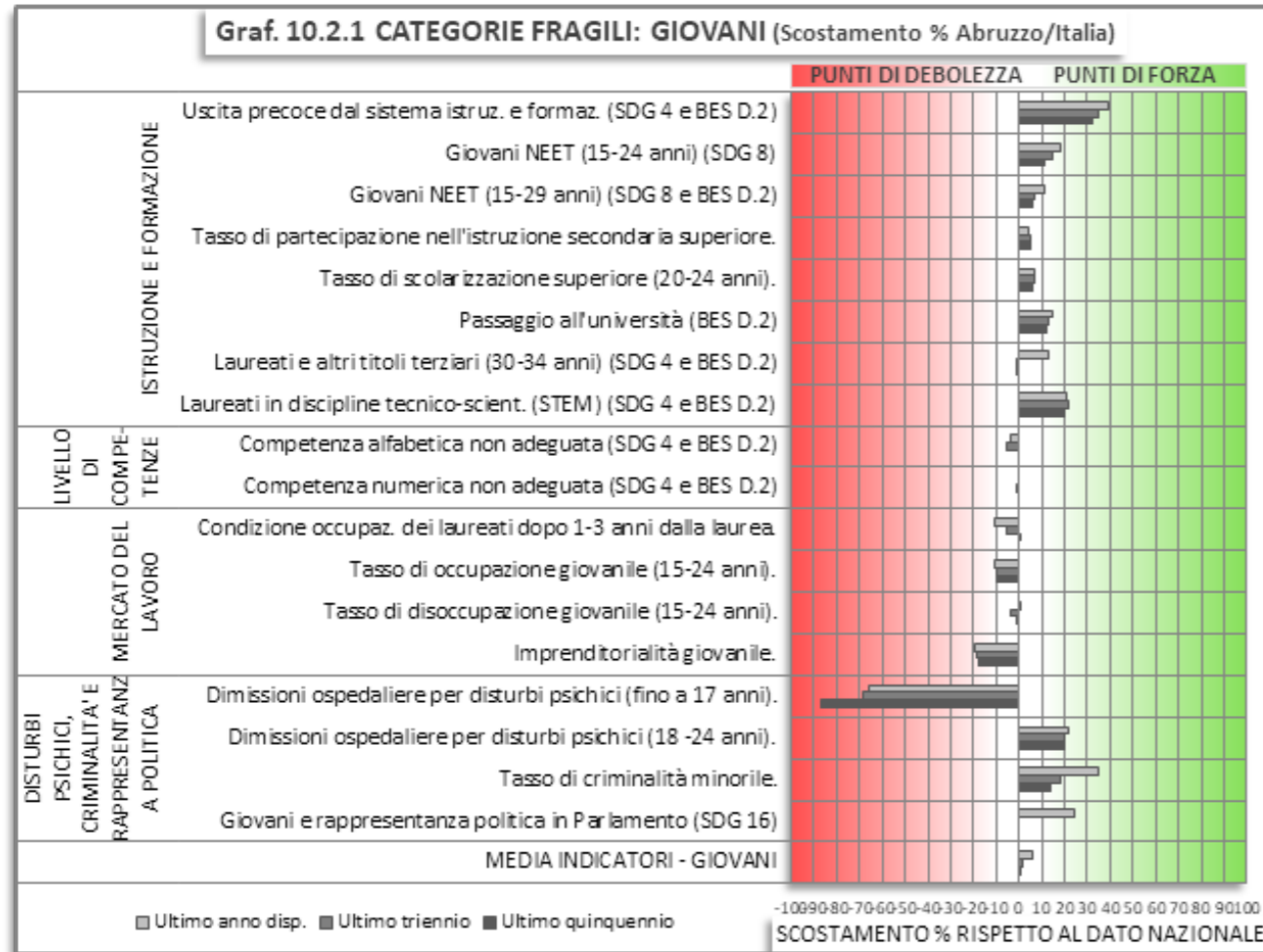
Tab. 10.1.4 SPESA SOSTENUTA DAI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI PER GLI ASILI NIDO, PER TIPO DI GESTIONE DEL SERVIZIO - ANNO 2018 (VALORI %)

	Asili nido comunali a gestione diretta	Asili nido comunali a gestione affidata a terzi	Asili nido privati con riserva di posti	Asili nido privati senza riserva di posti	Contributi alle famiglie per la frequenza di asili nido pubblici o privati (compresi i voucher)	Totale
Abruzzo	68,4	29	1,8	0,3	0,5	100
Italia	68,7	21,6	6,5	1,1	2,1	100

Fonte: Istat

10.2. Giovani

Similmente alla categoria “Famiglia e minori”, anche per i “Giovani” l’indicatore sintetico segnala nel complesso dei **dati in linea con il resto del Paese**, con una **chiara tendenza al miglioramento** (da +0,6% nell’ultimo quinquennio a +5,5% nell’ultimo anno disponibile).



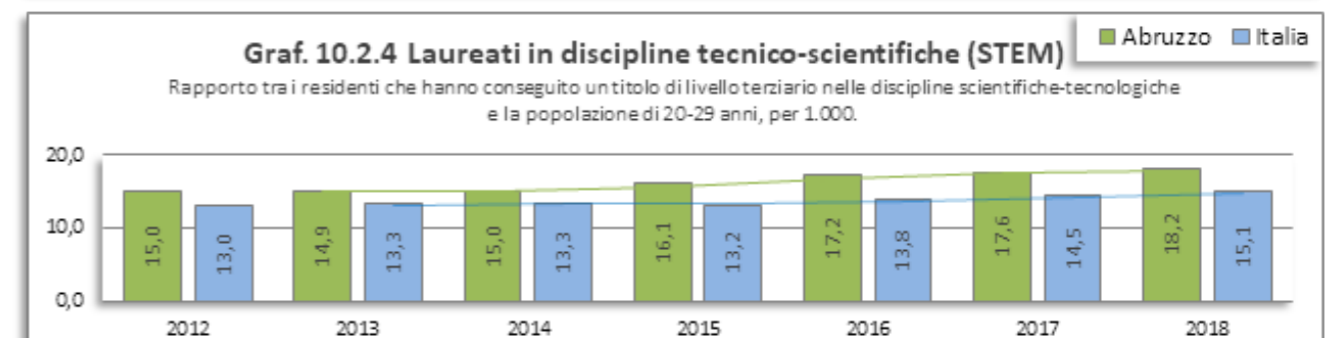
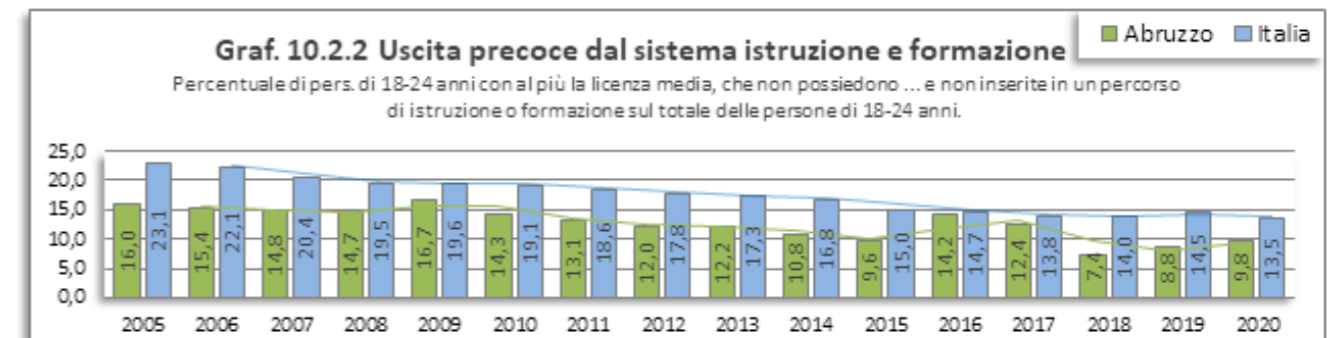
Fonte: elaborazioni su dati Istat

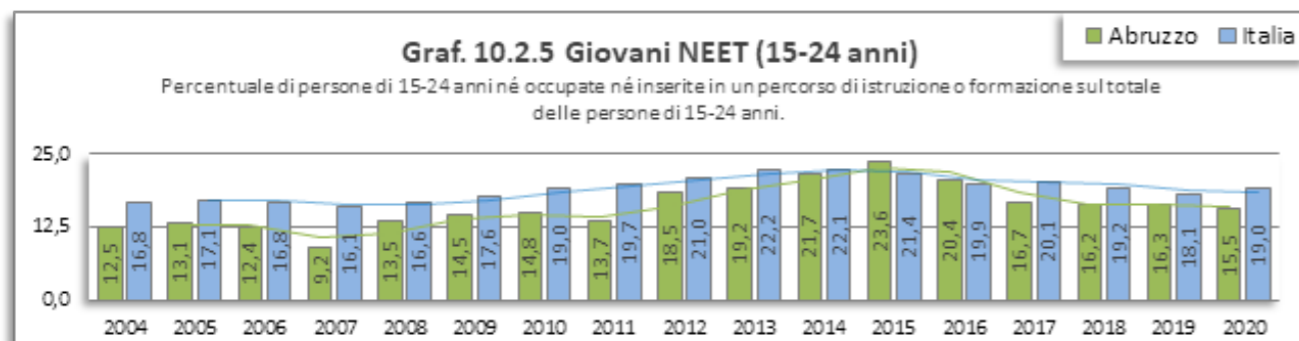
Tab. 10.2.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - Categorie fragili: GIOVANI

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Istruzione e formazione			
	Uscita precoce dal sistema di istruz. e formaz		SDG
non evidenziato	Laureati in discipline tecno-scientifiche (STEM)		SDG
	Passaggio all'università		
	Giovani NEET (15-24 anni)		SDG
Livello di competenze			
non evidenziato		non evidenziato	

Mercato del lavoro			
	Imprenditorialità giovanile	non evidenziato	
	Tasso di occupazione giovanile (15-24 anni)		
Disturbi psichici, criminalità e rappresentanza politica			
	Dimissioni osped. disturbi psichici (fino a 17 anni)	Tasso di criminalità minorile	
		Dimissioni osped. disturbi psichici (18-24 anni)	
		Giovani e rappresent. polit. in Parlamento	SDG

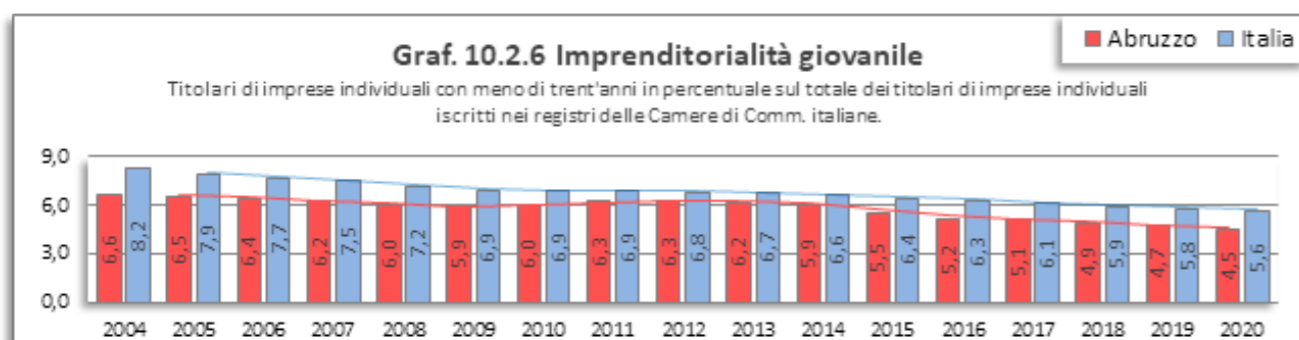
Fatta eccezione per le “dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (fino a 17 anni)”, non si evidenziano particolari criticità rispetto ai dati nazionali. **A emergere sono soprattutto i punti di forza** (7 contro 3), come si evince dalla consueta tabella che sintetizza forze e debolezze della regione. Per quanto riguarda la sub-area “**Istruzione e formazione**”, l’analisi restituisce **solo aspetti positivi**, come “l’uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione” (l’8% della popolazione 18-24 anni contro il 13,1% dell’Italia, anno 2020), il “passaggio all’università” (58% contro 51,4%, anno 2019), i “laureati in discipline tecno-scientifiche” (18,2% contro 15,1%, anno 2018), la percentuale di “giovani Neet 15-24 anni” (15,5% contro 19%, anno 2020).





Il “**Livello di competenze**” raggiunto durante il percorso scolastico, sia pur leggermente inferiore rispetto al resto del Paese, non rappresenta una criticità (Allegato I.10.2).

Relativamente invece al “**Mercato del lavoro**”, il confronto con l’Italia pone l’Abruzzo in una situazione di **leggero svantaggio**, in particolare sull’“imprenditoria giovanile” (la quota di titolari di imprese individuali con meno di trent’anni è pari al 4,5% sul territorio regionale, a fronte del 5,6% a livello nazionale, anno 2020) e sul “tasso di occupazione giovanile” (15% contro 16,8%, anno 2020).

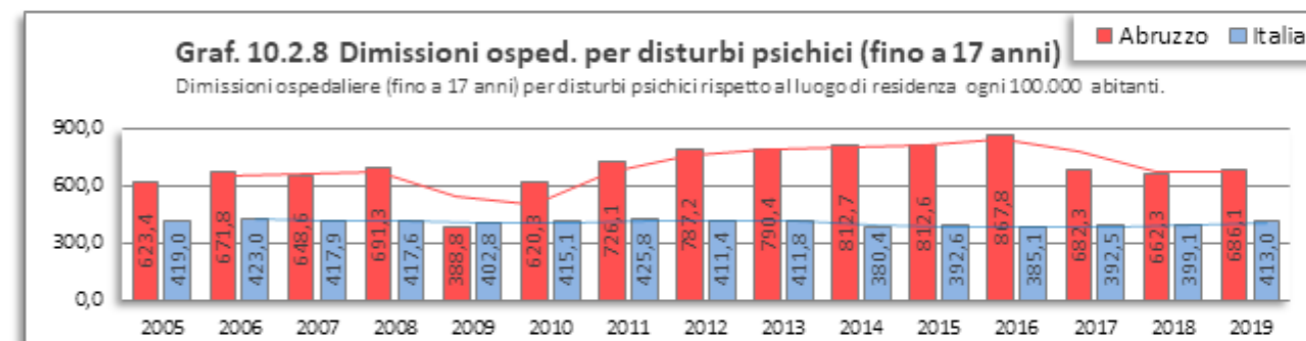


Dai grafici sopra esposti si ricava, inoltre, come su entrambi gli indicatori si registri, in confronto con i primi anni del 2000, un calo sia a livello regionale sia nazionale.

Infine, pur non rappresentando una criticità, si segnalano le “condizioni occupazionali dei laureati dopo 1-3 anni dalla laurea” (il 56,2% risulta occupato contro il 62,8% dell’Italia, anno 2018), anche se va evidenziato il positivo dato regionale del 2020, 65,1%, per il quale tuttavia manca il confronto nazionale.

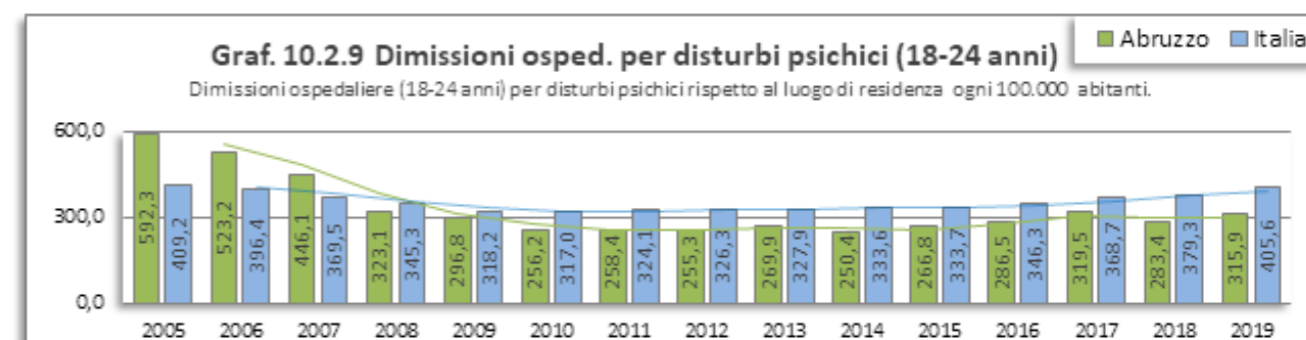
Maggiori dettagli in Allegato I.10.2.

In merito a “**Disturbi psichici, criminalità e rappresentanza politica**”, si segnala l’indicatore relativo alle “dimensioni ospedaliere per disturbi psichici (fino a 17 anni)” che rappresenta quello con il più alto gap rispetto al riferimento nazionale (686 ogni 100.000 contro 413 dell’Italia, anno 2019), con una tendenza tuttavia al miglioramento.

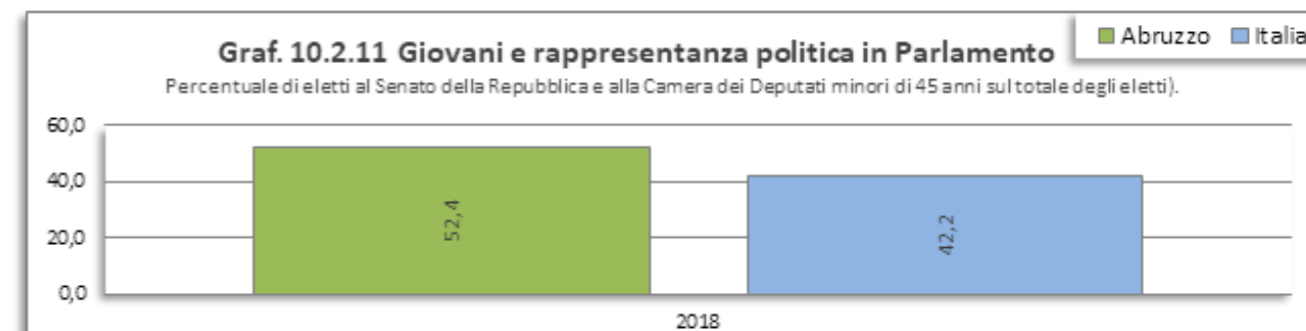
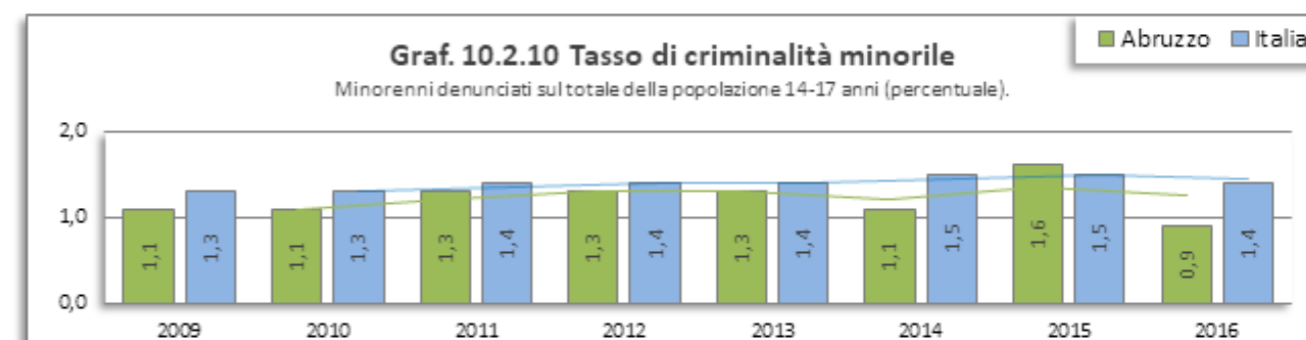


Lo stesso indicatore analizzato sulla classe di età 18-24 anni colloca, del resto, l’Abruzzo in una posizione di vantaggio rispetto al resto del Paese (316 contro 406, anno 2019).

I **disturbi psichici** sembrerebbero quindi **circoscritti ai ragazzi più giovani**.



Tra i **punti di forza** si annoverano anche il “**tasso di criminalità minorile**”, più basso del resto del Paese soprattutto nell’ultimo anno disponibile (0,9% della popolazione 14-17 anni contro 1,4% dell’Italia, anno 2016)⁵, e una maggiore “**rappresentanza politica in Parlamento**” (il 52,4% degli eletti abruzzesi ha meno di 45 anni contro il 42,2% dell’Italia, anno 2018). Maggiori dettagli in Allegato I.10.2.

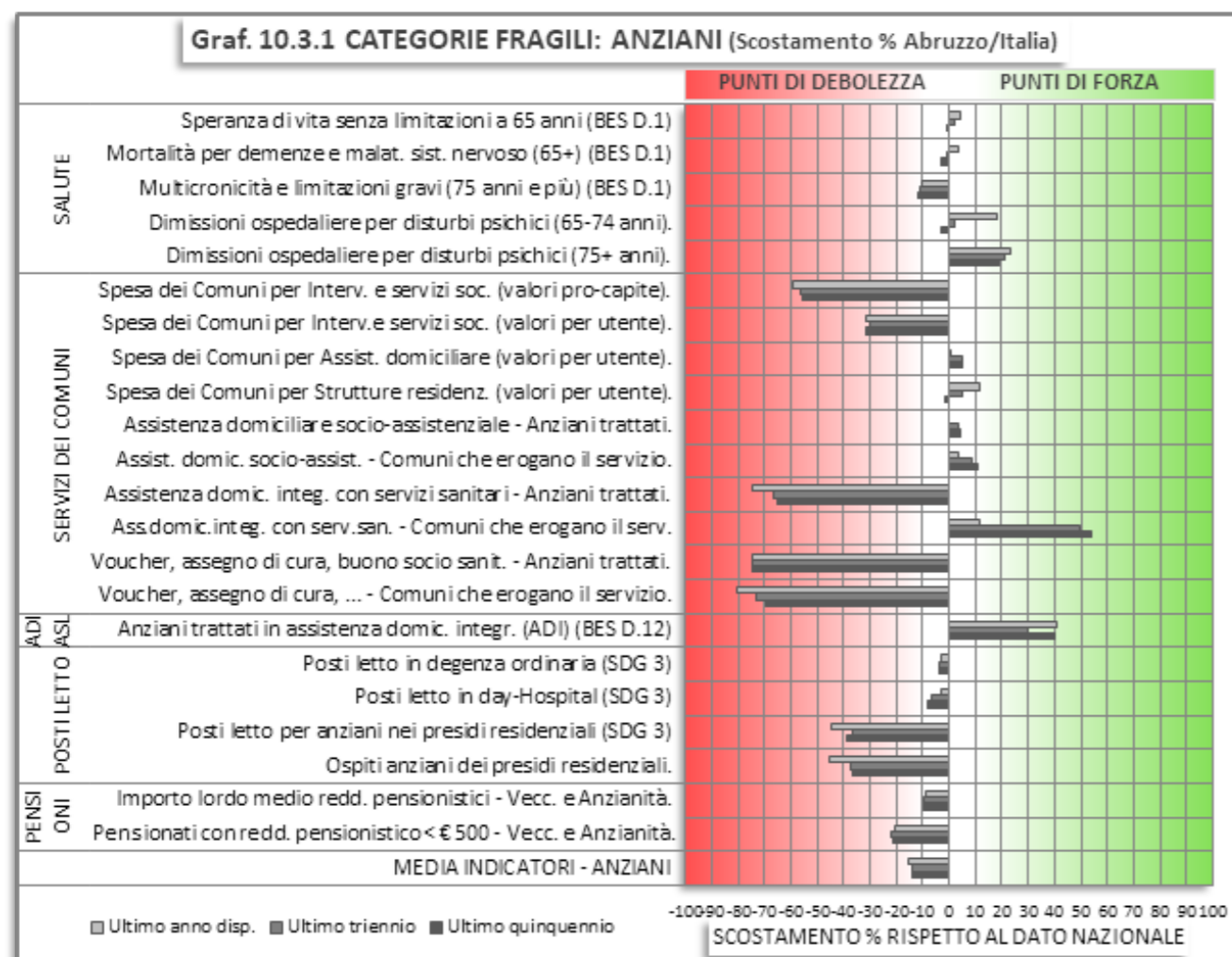


5. Riguardo alla criminalità minorile si segnala, sulla base di una media che va dal 2004 al 2017, un numero di minorenni (16-17 anni) condannati ogni anno in Abruzzo con sentenza irrevocabile pari a 15. Per la classe di età 18-24 anni i condannati mediamente ogni anno sono 521; per la classe 25-34 anni il numero sale a 893

In **sintesi**, i giovani abruzzesi beneficiano di una situazione di vantaggio sull'istruzione, la criminalità e la rappresentanza politica in Parlamento. Negativo è il confronto sul mercato del lavoro, mentre sui disturbi psichici la situazione è di vantaggio per la classe di età 18-24 anni e di svantaggio per quella fino a 17 anni.

10.3. Anziani

Sugli “Anziani” l'indicatore sintetico pone l'Abruzzo in una **situazione di svantaggio rispetto al resto del Paese** (circa il 14% in meno rispetto alle performance nazionali), con l'ultimo anno disponibile che mostra un leggero peggioramento.

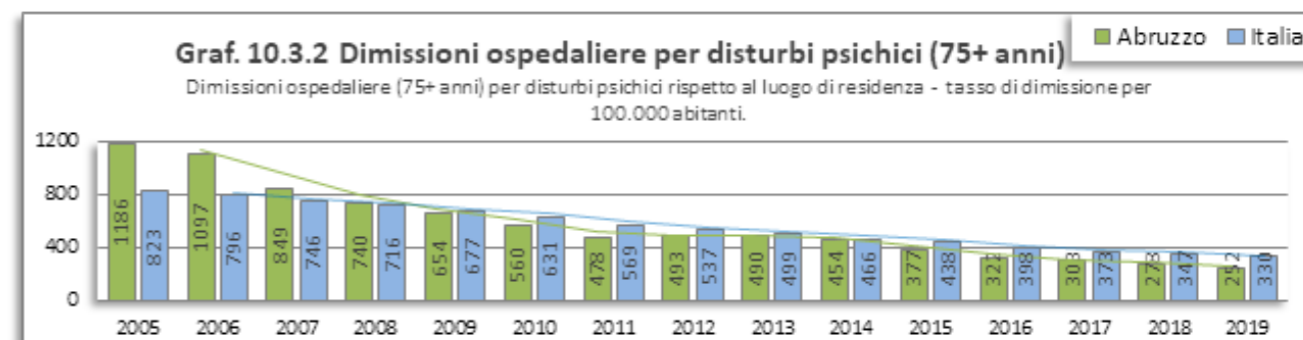


Fonte: elaborazioni su dati Istat

Tab. 10.3.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - Categorie fragili: ANZIANI

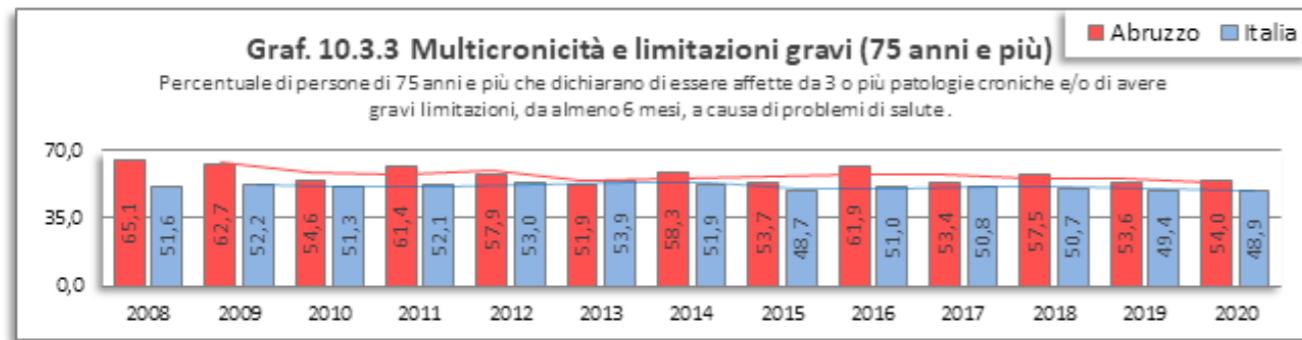
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Salute			
Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)		Dimissioni ospedaliere disturbi psichici (75anni+)	
Servizi dei Comuni			
Voucher, assegno di cura, ... - Anziani trattati		Assist. domic. integ. servizio sanit. - % Comuni	
Voucher, assegno di cura, - % Comuni			
Assist. domic. integ. serv. sanit. - Anziani trattati			
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali			
Assistenza domiciliare integrata - ASL			
non evidenziato		Anziani trattati in assistenza domic. integrata	
Posti letto			
SDG	Posti letto per anziani nei presidi residenziali	non evidenziato	
	Ospiti anziani dei presidi residenziali		
Pensioni			
	Pensionati con reddito < €500 (Vecch. e Anzian.)	non evidenziato	

Sulla “**Salute**” non emergono particolari criticità: le “dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (75 anni e più)” sono state, negli anni analizzati, inferiori al dato nazionale (252 ogni 100.000 anziani contro 330 dell'Italia, anno 2019), con un trend decisamente decrescente, sia in Italia sia in Abruzzo.

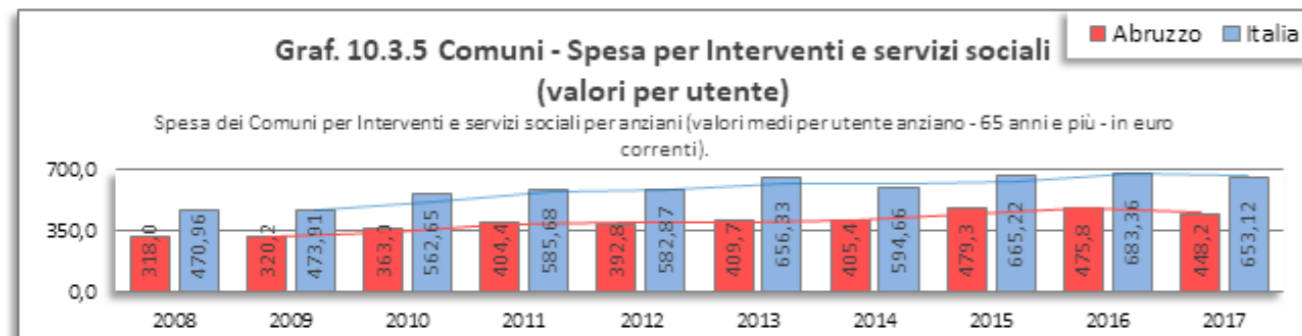


Buone anche le risultanze per la classe di età 65-74 anni rispetto all'ultimo anno disponibile (204 contro 249, anno 2019). Tuttavia, problemi di “**multi cronicità e limitazioni gravi**” sembrano affliggere gli anziani del territorio regionale (54% degli over 75 contro il 48,9% registrato a livello nazio-

nale, anno 2020) con una tendenza, comunque, al miglioramento (nel 2008 tale quota raggiungeva in Abruzzo il 65,1%, in Italia 51,6%).



Ponendo l'attenzione sui **“Servizi dei Comuni”**, quelli abruzzesi per **“Interventi e servizi sociali per anziani”** spendono meno rispetto al resto dell'Italia, soprattutto in termini pro-capite (38 euro ogni anziano residente contro i 94 euro dell'Italia, anno 2018) e, in misura meno marcata, rispetto agli utenti del servizio (448,2 euro contro 653,1 euro nel resto del Paese, anno 2017).

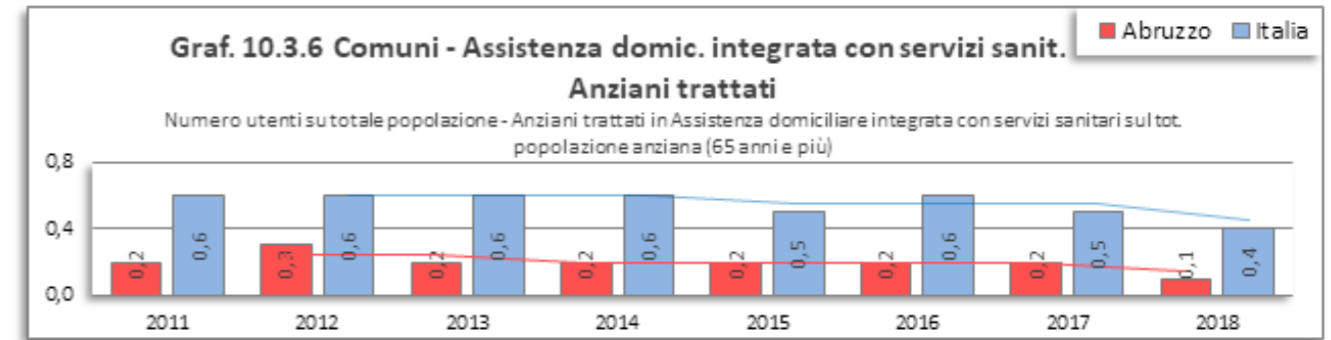


Ciò nonostante, focalizzando l'attenzione sul servizio di **“assistenza domiciliare”** per anziani, la spesa per utente trattato risulta **in linea con il resto del Paese** (1.664 euro contro 1.661 euro dell'Italia, anno 2017) e **per le “strutture residenziali”** si evidenziano valori superiori al dato nazionale (5.192 euro contro 4.656 euro, anno 2017) (Allegato I-10.3).

Dati più specifici sull'assistenza domiciliare segnalano come per quella **“socioassistenziale”** gli utenti trattati sul totale della popolazione anziana siano in linea con il riferimento nazionale (0,9% per entrambi, anno 2018), ma in costante diminuzione nel corso degli anni (nel 2004 era il 2,7% in Abruzzo e 1,6% in Italia) (Allegato I-10.3).

Per l'assistenza domiciliare **“integrata con servizi sanitari”**, la popolazione anziana trattata dai Comuni abruzzesi risulta invece pari allo 0,1% contro una media nazionale pari allo 0,4% (anno 2018).

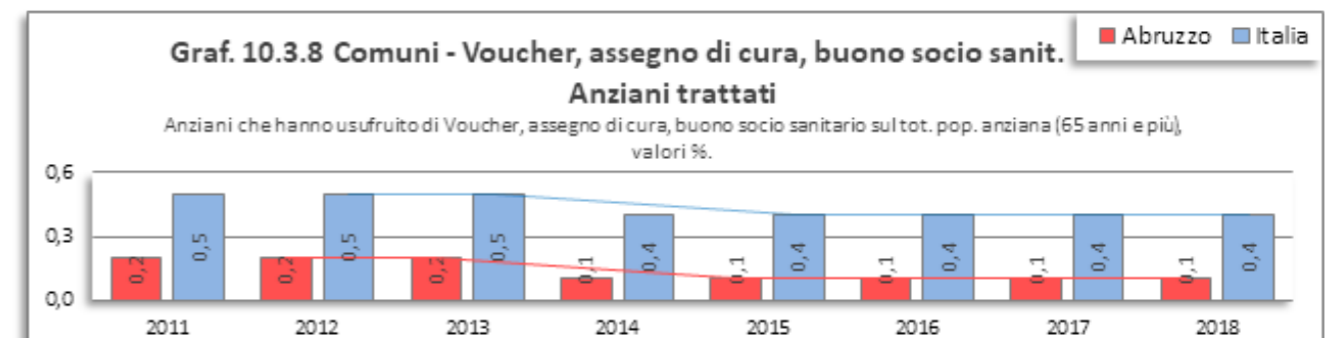
Va del resto ricordato che in Abruzzo **la quota di anziani residenti risulti particolarmente elevata** (il 24,3% contro il 23,2% dell'Italia, anno 2020): di qui le maggiori difficoltà da parte dei Comuni abruzzesi nel fornire un servizio che possa coprire una percentuale di anziani in linea con il resto del Paese.

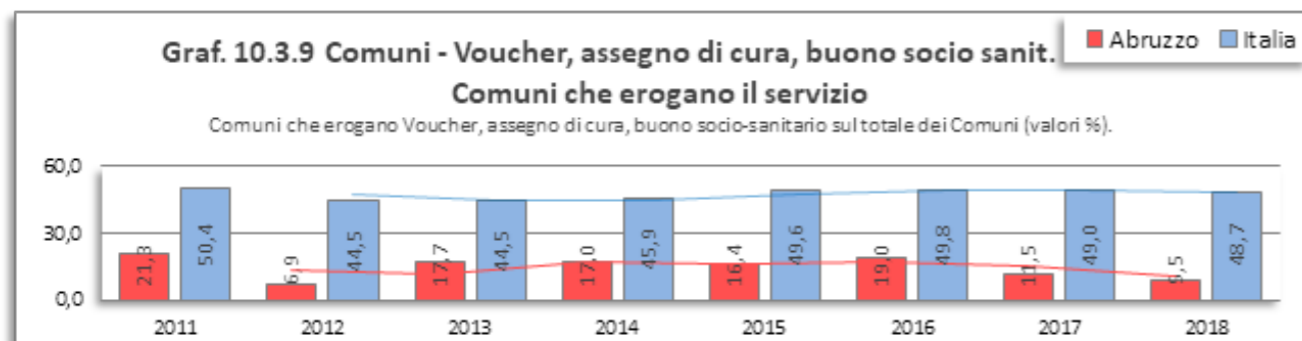


Del resto, la quota di **“Comuni che erogano il servizio”** risulta essere, malgrado il calo registrato nell'ultimo anno disponibile, superiore al riferimento nazionale (44,9% contro 40,1% dell'Italia, anno 2018).



Va comunque precisato come il **maggior divario sia relativo alla voce “voucher, assegno di cura e buono socio sanitario”**, sia per quanto riguarda la **“popolazione anziana trattata”** (0,1% contro 0,4% dell'Italia, anno 2018), sia per la quota di **“Comuni che erogano il servizio”** (9,5% contro 48,7%, anno 2018).





Nonostante la presenza di una popolazione particolarmente anziana, spicca **“l’assistenza domiciliare integrata” fornita dalle ASL**: la percentuale di anziani trattati, in tutti gli anni analizzati, è di gran lunga superiore al dato nazionale (3,8% contro 2,7%, anno 2019) e rappresenta quindi **uno dei maggiori punti di forza delle Regione**.

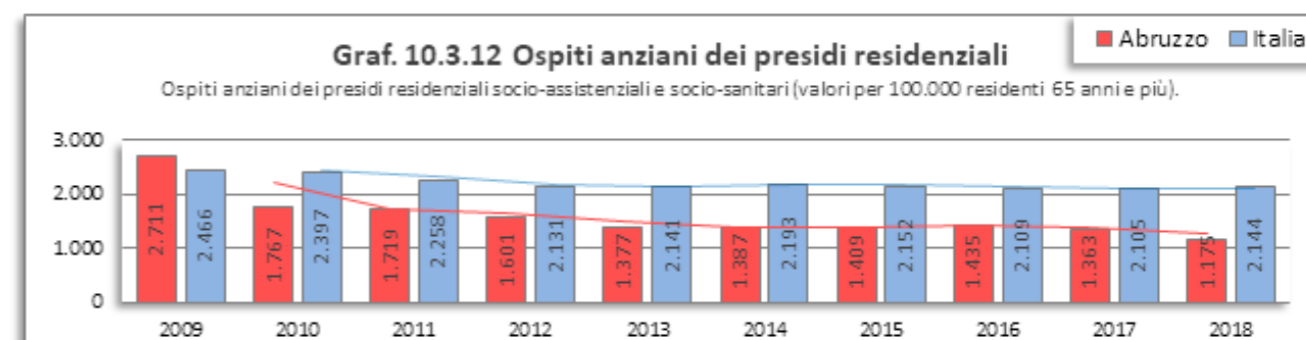


Questa discrepanza tra gli utenti trattati dai Comuni e quelli presi in carico dalle ASL potrebbe essere spiegata anche dalla più alta incidenza sul territorio regionale di anziani affetti da “multi cronicità e limitazioni gravi”, per i quali è richiesto proprio l’intervento del Servizio Sanitario Nazionale piuttosto che quello dei Comuni, i quali solo marginalmente possono operare in contesti delicati e difficili come quelli sopra descritti.

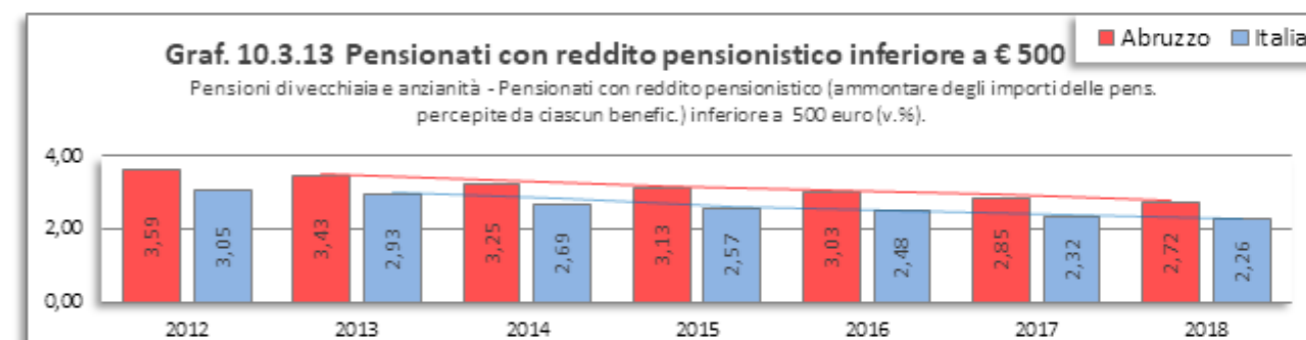
Riguardo ai **“Posti letto”**, il divario maggiore si registra sul **“numero di posti letto per anziani nei presidi residenziali”** (1.250 ogni 100.000 residenti contro 2.268 dell’Italia, anno 2018); in particolare, osservando la serie storica emerge come nel 2009 i dati regionali fossero in linea con quelli nazionali (2.550 contro 2.573) e come il maggior gap nei confronti dell’Italia si sia evidenziato nel 2013 (492 contro 1.844).



Non sorprende che gli **“ospiti anziani dei presidi residenziali”** siano anch’essi inferiori al dato nazionale (1.175 ogni 100.000 residenti anziani contro 2.144 dell’Italia, anno 2018).



Infine, sul tema **“Pensioni”**, a emergere come criticità è il dato sui **“pensionati con importo inferiore a 500 euro - vecchiaia e anzianità”** (2,72% contro 2,26%, anno 2018).

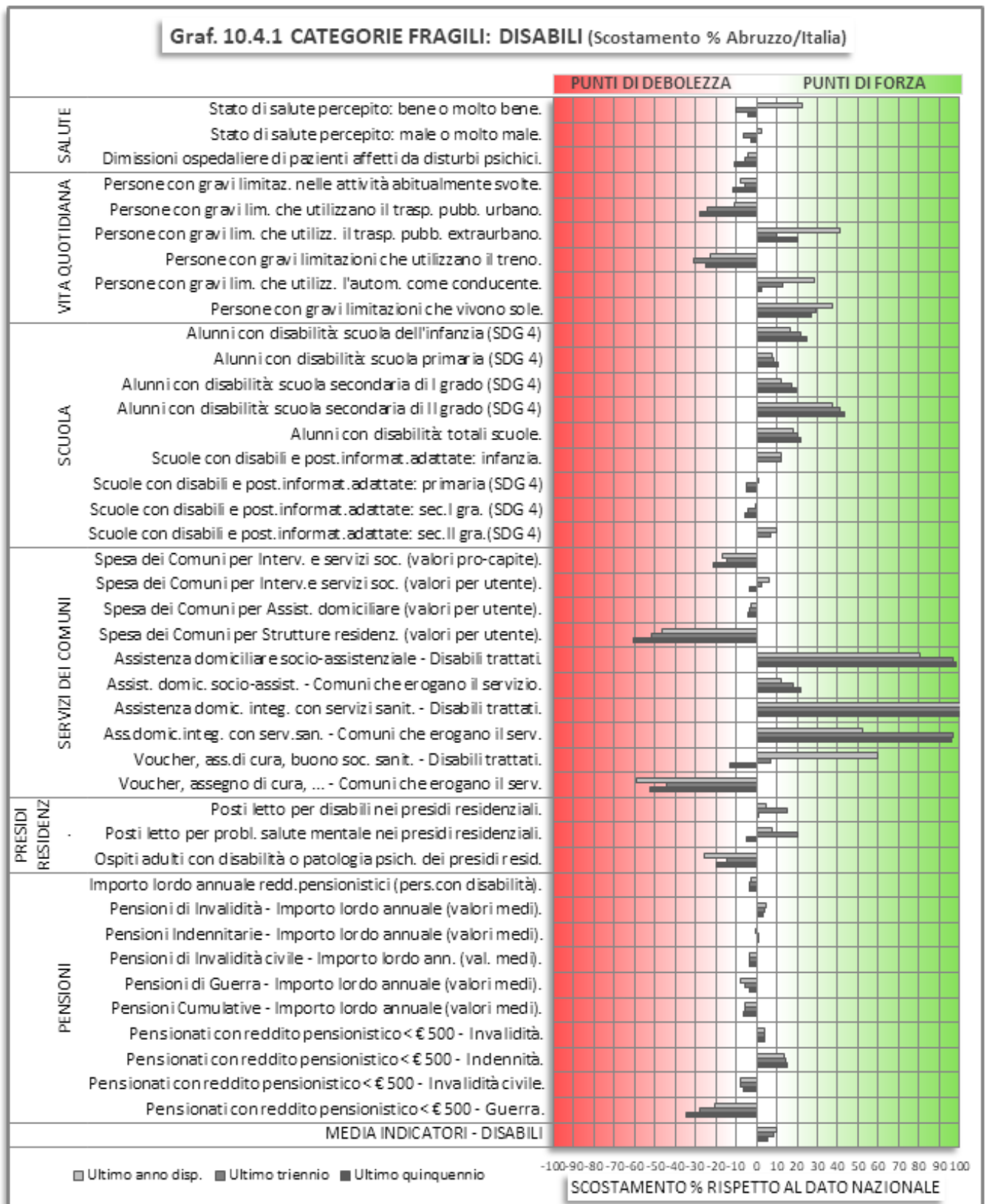


In **sintesi**, buona “l’assistenza domiciliare integrata” fornita dalle ASL, ma in generale i Comuni spendono poco per “interventi e servizi sociali per anziani” e in particolare per “voucher, assegno di cura e buono sociosanitario”; inoltre, sui “posti letto nei presidi residenziali”, sia pur nel complesso in crescita negli ultimi anni, si evidenzia ancora un divario significativo nei confronti del resto del Paese.

Maggiori dettagli in [Allegato I-10.3](#)

10.4 Disabili

Per i “Disabili”, contrariamente agli anziani, l’indice sintetico pone l’Abruzzo in una **situazione di vantaggio rispetto al resto del Paese, con una tendenza al miglioramento** (+5,2% nell’ultimo quinquennio, +8,3% nel triennio e +9,7% nell’ultimo anno disponibile).



Fonte: elaborazioni su dati Istat

La stessa tabella 10.4.1 (punti di forza e debolezza) restituisce un quadro positivo.

Tab. 10.4.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - Categorie fragili: DISABILI

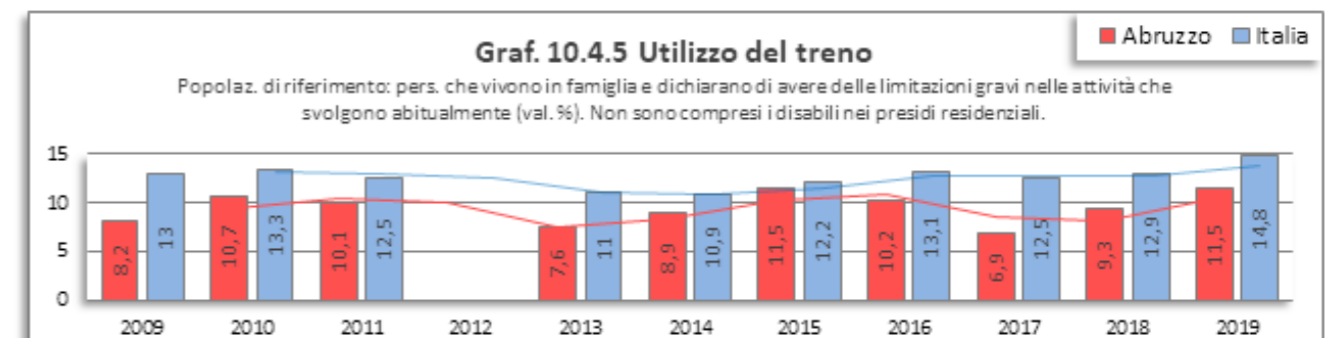
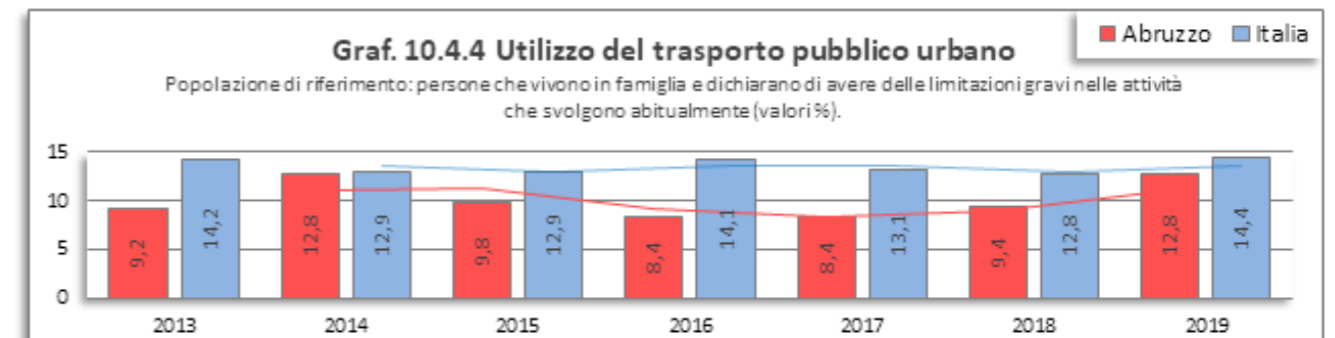
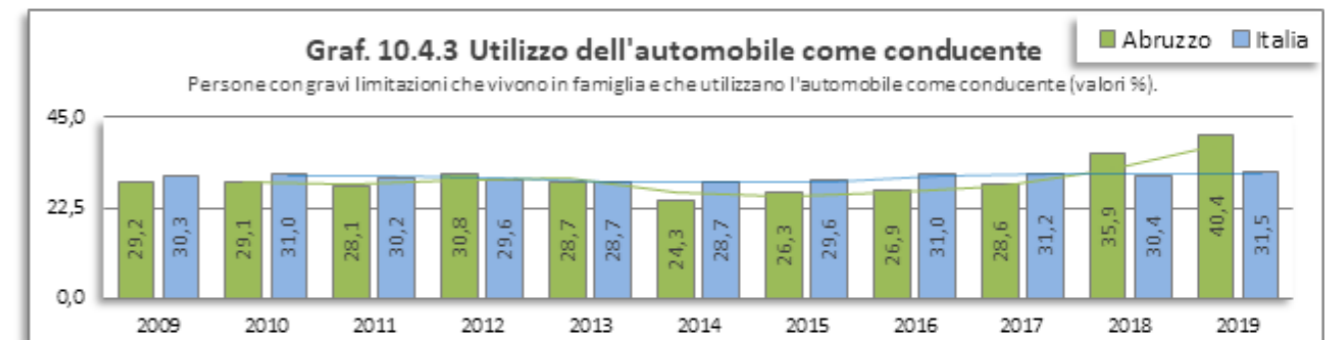
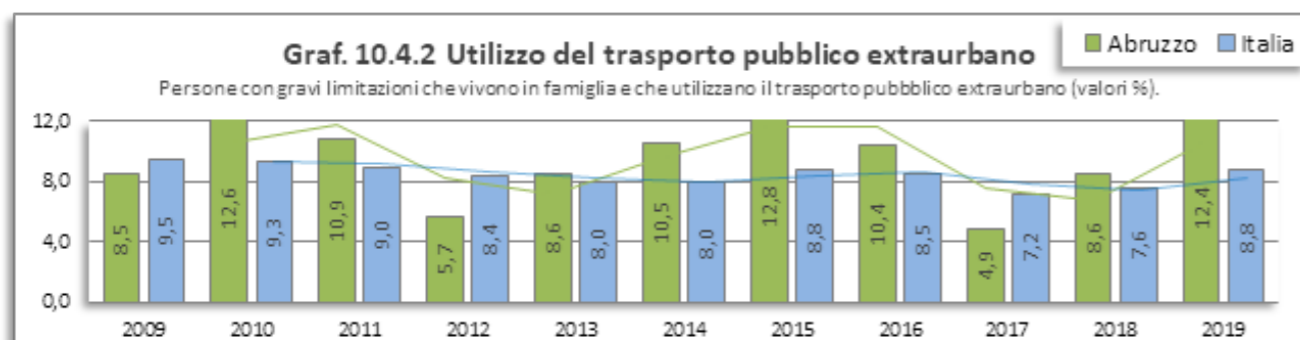
PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Salute			
non evidenziato		non evidenziato	
Vita quotidiana			
Utilizzano il trasporto pubblico urbano	Vivono sole		
Utilizzano il treno	Utilizzano il trasporto pubblico extraurbano		
	Utilizzano l'auto come conducente		
Scuola			
non evidenziato	Presenza di alunni disabili in tutti gli ordini scol.		SDG
	Postazioni informatiche adattate: infanzia		
Servizi dei Comuni			
Spesa dei Comuni per Strut. resid. (utenti disab.)	Assist. domic. integr. serv. sanit.- Disabili trattati		
Voucher, assegno di cura, - % Comuni	Assistenza domic. socioassist. - Disabili trattati		
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali	Assist. domic. integr. con serv. sanit. - % Comuni		
	Assist. domic. socioassist. (disabili) - % Comuni		
	Voucher, assegno di cura, - Disabili trattati		
Presidi residenziali			
Ospiti adulti con disabilità o patologia psichiatr.	non evidenziato		
Pensioni			
Pensionati con reddito < € 500 (Guerra)	Pensionati con reddito < € 500 (Indennità)		

Nel dettaglio delle sub-aree analizzate, si ricava come sulla “Salute” non emergano criticità. Positivo è l'ultimo dato sullo “stato di salute percepito: bene o molto bene”: il 12,6% per l'Abruzzo contro il 10,3% del resto del Paese, anno 2019 (Allegato I-10.4).

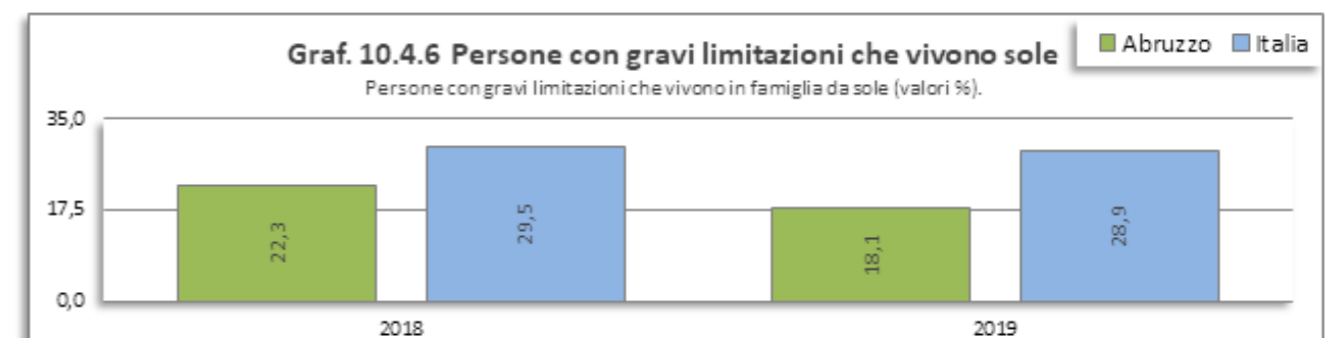
Riguardo alla “Vita quotidiana”, le “persone con gravi limitazioni nelle attività abitualmente svolte” che vivono in famiglia rappresentano in Abruzzo il 5,6% contro una media nazionale del 5,2%, anno 2019.

Dette persone, se da un lato utilizzano “il trasporto pubblico urbano” e il “treno” in misura più contenuta rispetto a quanti si trovano nella loro stessa condizione in Italia (12,8% contro 14,4% per il primo indicatore e 11,5% contro 14,8% per il secondo, anno 2019), dall'altro, utilizzano il “trasporto pubblico extraurbano” e “l'auto come conducente” in misura maggiore (12,4% contro 8,8% per il primo indicatore e 40,4% contro 31,5% per il secondo, anno 2019).

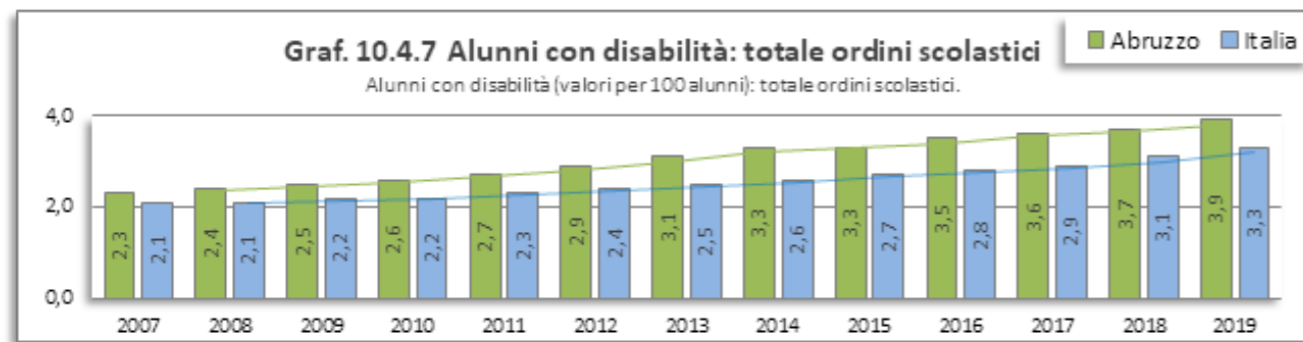
Dati che verosimilmente sono determinati dalla bassa densità della popolazione sul territorio regionale e dalla morfologia dello stesso.



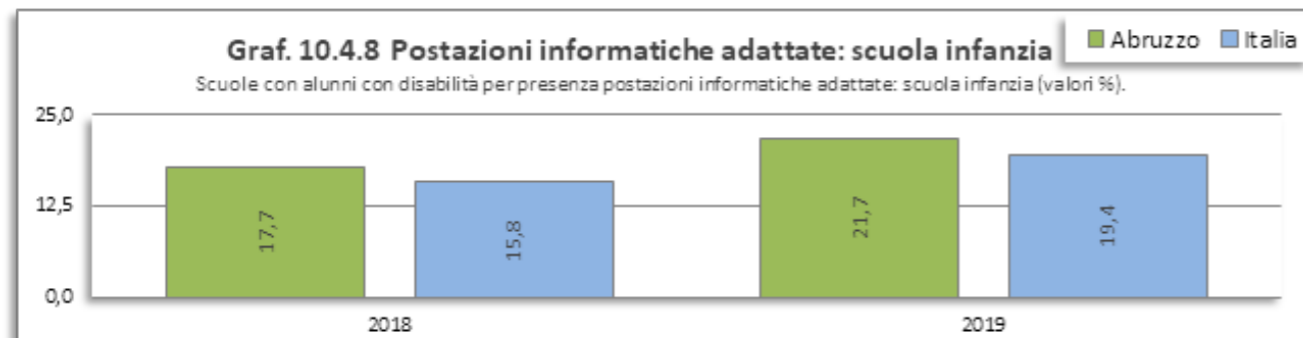
Decisamente positivo è il dato riguardante le persone con gravi limitazioni che vivono sole: il 18,1% a fronte di una media nazionale pari al 28,9%, anno 2019.



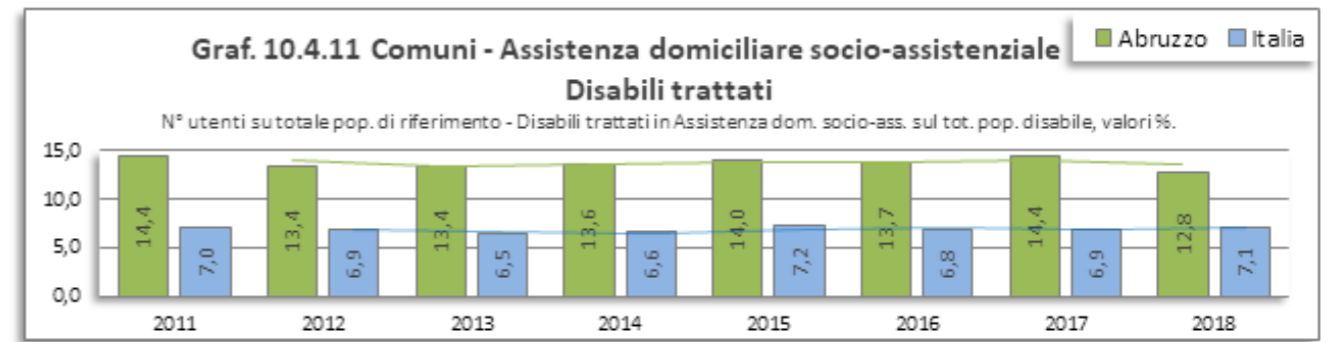
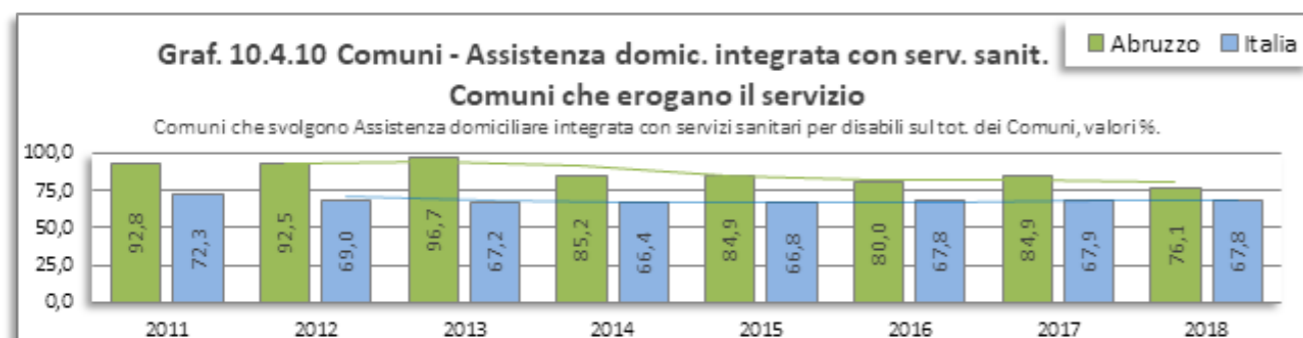
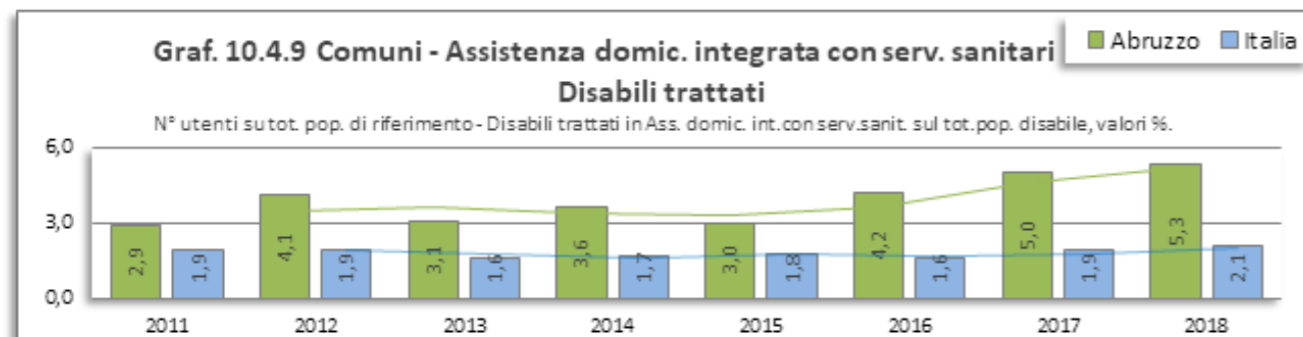
Sul tema “Scuola”, come già evidenziato nell'area tematica “Istruzione e formazione”, l'Abruzzo mostra, rispetto al dato nazionale, una più **alta presenza di disabili in tutti gli ordini scolastici**, dall'infanzia alla secondaria di II grado, con una media di 3,9 disabili ogni 100 alunni contro 3,3 dell'Italia, anno 2019. Risulta essere **la prima regione in Italia**; l'inclusione sociale di ragazzi disabili all'interno delle scuole costituisce, quindi, **uno dei maggiori punti di forza**.



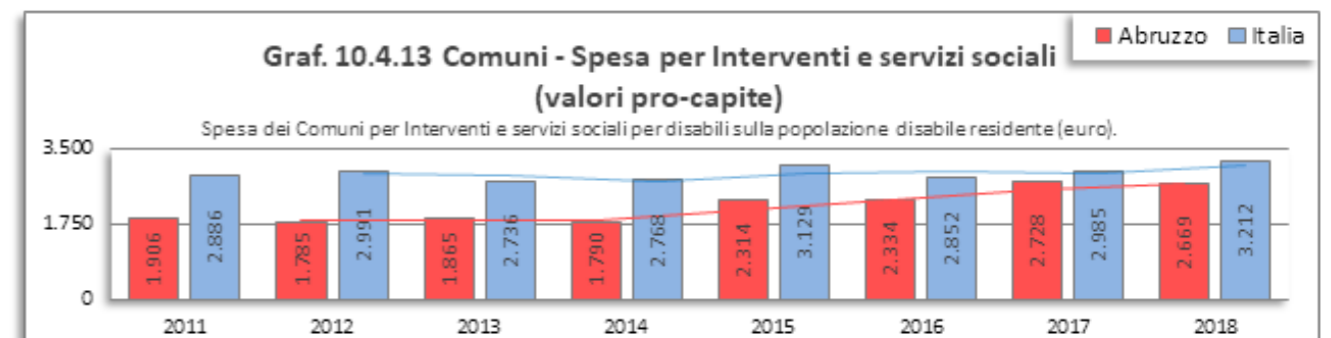
Per quanto riguarda le “postazioni informatiche adattate”, si registra una più alta incidenza rispetto al dato nazionale soprattutto nella scuola d’infanzia e nella secondaria di II grado; in linea con i dati nazionali sono invece le postazioni presenti nella primaria e secondaria di I grado (Allegato I-10.4).



Riguardo ai “**Servizi offerti dai Comuni**”, pur in presenza di alcune criticità, non mancano certo gli indicatori per i quali l’Abruzzo si pone in una situazione di vantaggio rispetto al resto del Paese. Tra i **punti di forza**, si evidenziano i disabili trattati in “**assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari**” (5,3% contro 2,1%, anno 2018) e in “**assistenza domiciliare socioassistenziale**” (12,8% contro 7,1%, anno 2018). In particolare, le risultanze positive riguardano non solo gli “utenti trattati”, ma anche la percentuale di “Comuni che erogano il servizio” (51,1% contro 33,6% per quella integrata con servizi sanitari e 76,1% contro 67,8% per quella socioassistenziale, anno 2018).

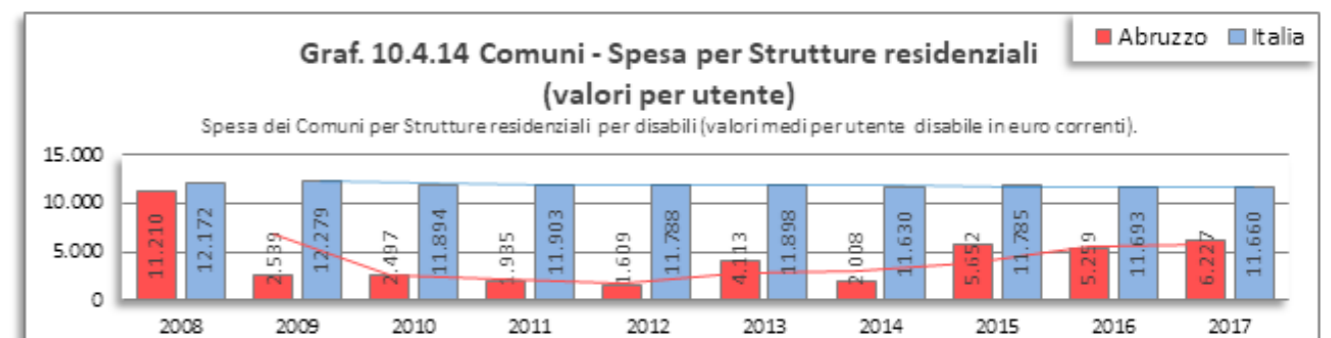


Tuttavia, la “spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali” rivolta ai disabili è, in termini pro-capite, più bassa del contesto nazionale: 2.669 euro contro 3.212 euro registrati a livello nazionale, anno 2018; va comunque sottolineato come il divario negli ultimi anni si sia ridotto (nel 2011 la spesa era di 1.906 euro contro 2.886 dell’Italia) e come la tendenza sia positiva.



Inoltre, lo stesso indicatore valutato rispetto agli utenti del servizio pone l’Abruzzo in una situazione di vantaggio rispetto al resto del Paese (2.618 euro contro 2.464 euro, anno 2017).

La criticità maggiore trova rispondenza nella “**spesa dei Comuni per strutture residenziali**” valutata sul numero di utenti: 6.227 euro contro 11.660 euro dell’Italia, anno 2017; nonostante il divario espresso con chiarezza dai numeri, però, il trend risulta anch’esso positivo e il gap si sta lentamente riducendo, con l’auspicio che si possa tornare ai livelli del 2008, quando la spesa era pari a 11.210 euro.

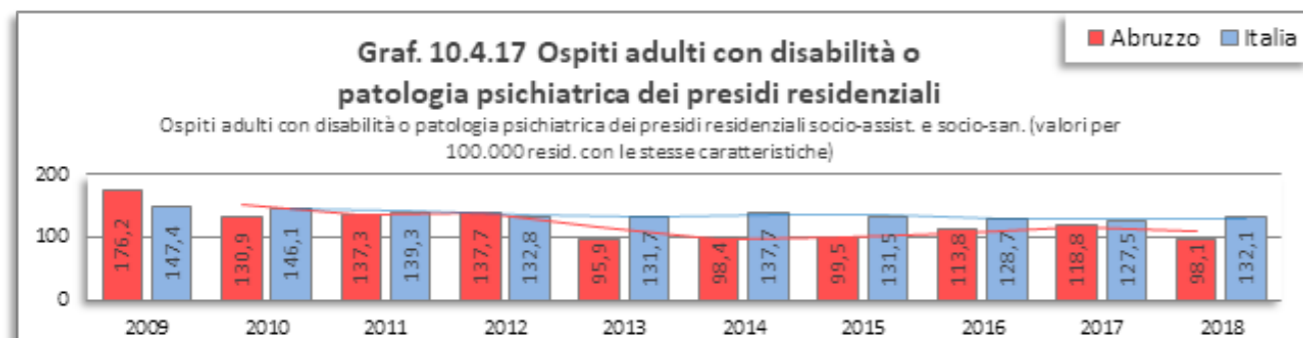


Purtroppo, similmente agli anziani, la **percentuale di Comuni che erogano “voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario”** è inferiore al dato nazionale (23% contro il 55,9%, anno 2018), **ma in questo caso gli utenti trattati negli ultimi due anni disponibili sono superiori al resto del Paese** (6,7% contro 4,2%, anno 2018).

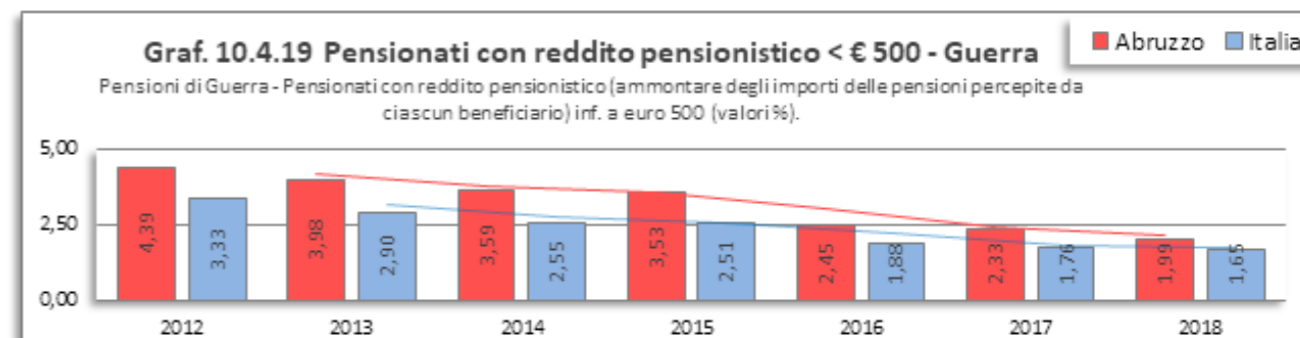
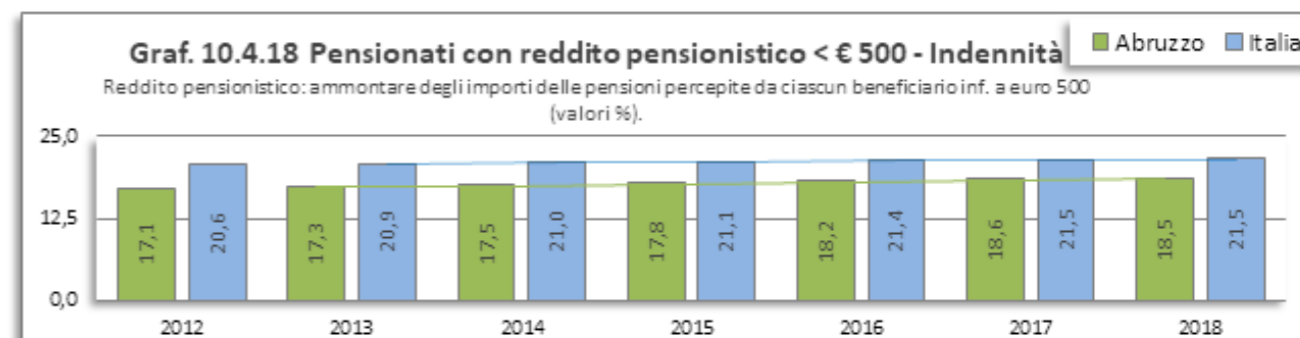


Sui **“Presidi residenziali”** si evidenzia un **forte recupero sul “numero di posti letto”** che, sulla base degli ultimi dati disponibili, pone l’Abruzzo in una **situazione di leggero vantaggio rispetto al resto del Paese**, sia per quanto riguarda i disabili (92,6 posti ogni 100.000 residenti contro 88,1 dell’Italia, anno 2018), sia per quanti soffrono di problemi di salute mentale (33,5 posti ogni 100.000 residenti contro 31 dell’Italia, anno 2018).

Ciò nonostante, il dato sugli “ospiti adulti con disabilità o patologia psichiatrica dei presidi residenziali” risulta inferiore a quello nazionale (98,1 posti ogni 100.000 residenti con le stesse caratteristiche contro 132,1 dell’Italia, anno 2018). In particolare, osservando il grafico sotto riportato, si nota un trend decrescente dal 2009 al 2013, che risale dal 2014 al 2017, per poi tornare a scendere nel 2018; questo a fronte di un trend nazionale che si mantiene sostanzialmente costante negli anni.

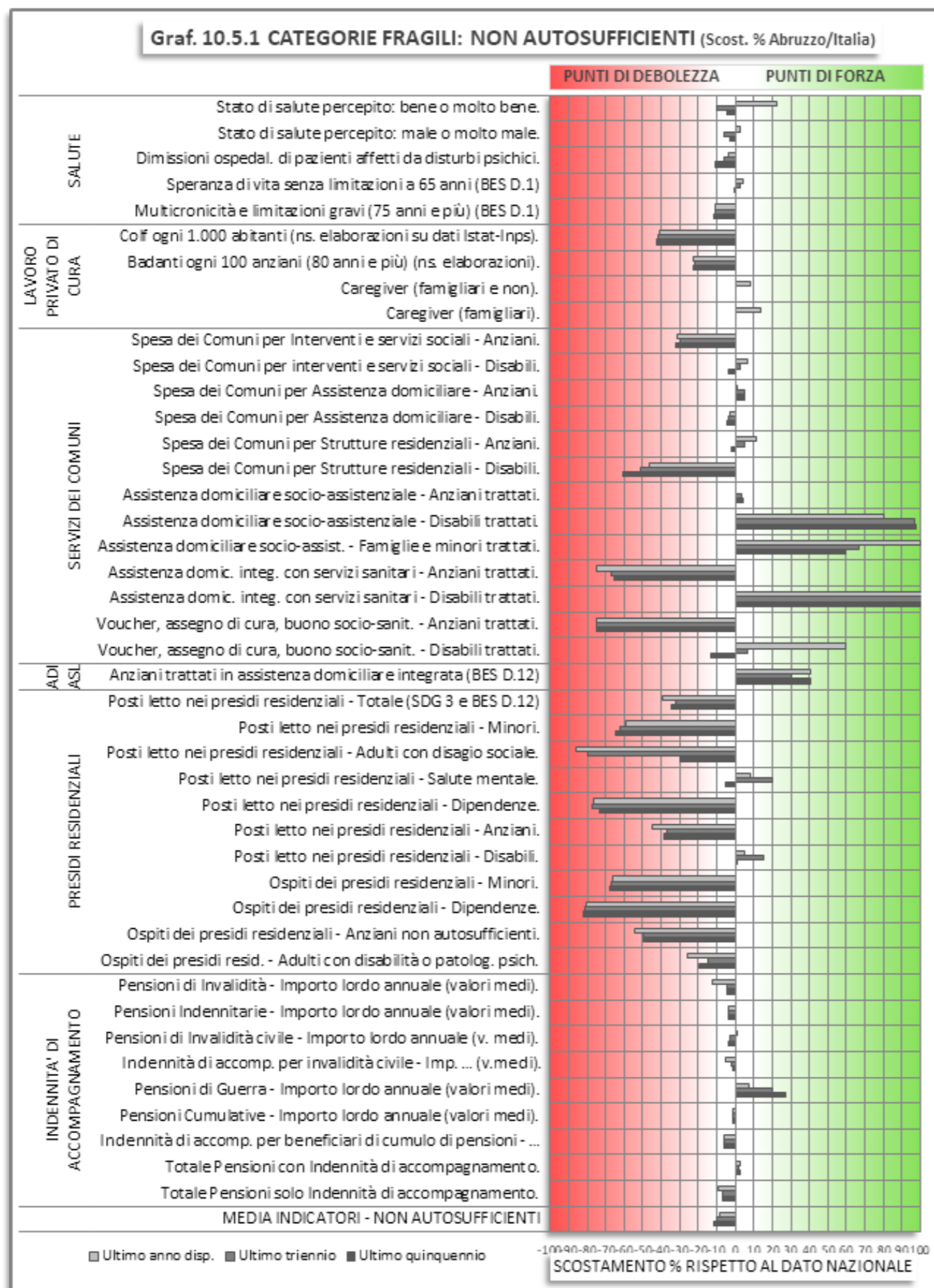


Infine, **sulle “Pensioni” non si riscontrano particolari differenze con il resto del Paese**, fatta eccezione per i “pensionati con reddito inferiore a 500 euro - Guerra”, sui quali l’Abruzzo mostra una maggiore incidenza (1,99% contro 1,65%, anno 2018), e i “pensionati con reddito inferiore a 500 euro - Indennità”, dove invece l’Abruzzo si colloca in una situazione di vantaggio (18,5% contro 21,5% dell’Italia, anno 2018).



In **sintesi**, buone nel complesso le risultanze sui disabili, con gli aspetti più critici riguardanti la “spesa dei Comuni per strutture residenziali” e la percentuale di Comuni che erogano “voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario”. Positivi sono gli indicatori sulle “persone con gravi limitazioni che vivono sole”, gli “alunni con disabilità” presenti in tutti gli ordini scolastici, nonché l’“assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” e quella “socioassistenziale” erogata dai Comuni. Maggiori dettagli in **Allegato I-10.4**.

10.5. Non Autosufficienti



Fonte: elaborazioni su dati Istat

Prima di analizzare i dati, si vuole fare chiarezza sul termine “non autosufficiente”, spesso usato come sinonimo di inabilità, invalidità, handicap, disabilità, ecc. Una possibile definizione potrebbe essere quella secondo la quale una persona non autosufficiente è quella cui viene diagnosticata una situazione patologica che limita o persino impedisce la vita di relazione, sociale e lavorativa dell’individuo stesso⁶. Rientrano quindi all’interno di questa categoria gli anziani non autosufficienti, i disabili gravi e, in generale, tutte quelle persone che rispondono alla definizione di cui sopra. Sono stati perciò ripresi alcuni degli indicatori visti in precedenza su anziani e disabili, a cui ne sono stati aggiunti altri per delineare e fornire un quadro il più possibile esauriente.

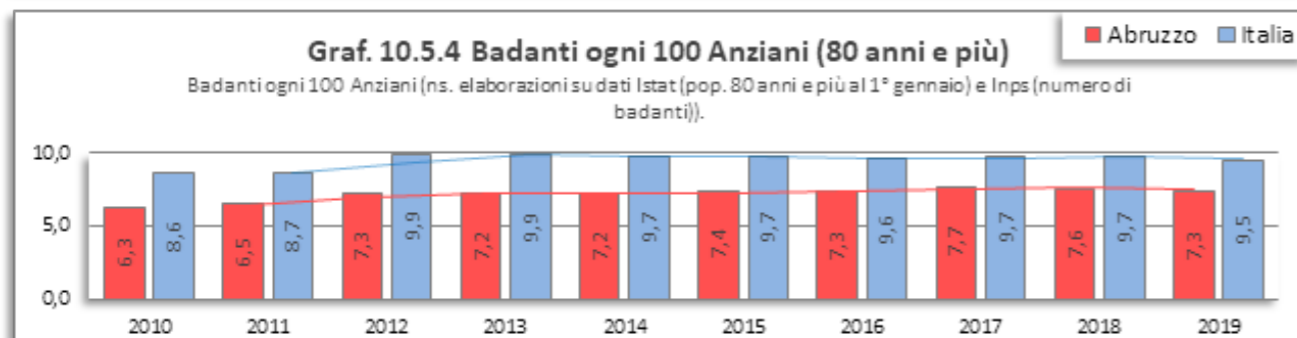
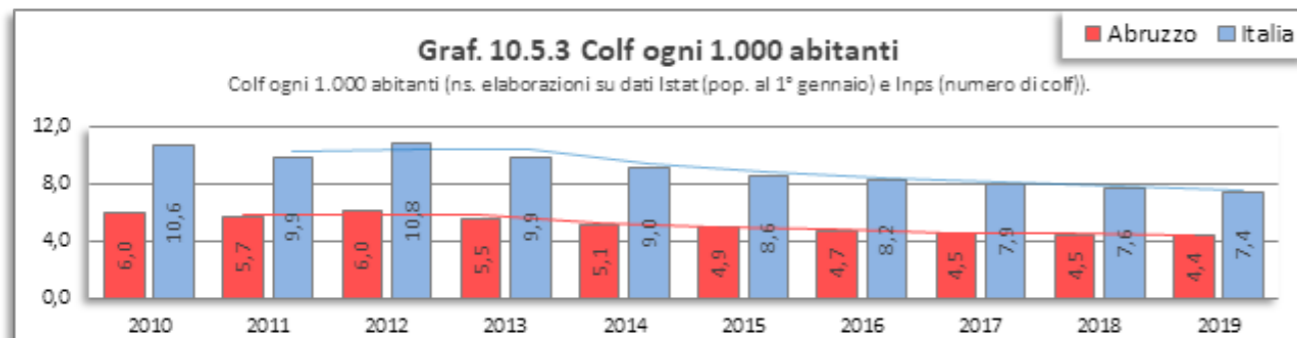
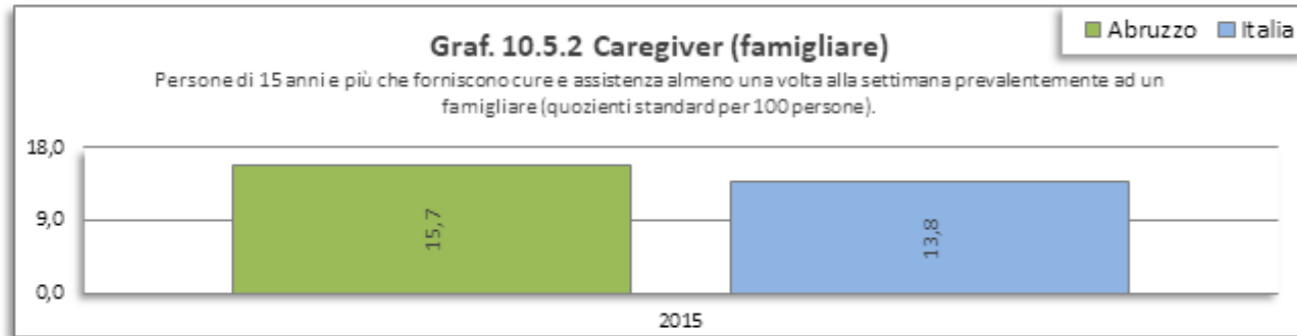
Passando quindi all’analisi dei dati, è possibile notare dal grafico 10.5.1 come per i “non autosufficienti” l’indice sintetico risulti negativo, attestando per la regione Abruzzo una **situazione di svantaggio** rispetto al resto del Paese. Un **divario** che, nel corso degli ultimi anni, **si è parzialmente ridotto**, passando da -11,5% dell’ultimo quinquennio a -8,2% dell’ultimo anno disponibile, e con le **principali criticità** ascrivibili ai **presidi residenziali**, come si evince dalla consueta tabella dei punti di forza e debolezza sottostoposta.

Tab. 10.5.1 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA - Categorie fragili: NON AUTOSUFFICIENTI

PUNTI DI DEBOLEZZA		PUNTI DI FORZA	
Salute			
	Multi cronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)		non evidenziato
Lavoro privato di cura			
	Colf ogni 1.000 abitanti		Caregiver (familiari)
	Badanti ogni 100 anziani (80 anni e più)		
Servizi dei Comuni			
	Voucher, assegno di cura, ... - Anziani trattati		Assist. domic. integr. serv. sanit. - Disabili trattati
	Assist. domic. integr. serv. sanit. - Anziani trattati		Assistenza domic. socioassist. - Disabili trattati
	Spesa dei Comuni per strut. resid. (utenti disab.)		Assist. domic. socioassist. - Famiglia e minori tr.
	Spesa dei Comuni per interv.e serv. soc. - Anziani		Voucher, assegno di cura, ... - Disabili trattati
Assistenza domiciliare integrata - ASL			
	non evidenziato		Anziani trattati in assistenza domic. integrata
Presidi residenziali			
SDG	Posti letto - Dipendenze	non evidenziato	
SDG	Posti letto - Minori		
SDG	Posti letto - Anziani		
SDG	Posti letto - Adulti con disagio sociale		
SDG	Posti letto - Totale		
	Ospiti - Dipendenze		
	Ospiti - Minori		
	Ospiti - Anziani non autosufficienti		
	Ospiti - Adulti con disabilità o patologia psichiat.		
Indennità di accompagnamento - Pensioni			
	non evidenziato		Pensioni di Guerra - Importo lordo annuale

Sulla **“Salute”** valgono le considerazioni fatte in precedenza su anziani e disabili, con il solo indicatore **“multi cronicità e limitazioni gravi”** che evidenzia una criticità rispetto al dato nazionale (54% degli anziani 75 anni e più contro il 48,9% dell’Italia, anno 2020), ma con una tendenza, comunque, al miglioramento; basti pensare che nel 2008 tale quota raggiungeva in Abruzzo il 65,1%, in Italia era al 51,6%.

Sul **“Lavoro privato di cura”**, i dati segnalano una maggiore presenza sul territorio regionale di caregiver, sia che forniscano cure e assistenza in prevalenza ai propri familiari (15,7% contro 13,8%, anno 2015), sia che offrano detto servizio anche ai non familiari (17,5% della popolazione regionale contro 16,2% registrato a livello nazionale, anno 2015). Al contempo, tuttavia, si segnala una minore presenza di colf (4,4 ogni 1.000 abitanti contro 7,4 dell’Italia, anno 2019) e badanti (7,3 ogni 100 anziani di 80 anni e più contro 9,5 dell’Italia, anno 2019).



6. Secondo il CNEL (Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro) la persona non autosufficiente è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale sia di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (lavarsi, vestirsi e spogliarsi, utilizzare i servizi, muoversi, spostarsi dal letto alla poltrona e viceversa, alimentarsi, capacità di controllo della continenza).

Relativamente ai **“Servizi offerti dai Comuni”**, anche in questo caso valgono molte delle considerazioni fatte in precedenza su famiglia e minori, anziani e disabili. Per il dettaglio degli indicatori, si rimanda quindi alle apposite sezioni.

Tra i **punti di forza** emergono: il numero di disabili trattati in “assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (5,3% contro 2,1%, anno 2018), in “assistenza domiciliare socioassistenziale” (12,8% contro 7,1%, anno 2018) e, sulla base degli ultimi dati, anche quelli che hanno usufruito di “voucher, assegno di cura, buono sociosanitario” (6,7% contro 4,2%, anno 2018). Risultati migliori rispetto al riferimento nazionale scaturiscono anche sul numero di famiglie e minori che hanno ricevuto “assistenza domiciliare socioassistenziale” (0,2% contro 0,1% dell’Italia, anno 2018).

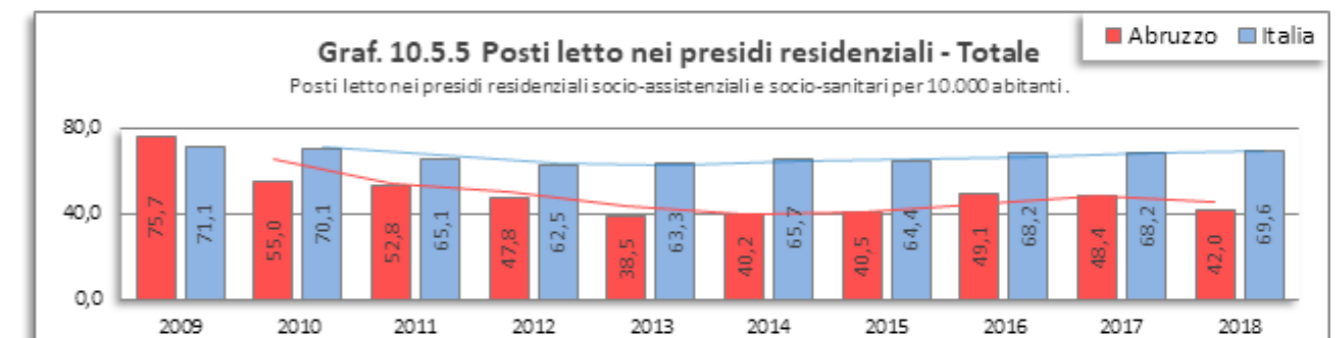
Si confermano le **criticità** sul numero di **anziani** che hanno usufruito di “voucher, assegno di cura, buono sociosanitario” (0,1% contro 0,4%, anno 2018) e “assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (0,1% contro 0,4%, anno 2018); in generale, la stessa “spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani” risulta inferiore al dato nazionale (448,2 euro per ogni utente contro 653,1 euro dell’Italia, anno 2017). Sui disabili, invece, l’unico indicatore critico è quello relativo alla “spesa dei Comuni per le strutture residenziali” (6.227 euro per utente contro 11.660 euro dell’Italia, anno 2017).

In sintesi, sui **“Servizi offerti dai Comuni”** l’analisi ha restituito quindi un quadro di **luci e ombre, con le luci rivolte soprattutto sulla categoria dei disabili.**

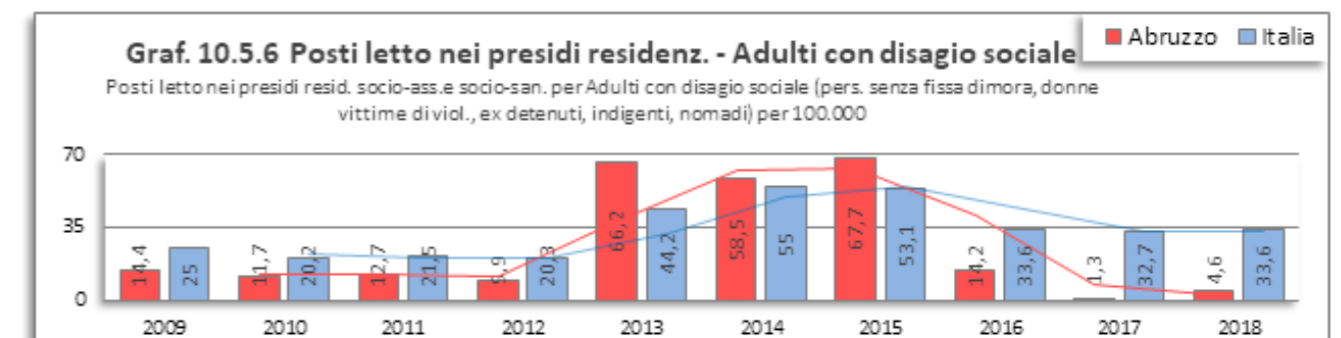
Del resto, a supplire il dato negativo comunale riguardante il numero di anziani che hanno usufruito di “assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”, c’è **“l’assistenza domiciliare integrata per anziani”** fornita dal **Sistema Sanitario Nazionale**, uno dei **punti di forza delle Regione.**

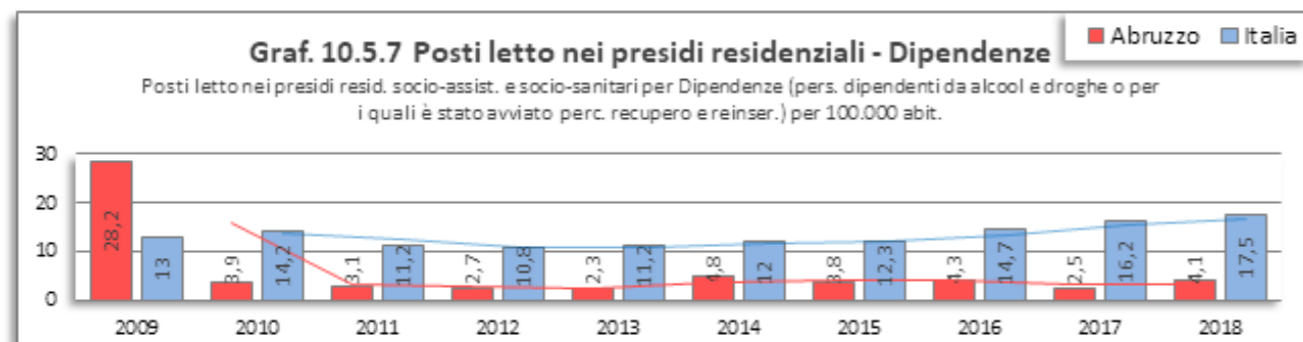
Riguardo ai **“Presidi residenziali”** emerge invece un **quadro caratterizzato soprattutto da ombre.**

In generale, i “posti letto nei presidi residenziali” risultano, negli anni analizzati, costantemente inferiori al dato nazionale (42 ogni 10.000 abitanti contro 69,6 dell’Italia, anno 2018), con l’unica eccezione rappresentata dall’anno 2009.

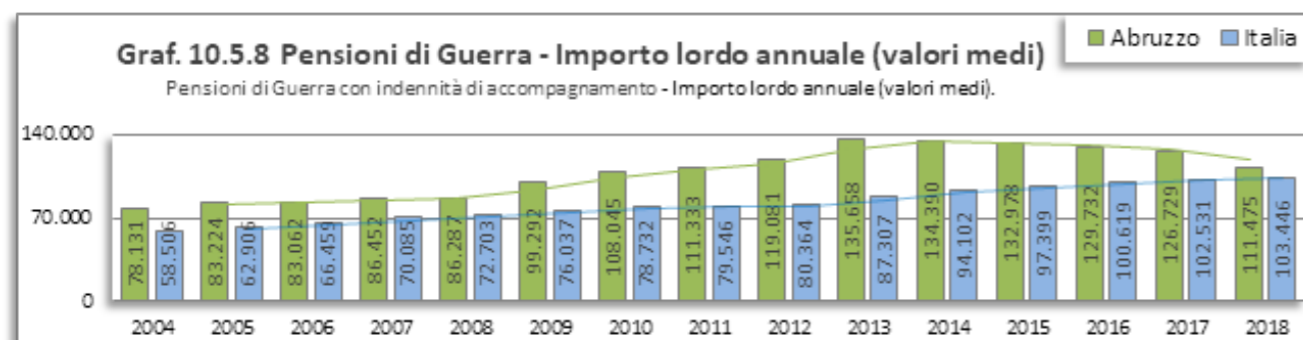


Tra le categorie indicate nell’analisi, la maggiore carenza di posti, sulla base dell’ultimo anno disponibile (2018) e rispetto al dato nazionale, viene riscontrata sugli **“adulti con disagio sociale”** (4,46 ogni 100.000 residenti contro 33,6 dell’Italia); seguono le **“dipendenze”** (4,1 ogni 100.000 residenti contro 17,5 dell’Italia), i **“minori”** (95,1 contro 233,7) e gli **“anziani”** (1.250 contro 2.268).





Sempre con riferimento all'ultimo anno analizzato (2018), **buone sono invece le risultanze per le categorie dei "disabili"** (92,6 contro 88,1) e per quelli con problemi di **"salute mentale"** (33,5 contro 31). Si riportano inoltre i dati sugli "Ospiti dei presidi residenziali", costantemente inferiori a quelli nazionali soprattutto per le "Dipendenze" (4,1 contro 21,1), i "Minori" (70,8 contro 211,6) e gli "Anziani non autosufficienti" (781 contro 1.697). Meno marcato è il divario sugli "Adulti con disabilità o patologia psichiatrica" (98,1 contro 132,1). Si veda il grafico 10.5.1 e per maggiori dettagli l'Allegato I-10.5. Infine, si è posto l'accento sulle **"Indennità di accompagnamento"**. In generale, l'importo lordo medio annuale delle "pensioni con Indennità di accompagnamento" risulta leggermente superiore al resto del Paese (18.427 euro contro 17.916 euro dell'Italia, anno 2018); le pensioni invece caratterizzate dalla "sola indennità di accompagnamento" mostrano importi lordi medi annuali inferiori al riferimento nazionale (16.328 euro contro 17.963 euro, anno 2018). L'analisi ci restituisce inoltre un punto di forza ascrivibile alle "pensioni di guerra con indennità di accompagnamento", il cui importo lordo medio annuale è superiore al dato italiano (111.475 euro contro 103.446 dell'Italia, anno 2018).



In **sintesi**, l'Abruzzo mostra, rispetto ai dati nazionali, alcune criticità che, sia pur parzialmente, si sono ridotte nel corso degli ultimi anni e riguardano soprattutto i presidi residenziali. Ripercorrendo i risultati dell'analisi, si ribadiscono i maggiori problemi di "multi cronicità e limitazioni gravi", si segnala una minore presenza sul territorio regionale di "colf" e "badanti", ma anche una maggiore incidenza di "caregiver". Sui "Servizi dei Comuni" si avvisano carenze soprattutto per il target "anziani", ma buone sono le risultanze sui "disabili" e sul target "famiglia e minori". Si ribadisce inoltre la buona "assistenza domiciliare integrata per anziani" fornita dal Sistema Sanitario Nazionale. Sui presidi residenziali, l'analisi evidenzia invece una carenza di posti letto, soprattutto per gli "adulti con disagio sociale", "dipendenze", "minori" e "anziani", mentre positivi sono i dati su "disabili" e "salute mentale". Infine, sulle "Indennità di accompagnamento", i dati non si discostano molto dal resto del Paese, se non per la presenza di un maggiore importo lordo annuale riferito alle "pensioni di guerra" dei cittadini abruzzesi.

Tutti i dati analizzati finora sulla **spesa dei Comuni** fanno riferimento a quella sostenuta dai Comuni stessi, senza tener conto della compartecipazione degli utenti o del Sistema Sanitario Nazionale. La tabella sottostante dà evidenza della diversa composizione percentuale della spesa totale, nonché delle divergenze rispetto al resto del Paese.

I Comuni abruzzesi sembrano sostenere una **quota di spesa per "Interventi e servizi sociali" signi-**

ficativamente più alta rispetto al totale dei Comuni italiani (91,8% contro 78,7% dell'Italia, anno 2018) e, se la compartecipazione degli utenti abruzzesi non si discosta molto dal resto del Paese (6,5% contro 8,9%), **il divario più significativo si riscontra sulla compartecipazione del Sistema Sanitario Nazionale** (1,7% contro 12,4% dell'Italia).

Tra i target per i quali la compartecipazione del Sistema Sanitario Nazionale alla spesa totale sostenuta dai Comuni risulta più bassa, si segnalano soprattutto le "Dipendenze" (6,4% contro 58,7%), ma anche "Povertà, disagio adulti e senza dimora" (0,3% contro 12,6%), "Disabili" (1,6% contro 19,9%) e "Anziani" (6,8% contro 28,8%). Rispetto alle altre categorie presenti in tabella ("Famiglia e minori", "Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti" e "Multiutenza") i dati sono in linea con quelli nazionali.

Tab. 10.5.2 SPESA DEI COMUNI, ANNO 2018 - COMPARTECIPAZIONE (%) DEGLI UTENTI E DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

	Spesa dei Comuni		Compartecipazione utenti		Compartecipazione Sistema Sanit. Nazionale	
	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
Famiglia e minori	91,1	88,2	8,5	10,1	0,4	1,7
Disabili	96,8	84,0	1,6	3,2	1,6	12,9
Dipendenze	93,6	41,1	0,0	0,2	6,4	58,7
Anziani (65 anni e più)	76,0	53,2	17,2	18,1	6,8	28,8
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	100,0	99,5	0,0	0,0	0,0	0,4
Povertà, disagio adulti e senza dimora	99,4	86,5	0,3	0,9	0,3	12,6
Multiutenza	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	91,8	78,7	6,5	8,9	1,7	12,4

Fonte: Istat

10.6. Focus Agenda 2030 - Categorie fragili

Di seguito, in grassetto, gli obiettivi di Agenda 2030 con gli indicatori a essi associati e il relativo monitoraggio, basato sia sul **posizionamento rispetto all'Italia**, dato dallo scostamento dell'Abruzzo rispetto al dato nazionale negli ultimi 3 anni disponibili, sia sulla **tendenza di medio periodo**, data dalla variazione percentuale del valore medio registrato dall'Abruzzo nell'ultimo triennio disponibile rispetto al valore medio dei tre anni precedenti. Si precisa, inoltre, che i dati percentuali sotto riportati non sono stati corretti rispetto alla tipologia di indicatore con la modifica del segno, come invece effettuato nel grafico di sintesi o cruscotto. Descrivono le risultanze anche i consueti colori, sulla base delle diverse intensità cromatiche.

Si specifica che sulla categoria "Famiglia e minori" è stato utilizzato un indicatore BES non SDG, essendo l'obiettivo generico e gli indicatori simili.

TAB. 10.6.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
FAMIGLIA E MINORI		
3.2 - Entro il 2030, mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l'obiettivo di ridurre la mortal. neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini sotto dei 5 anni, ridurre la mortal. a non più di 25 su 1.000 nati vivi		
Tasso mortalità neonatale (28 gg. dalla nascita) per 1.000 - SDG 3	+1,0%	-0,7%
Probabilità di morte sotto i 5 anni per 1.000 - SDG 3	+4,6%	+8,8%
3.7 - Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, compresi quelli per pianificazione familiare, informazione, educazione e l'integrazione della salute riproduttiva in strategie e programmi nazionali		
Domanda di contraccezione soddisfatta con metodi moderni - SDG 3	-16,1%	n.d.
Ragazze madri (10-14 anni) - SDG 3 (Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni)	-100,0%	0,0%
Ragazze madri (15-19 anni) - SDG 3 (Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni)	-24,1%	-26,7%
3.8 - Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti		
Posti letto per anziani nei presidi residenziali socioassistenziali e socio-sanitari per 100.000 residenti - SDG 3 e BES D.12	-62,3%	+62,1%
4.2 - Entro il 2030, assicurarsi che tutte le ragazze e i ragazzi abbiano accesso a uno sviluppo infantile precoce di qualità, alle cure necessarie e all'accesso alla scuola dell'infanzia, in modo che siano pronti per l'istruzione primaria		
Posti autorizzati - Totale servizi socioeducativi - SDG 4 (Posti autorizzati nei servizi socio educativi (asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia) per 100 bambini di 0-2 anni)	-11,2%	+13,4%

TAB. 10.6.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Partecipazione alla scuola dell'infanzia - BES D.2 (% di bambini di 4-5 anni che frequentano la scuola dell'infanzia o il primo anno di scuola primaria sul totale di bambini di 4-5 anni)	+2,1%	-1,4%
GIOVANI		
4.1 - Entro il 2030, assicurarsi che tutti i ragazzi e le ragazze completino una istruzione primaria e secondaria libera, equa e di qualità che porti a rilevanti ed efficaci risultati di apprendimento		
Competenza alfabetica non adeguata - SDG 4 e BES D.2 (% di studenti delle classi II della scuola secondaria di II grado che non raggiungono un livello suff. di competenza alfabetica)	+5,0%	n.d.
Competenza numerica non adeguata - SDG 4 e BES D.2 (% di studenti delle classi II della scuola secondaria di II grado che non raggiungono un livello suff. di competenza numerica)	+0,6%	n.d.
Uscita precoce dal sistema istruzione e formazione - SDG 4 e BES D.2 (% di persone di 18-24 anni con al più la licenza media, che non possiedono ... sul totale delle persone di 18-24 anni)	-35,3%	-21,8%
8.6 - Entro il 2030, ridurre in modo significativo la percentuale di giovani non occupati né coinvolti in percorsi di studio o formazione		
Giovani NEET (15-24 anni) - SDG 8 (Percentuale di persone di 15-24 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-24 anni)	-14,7%	-20,9%
Giovani NEET (15-29 anni) - SDG 8 e BES D.2 (Percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul tot. delle pers. 15-29 anni)	-7,3%	-13,2%
4.6 - Entro il 2030, assicurarsi che tutti i giovani e una parte sostanziale di adulti, uomini e donne, raggiungano l'alfabetizzazione e l'abilità di calcolo		
Laureati e altri titoli terziari (30-34 anni) - SDG 4 e BES D.2 (Percentuale di persone di 30-34 anni che hanno conseguito un titolo di livello terziario (Isced) sul tot. persone di 30-34 anni)	-1,2%	+5,9%
Laureati in discipline tecnico-scientifiche (STEM) - SDG 4 e BES D.2 (Rapporto tra resid. che hanno conseguito titolo di liv. terz. nelle discipl. scient.-tecn. e pop. di 20-29 anni, per mille)	+22,1%	+15,2%
16.7 - Assicurare un processo decisionale reattivo, inclusivo, partecipativo e rappresentativo a tutti i livelli		
Giovani e rappresentanza politica in Parlamento - SDG 16 (Percentuale di eletti al Senato della Repubblica e alla Camera dei Deputati minori di 45 anni sul totale degli eletti)	+24,2%	n.d.
ANZIANI		
3.8 - Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti		

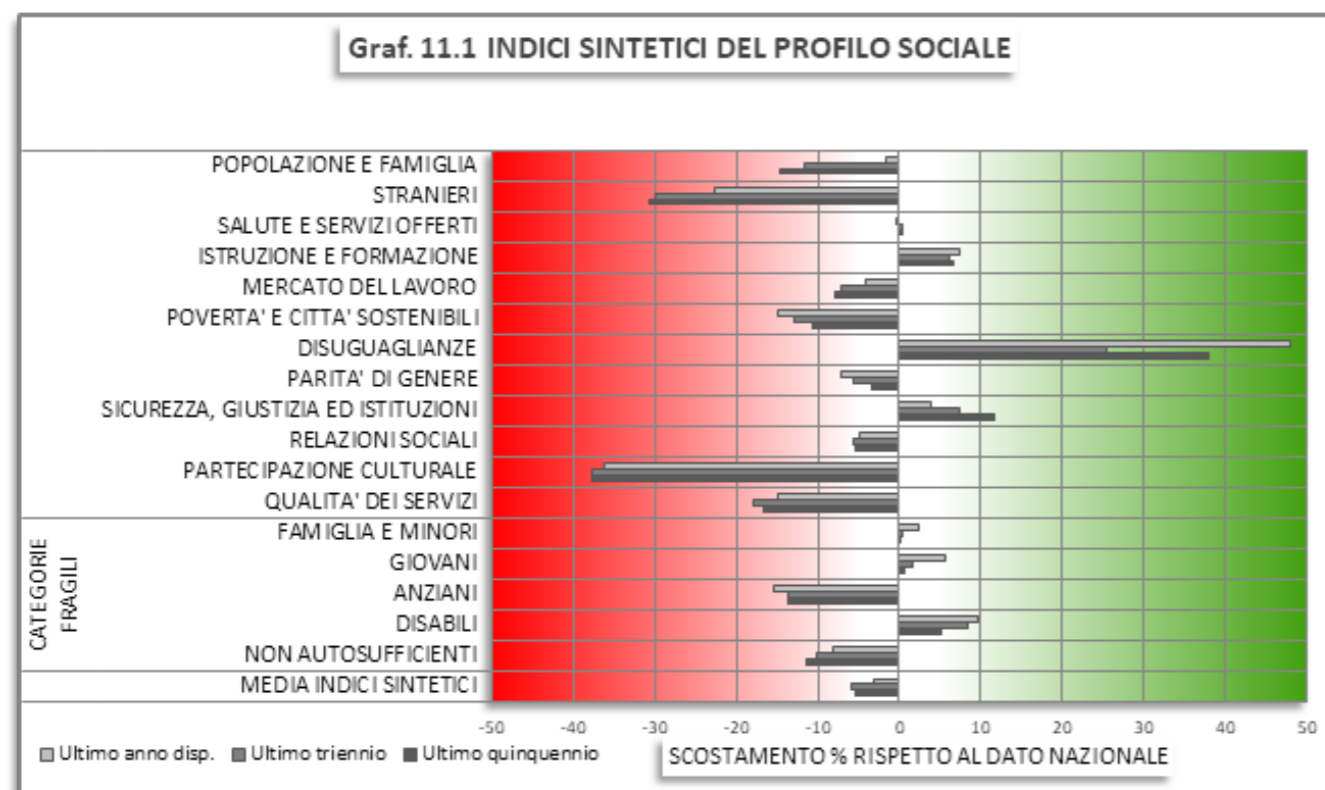
TAB. 10.6.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
Posti letto in degenza ordinaria – SDG 3 (Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	-3,6%	-0,7%
Posti letto in day-Hospital – SDG 3 (Posti letto in day-Hospital negli istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	-6,7%	-2,0%
Posti letto per anziani nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – SDG 3	-36,6%	+41,1%
DISABILI		
3.8 - Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti		
Posti letto per disabili nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – SDG 3	+15,0%	+66,9%
Posti letto per utenti con problemi di salute mentale nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – SDG 3	+20,4%	+148,6%
4.3 - Entro il 2030, garantire la parità di accesso per tutte le donne e gli uomini a una istruzione a costi accessibili e di qualità tecnica, a una istruzione professionale e di terzo livello, compresa l'Università		
Alunni con disabilità: scuola dell'infanzia – SDG 4 (Alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola dell'infanzia)	+21,9%	+41,8%
Alunni con disabilità: scuola primaria – SDG 4 (Alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola primaria)	+8,5%	+7,5%
Alunni con disabilità: scuola secondaria I grado – SDG 4 (Alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola secondaria di primo grado)	+17,1%	+1,4%
Alunni con disabilità: scuola secondaria II grado – SDG 4 (Alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola secondaria di secondo grado)	+41,0%	+14,6%
4.a - Costruire e adeguare le strutture scolastiche in modo che siano adatte alle esigenze dei bambini, alla disabilità e alle differenze di genere e fornire ambienti di apprendimento sicuri, non violenti, inclusivi ed efficaci per tutti		
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: primaria – SDG 4 (Scuole con alunni con disabilità per presenza postazioni informatiche adattate: primaria, valori %)	-5,1%	-0,2%
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria I grado – SDG 4 (Scuole con alunni con disabilità per presenza post inform. adattate: secondaria I grado, valori %)	-4,2%	+1,7%
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria II grado – SDG 4 (Scuole con alunni con disabilità per presenza post inform. adattate: secondaria II grado, valori %)	+7,0%	n.d.
NON AUTOSUFFICIENTI		

TAB. 10.6.1 OBIETTIVI E INDICATORI DI AGENDA 2030	Monitoraggio	
	Posizionamento rispetto all'Italia	Tendenza di medio periodo
3.8 - Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti		
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti - Totale (SDG 3)	-32,3%	+17,0%
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – Minori (SDG 3)	-62,3%	+62,1%
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti - Adulti con disagio sociale (SDG 3)	-79,9%	-89,6%
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti - Salute mentale (SDG 3)	+20,4%	+148,6%
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – Dipendenze (SDG 3)	-77,5%	0,0%
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – Anziani (SDG 3)	-36,6%	+41,1%
Posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 100.000 residenti – Disabili (SDG 3)	+15,0%	+66,9%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

11. Aree tematiche UNO SGUARDO D'INSIEME

Si riportano qui di seguito gli indici sintetici elaborati nel corso dell'analisi e afferenti alle diverse aree tematiche. Detti indici sono stati ulteriormente sintetizzati, con l'indicatore Media indici sintetici.



Fonte: elaborazioni su dati Istat

La “Media indici sintetici” mostra per l’Abruzzo un **leggero ritardo rispetto ai dati nazionali**, ma con una **significativa tendenza alla riduzione del divario**: da -6% dell’ultimo triennio a -3,1% nell’ultimo anno disponibile. Tali risultanze sono pertanto da considerare nel complesso positivamente.

Performance superiori al resto del Paese si evidenziano soprattutto sulle “**Disuguaglianze**” (media pari a circa +37% nei tre periodi analizzati, con dati che fanno riferimento principalmente al reddito), ma anche sulla “**Sicurezza, giustizia e istituzioni solide**” (media pari a +8% circa e valori in peggioramento soprattutto per le buone performance dei dati nazionali registrate negli ultimi anni) e su “**Istruzione e formazione**” (stabile e media pari a +7% circa). Per quanto riguarda le categorie fragili, emergono i “**Disabili**” (dati in miglioramento e media pari a +8% circa).

In linea con i dati nazionali sono le aree tematiche “**Salute e servizi offerti**” (stabile), “**Relazioni sociali**” (stabile) e, riguardo alle categorie fragili, “**Famiglia e minori**” (in miglioramento) e “**Giovani**” (in netto miglioramento, con un +5% rispetto al riferimento nazionale nell’ultimo anno disponibile).

Le **criticità** vengono mostrate, in ordine di gravità, sulle aree tematiche “**Partecipazione culturale**” (divario sostanzialmente stabile, quantificabile in circa -37%), “**Stranieri**” (gap in riduzione, ma con una media nei tre periodi analizzati quantificabile in -28%), “**Qualità dei servizi**” (divario in riduzione e con media pari a circa il -16%), “**Povertà e città sostenibili**” (gap in aumento e divario medio pari a circa -13%), “**Popolazione e famiglia**” (gap in netta riduzione nell’ultimo anno e divario medio pari a circa -9%), “**Mercato del lavoro**” (gap in riduzione e media pari a circa -6%) e “**Parità di genere**” (gap in aumento e divario medio pari a -5%). Riguardo invece alle categorie fragili, emergono gli “**Anziani**” (divario stabile e pari a circa -14%) e i “**Non autosufficienti**” (gap in riduzione e divario medio pari a -10%).

12. COVID-19. GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA PER UNA POLITICA SOCIALE REGIONALE

Ai fini dell’analisi, sono state utilizzate le seguenti fonti statistiche:

- Eurostat
- Istat

In particolare, l’Eurostat monitora diversi indicatori, aggiornati mensilmente o trimestralmente, afferenti alle seguenti tre macroaree (link: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/recovery-dashboard/>):

1. Economia e prezzi
2. Industria e commercio
3. Persone e lavoro

Più ampio e articolato è invece lo sforzo che l’Istat sta producendo per realizzare, in seguito all’emergenza Covid-19, una serie di rilevazioni tematiche utili a raccogliere e mettere a disposizione di istituzioni, decisori pubblici, famiglie e imprese, tutte le informazioni necessarie per analizzare i principali effetti della crisi sanitaria sull’economia e sulla società.

L’Istat inoltre cura il “**Rapporto SDGs - Informazioni statistiche per l’Agenda 2030 in Italia**” nel quale, sia nell’edizione 2019 sia in quella 2020, è presente un apposito paragrafo “**Interconnessioni tra SDGs e pandemia**” dove vengono analizzati gli effetti della pandemia sui 17 “**Sustainable Development Goals**”, attraverso uno schema sintetico di interconnessioni. Detto schema è stato ripreso e adattato al profilo sociale regionale e alle relative aree tematiche che sono ispirate proprio ai 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibili, unitamente ai 12 domini degli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile).

Nel presente paragrafo saranno quindi mostrati:

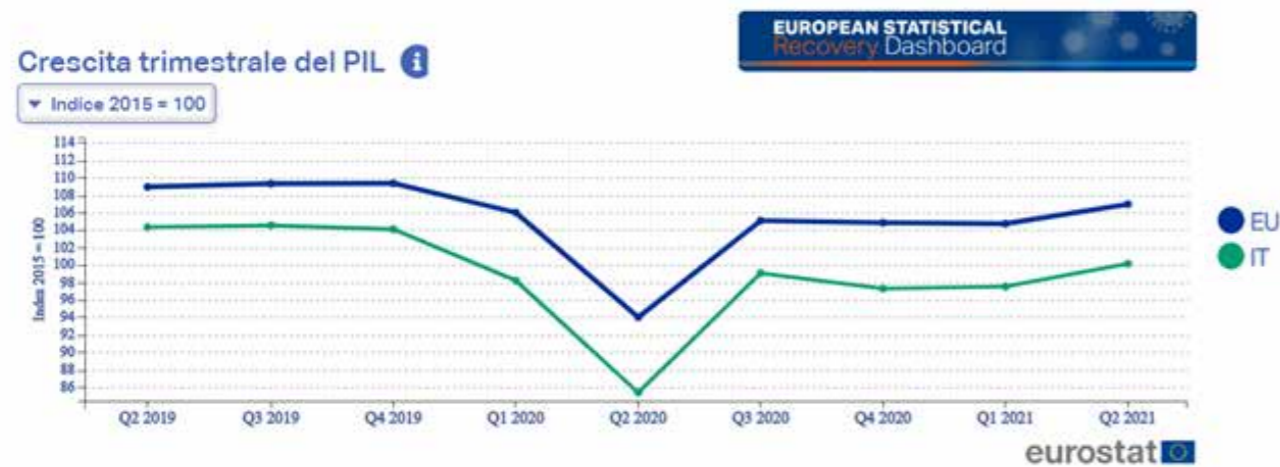
- a. alcuni dati **Eurostat**, disaggregati a livello di UE27 e Italia, che permettono di fotografare gli effetti della pandemia sui principali indicatori economici, del mercato del lavoro e relativi alla mortalità;
- b. le principali risultanze di alcune **rilevazioni dell’Istat sul tema della mortalità e della povertà**, con dati disaggregati anche a **livello regionale**, recanti la quantificazione degli effetti che la pandemia ha avuto su mortalità e povertà, temi che hanno colpito in modo trasversale tutta la popolazione;
- c. lo schema delle “**Interconnessioni tra aree tematiche analizzate e pandemia**” secondo quanto formulato dall’Istat relativamente ai 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibili dell’ONU.

12.1. Gli effetti della pandemia attraverso alcuni indicatori Eurostat

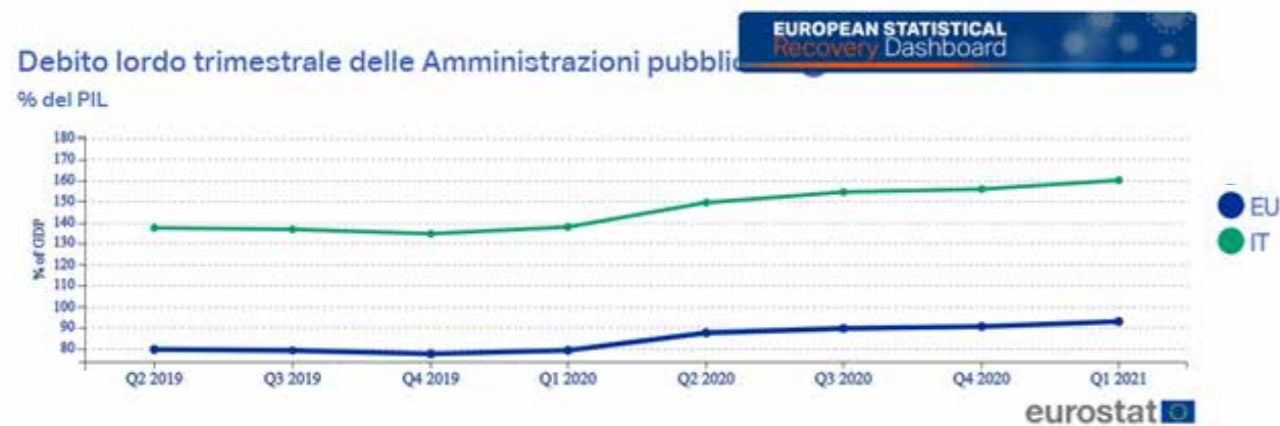
I grafici sotto riportati mostrano con chiarezza gli effetti della pandemia, ma anche il divario che l'Italia ha nei confronti della media europea su quasi tutti gli indicatori analizzati.

Economia e prezzi

Dal grafico relativo alla “**crescita trimestrale del PIL**” emerge con chiarezza la **brusca caduta** nel secondo trimestre del 2020, tanto in Italia quanto in Europa. Si nota inoltre la minore crescita del PIL italiano che, nonostante il rimbalzo del terzo trimestre 2020, al secondo trimestre 2021 ha appena recuperato i livelli del 2015 (indice pari a 101,1), ma non ancora quelli registrati l'ultimo trimestre 2019 (indice pari a 104,1). Si ricorda, inoltre, che l'Istat ha certificato un decremento del PIL (in volume) nel 2020 pari a -8,9% rispetto all'anno precedente; tuttavia, **si prevede** (giugno 2021) **una crescita sostenuta sia nel 2021 (+4,5%) sia nel 2022 (+4,1%)**.

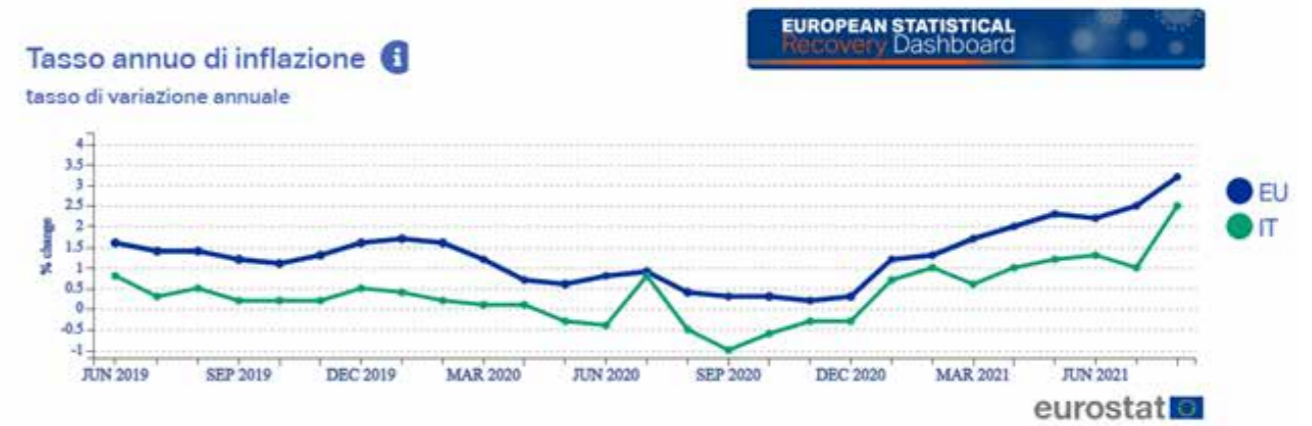


Il “**debito pubblico**” che graverà sulle nuove generazioni è **tornato a crescere** (nel primo trimestre 2020 era del 137,8%), attestandosi nel primo trimestre 2021 a quota 160%, ben lontano dalla media europea pari a 92,9%. In seguito al Covid-19, il fardello del debito pubblico risulta per l'Italia ancora più pesante.



Da non sottovalutare è il “**tasso annuo di inflazione**” che, nonostante la risalita, continua, quasi inspiegabilmente, a mantenersi su livelli accettabili, soprattutto in Italia (+2,5 ad agosto 2021). La preoccupazione condivisa da molti operatori è che le ingenti quantità di moneta che le banche centrali (europea e non) hanno messo sul mercato possano produrre **effetti inflazionistici importanti**, con gravi conseguenze sul potere di acquisto dei risparmiatori che, in questo periodo di crisi Covid-19,

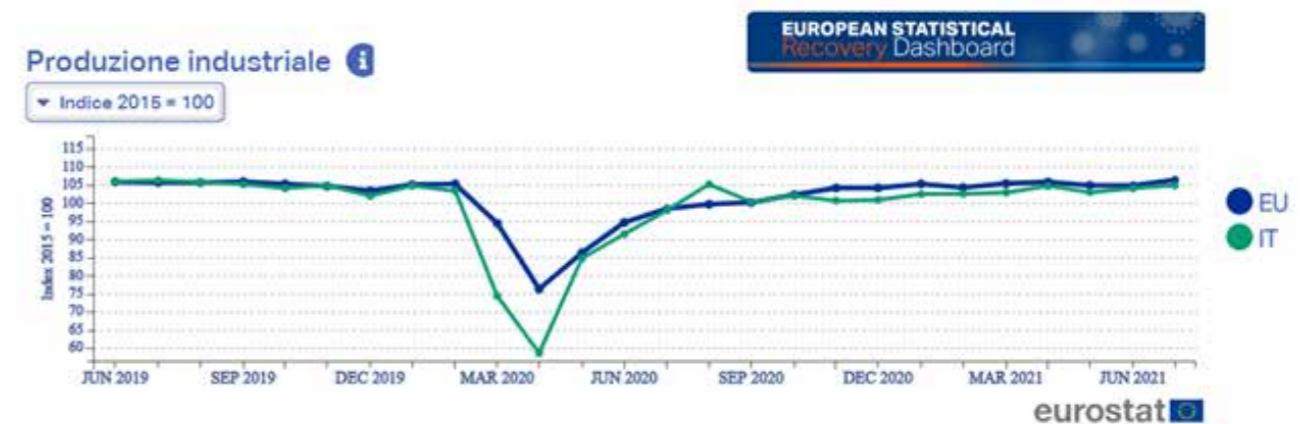
hanno smesso di investire e accumulato ingenti risparmi sui conti correnti.



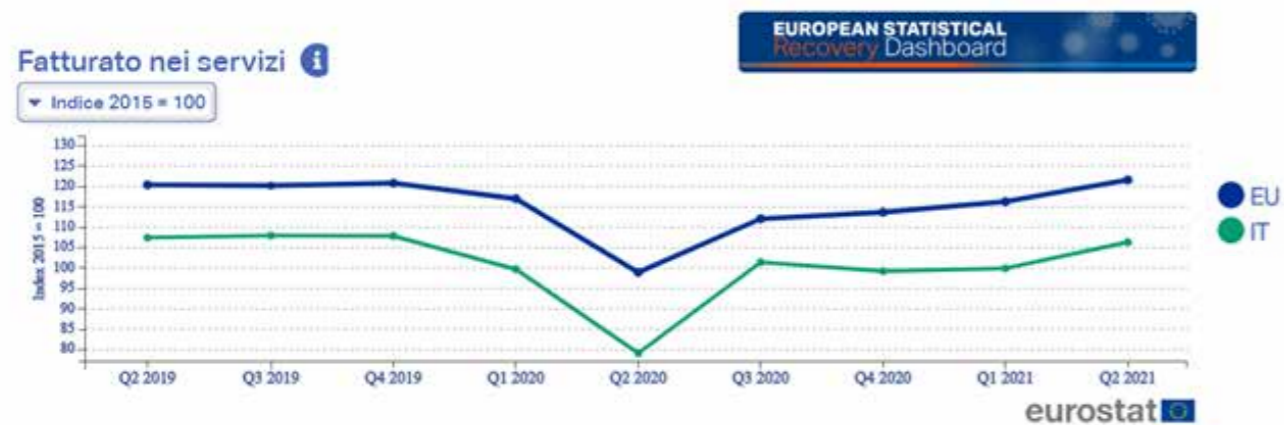
Notizie confortanti giungono tuttavia dall’“**indicatore del sentimento economico**” che, nonostante la caduta di aprile 2020, segnala un **grado di fiducia ad agosto 2021 di gran lunga superiore a quello pre-crisi** (117,7 contro 102,1 di febbraio 2020), ma inferiore a quello di luglio 2021 (119,6).

Industria e servizi

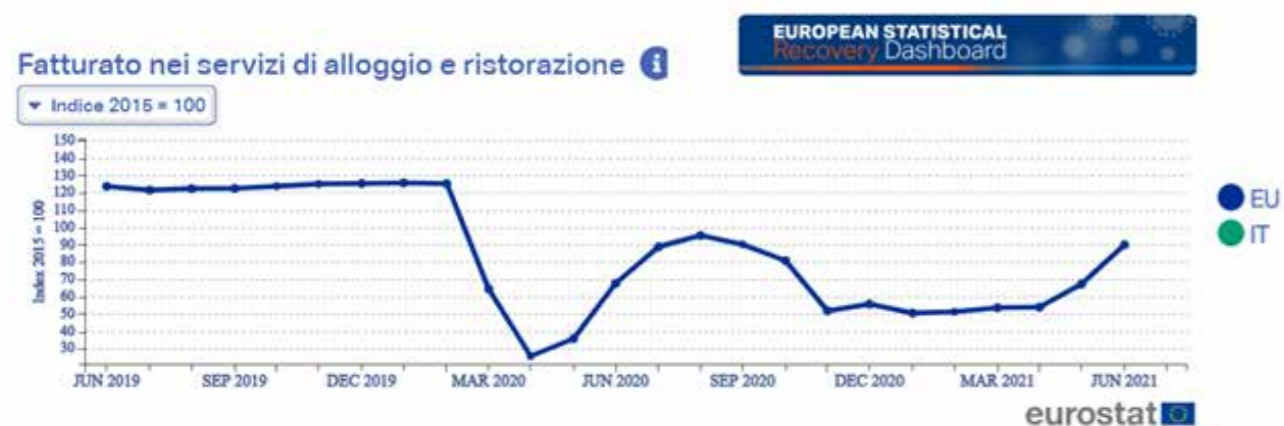
Il Covid-19 ha naturalmente determinato un calo della “**produzione industriale**” e, come si evince dal grafico sotto riportato, l'Italia rispetto alla media europea ne è stata colpita in misura maggiore. Nonostante ciò, **già ad agosto 2020 la produzione è tornata sui livelli pre-crisi**, mantenendosi sostanzialmente costante fino a luglio 2021 (indice pari a 104,7 contro 103,3 di febbraio 2020).



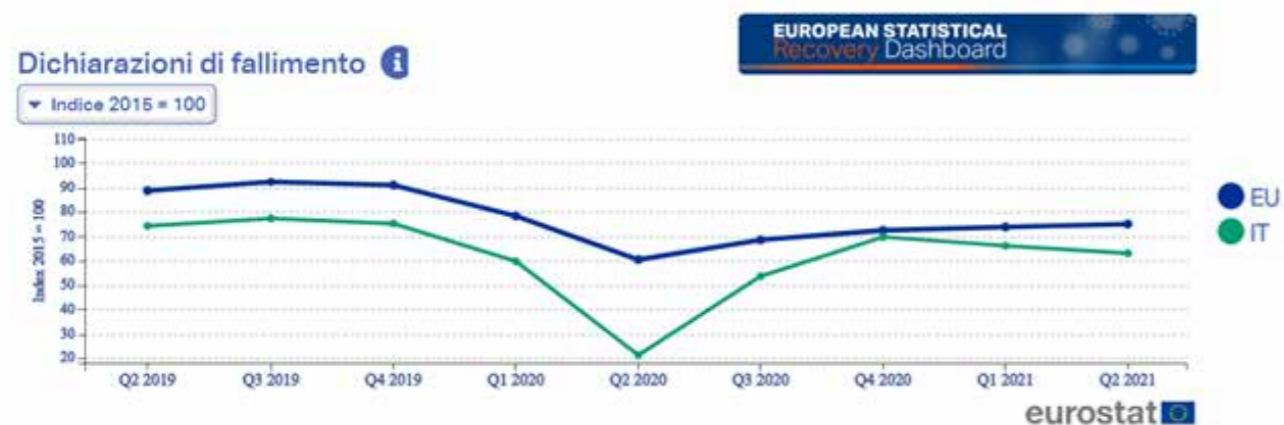
Più sofferente è il settore dei servizi, il cui fatturato ad agosto 2021 (106,2) non ha ancora raggiunto i livelli pre-crisi (107,7). Il grafico sottostante ripropone inoltre il consueto e costante divario che divide l'Italia dal resto dell'Europa.



Tra i comparti più colpiti del settore servizi troviamo quello degli **alloggi e della ristorazione**. Manca in questo caso il dato italiano, ma quello europeo è particolarmente esplicito nel segnalare la crisi che ha investito il comparto: a giugno 2021 l'indice del fatturato è risultato pari a 89,9, quindi ancora inferiore a quello del 2015 (100) e **ben lontano dal 125,2 del febbraio 2020**.

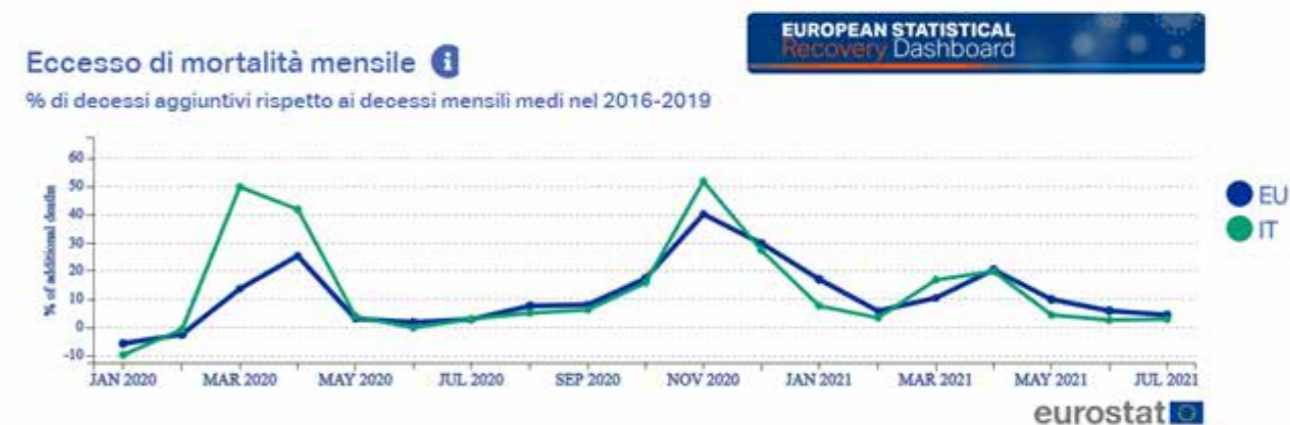


Riguardo invece alle “dichiarazioni di fallimento”, l'Italia è riuscita a contenere questo fenomeno meglio del resto dell'Europa e solo nel quarto trimestre 2020 i valori nazionali risultano vicini alla media UE (69,8 contro 72,5). Le “**dichiarazioni di fallimento**” risultano comunque inferiori a quelle pre-crisi (63,1 nel secondo trimestre 2021 contro 75,3 nel quarto trimestre 2019). Del resto, questo indicatore anticipa il “sentimento economico” che, come visto in precedenza, mostra una decisa ripresa.



Mortalità e lavoro

Analizzando “l'eccesso di mortalità mensile” rispetto alla media 2016-2019, emerge con chiarezza l'effetto devastante che il Covid-19 ha avuto sulla nostra salute, soprattutto quella degli anziani. Il grafico sottostante evidenzia la **maggiore cruenza del virus in Italia durante la prima ondata** (marzo e aprile 2020) **e in parte anche nella seconda** (novembre 2020), **mesi in cui la mortalità è aumentata di circa il 50%** rispetto alla media 2016-2019. Nel grafico si evidenzia anche la terza ondata, sia pure più contenuta (+20% di mortalità), con picco in aprile 2021.



Per quanto riguarda i principali indicatori del mercato del lavoro, si nota un “**tasso di disoccupazione**” a luglio 2021 inferiore a quello di febbraio 2020 (9,3% contro 9,7%), con un decremento pari allo 0,4%. Le misure del Governo con il blocco dei licenziamenti sembrano essere riuscite, almeno per il momento, a **contenere la crisi occupazionale**.



Tuttavia, il “**tasso di occupazione**” passa dal 63,7% del primo trimestre 2020 al 61,1% del primo trimestre 2021, attestando una **perdita occupazionale pari a 2,6%**. Da segnalare il divario di circa 10 punti percentuali rispetto alla media europea.

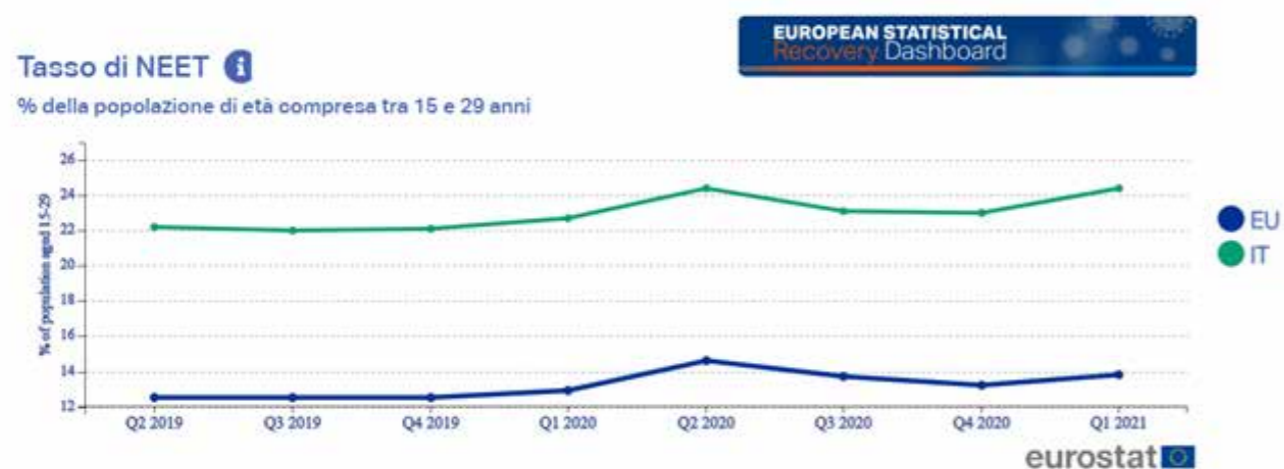


Altro indicatore utile per valutare gli effetti della pandemia sull'occupazione è quello sul “**ristagno del mercato del lavoro**” elaborato da Eurostat. La debolezza del mercato del lavoro si riferisce alla somma totale di tutti i bisogni di occupazione insoddisfatti: disoccupati (secondo la definizione dell'ILO), lavoratori a tempo parziale che desiderano lavorare di più e persone che cercano lavoro ma non sono immediatamente disponibili o sono disponibili ma non lo cercano.

L'indicatore passa **dal 20,7% del primo trimestre 2020 al 25% nel primo trimestre 2021**. Si rimarca inoltre il **divario strutturale che ci separa dal resto dell'Europa**.



Analoghe conclusioni pervengono dal “tasso di NEET”, ovvero la quota di giovani di età compresa tra 15 e 29 anni né occupati né iscritti a un corso di istruzione o formazione. In Italia il tasso è passato dal 22,7% del primo trimestre 2020 al 24,4% nel primo trimestre 2021.



In **sintesi**, sul piano economico, il Covid-19 ha avuto effetti particolarmente gravi sul PIL, sul debito pubblico e sul settore dei servizi, in particolare su alloggi e ristorazione ma, in generale, su tutti quei servizi “aggreganti”. Più contenute sembrano ad oggi le conseguenze avute sul mercato del lavoro, mentre decisamente funesti sono stati gli effetti sulla mortalità, soprattutto nella prima e seconda ondata, periodi durante i quali l'eccesso di mortalità ha raggiunto il +50%. Buone le prospettive di ripresa.

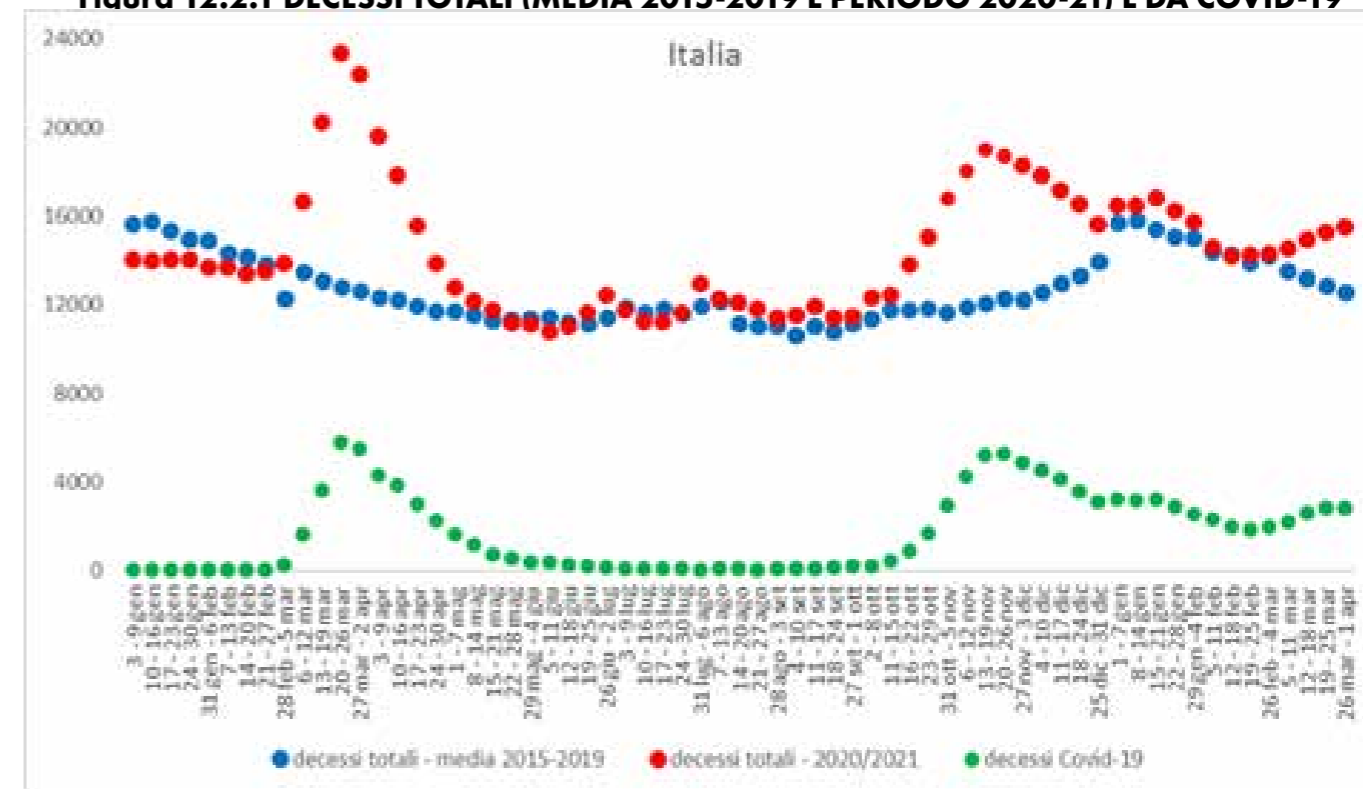
12.2. Mortalità e povertà

La mortalità

Uno degli approcci più efficaci per misurare l'impatto dell'epidemia da Covid-19 sulla mortalità è quello di conteggiare quanti **morti in più** ci sono stati nel Paese **rispetto agli anni precedenti**. L'eccesso di mortalità può fornire un'indicazione dell'**impatto complessivo dell'epidemia**, non solo tenendo conto dei decessi attribuiti direttamente al Covid-19, ma anche di quelli che possono essere sottostimati o indirettamente collegati, come le morti causate da un trattamento ritardato o mancato a causa di un sistema sanitario sovraccarico. L'eccesso di mortalità è stato quindi stimato confrontando, a parità di periodo, i dati del 2020 e del 2021 con la media dei decessi del quinquennio 2015-2019.

A partire da marzo 2020, l'andamento dei decessi totali rispecchia quello dei decessi Covid-19 (figura 12.2.1).

Figura 12.2.1 DECESSI TOTALI (MEDIA 2015-2019 E PERIODO 2020-21) E DA COVID-19



Fonte: Istat

Nell'anno 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di eccesso). In tale valutazione occorre tener conto che, nei mesi di gennaio e febbraio 2020, i decessi per il complesso delle cause sono stati inferiori di circa 7.600 unità rispetto a quelli della media dello stesso bimestre del 2015-2019 e che i primi decessi di persone positive al Covid-19 risalgono all'ultima settimana di febbraio. Pertanto, volendo stimare l'impatto della pandemia sulla mortalità totale, è più appropriato considerare **l'eccesso di mortalità verificatosi tra marzo e dicembre 2020**. In questo periodo si sono osservati **108.178 decessi in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019 (21% di eccesso)**.

La stima degli effetti della pandemia sulla mortalità può essere ulteriormente migliorata depurando i dati sia dagli effetti dell'invecchiamento della popolazione intercorso tra la media del periodo 2015-2019 e il 2020-21, sia, per una comparazione tra territori, della diversa composizione per età delle popolazioni a confronto. La recente disponibilità dei dati sulla consistenza e la struttura della popolazione residente per genere, età e luogo di residenza al primo gennaio 2021, consente infatti di condurre le analisi considerando le variazioni anche in termini di **tassi standardizzati di mortali-**

tà⁷; si tratta di misure che, a differenza dei livelli assoluti dei decessi, permettono quindi di effettuare dei confronti fra periodi (nel nostro caso 2015-2019 vs 2020) o, a parità di periodo, fra diversi territori depurati dall'effetto delle differenze nella composizione per età delle popolazioni considerate. **Mettendo in rapporto i tassi standardizzati di mortalità, si ottiene l'indice SRR⁸** (Standard Rate Ratio), attraverso il quale è possibile quindi confrontare la mortalità generale dell'anno 2020 con quella (media) del periodo 2015-2019. Tale indice è affiancato dal limite inferiore (SRR inf.) e superiore (SRR sup.) che indicano la precisione della stima effettuata e la significatività statistica della differenza (tabella 12.2.1).

Tab. 12.2.1 DECESSI TOTALI E RELATIVI TASSI STANDARDIZZATI (PER 100 MILA ABITANTI). INDICE SRR: RAPPORTO DEI TASSI STANDARDIZZATI DEI DECESSI TOTALI (2020 VS 2015-2019)

	Decessi totali 2015-2019 Valori medi assoluti	Decessi totali 2015-2019 Tasso standardizzato	Decessi totali 2020 Valori assoluti	Decessi totali 2020 Tasso standardizzato	SRR	SRR inf.	SRR sup.
L'Aquila	3.689	982,0	3.797	982,0	1,00	0,96	1,05
Teramo	3.418	956,4	3.769	1004,2	1,05	1,00	1,10
Pescara	3.528	927,0	3.873	973,3	1,05	1,00	1,10
Chieti	4.717	972,6	4.857	962,9	0,99	0,95	1,03
Abruzzo	15.353	959,8	16.296	979,0	1,02	1,00	1,04
Nord	301.885	914,1	376.181	1.078,6	1,18	1,17	1,19
Centro	131.647	924,3	141.550	942,8	1,02	1,01	1,02
Mezzogiorno	212.087	1.028,9	228.415	1.049,5	1,02	1,01	1,03
Italia	645.620	956,5	746.146	1.042,6	1,09	1,09	1,10

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

Focalizzando l'attenzione solo sull'indice SRR, si nota a livello nazionale un incremento nel corso del 2020 della mortalità del 9% (SRR pari a 1,09) rispetto a quello medio del periodo 2015-2019. **Si conferma quindi l'eccesso di mortalità, ma ne viene ridimensionata l'intensità.**

In Abruzzo per il 2020 si è registrato un SRR pari a 1,02, attestando quindi un incremento della mortalità rispetto alla media 2015-2019 del 2%, ben più ridotto rispetto al dato nazionale. La tabella mostra inoltre come l'eccesso di mortalità si sia concentrato quasi esclusivamente nelle regioni del Nord, il cui SRR è risultato pari a 1,18 (+18%), con la regione Lombardia che presenta un SRR pari a 1,28, quindi con un +28% di mortalità rispetto alla media 2015-2019.

A livello provinciale, l'indice SRR più elevato si riscontra nelle province di **Teramo e Pescara (1,05), attestando un incremento della mortalità nel 2020 rispetto alla media 2015-2019 del 5%**; seguono L'Aquila (SRR pari a 1,00) e Chieti (0,99). Per queste ultime due province sembrerebbe quindi che nel corso del 2020 il Covid-19 non abbia influito sulla mortalità totale. Tuttavia, nella tabella è riportato anche il limite inferiore e superiore: da quest'ultimo si ricava come l'eccesso di mortalità abbia potuto raggiungere il +10% per Teramo e Pescara, il +5% per L'Aquila e il +3% per Chieti.

Se il 2020 ha parzialmente risparmiato le province abruzzesi, lo stesso non può dirsi per Brescia (SRR pari a 1,33), Piacenza (1,36), Lodi (1,40), Cremona (1,48) e soprattutto Bergamo (1,51), la cui mortalità standardizzata è aumentata del 51% rispetto al periodo 2015-2019 (Fonte: Report Iss-Istat Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente, anno 2020 e gennaio-aprile 2021).

Per quanto riguarda il 2021, i dati – in questo caso non standardizzati – fanno riferimento ai primi otto mesi dell'anno (tabella 12.2.1), durante i quali **l'Abruzzo ha mostrato, anche in questo caso, un incremento della mortalità – rispetto alla media 2015-2019 – più basso del riferimento nazionale (+4,6% contro +7,2% dell'Italia).** Tuttavia, se la mortalità dei primi otto mesi del 2021 viene confrontata con quella del 2020, a fronte di un decremento in Italia pari a -2,9%, l'Abruzzo, per via del minore impatto registrato nel 2020 (+6,1% contro +15,6% dell'Italia), mostra un incremento del 2,6%.

7. Aggiustamento del tasso di mortalità che permette di confrontare popolazioni che hanno distribuzione per età tra loro diverse. Il metodo di standardizzazione diretto per età è quello più utilizzato e consiste nel sommare i tassi che sono calcolati per ogni specifico gruppo di età su una popolazione di struttura standard.
8. È calcolato come rapporto tra due tassi standardizzati (tasso standardizzato dell'anno 2020 e tasso di riferimento del periodo 2015-2019), esprime l'eccesso di mortalità rispetto al valore di riferimento (SRR=1). Gli SRR sono riportati con i corrispondenti intervalli di confidenza al 95% (IC 95%), che esprimono la precisione della stima effettuata.

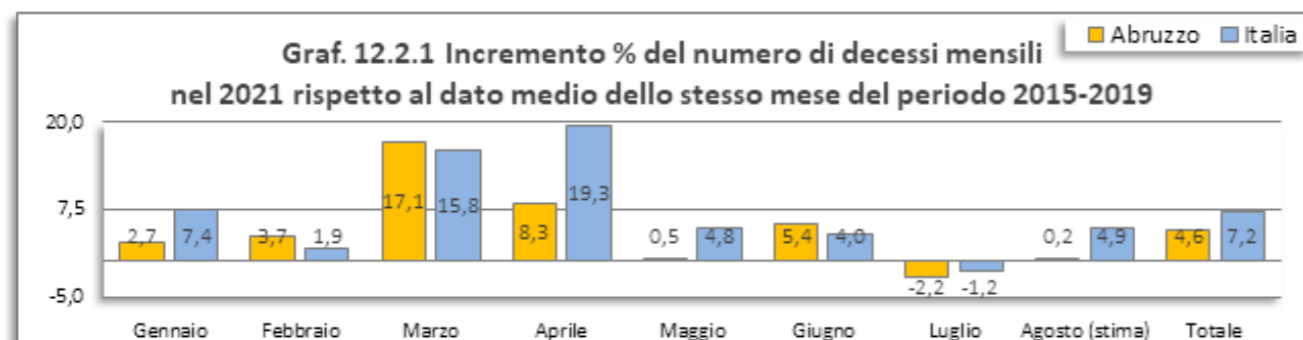
Tab. 12.2.2 DECESSI TOTALI E VAR.%
(2020 vs 2015-19; 2021 vs 2015-19; 2021 vs 2020) - DATI NON STAND

	Decessi totali - Media 2015-2019		Decessi totali - 2020		Decessi totali - 2021		Var. % 2020 su 2015-2019		Var. % 2021 su 2015-2019		Var. % 2021 su 2020	
	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
Gennaio	1.638	68.324	1.482	62.019	1.682	73.378	-9,5	-9,2	2,7	7,4	13,5	18,3
Febbraio	1.359	57.416	1.377	56.070	1.410	58.522	1,3	-2,3	3,8	1,9	2,4	4,4
Marzo	1.372	58.267	1.574	86.501	1.607	67.474	14,7	48,5	17,1	15,8	2,1	-22,0
Aprile	1.227	51.801	1.441	72.809	1.329	61.782	17,4	40,6	8,3	19,3	-7,8	-15,1
Maggio	1.191	50.724	1.214	52.440	1.197	53.140	1,9	3,4	0,5	4,8	-1,4	1,3
Giugno	1.156	48.501	1.135	48.589	1.219	50.432	-1,8	0,2	5,4	4,0	7,4	3,8
Luglio	1.258	51.811	1.168	51.422	1.230	51.163	-7,2	-0,8	-2,2	-1,3	5,3	-0,5
Agosto	1.232	51.041	1.239	53.744	1.235*	53.533*	0,6	5,3	0,2	4,9	-0,3	-0,4
Settembre	1.087	46.548	1.074	49.326			-1,2	6,0				
Ottobre	1.230	51.590	1.330	59.861			8,1	16,0				
Novembre	1.247	51.462	1.685	78.470			35,1	52,5				
Dicembre	1.354	58.133	1.577	74.895			16,5	28,8				
Totale	15.353	645.620	16.296	746.146	10.909	469.424	6,1	15,6	4,6	7,2	2,6	-2,9

*Valori stimati

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Dalla tabella 12.2.2 si estrapola il grafico 12.2.1 che mostra per l'Abruzzo una **crescita del numero di decessi, rispetto alla media 2015-2019, particolarmente elevata nel mese di marzo 2021 (+17,1%) e, in misura più contenuta, in aprile (+8,3%) e giugno (+5,4%)**. I dati di gennaio, febbraio, maggio, luglio e agosto sembrano in linea con quelli del periodo 2015-2019.



Confrontando invece i decessi del 2021 con quelli del 2020 (tabella 12.2.2), emerge un più alto eccesso di mortalità in corrispondenza soprattutto del mese di gennaio 2021 (+13,1%). Si ricorda infatti come nel gennaio 2020 la mortalità sia stata eccezionalmente bassa, sia in Italia (-9,2%) sia in Abruzzo (-9,5%).

In sintesi, nel corso del 2020 l'Abruzzo sembra essere stato colpito dal Covid-19 in misura minore rispetto al resto del Paese: l'incremento della mortalità – dati standardizzati – è stato pari a circa il +2% rispetto al periodo 2015-2019, ben lontano dalle percentuali del Nord Italia (+18%) o del riferimento nazionale (+9%). I dati mensili non standardizzati sempre del 2020 segnalano tuttavia marzo (+14,7%), aprile (+17,4%), ottobre (+8,1%), dicembre (+16,5%) e soprattutto novembre (+35,1%) come mesi particolarmente funesti.

Riguardo invece ai primi otto mesi del 2021 e dal consueto raffronto con i dati medi mensili del periodo 2015-2019, emerge un incremento della mortalità – non standardizzato – nuovamente più basso rispetto al resto del Paese (+4,6% contro +7,2%), ma comunque particolarmente elevato di nuovo nei mesi di marzo (+17,1%), aprile (+8,3%) e in parte giugno (+5,4%).

La povertà

In Italia le **famiglie in povertà assoluta⁹ sono cresciute dal 6,4% del 2019 al 7,7% nel 2020**, risultando pari a oltre 2 milioni di famiglie. **Analizzando il numero di individui, le percentuali sono salite dal 7,7% del 2019 al 9,4% nel 2020: oltre 5,6 milioni di persone sono dunque in povertà assoluta**, ovvero non riescono ad acquistare beni essenziali per conseguire uno standard di vita minimamente accettabile. Dopo il miglioramento del 2019, nell'anno della pandemia la povertà assoluta raggiunge **il livello più elevato dal 2005** (inizio delle serie storiche).

Tuttavia, le chiusure forzate che hanno caratterizzato il 2020 facevano temere incrementi maggiori; del resto, diversi indicatori di fonte Eurostat esaminati in precedenza, pur in diminuzione, non hanno evidenziato nel corso del 2020 un trend particolarmente negativo, nonostante le restrizioni imposte.

Se si analizza la **povertà relativa¹⁰**, i dati del 2020 sembrerebbero perfino migliori di quelli del 2019:

9. Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia di povertà assoluta, la quale rappresenta la spesa minima necessaria per acquisire i beni e servizi inseriti nel paniere di povertà assoluta, ovvero l'insieme dei beni e servizi che vengono considerati essenziali per conseguire uno standard di vita minimamente accettabile.
10. Sono considerate povere relative le famiglie che hanno una spesa per consumi al di sotto di una soglia di povertà relativa convenzionale (linea di povertà). La soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media per persona nel Paese (ovvero alla spesa pro-capite e si ottiene dividendo la spesa totale per consumi delle famiglie per il numero totale dei componenti).

il 10,1% delle famiglie, pari a circa 2,6 milioni, contro l'11,4% del 2019. Anche a livello individuale si registra una riduzione dell'incidenza di povertà relativa (dal 14,7% del 2019 al 13,5% del 2020). I dati sulla povertà relativa vengono tuttavia calcolati prendendo come linea di riferimento i consumi medi delle famiglie, in contrazione nel 2020 (-9%). Questo ha fatto sì che molte famiglie, o persone, che prima erano sotto la soglia di povertà, si siano trovate a uscire da detta condizione. L'indicatore, infatti, descrive non tanto un reale contesto di deprivazione, quanto piuttosto la quota di famiglie i cui consumi sono inferiori al valore medio nazionale.

Nel complesso l'Italia, pur con diverse ferite, sembra essere uscita frastornata, ma forse con meno danni del previsto. Nonostante ciò, **alcune categorie sono risultate particolarmente vulnerabili e colpite dalla crisi** causata dal Covid-19. Riprendendo i dati della povertà assoluta e selezionando – all'interno delle famiglie individuate dall'Istat – quelle sulle quali si sono evidenziati incrementi maggiori o uguali al doppio dell'incremento medio (1,3), si ottiene il seguente prospetto.

Tab. 12.2.3 FAMIGLIE CON I PIÙ ALTI INCREMENTI DI POVERTÀ ASSOLUTA (VALORI %)

	2019	2020	Incremento
Famiglie miste nel Nord	15,7	24,1	8,4
Famiglie miste in Italia	16,1	22,2	6,1
Famiglie con stranieri nel Nord	21,9	27,0	5,1
Famiglie di altre tipologie (con membri aggregati) in Italia	11,5	16,2	4,7
Famiglie di 5 o più componenti in Italia	16,2	20,5	4,3
Famiglie con stranieri in Italia	22,0	25,3	3,3
Individui in povertà assoluta nel Nord-ovest	6,8	10,1	3,2
Famiglie con p.r. dipendente: operaio e assimilato in Italia	10,2	13,2	3,0
Famiglie con p.r. 45-54 anni in Italia	6,9	9,9	3,0
Famiglie di monogenitori in Italia	8,9	11,7	2,8
Famiglie con 1 figlio minore in Italia	6,5	9,3	2,8
Famiglie con p.r. in altra condizione (diversa da ritirato dal lavoro) in Italia	12,7	15,4	2,6
Famiglie di altri Comuni fino a 50.000 abitanti (diversi da perif. area metrop.) Nord-ovest	5,7	8,2	2,6

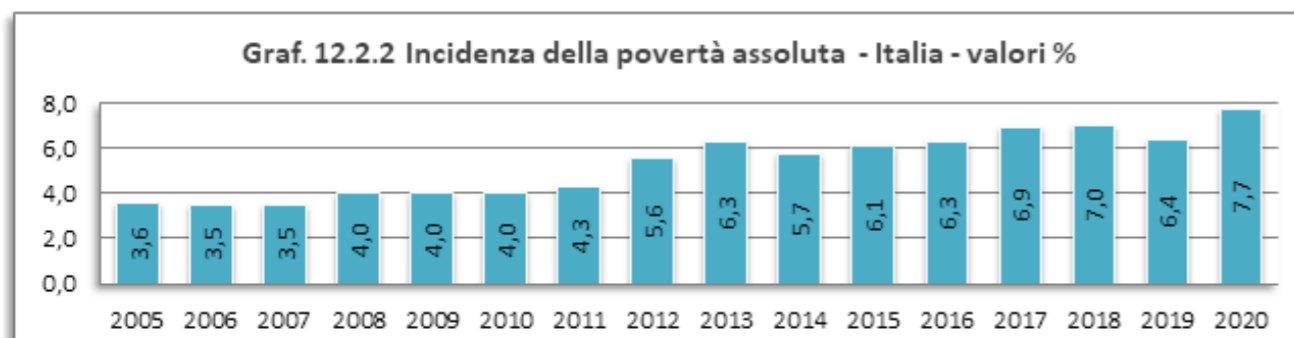
Fonte: elaborazioni su dati Istat

Gli aumenti maggiori sulla povertà assoluta vengono evidenziati dalle “**Famiglie miste**” e “**Famiglie con stranieri**” che già mostravano quote particolarmente elevate di povertà. Seguono le “**Famiglie di 5 o più componenti**”, le “**Famiglie con persona di riferimento dipendente: operaio e assimilato**”, le “**Famiglie con persona di riferimento 45-54 anni**”, le “**Famiglie di monogenitori**” e le “**Famiglie con 1 figlio minore**”. Il territorio più colpito è il Nord, in particolare il Nord-ovest.

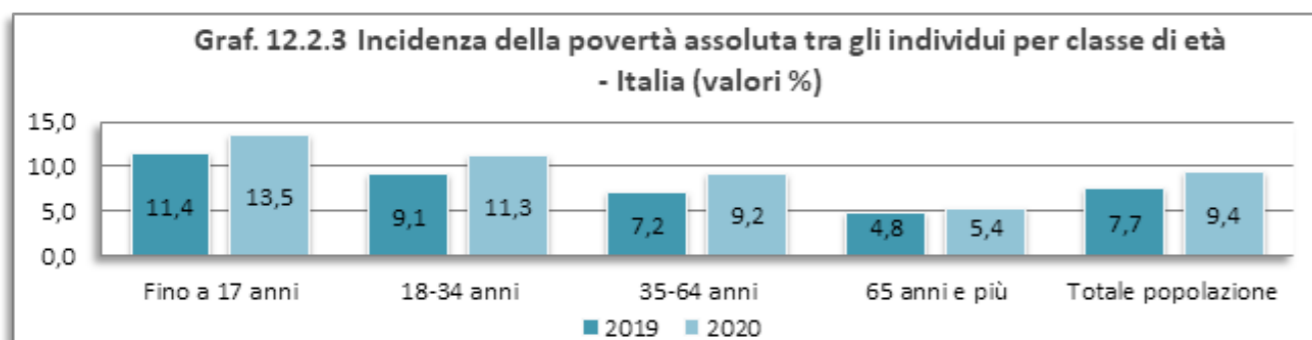
Sulla base dei dati forniti, si può tracciare il profilo della famiglia che ha maggiormente subito gli effetti della pandemia: mista o con stranieri, con capo famiglia di età compresa tra 45-54 anni, operaio, con 5 e più componenti o più nuclei familiari conviventi, ovvero monogenitore con un figlio minore, residente nel Nord ovest in un Comune con meno di 50.000 (area non metropolitana).

Dall'ultimo rapporto Istat emerge che il valore dell'**intensità della povertà assoluta** – che misura in termini percentuali quanto la spesa mensile delle famiglie povere è in media al di sotto della linea di povertà (cioè “quanto poveri sono i poveri”) – registra una riduzione (dal 20,3% al 18,7%) in tutte le ripartizioni geografiche. Tale dinamica è frutto anche delle **misure messe in campo a sostegno dei cittadini** (reddito di cittadinanza, reddito di emergenza, estensione della Cassa integrazione guadagni, ecc.) che hanno consentito alle famiglie in difficoltà economica – sia quelle scivolte sotto la soglia di povertà nel 2020, sia quelle che erano già povere – di mantenere una spesa per consumi non molto distante dalla soglia di povertà.

Quanto descritto sopra fa riferimento alle famiglie la cui condizione economica si è maggiormente aggravata in seguito alla crisi imposta dal Covid-19, ma naturalmente la povertà è un fenomeno preesistente alla pandemia e, come mostra il grafico sottostante, in ascesa.

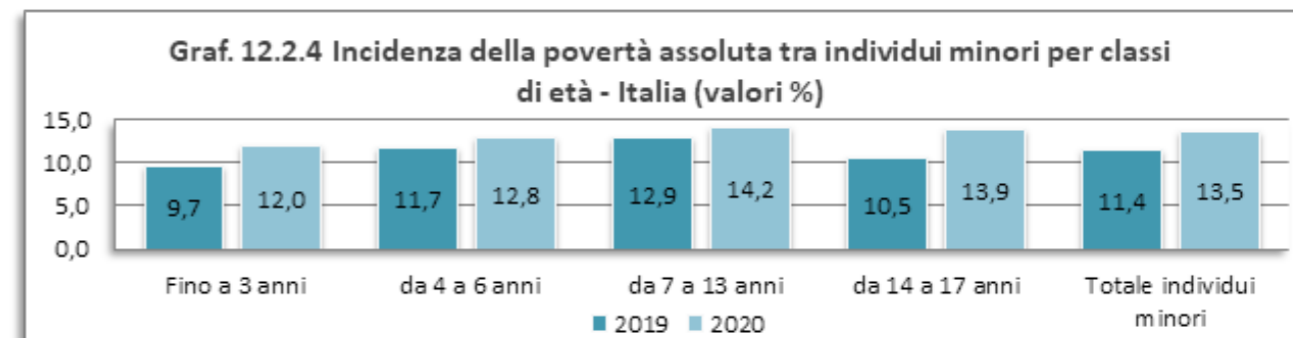


In particolare, un'analisi per fasce di età (grafico 12.2.3) rivela che **a essere più poveri siano i minori**. Si vuole quindi porre l'attenzione proprio su questa categoria.



Nel 2020, la povertà assoluta in Italia ha colpito **1 milione 337mila minori** (13,5% rispetto al 9,4% degli individui a livello nazionale). L'incidenza varia dal 9,5% del Centro al 14,5% del Mezzogiorno. Rispetto al 2019 le condizioni dei minori peggiorano a livello nazionale (da 11,4% a 13,5%) e in particolare al Nord (da 10,7% a 14,4%) e nel Centro (da 7,2% a 9,5%).

Disaggregando per età, **l'incidenza si conferma più elevata nelle classi 7-13 anni (14,2%) e 14-17 anni (13,9%, in aumento)** rispetto alle classi 4-6 anni (12,8%) e 0-3 anni (12,0%, in crescita rispetto al 2019).



Le famiglie con minori in povertà assoluta sono risultate pari a oltre 767mila, con un'incidenza dell'11,9% (9,7% nel 2019). La maggiore criticità di queste famiglie emerge anche in termini di intensità della povertà, con un valore pari al 21% contro il 18,7% del dato generale. **Oltre a essere più spesso povere, le famiglie con minori sono anche in condizioni di disagio più marcato.**

Nel sottoinsieme delle famiglie povere con minori, le famiglie di altra tipologia, ossia quelle **famiglie dove frequentemente convivono più nuclei familiari**, presentano i valori più elevati dell'incidenza (**21,5%**). L'incidenza di povertà assoluta, inoltre, per questo sottoinsieme aumenta al crescere del numero di figli minori presenti in famiglia (6,9% per le coppie con un figlio minore, 11,3% per quelle con due figli minori e 19,8% per le coppie con tre o più figli minori) ed è elevata tra le famiglie monogenitoriali con minori (14%).

L'incidenza della povertà tra le famiglie con minori varia molto a seconda della condizione lavorativa e della posizione nella professione della persona di riferimento: 9,4% se occupata (15,8% nel caso di operaio) e 22,3% se non occupata (29,1% se è in cerca di occupazione). La cittadinanza ha inoltre un ruolo importante nel determinare la condizione socioeconomica della famiglia. È in condizione di povertà assoluta l'8,6% delle famiglie con minori composte solamente da italiani (in crescita rispetto allo scorso anno) e il **28,6%** delle **famiglie con minori composte solo da stranieri**. Infine, l'incidenza di povertà assoluta per le famiglie con minori risulta più elevata nelle **aree metropolitane**, sia nei comuni centro dell'area metropolitana (13,7%), sia nei comuni più piccoli fino a 50mila abitanti (11,5%).

A livello regionale, non si dispone di dati riguardanti la povertà assoluta, ma solo quella relativa. Sulla base dei dati nazionali è possibile comunque formulare una stima del numero di famiglie e individui in povertà assoluta. Del resto, l'Abruzzo è una regione che riesce a sintetizzare abbastanza bene i dati nazionali, anche per la posizione geografica che occupa.

Prendendo in esame quindi il numero di famiglie e di individui residenti al 2020 **in Abruzzo**, sulla base delle **percentuali di povertà assoluta** rilevate dall'Istat a livello nazionale, possiamo ipotizzare la presenza sul territorio regionale di circa **42.000 famiglie (+7.000 rispetto al 2019) e 121.000 individui (+21.000 rispetto al 2019) in povertà assoluta, di cui circa 26.000 minori (+4.000 rispetto al 2019).**¹¹

Per quanto riguarda la povertà relativa, come detto in precedenza, nel corso del 2020 è diminuita per via della contrazione nei consumi (-9%) che ha fatto uscire diverse famiglie da tale condizione, sebbene la loro situazione non sia sostanzialmente cambiata. L'Abruzzo nel 2020 è passato per le famiglie dal 15,5% del 2019 al 12% (in Italia dall'11,4% al 10,1%) e per gli individui dal 17,8% al 15%. Si può quindi dedurre la presenza **sul territorio regionale di 65.760 famiglie e 193.440 individui sotto la soglia di povertà relativa.**

11. I dati sono stati arrotondati alle migliaia.

12.3. Gli effetti della pandemia sulle aree tematiche analizzate

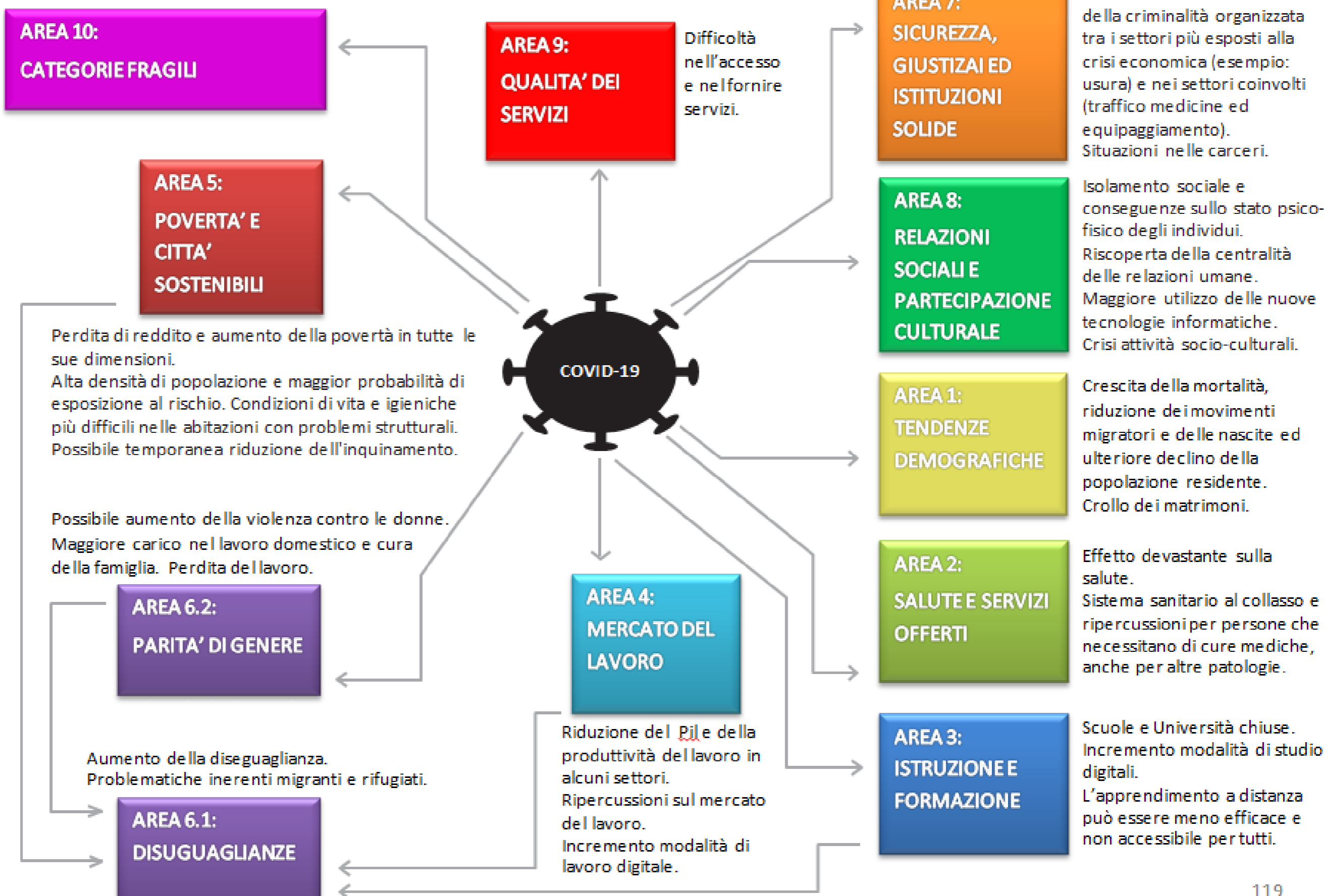
Famiglia e Minori: aumento per i genitori del carico di cura dei figli in seguito a chiusura nidi e scuole d'infanzia.

Giovani: ripercussioni sullo stato di salute psicologico e fisico; perdita di giorni di lezione; perdita del lavoro.

Anziani: mortalità; isolamento domestico e conseguenze sullo stato fisico e cognitivo; differimento cure mediche e conseguenze sulla salute.

Disabili: accesso ridotto a molti servizi di supporto; difficoltà con la didattica a distanza e ricadute sui rapporti sociali. Aumento del disagio psicologico.

Non autosufficienti: è levato numero di contagi nelle RSA e ricadute negative (fisiche e psicologiche) della chiusura, anche sui familiari (senso di impotenza e sofferenza).



13. L'OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI DAL MONITORAGGIO DEI PIANI SOCIALI DISTRETTUALI

Introduzione al Bilancio sociale regionale

(I edizione 2019 – Fonte: Piani sociali distrettuali della Regione Abruzzo, annualità 2018)

Il Piano Sociale Regionale 2016-2018 ha individuato il Bilancio sociale quale strumento di comunicazione e rendicontazione del grado di realizzazione dei Piani sociali di ambito.

Il Servizio regionale Programmazione sociale (Dipartimento Lavoro – Sociale, Regione Abruzzo), con il supporto del gruppo di lavoro dell'Assistenza tecnica al Piano Sociale Regionale di Abruzzo Sviluppo, ha avviato nel mese di luglio 2019 un'attività di monitoraggio sullo stato di attuazione dei 24 Piani sociali distrettuali al 31.12.2018. L'analisi dei dati raccolti aveva le seguenti finalità:

- fornire alla Regione Abruzzo un quadro conoscitivo dello stato implementativo dei 24 Piani sociali distrettuali;
- fornire ai singoli Ambiti Distrettuali Sociali un quadro informativo sullo stato di attuazione del proprio Piano sociale distrettuale anche al fine di fornire trasparenza alle proprie modalità di utilizzo delle risorse pubbliche;
- fornire una base informativa per la predisposizione del Piano Sociale Regionale 2022-2024.

Per supportare gli Ambiti Distrettuali Sociali nella predisposizione del proprio Bilancio sociale di piano, la Regione Abruzzo, utilizzando i dati provenienti dall'attività di monitoraggio, ha predisposto 24 rapporti che hanno fornito dati comuni a tutti i territori sulle seguenti dimensioni:

- il sistema di offerta dei servizi di ambito;
- l'utenza dei servizi e la tipologia di bisogno;
- la domanda evasa e inevasa;
- la spesa sociale e le tipologie di fondo utilizzato;
- le risorse professionali impiegate nell'ambito sociale;
- la tempistica di liquidazione dei fornitori.

Il patrimonio informativo generato dall'attività di monitoraggio realizzata con gli ambiti sociali distrettuali ha rilevanza per i singoli territori, ma anche per l'intera Regione Abruzzo al fine di valutare l'implementazione delle politiche disegnate a livello regionale. Da queste premesse nasce il **Bilancio sociale aggregato dei Piani sociali distrettuali della Regione Abruzzo** (I edizione 2019). Nel presente rapporto sono stati elaborati i dati forniti dai 24 ambiti sociali distrettuali nel corso dell'attività di monitoraggio dei Piani sociali distrettuali, annualità 2018.

Nel Bilancio sociale si trovano informazioni in merito al **sistema di offerta dei servizi sociali e socio-sanitari** della Regione Abruzzo in relazione agli **Obiettivi essenziali previsti dal Piano Sociale Regionale 2016-2018**.

Per la predisposizione del Piano Sociale Regionale 2022-2024, di seguito si riporta un estratto dei dati elaborati dalla versione completa del Bilancio sociale.

Nel **Bilancio sociale aggregato** sono anche accessibili dati su:

- caratteristiche e dimensione dell'utenza dei servizi, tipologia di bisogno e servizi dedicati;
- indicazioni sui processi di integrazioni socio-sanitaria e sociolavorativa dei servizi;
- modalità di gestione e risorse professionali utilizzate dagli ambiti sociali distrettuali;
- dati sulla spesa sociale dei Piani sociali distrettuali.

13.1. Obiettivo essenziale 1 - Accesso

L'obiettivo essenziale 1, denominato "**Accesso**", indica agli ambiti:

- l'attivazione dei Punti Unici di Accesso assicurando la presenza di operatori sociali e garantendo una maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini;
- l'attivazione e/o lo sviluppo dei Segretariati sociali nei compiti di informazione, prima accoglien-

za, orientamento ai servizi, accettazione ed elaborazione della domanda, accompagnamento all'accesso, quali snodi territoriali operanti in stretto raccordo con i PUA e con il Servizio sociale professionale.

Dati sui servizi

Tab. 13.1.1 SERVIZI ATTIVI - ACCESSO

Codice	Servizio	Numero
A1	Segretariato sociale	31
A11	Punto Unico di Accesso	25
TOTALE		56

L'accesso ai due importanti servizi è garantito su tutti gli Ambiti Distrettuali Sociali con ben 56 attivazioni. In alcuni Ambiti, il Segretariato sociale è un servizio che addirittura si sdoppia, suddividendolo per territori oppure per target di utenza.

13.2. Obiettivo essenziale 2 - Presa in carico

L'obiettivo essenziale 2, denominato "**Preso in carico**", indica agli ambiti questi principali servizi:

- Attivazione del Servizio sociale professionale con il compito di coordinamento dei servizi e degli interventi sociali di ambito.
- Attivazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale.
- Attivazione dell'equipe per le adozioni, estendendo il ruolo anche in materia di affido, in attuazione delle linee guida approvate dalla Regione (DGR 971/2013).

Dati sui servizi

Tab. 13.2.1 SERVIZI ATTIVI - PRESA IN CARICO

Codice	Servizio	Numero
D1	Servizio sociale professionale	32
D11	UVM	28
D3	Servizio affido	25
D4	Servizio adozioni	9
D5	Servizi di mediazione familiare	14
E3	Servizi di mediazione culturale	6
E4	Servizi di mediazione sociale	3
TOTALE		117

La presa in carico dell'utenza bisognosa sviluppa 117 servizi attivati sui territori. Tra i servizi atti-

vi per la presa in carico dell'utenza, restano una presenza costante in tutti gli Ambiti Distrettuali Sociali il Servizio Sociale Professionale (SSP), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e il Servizio affido. Il maggior numero di Servizi sociali professionali attivati (32) rispetto al numero degli Ambiti Distrettuali Sociali (24) è dovuto al fatto che alcuni ambiti hanno distinto la funzione del SSP in relazione alla tipologia di utenza (anziani, disabili, famiglie e minori, ecc.). Non tutti gli ambiti hanno attivato i servizi di adozione, mediazione familiare, culturale e sociale.

13.3. Obiettivo essenziale 3 - Pronto intervento sociale

L'obiettivo essenziale 3, denominato "Pronto intervento sociale", indica agli ambiti l'organizzazione di un servizio a domanda e in rete con le organizzazioni territoriali.

Dati sui servizi

Tab. 13.3.1 SERVIZI ATTIVI - PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Codice	Servizio	Numero
C1	Pronto intervento sociale	26
TOTALE		26

Il servizio di Pronto Intervento Sociale (PIS) è presente in tutti gli Ambiti Distrettuali Sociali.

13.4. Obiettivo essenziale 4 - Assistenza domiciliare

L'obiettivo essenziale 4 indica le varie tipologie di **assistenza domiciliare** messe in atto e si prefigge l'incremento dell'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili, oltre all'attivazione dell'assistenza domiciliare educativa in favore delle famiglie multiproblematiche con minori, quale misura di prevenzione del disagio e del maltrattamento.

Dati sui servizi

Tab. 13.4.1 SERVIZI ATTIVI - ASSISTENZA DOMICILIARE

Codice	Servizio	Numero
F3	Assistenza Educativa Domiciliare	32
G1	Assistenza domiciliare	2
G11	Assistenza domiciliare anziani	49
G12	Assistenza domiciliare disabili	50
G2	ADI	2
G21	ADI Anziani	28
G22	ADI Disabili	29
G4	Telesoccorso e teleassistenza	19
TOTALE		211

La numerosità dei servizi attivati e dell'utenza riferiti all'assistenza domiciliare evidenzia la centralità del ruolo svolto dalle prestazioni domiciliari presso gli Ambiti Distrettuali Sociali. Prestazioni domiciliari rivolte sostanzialmente a disabili, anziani e non autosufficienti per supportare la persona e il proprio nucleo familiare in relazione al tipo di disagio psicofisico e/o sensoriale, a integrazione dell'assistenza sociosanitaria (ADI). Un ruolo importante per gli Ambiti Distrettuali Sociali è svolto anche dall'assistenza educativa domiciliare che interviene sul disagio sociale di famiglie con minori in condizioni di povertà economica e culturale e che, in molti casi, hanno avuto una segnalazione dai servizi competenti dell'ASL e/o dal Servizio Minori del Tribunale per i Minorenni dell'Aquila. Si evidenzia anche una diffusa presenza del servizio di telesoccorso e teleassistenza (19) che è rivolto in prevalenza ad anziani che si trovano in una condizione di solitudine e con una scarsa rete familiare e parentale di riferimento.

13.5. Obiettivo essenziale 5 - Servizi di prossimità

L'obiettivo essenziale 5, denominato "Servizi di prossimità", sperimenta servizi comunitari basati sul "welfare generativo" e sul "welfare relazionale", in forte collaborazione con il Terzo Settore, anche con l'utilizzo della co-progettazione.

Dati sui servizi

Tab. 13.5.1 SERVIZI ATTIVI - SERVIZI DI PROSSIMITÀ

Codice	Servizio	Numero
D6	Interventi per il sostegno alla genitorialità	16
D8	Servizi di prevenzione e contrasto alla violenza di genere	14
G3	Servizi di Prossimità	9
TOTALE		39

13.6. Obiettivo essenziale 6 - Asili nido e altri servizi per la prima infanzia/Centri aggregazione e polivalenti

L'obiettivo essenziale 6, denominato "Asili nido - altri servizi per la prima infanzia/Centri di aggregazione", sperimenta servizi comunitari basati sul "welfare generativo" e sul "welfare relazionale" in favore di anziani, disabili, minori e famiglie differenziati sia nelle aree interne sia nelle aree metropolitane, in forte collaborazione con il Terzo Settore, anche con l'utilizzo della co-progettazione.

Dati sui servizi

Complessivamente abbiamo ben 138 servizi attivati sul territorio regionale per soddisfare questo obiettivo essenziale. A livello quantitativo emergono subito due aspetti significativi: 1) una buona presenza di servizi diurni gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali per la socializzazione rivolta all'infanzia, ai giovani e minori in genere, agli anziani e disabili e non autosufficienti (21 asili nido e 9 servizi integrativi per la prima infanzia, 23 centri diurni per minori e 19 attività ricreative e di socializzazione, 20 centri diurni per anziani e 28 centri diurni per disabili, 21, e non autosufficienti, 7); 2) la scarsa presenza di servizi gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali a carattere semiresidenziale di tipo sociosanitario e socioriabilitativo. Quest'ultimo dato evidenzia difatti la poca presenza

di servizi a elevata integrazione sociosanitaria gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali e segnala, pertanto, che l'intervento semiresidenziale è gestito prevalentemente da strutture sociosanitarie private e convenzionate a livello regionale.

Di seguito abbiamo ulteriormente raggruppato tipologie di servizi attivi in questa area per utenza prevalente.

Categoria Anziani/non autosufficienti

Tab. 13.6.1 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA ANZIANI/NON AUTOSUFFICIENTI

Codice	Servizio	Numero
D7	Centro diurno anziani	20
LA2	Centro diurno per persone non autosufficienti	7
TOTALE		27

I 20 centri diurni per anziani qui riportati sono quelli gestiti dagli ADS e ne usufruiscono oltre 6.600 anziani. È altresì corretto evidenziare che molte amministrazioni comunali hanno centri diurni, come alcuni circoli pensionati, direttamente autogestiti da varie associazioni di pensionati che non rientrano nella contabilità degli ambiti e che pertanto potrebbero non essere presenti nella tabella qui riportata.

Il numero di centri diurni per persone non autosufficienti con bisogni complessi è pari a 7 sul territorio regionale, chiaramente inferiore rispetto alla prima tipologia ma, corredando questo dato con le 115 domande tutte evase, possiamo considerare il servizio al momento sufficiente alle esigenze.

Categoria Prima Infanzia

Tab. 13.6.2 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA PRIMA INFANZIA

Codice	Servizio	Numero
IA1	Retta per asili nido	5
IA2	Retta per servizi integrativi per la prima infanzia	1
LB1	Asili nido	21
LB11	Servizi integrativi I infanzia	9
TOTALE		36

Dai dati dei servizi per la prima infanzia, anche in correlazione agli utenti assistiti, si evidenzia la necessità di accrescere il servizio di asili nido (1 servizio attivo ogni 76 utenti). La criticità si evidenzia anche dalle domande rimaste inevase: quasi 1 bambino su 4 resta fuori dal servizio richiesto, nonostante lo sforzo degli ambiti che impegnano maggiori risorse rispetto a quanto programmato dai singoli Piani. Questo vale sia per le rette e per la gestione degli asili nido sia per i servizi integrativi.

Categoria Multiutenza

Tab. 13.6.3 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA MULTIUTENZA

Codice	Servizio	Numero
B2	Attività di prevenzione e sensibilizzazione	3
E2	Attività ricreative di socializzazione	19
TOTALE		22

Questi servizi possono riguardare diverse tipologie di utenza. Parliamo di prevenzione/sensibilizzazione e di ricreazione/socializzazione, pertanto servizi volti a contrastare il disagio sociale attraverso l'aggregazione e la crescita culturale e artistica. Le attività ricreative coinvolgono oltre 6 mila persone, di cui il 40% utenti con bisogno complesso. Come per i centri diurni per gli anziani, alcune gestioni e progettazioni di servizi di sensibilizzazione-socializzazione potrebbero rimanere fuori dalla programmazione dei Piano distrettuali e i beneficiari potrebbero essere verosimilmente più alti.

Categoria Minori

Tab. 13.6.4 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA MINORI

Codice	Servizio	Numero
LA21	Centro diurno minori (ludoteche, laboratori, ecc.)	23
LA5	Centri estivi/invernali (colonia, sogg. invernali)	7
TOTALE		30

I centri diurni per minori che racchiudono ludoteche, laboratori, centri culturali polivalenti, servizi di doposcuola, ecc., uniti alle attività ricreative di socializzazione, sono un servizio prezioso in termini preventivi e dei numeri dell'utenza servita. Si evidenzia la necessità di un ampliamento, nonostante il dato della domanda che supera le 15 mila unità.

Categoria Disabili

13.6.5 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA DISABILI

Codice	Servizio	Numero
LA22	Centro diurno disabili	21
MA12	Centri semiresidenziali sociosanitari e socioriabilitativi	2
TOTALE		23

Il rapporto tra l'utenza disabile e i centri diurni attivi è adeguato: solo il 3,4% delle domande resta inevasa. I "centri semiresidenziali sociosanitari e socioriabilitativi" interessano maggiormente utenti con bisogni complessi e le domande risultano totalmente evase. Le ore di prestazione pro-capite per i centri diurni però dimostrano che c'è la necessità di ampliare l'offerta giornaliera (77 ore pro-capite annuali). Parliamo di un servizio che non solo contribuisce a migliorare la condizione psicologica del diversamente abile, ma è anche di sollievo per la stessa famiglia che lo ha in cura.

13.7. Obiettivo essenziale 7

Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità

L'obiettivo essenziale 7, denominato "Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità", punta ad agevolare la microresidenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili superando i modelli istituzionalizzanti con l'approccio di piccola comunità protetta.

Dati sui servizi

Relativamente alle diverse tipologie di "comunità/residenze", abbiamo 86 servizi attivati sul territorio. In particolare, analizzando i singoli servizi, notiamo che tutti gli Ambiti Distrettuali Sociali sono interessati al "Rimborso spesa sociale rette per la residenzialità (L.R. 37/2014)" e al "Pagamento rette per residenzialità minori". Sulle altre tipologie di strutture residenziali la presenza è esigua sui territori degli ambiti.

Di seguito abbiamo ulteriormente raggruppato le tipologie di servizi attivi in questa area per utenza prevalente.

Categoria Anziani

Tab. 13.7.1 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA ANZIANI

Codice	Servizio	Numero
IA6	Rimborso spesa sociale rette per residenzialità (L.R. 37/2014)	26
MA14	Residenze temporanee e di sollievo	1
MA7	Residenze per anziani	16
MB	Altri centri e strutture residenziali	5
TOTALE		48

Nell'analisi complessiva del servizio residenziale e semiresidenziale agli anziani, si nota una copertura del servizio residenziale omogeneo sul territorio. In particolare, il rimborso delle rette è molto attivo su tutti gli ADS (26 servizi su 24 ambiti). Ne beneficiano oltre 1.150 utenti; oltre il 95% è un'utenza dal bisogno complesso. A usufruire delle residenze sono 177 anziani, di cui il 60% anziani con bisogni complessi. Inoltre, si evidenzia, relativamente ai rimborsi, una programmazione di spesa eccedente del 30%, pur in presenza di una popolazione anziana in costante crescita.

I dati sui servizi di residenza temporanea e di sollievo ci evidenziano una copertura di 44 utenti, tutti dal bisogno complesso. Un dato importante è l'utenza che usufruisce di "altri centri e strutture residenziali": 1.484 persone per una spesa programmata leggermente inferiore a quella impegnata, che è di circa 230 mila euro. Una tipologia di servizio che, considerando il rapporto spesa/n. di utenti beneficiari, va garantito e anche implementato per il futuro.

Categoria Minori

Tab. 13.7.2 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA MINORI

Codice	Servizio	Numero
IA61	Pagamento rette per residenzialità minori	25
MA9	Residenze per minori	6
TOTALE		31

Dal monitoraggio effettuato, i minori in Abruzzo che hanno la necessità di essere tutelati da situazioni di disagio e che, quindi, vivono una condizione complessa sono oltre 550. La necessità di tutelare minori è una condizione presente in tutti gli ambiti della Regione. La maggior parte di essi, sotto l'intervento del Tribunale dei minori, riguarda l'affidamento in strutture residenziali e micro-residenziali di tipo familiare anche fuori Regione (circa l'80% dei minori in strutture), per esigenze di protezione del minore da contesti disagiati. In questo caso il tipo di servizio è il pagamento delle rette giornaliere che vede una spesa impegnata importante, poco inferiore al programmato. Una spesa che è di circa 7 milioni di euro e che, per la sua variabilità e delicatezza, è necessario mantenere. Si aggiunge che questo tipo di intervento economico regionale permette alle amministrazioni comunali di far fronte a costi spesso insostenibili per i bilanci degli enti locali.

Il servizio di residenza per minori presente sul territorio regionale è limitato a 6 unità ma vede una spesa impegnata superare, seppur di poco, quella programmata. Le "Residenze per minori" sono comunque tra i servizi più importanti di questo obiettivo essenziale, con oltre il 13% della spesa, pertanto è da tenere in considerazione una spesa programmata maggiore rispetto a quella attuale.

Categoria Disabili

Tab. 13.7.3 SERVIZI ATTIVI - CATEGORIA DISABILI

Codice	Servizio	Numero
MA141	Residenze per disabili	6
MA16	Strutture per disabili privi di sostegno familiare	1
TOTALE		7

Il servizio di residenzialità che riguarda i disabili, in carico presso gli ADS, non è particolarmente esteso sul territorio regionale (presente in 6 ambiti coinvolti su 24) e riguarda circa 100 disabili, tutti dal bisogno complesso, con un impegno economico per la Regione che sfiora i 600 mila euro. Questo dato è evidentemente limitato agli interventi in carico agli ambiti che hanno l'obiettivo di garantire un sollievo pressoché di natura sociale ai diversamente abili e alle loro famiglie. Un servizio da aggiungersi a quelli di natura sanitaria e sociosanitaria già presenti sul territorio, che non vengono contabilizzati dagli ADS perché gestiti direttamente dai privati e dal sistema di accreditamento con le ASL della Regione.

13.8. Obiettivo essenziale 8 - Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia

L'obiettivo essenziale 8, denominato "Interventi/misure per facilitare l'inclusione e l'autonomia", punta a:

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

Dati sui servizi

Per questo obiettivo essenziale si evidenzia una prevalenza di servizi e interventi rivolti alla disabilità grave e alla non autosufficienza. Significativa è la presenza di misure a sostegno del reddito di famiglie a rischio di esclusione sociale e povertà; difatti, le misure per la disabilità e la non autosufficienza rappresentano più del 58%, a cui segue il 32% di misure e servizi per il contrasto all'esclusione sociale e la povertà e un altro 10% riferito ad altri servizi di supporto. Pertanto, il target composto dalla disabilità grave e la non autosufficienza e quello relativo alla problematica dell'esclusione sociale e povertà rappresentano complessivamente il 90% dell'intera utenza presa in carico dai 24 Ambiti Distrettuali Sociali con i servizi dell'OE8.

Tab. 13.8.1 SERVIZI ATTIVI

Codice	Servizio	Numero
E1	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	4
F1	Servizio autonomia studenti disabili (scuola dell'obbligo)	29
F11	Servizio autonomia studenti disabili (scuole superiori L.R.78/78)	23
F2	Altri servizi di supporto territoriale	18
F4	Sostegno socioeducativo lavorativo	10
G5	Budget di cura	5
G51	Assegno di cura	12
G52	Assegno disabilità gravissima	25
G53	Assegno SLA	18
G54	Assegno per la vita autonoma	1
G55	Assegno vita indipendente (L.R. 57/2012)	23
G6	Misure di sostegno alla Non Autosufficienza e disabilità grave	1
H2	Servizio di trasporto disabili/non autosufficienti	43
H21	Servizio di trasporto scolastico disabili (L.R. 78/78)	19
H3	Altro servizio di supporto	12

IC5	Misure di sostegno al reddito	28
IC51	Servizio di inclusione sociale (SIA/REI/altre misure)	25
IC52	Assegno nuclei familiari con 3 figli	10
IC53	Interventi FSE Inclusione (Abruzzo Include)	19
IC54	Interventi Inclusione (Progetto SPRAR)	7
IC55	Interventi Inclusione (Progetto SPRAR - FAMI Minori)	2
XX	Altro	35
TOTALE		369

Il dato percentuale sopra riportato ribadisce, come già evidenziato negli altri obiettivi essenziali, la centralità del target utenza rappresentato dalla disabilità grave e dalla non autosufficienza nel sistema regionale dei servizi alla persona degli Ambiti Distrettuali Sociali, con i Piani distrettuali sociali e altri interventi complementari declinati per Assi Tematici e Obiettivi Essenziali.

13.9. Focus su tipologie utenti dei Piani sociali distrettuali

Tipologia di utenza con bisogno semplice e complesso

Tab. 13.9.1 TIPOLOGIA DI UTENZA CON BISOGNO SEMPLICE E COMPLESSO

Target	Bisogno semplice	Bisogno complesso	Totale utenti
Famiglie e minori	32.660	9.061	47.722
Anziani	25.975	6.114	33.790
Disabili	700	10.245	11.689
Non autosufficienti	179	4.282	4.501
A rischio di esclusione sociale	2.451	7.950	13.150
Immigrati/richiedenti asilo	1.531	2.573	4.305
Multiutenza	89.647	93.215	225.065
TOTALE	153.143	133.440	340.222

Gli utenti/beneficiari abruzzesi che usufruiscono dei vari servizi alla persona messi in atto dai 24 ambiti della Regione Abruzzo sono 340.222, di cui 133.440 utenti dal bisogno complesso, ovvero il 39,2% dell'intera utenza. Si specifica che quando parliamo di numero di "utenti/beneficiari" stiamo parlando del numero delle prestazioni dei servizi. È bene quindi chiarire che 340.222 "utenti" non corrispondono a 340.222 persone fisiche: un singolo individuo può beneficiare di uno o più servizi e, ad oggi, non è possibile avere il dato esatto anagrafico del numero di persone fisiche che hanno usufruito dei servizi.

Servizi attivati per target di utenza

Tab. 13.9.2 RIEPILOGO TOTALE SERVIZI ATTIVI PER TARGET DI UTENZA

Target di utenza	Servizi attivi
Famiglie e minori	239
Anziani	125
Disabili	266
Non autosufficienti	144
A rischio di esclusione sociale	98
Immigrati/richiedenti asilo	21
Multiutenza	149
TOTALE	1.042

I dati sui servizi attivi confermano gli aspetti evidenziati dal monitoraggio nelle diverse sezioni riportate e indicano difatti una prevalenza delle misure assistenziali rivolte ai target con maggiori fragilità sociali, se si tiene conto che più del 39,3% dei servizi attivi è rivolta alla fascia disabili e non autosufficienti (410 su 1.042 servizi attivati) e un buon 22,9% dei servizi attivi è rivolto al target famiglia e minori (239 servizi).

Le misure rivolte all'inclusione sociale e il contrasto alla povertà sono significative (98 servizi per il contrasto all'esclusione sociale e 21 per immigrati/richiedenti asilo): rappresentano l'11,4% dei servizi attivati dagli Ambiti Distrettuali Sociali, equivalendosi con gli interventi assistenziali per il target anziani che risulta essere pari al 12% (125 servizi).

13.10. Spesa sociale dei servizi

Spesa impegnata per obiettivi essenziali

Tab. 13.10.1 SPESA IMPEGNATA PER OBIETTIVI ESSENZIALI

Obiettivo	Descrizione obiettivo	Impegnata
OE1	Accesso	2.382.687,87
OE2	Presenza in carico	3.413.486,61
OE3	Pronto intervento sociale	557.230,46
OE4	Assistenza domiciliare	15.817.141,32
OE5	Servizi di prossimità	1.337.335,01
OE6	Asili nido e altri servizi per la prima infanzia/centri aggregazione e poli-valenti	14.704.204,01
OE7	Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità	15.356.659,45
OE8	Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	38.539.070,93
TOTALE		92.107.815,66

La spesa impegnata dai 24 Ambiti Distrettuali Sociali per tutti i servizi e le progettualità rivolte alla persona supera abbondantemente i 90 milioni di euro. La tabella riassume coerentemente le analisi dei dati che abbiamo evidenziato per ogni singolo obiettivo essenziale, come descritti dal PSR. Come già notato, gli "interventi e le misure per facilitare l'inclusione e l'autonomia" rappresentano circa il 41% della spesa sociale sostenuta in Abruzzo nel 2018. La maggior parte di questi interventi è di natura economico sussidiaria.

Gli obiettivi che riguardano invece "l'assistenza domiciliare", gli "interventi per la prima infanzia e per i giovani", le "spese per le residenze e le comunità per minori e per persone con fragilità" impegnano circa il 50% della spesa sociale regionale.

Gli obiettivi che riguardano "l'accesso", "la presa in carico" e il "pronto intervento sociale" hanno una prevalenza di servizi di "sportello": sostanzialmente il primo approccio ai servizi per l'utenza. La spesa di questi tre obiettivi copre il 6,9% della spesa totale impegnata ed è coerente con il servizio reso.

Spesa impegnata per target di utenza

Tab. 13.10.2 SPESA IMPEGNATA PER TARGET DI UTENZA

Target di utenza	Utenza evasa	Utenza inevasa	Totale richiedenti	Spesa impegnata
Famiglie e minori	47.722	511	48.233	23.162.272,44
Anziani	33.790	32	33.822	8.046.803,60
Disabili	11.689	303	11.992	26.462.354,04
Non autosufficienti	4.501	72	4.573	11.000.277,15
A rischio di esclusione sociale	13.150	1.149	14.299	8.355.241,63
Immigrati/richiedenti asilo	4.305	20	4.325	7.217.414,22
Multiutenza	225.065	270	225.335	7.863.452,57
TOTALE	340.222	2.357	342.579	92.107.815,66

Per una lettura di questi dati occorre prendere in considerazione due aspetti: il totale della spesa per target di utenza e la proporzione della spesa con il numero di utenti. Considerando il primo aspetto, a conferma dei dati precedenti, per l'utenza disabile e per i non autosufficienti si impegna il 40,7% della spesa sociale complessivamente rilevata, seguono le famiglie e i minori (25,1%), le persone a rischio di esclusione sociale (9,1%), gli anziani (8,7%) e gli immigrati/richiedenti asilo (7,8%). Considerato il secondo aspetto, ovvero la spesa impegnata per singolo utente sul totale del target di appartenenza, abbiamo questo quadro: 2.444 € per ogni utente "non autosufficiente" assistito; 2.263,9 € per ogni disabile assistito; 1.676,5 € per ogni immigrato/richiedente asilo assistito; 635,4 € per ogni utente considerato a rischio di esclusione sociale; 485,4 € spesi per ogni famiglia o minore assistito; 238,1 € per ogni anziano assistito.

Si nota altresì che 2.357 utenti che hanno fatto richiesta di interventi e servizi non ne hanno usufruito. Di questi 1.149 appartengono alla categoria "a rischio di esclusione sociale"; 511 appartengono alla categoria "famiglie e minori"; 303 sono i "disabili".

Spesa impegnata per numero utenti

Tab 13.10.3 SPESA PROCAPITE PER TARGET DI UTENZA

Target di utenza	Spesa impegnata	Numero utenti per target	Spesa pro-capite per target
Famiglie e minori	23.162.272,44	47.722	485,4
Anziani	8.046.803,60	33.790	238,1
Disabili	26.462.354,04	11.689	2.263,9
Non autosufficienti	11.000.277,15	4.501	2444,0
A rischio di esclusione sociale	8.355.241,63	13.150	635,4
Immigrati/richiedenti asilo	7.217.414,22	4.305	1676,5
Multiutenza	7.863.452,57	225.065	34,9
TOTALE	92.107.815,66	340.222	270,7

Spesa pro-capite per residente

La spesa sociale impegnata (quindi effettivamente spesa) pro-capite per ogni abruzzese è di 70,2 € annui (dato monitoraggio dell'Assistenza Tecnica per il 2018, leggermente inferiore a quello certificato dall'Istat, pari a 73 €). La spesa media pro-capite in Italia è di 124 € annui (dato Istat 2018). Se consideriamo però la spesa programmata (quindi la spesa che viene stabilita in previsione e quindi possibilmente impegnata) e il totale delle risorse realmente e potenzialmente disponibili, il valore pro-capite sale ulteriormente fino a 85,5 €. La spesa impegnata pro-capite nella precedente programmazione regionale era di 61,1 €. Pur restando, quindi, sotto la media nazionale si evidenzia una tendenza ad aumentare la spesa sul sociale.

Tab 13.10.4 SPESA PROCAPITE PER RESIDENTE

Tipologia di spesa	Spesa	Numero residenti in Abruzzo	Spesa pro-capite per target
Spesa impegnata	92.107.815,66	1.311.580	70,2
Spesa programmata dai PDS	102.191.990,15	1.311.580	77,9
Totale risorse programmate messe in campo dalla Regione Abruzzo (tot. fondi diretti e indiretti)	112.148.877,32	1.311.580	85,5

È di circa 10 milioni di euro la spesa programmata e non impegnata dai 24 ambiti. Dall'analisi dei dati a nostra disposizione, non è possibile risalire alle cause del mancato impegno, fermo restando che la spesa programmata, essendo una previsione, per sua natura si discosta dal bilancio consuntivo della spesa sociale.

13.11. Modalità di gestione dei servizi

Risorse professionali impiegate nell'Ambito Distrettuale Sociale

I dati danno un quadro ben delineato delle funzioni lavorative svolte dal personale impiegato dagli ECAD con funzioni amministrative, di coordinamento dei servizi e di gestione della governance. In prima analisi due aspetti vengono evidenziati:

1. il ruolo significativo svolto dalla figura dell'assistente sociale anche nell'ufficio di piano (30 assistenti sociali, 26 impiegati negli Ambiti Distrettuali Sociali e 4 nelle rispettive zone di gestione sociale), che difatti risulta essere la professionalità più presente;

2. la prevalenza del ruolo direttivo e di carattere amministrativo, che registra complessivamente una percentuale pari al 58% dell'intero personale impiegato presso gli uffici di piano, e del ruolo del personale addetto al coordinamento dei servizi che risulta essere pari a circa il 25% del personale impiegato.

Tab. 13.11.1 RISORSE PROFESSIONALI IMPIEGATE NELL'AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE

Figura	Area	Numero	Ore settimanali
Amministrativo con funzioni direttive	Casellario dell'assistenza	2	20
Assistente sociale	Casellario dell'assistenza	2	6
Collaboratore amministrativo	Casellario dell'assistenza	7	126
Dirigente	Casellario dell'assistenza	1	20
Informatico	Casellario dell'assistenza	1	24
Altro	Ufficio di piano	5	106
Amministrativo con funzioni direttive	Ufficio di piano	23	474
Assistente sociale	Ufficio di piano	26	498
Collaboratore amministrativo	Ufficio di piano	24	591
Dirigente	Ufficio di piano	13	296
Psicologo	Ufficio di piano	4	89
Sociologo	Ufficio di piano	1	36
Amministrativo con funzioni direttive	Ufficio zona gestione sociale	5	87
Assistente sociale	Ufficio zona gestione sociale	4	144
Collaboratore amministrativo	Ufficio zona gestione sociale	2	9
Dirigente	Ufficio zona gestione sociale	1	18
TOTALE		121	2.544

Un dato da sottolineare è rappresentato da una buona presenza di addetti al “casellario dell’assistenza”, 13 unità con responsabilità di ruolo variegate.

Assistenti sociali extra ufficio di piano e ore settimanali

Tab. 13.11.2 ASSISTENTI SOCIALI EXTRA UFFICIO DI PIANO E ORE SETTIMANALI

N. assistenti sociali	Ore settimanali
179	989

Indice di copertura assistenti sociali per numero abitanti

Tab. 13.11.3 INDICE DI COPERTURA ASSISTENTI SOCIALI PER NUMERO ABITANTI

N. assistenti sociali	Popolazione regione	Ass. previsti PSR	Ass. previsti Ministero
211	1.311.580	187	262

Il numero di assistenti sociali occupati nei 24 ambiti è superiore rispetto all’indice di copertura previsto dalle linee di indirizzo regionali (1 assistente sociale ogni 7.000 abitanti), con 211 attivi su 187 previsti. Pertanto, si può affermare che si va oltre il rispetto del parametro. Inferiore è invece il dato se lo si relaziona al parametro ministeriale che indica una copertura di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti: 211 attivi su 262 previsti.

Tale parametro ministeriale dovrà essere quindi adeguato, vincolando parte delle risorse del Fondo Povertà 2018 e annualità successive al rafforzamento degli organici dei Servizi sociali professionali di ambito:

- parametro regionale indice di copertura del servizio di presa in carico: 1 assistente sociale/7000 abitanti;
- parametro nazionale indice di copertura del servizio di presa in carico: 1 assistente sociale/5000 abitanti.

Modalità di gestione e affidamento dei servizi

Tab. 13.11.4 MODALITÀ DI GESTIONE E AFFIDAMENTO DEI SERVIZI

	ND	IN PRO-ROGA DA VECCHIO PSZ	NESSUN AFFIDAMENTO	NUOVO AFFIDAMENTO	DA COPROGETTAZIONE	NUOVO AFFIDAMENTO A SERVIZIO ACCREDITATO	TOTALE
DIRETTA con dipendente comunale	5	25	220	7	2		259
DIRETTA con personale in collaborazione		2	53	4			59
INDIRETTA con cooperativa sociale		231	11	177		5	424
INDIRETTA con professionista esterno		2		5			7
INDIRETTA con associazione di volontariato	1	18	4	12			35
INDIRETTA con società privata		21	3	5			29
INDIRETTA con soggetto accreditato	1	9	15	1		21	47
MISTA PUBBLICO/PRIVATO		17	24	11	7		59
SOCIETÀ IN HOUSE	2	41	1	5			49
COPROGETTAZIONE					22		22
ND	27	8	12	5			52
TOTALE	36	374	343	232	31	26	1.042

I servizi dichiarati dagli Ambiti Distrettuali Sociali e messi in atto con i Piani distrettuali sociali risultano pari a 1.042. Di questi, poco più della metà è gestita in modo indiretto dagli ambiti, soprattutto attraverso l’affidamento a cooperative sociali (424 servizi affidati). Una tendenza facilmente intuibile per le difficoltà legate allo scarso personale interno dei Comuni. Nonostante questa tendenza, è da segnalare che 318 servizi (circa il 30% di tutti i servizi) vengono oggi gestiti direttamente dai Comuni o dagli Ambiti Distrettuali Sociali, attraverso personale dipendente (259 servizi) o personale in collaborazione (59 servizi). Alle associazioni di volontariato sono affidati 35 servizi a bassa soglia che richiedono una professionalità meno specializzata.

ALLEGATI

ALLEGATO I-1 INDICATORI - Tendenze demografiche (Popolazione)

TENDENZE DEMOGRAFICHE		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Popolazione																			
Popolazione residente al 1° gennaio	Abruz- zo	1278658	1287157	1292999	1296869	1311307	1321887	1326015	1329220	1331624	1332583	1329918	1325836	1319294	1313930	1306059	1300645	1293941	
	Italia	57611990	58044368	58288996	58510725	59001769	59420592	59690316	59948497	60105185	60277309	60345917	60295497	60163712	60066734	59937769	59816673	59641488	
Tasso di crescita della popolazione (variazione % popolazione residente rispetto all'anno precedente - 1° gennaio)	Abruz- zo		0,7	0,5	0,3	1,1	0,8	0,3	0,2	0,2	0,1	-0,2	-0,3	-0,5	-0,4	-0,6	-0,4	-0,5	
	Italia		0,8	0,4	0,4	0,8	0,7	0,5	0,4	0,3	0,3	0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,3	
Popolazione residente media (popolazione nell'anno t calcolata come media dei residenti al 1° gennaio dell'anno t e al 1° gennaio dell'anno t+1)	Abruz- zo	1282908	1290078	1294934	1304088	1316597	1323951	1327618	1330422	1332104	1331251	1327877	1322565	1316612	1309995	1303352	1297293	1289599	
	Italia	57828179	58166682	58399861	58756247	59211181	59555454	59819407	60026841	60191247	60311613	60320707	60229605	60115223	60002252	59877221	59729081	59449527	
Tasso di crescita della popolazione (variazione % popolazione residente rispetto all'anno precedente - popolazione media)	Abruz- zo		0,6	0,4	0,7	1,0	0,6	0,3	0,2	0,1	-0,1	-0,3	-0,4	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,6	
	Italia		0,6	0,4	0,6	0,8	0,6	0,4	0,3	0,3	0,2	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,5	
Tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000)	Abruz- zo	8,7	8,7	8,6	8,8	8,9	8,6	8,8	8,5	8,4	8,1	7,9	7,7	7,7	7,3	6,9	6,6	6,4	
	Italia	9,7	9,5	9,6	9,6	9,7	9,6	9,4	9,1	8,9	8,5	8,3	8,1	7,9	7,6	7,3	7,0	6,8	
Tasso di mortalità (rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000)	Abruz- zo	10,2	10,5	10,2	10,5	10,4	11,0	10,7	10,7	10,9	10,8	10,8	11,6	11,0	11,8	11,3	11,3	12,6	
	Italia	9,5	9,8	9,6	9,7	9,9	9,9	9,8	9,9	10,2	10,0	9,9	10,8	10,2	10,8	10,6	10,6	12,6	
Crescita naturale (differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità)	Abruz- zo	-1,5	-1,8	-1,6	-1,7	-1,5	-2,4	-1,9	-2,2	-2,5	-2,7	-2,9	-3,9	-3,4	-4,6	-4,4	-4,7	-6,3	
	Italia	0,3	-0,2	0,0	-0,1	-0,1	-0,4	-0,4	-0,8	-1,3	-1,4	-1,6	-2,7	-2,4	-3,2	-3,2	-3,6	-5,8	
Saldo migratorio interno (rapporto tra il saldo migratorio interno dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000)	Abruz- zo	1,9	2,5	1,2	2,0	1,6	1,0	0,7	0,8	-0,2	-0,9	-0,9	-1,0	-1,2	-2,2	-1,2	-1,0	0,4	
	Italia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Saldo migratorio con l'estero (differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero e il numero dei cancellati per trasferimento di residenza all'estero)	Abruz- zo	6,3	3,8	3,4	10,8	7,9	4,6	3,6	3,1	3,4	1,6	0,7	-0,1	0,5	0,7	1,5	2,4	1,0	
	Italia	7,2	4,4	3,8	8,5	7,2	4,9	4,7	3,4	4,2	2,6	0,8	0,5	0,7	1,0	1,2	2,6	1,3	
Saldo migratorio per altro motivo (differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti dovuto ad altri motivi)	Abruz- zo																-2,2	-1,9	
	Italia																-2,2	-2,0	
Saldo migratorio totale (differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza)	Abruz- zo	8,2	6,3	4,6	12,8	9,5	5,5	4,3	4,0	3,2	0,7	-0,2	-1,1	-0,7	-1,5	0,3	-0,8	-0,5	
	Italia	7,2	4,4	3,8	8,5	7,2	4,9	4,7	3,4	4,2	2,6	0,8	0,5	0,7	1,0	1,2	0,4	-0,7	
Tasso di crescita totale (somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale)	Abruz- zo	6,6	4,5	3,0	11,1	8,0	3,1	2,4	1,8	0,7	-2,0	-3,1	-4,9	-4,1	-6,0	-4,2	-5,5	-6,7	
	Italia	7,5	4,2	3,8	8,4	7,1	4,5	4,3	2,6	2,9	1,1	-0,8	-2,2	-1,6	-2,1	-2,0	-3,2	-6,5	
Speranza di vita alla nascita - maschi - BES D1 (numero medio di anni che restano da vivere a un neonato maschio)	Abruz- zo	77,9	78,3	78,6	78,8	78,7	78,6	79,1	79,3	79,8	80,0	80,2	80,2	80,5	80,3	80,9	81,1	80,0*	
	Italia	77,9	78,1	78,4	78,6	78,8	78,9	79,3	79,6	79,7	80,0	80,3	80,1	80,6	80,5	80,8	81,1	79,7*	
Speranza di vita alla nascita - femmine - BES D1 (numero medio di anni che restano da vivere a una neonata femmina)	Abruz- zo	84,2	84,1	84,4	84,2	84,4	83,8	84,4	84,6	84,7	84,9	85,1	84,6	85,3	84,8	85,3	85,6	85,0*	
	Italia	83,6	83,5	83,9	83,9	84,0	84,0	84,3	84,5	84,5	84,8	85,0	84,5	85,1	84,9	85,2	85,4	84,4*	
Speranza di vita alla nascita - totale - BES D1 (numero medio di anni che restano da vivere a un neonato)	Abruz- zo	81,0	81,1	81,4	81,4	81,5	81,2	81,7	81,9	82,2	82,4	82,6	82,3	82,9	82,5	83,1	83,3	82,4*	
	Italia	80,7	80,7	81,1	81,2	81,3	81,4	81,8	82,0	82,0	82,3	82,6	82,3	82,8	82,6	82,9	83,2	82,0*	

Speranza di vita a 65 anni - maschi (numero medio di anni che restano da vivere a una persona di 65 anni - maschi)	Abruz- zo	17,3	17,5	17,9	17,9	18,0	18,0	18,2	18,4	18,6	18,8	18,9	18,9	19,1	18,9	19,3	19,6	18,6
	Italia	17,3	17,4	17,7	17,8	17,8	18,0	18,2	18,4	18,4	18,7	18,9	18,7	19,1	19,0	19,3	19,4	18,2
Speranza di vita a 65 anni - femmine (numero medio di anni che restano da vivere a una persona di 65 anni - femmine)	Abruz- zo	21,4	21,4	21,6	21,6	21,8	21,5	22,0	22,2	22,0	22,2	22,4	21,9	22,7	22,1	22,7	22,9	22,2
	Italia	21,3	21,1	21,4	21,4	21,4	21,5	21,7	21,9	21,8	22,1	22,3	21,9	22,4	22,1	22,4	22,6	21,6
Speranza di vita a 65 anni - totale - BES D1 (numero medio di anni che restano da vivere a una persona di 65 anni)	Abruz- zo	19,4	19,5	19,8	19,8	20,0	19,8	20,1	20,3	20,3	20,5	20,7	20,4	20,9	20,5	21,0	21,3	20,4
	Italia	19,3	19,3	19,6	19,6	19,6	19,7	20,0	20,1	20,1	20,4	20,6	20,3	20,8	20,5	20,9	21,0	19,9
% popolazione 0-14 anni (popolazione residente di età 0-14 anni sul totale popolazione residente - %)	Abruz- zo	13,7	13,5	13,4	13,3	13,2	13,1	13,1	13,1	13,0	13,0	12,9	12,8	12,8	12,6	12,5	12,4	12,2
	Italia	14,2	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,0	14,0	13,9	13,8	13,7	13,5	13,4	13,2	13,0
% popolazione 15-64 anni (popolazione residente di età 15-64 anni sul totale popolazione residente - %)	Abruz- zo	65,5	65,4	65,2	65,2	65,4	65,5	65,5	65,6	65,3	65,1	64,8	64,5	64,3	64,0	63,9	63,8	63,5
	Italia	66,7	66,4	66,0	65,8	65,8	65,7	65,5	65,5	65,1	64,9	64,6	64,3	64,2	64,1	64,0	64,0	63,8
% popolazione 65 anni e più (popolazione residente di età 65 anni e più sul totale popolazione residente - %)	Abruz- zo	20,8	21,1	21,3	21,4	21,3	21,3	21,4	21,4	21,7	21,9	22,3	22,7	23,0	23,3	23,6	23,9	24,3
	Italia	19,2	19,5	19,8	20,1	20,2	20,2	20,4	20,4	20,8	21,1	21,5	21,9	22,1	22,4	22,6	22,9	23,2
Indice di dipendenza strutturale (rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)	Abruz- zo	52,6	52,9	53,3	53,3	52,8	52,6	52,6	52,5	53,1	53,7	54,4	55,1	55,6	56,1	56,5	56,9	57,5
	Italia	50,0	50,7	51,4	51,9	52,1	52,3	52,6	52,7	53,5	54,2	54,8	55,4	55,8	56,1	56,2	56,4	56,7
Indice di dipendenza anziani (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)	Abruz- zo	31,8	32,2	32,7	32,9	32,6	32,6	32,6	32,6	33,2	33,7	34,4	35,2	35,8	36,4	36,9	37,4	38,3
	Italia	28,8	29,4	30,0	30,5	30,6	30,8	31,1	31,2	32,0	32,6	33,3	34,0	34,5	35,0	35,4	35,8	36,4
Indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100)	Abruz- zo	152,4	155,9	158,8	161,1	161,6	162,4	163,3	163,7	166,7	169,0	172,8	176,6	180,4	184,2	187,8	192,5	198,5
	Italia	135,6	138,0	140,3	142,1	143,1	143,7	144,4	145,2	148,4	151,1	154,6	158,3	162,0	165,9	169,5	174,0	179,4
Età media (età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno)	Abruz- zo	42,9	43,2	43,4	43,6	43,7	43,9	44,1	44,3	44,5	44,7	44,9	45,2	45,4	45,7	45,9	46,2	46,5
	Italia	42,3	42,5	42,7	42,9	43,1	43,2	43,4	43,6	43,8	44,0	44,2	44,5	44,7	45,0	45,2	45,5	45,7

Fonte: Istat *Dato provvisorio

segue

ALLEGATO I-1 INDICATORI - Tendenze demografiche (Famiglia)

TENDENZE DEMOGRAFICHE		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Famiglia																			
Numero famiglie residenti (valori in migliaia) - media biennale	Abruz- zo												544	548	541	542	548		
	Italia						23.979	24.288	24.512	24.674	24.796	25.017	25.266	25.386	25.494	25.716	25.715	25.592	
Tasso di nuzialità (rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000)	Abruz- zo	4,0	4,1	4,1	4,0	3,7	3,5	3,3	2,9	3,0	3,1	2,9	2,9	3,1	2,9	3,0	2,9	1,4	
	Italia	4,3	4,3	4,2	4,3	4,2	3,9	3,6	3,4	3,4	3,2	3,1	3,2	3,4	3,2	3,3	3,1	1,6	
Età media al matrimonio spose - 16-49 anni (età media al matrimonio della sposa di età compresa tra 16-49 anni)	Abruz- zo	29,3	29,6	29,9	30,1	30,2	30,2	30,5	30,7	31,1	31,0	31,5	31,7	32,0	32,1	32,5	32,6		
	Italia	29,0	29,3	29,5	29,8	30,0	30,1	30,4	30,6	30,8	31,0	31,2	31,5	31,7	31,9	32,1	32,3		
Età media al matrimonio sposi - 16-49 anni (età media al matrimonio dello sposo di età compresa tra 16-49 anni)	Abruz- zo	32,3	32,5	32,8	32,8	32,8	33,0	33,3	33,4	33,5	33,6	33,8	34,0	34,1	34,3	34,6	34,7		
	Italia	31,8	32,1	32,3	32,4	32,5	32,7	32,9	33,1	33,2	33,4	33,5	33,7	33,8	34,1	34,1	34,3		
Unioni civili (percentuale di unioni civili sul totale dei matrimoni)	Abruz- zo	23,6	24,2	26,8	25,8	25,5	28,4	31	33,5	34,2	32,8	34	36,3	41,1	43	43,4	47,3		
	Italia	31,9	32,8	34	34,6	36,7	37,2	36,5	39,2	41	42,5	43,1	45,3	46,9	49,5	50,1	52,6		
Tasso di fecondità totale o numero medio di figli per donna (somma dei quozienti spec. di fecondità calcolati rapportando il n° di nati vivi all'ammontare medio annuo pop. fem.)	Abruz- zo	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	
	Italia	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	
Età media delle madri al parto (età media al parto delle madri espressa in anni e decimi di anno, calcolata considerando i soli nati vivi)	Abruz- zo	31,2	31,4	31,5	31,5	31,6	31,5	31,7	31,6	31,7	31,9	31,9	32,0	32,2	32,3	32,3	32,5	32,5	
	Italia	30,8	30,9	30,9	31,0	31,1	31,1	31,3	31,4	31,4	31,5	31,5	31,7	31,8	31,9	32,0	32,1	32,2	
Età media dei padri alla nascita del figlio (età media dei padri alla nascita del figlio espressa in anni e decimi di anno, calcolata considerando i soli nati vivi)	Abruz- zo	35,0	35,0	35,2	35,2	35,2	35,2	35,3	35,2	35,3	35,5	35,5	35,5	35,6	35,7	35,9	36,0		
	Italia	34,6	34,6	34,8	34,8	34,8	34,9	35,0	35,0	35,1	35,1	35,2	35,3	35,3	35,5	35,5	35,6		
Numero medio di componenti (dimensione media delle famiglie, calcolata dividendo il totale dei residenti in famiglia per il numero delle famiglie)	Abruz- zo						2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4		
	Italia						2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3		
Persone sole (percentuale di famiglie costituite da una sola persona sul totale delle famiglie)	Abruz- zo						26,9	28,0	30,8	31,0	30,0	29,3	30,2	30,8	29,0	29,6	30,5		
	Italia						28,1	28,4	29,4	30,1	30,1	30,6	31,1	31,6	31,9	33,0	33,3		
Persone sole 60 anni e più - maschi (percentuale di maschi 60 anni e più che vivono soli sul totale dei maschi che vivono soli)	Abruz- zo						30,9	33,2	38,1	38,0	38,2	33,9	31,5	37,6	39,9	33,1	32,3		
	Italia						35,4	33,8	34,2	36,0	36,4	35,5	34,8	35,2	36,1	36,2	37,0		
Persone sole 60 anni e più - femmine (percentuale di femmine 60 anni e più che vivono sole sul totale delle femmine che vivono sole)	Abruz- zo						72,3	69,5	69,8	71,8	72,4	67,5	67,0	69,3	70,1	67,5	66,3		
	Italia						69,1	68,6	67,6	68,2	69,0	68,1	67,9	67,7	67,6	67,2	67,8		
Persone sole 60 anni e più - totale (percentuali di popolazione 60 anni e più che vive sola sul totale della popolazione che vive sola)	Abruz- zo						56,0	55,0	57,3	58,5	59,4	54,7	52,5	56,0	57,9	53,2	52,0		
	Italia						55,9	54,6	53,9	54,9	55,7	54,6	54,0	54,0	54,2	54,0	54,6		
Famiglie con più di 5 componenti (percentuale di famiglie costituite da 5 e più componenti sul totale delle famiglie)	Abruz- zo						6,0	6,2	6,2	5,1	6,0	6,6	5,4	5,0	4,8	4,9	5,1		
	Italia						5,9	5,7	5,6	5,8	5,6	5,4	5,4	5,4	5,3	5,3	5,3		

Famiglie con aggregati e più nuclei (percentuale di famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate sul totale delle famiglie)	Abruz- zo						6,1	6,5	6,1	5,1	5,9	5,8	5,0	5,3	6,3	6,5	6,0	
	Italia						4,6	4,7	4,8	4,8	4,9	4,7	4,7	4,7	4,7	4,8	4,9	
Coppie con figli (percentuale di nuclei familiari formati da una coppia con figli sul totale dei nuclei familiari)	Abruz- zo						59,2	55,9	57,0	56,8	55,5	55,1	54,0	53,7	52,2	52,2	51,0	
	Italia						56,3	55,3	54,4	53,8	53,6	53,7	53,1	52,7	51,9	51,5	51,7	
Coppie senza figli (percentuale di nuclei familiari formati da una coppia senza figli sul totale dei nuclei familiari)	Abruz- zo						28,6	30,8	27,7	27,1	28,9	28,1	28,5	30,3	30,5	30,2	31,9	
	Italia						30,7	31,4	31,4	30,9	31,1	31,5	31,5	31,6	32,0	32,1	31,5	
Monogenitori (percentuale di nuclei familiari formati da un solo genitore sul totale dei nuclei familiari)	Abruz- zo						12,2	13,4	15,3	16,1	15,6	16,8	17,5	16,0	17,2	17,6	17,1	
	Italia						13,0	13,3	14,2	15,4	15,3	14,9	15,4	15,7	16,1	16,3	16,8	
Monogenitori – maschi (percentuale di nuclei familiari formati da un solo genitore maschio sul totale dei nuclei familiari formati da un solo genitore)	Abruz- zo						14,9	17,3	20,6	22,5	22,0	18,3	13,1	12,8	12,3	12,9	22,0	
	Italia						16,7	16,2	15,4	15,8	16,9	17,6	18,0	18,3	18,0	18,5	19,3	
Monogenitori – femmine (percentuale di nuclei familiari formati da un solo genitore femmina sul totale dei nuclei familiari formati da un solo genitore)	Abruz- zo						85,1	82,7	79,4	77,5	78,0	81,7	86,9	87,2	87,7	87,1	78,0	
	Italia						83,3	83,8	84,6	84,2	83,1	82,4	82,0	81,7	82,0	81,5	80,7	
Giovani di 18-34 anni, celibi e nubili, che vivono in famiglia con almeno un genitore (percentuale calcolata sul totale dei giovani 18-34 anni, celibi e nubili)	Abruz- zo		64,4	64,3	64,1	66,1	68,4	61,3	66,5	66,6	68,4	69,3	66,6	66,2	68,1	65,5	63,5	
	Italia		59,5	60,1	59,1	59,9	58,6	58,6	59,6	61,5	62,2	62,5	62,5	63,5	62,6	62,1	64,3	
Giovani di 18-34 anni in cerca di occupazione, celibi e nubili, che vivono in famiglia con almeno un genitore (% calcolata sul totale dei giovani 18-34 anni, celibi e nubili, in famig.)	Abruz- zo		14,7	17,8	14,4	22,2	24,1	21,8	19,7	24,8	23,1	29,4	37,3	31,5	27,6	21,3	17,1	
	Italia		16,6	18,5	18,2	18,7	21,3	20,9	21,9	25,1	25,8	28,8	29,7	26,9	24,5	20,9	23,7	
Separazioni concesse (numero di separazioni concesse nell'anno di riferimento)	Abruz- zo				1.611	1.702	1.862	1.562	2.039	1.995	2.125	2.054	1.904	2.268	2.099	2.181	2.262	
	Italia				81.359	84.165	85.945	88.191	88.797	88.288	88.886	89.303	91.706	99.611	98.461	98.925	97.474	
Tasso di separazione rispetto agli abitanti medi – valori per mille (rapporto tra il numero di separazioni concesse nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente)	Abruz- zo				1,24	1,29	1,41	1,18	1,53	1,50	1,60	1,55	1,44	1,72	1,60	1,67	1,74	
	Italia				1,38	1,42	1,44	1,47	1,48	1,47	1,47	1,48	1,52	1,66	1,64	1,65	1,63	
Separazioni concesse rispetto ai coniugati – valori per centomila (rapporto tra il numero di separazioni concesse nell'anno e il numero di coniugati)	Abruz- zo			247,8	237,2	248,2	271,4	227,6	302,6	301,4	318,5	306,1	285,6	343,9	322,5	340,1		
	Italia			271,7	273,8	281,4	287,3	295	301	303,4	303	302,8	313,1	343,2	342,9	348,1		

Fonte: Istat

ALLEGATO I-1 INDICATORI - Tendenze demografiche (Famiglia e stranieri)

TENDENZE DEMOGRAFICHE		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Famiglia																			
Durata media del procedimento di separazione consensuale (in giorni)	Abruz- zo			127	151	181	199	162	212	166	126	137	120	102	105	104			
	Italia			146	153	163	154	150	156	156	145	152	144	130	130	127			
Durata media del procedimento di separazione consensuale in tribunale (in giorni)	Abruz- zo												144	118	119	120			
	Italia												176	160	160	156			
Durata media del procedimento di separazione consensuale extragiudiziale (in giorni)	Abruz- zo												34	36	45	41			
	Italia												38	41	47	48			
Durata media del procedimento di separazione giudiziale (in giorni)	Abruz- zo			877	905	776	822	676	1.010	626	531	523	631	586	545	595			
	Italia			927	954	937	909	891	873	890	666	747	800	872	831	824			
Separazioni esaurite con rito consensuale - % (somma delle separazioni esaurite con accordi consens. extragiud. e di quelle con provv. consens. presso i Tribun. sul tot. separ.)	Abruz- zo				81,3	83,3	85,9	83,0	84,1	84,5	85,6	83,2	84,6	84,0	85,3	87,9	84,4		
	Italia				86,3	86,3	85,6	85,5	84,8	85,4	84,0	84,2	82,2	83,6	85,5	85,4	85,0		
Divorzi concessi (numero di divorzi concessi nell'anno di riferimento)	Abruz- zo				918	931	992	889	1.049	968	1.128	1.101	1.637	2.121	1.850	1.768	1.973		
	Italia				50.669	54.351	54.456	54.160	53.806	51.319	52.943	52.355	82.469	99.071	91.629	88.458	85.349		
Tasso di divorzio rispetto agli abitanti - valori per mille (rapporto tra il numero di divorzi concessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente) - Elaborazioni	Abruz- zo				0,70	0,71	0,75	0,67	0,79	0,73	0,85	0,83	1,24	1,61	1,41	1,36	1,52		
	Italia				0,86	0,92	0,91	0,91	0,90	0,85	0,88	0,87	1,37	1,65	1,53	1,48	1,43		
Divorzi concessi rispetto ai coniugati - valori per centomila (rapporto tra il nu- mero di divorzi concessi nell'anno e il numero di coniugati)	Abruz- zo				135,2	136	144,6	129,5	155,7	146,2	169	164,1							
	Italia				170,5	181,9	182,1	181,1	182,4	176,3	180,5	177,5							
Durata media del procedimento di divorzio consensuale (in giorni)	Abruz- zo				131	175	207	203	164	225	148	123							
	Italia				165	171	171	165	160	162	148	140							
Durata media del procedimento di divorzio giudiziale (in giorni)	Abruz- zo				771	691	489	544	459	688	472	497							
	Italia				682	681	621	641	632	724	653	535							
Divorzi esauriti con rito consensuale - % (somma dei divorzi esauriti con accor- di consens. extragiudiziali e di quelli con provvedimenti consensuali presso i Tribunali sul tot. divorzi)	Abruz- zo				76,3	74,9	70,4	61,0	60,1	71,8	74,6	75,9	72,4	72,2	66,3	63,0	60,6		
	Italia				78,3	77,3	72,1	72,4	69,4	77,4	76,2	75,9	75,7	78,2	73,3	71,0	70,1		
Stranieri																			
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	Abruz- zo	31.940	37.496	41.062	43.908	55.209	63.802	68.332	71.728	75.988	80.952	83.494	84.787	83.857	83.160	83.145	84.611	83.504	
	Italia	1893927	2269018	2498411	2692022	3151553	3558853	3836349	4101335	4319201	4610493	4787166	4835245	4831042	4818633	4883451	4996158	5039637	
Tasso di crescita della popolazione straniera (variazione % della popolazione straniera residente rispetto all'anno precedente - dati al 1° gennaio)	Abruz- zo		17,4	9,5	6,9	25,7	15,6	7,1	5,0	5,9	6,5	3,1	1,5	-1,1	-0,8	0,0	1,8	-1,3	
	Italia		19,8	10,1	7,7	17,1	12,9	7,8	6,9	5,3	6,7	3,8	1,0	-0,1	-0,3	1,3	2,3	0,9	
Quota stranieri sul totale residenti (percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione residente - dati al 1° gennaio)	Abruz- zo	2,5	2,9	3,2	3,4	4,2	4,8	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,4	6,4	6,3	6,4	6,5	6,5	
	Italia	3,3	3,9	4,3	4,6	5,3	6,0	6,4	6,8	7,2	7,6	7,9	8,0	8,0	8,0	8,1	8,4	8,4	

Popolazione straniera residente media (popolazione nell'anno t calcolata come media dei residenti al 1° gennaio dell'anno t e al 1° gennaio dell'anno t+1)	Abruzzo	34.718	39.279	42.485	49.559	59.506	66.067	70.030	73.858	78.470	82.223	84.141	84.322	83.509	83.153	83.878	84.058	82.883
	Italia	2081473	2383715	2595217	2921788	3355203	3697601	3968842	4210268	4464847	4698830	4811206	4833144	4824838	4851042	4939805	5017898	5037640
Tasso di crescita della popolazione straniera (variazione % della popolazione straniera residente rispetto all'anno precedente - dati riferiti alla popolazione media)	Abruzzo		13,1	8,2	16,6	20,1	11,0	6,0	5,5	6,2	4,8	2,3	0,2	-1,0	-0,4	0,9	0,2	-1,4
	Italia		14,5	8,9	12,6	14,8	10,2	7,3	6,1	6,0	5,2	2,4	0,5	-0,2	0,5	1,8	1,6	0,4
Quota stranieri sul totale residenti (percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione residente - dati riferiti alla popolazione media)	Abruzzo	2,7	3,0	3,3	3,8	4,5	5,0	5,3	5,6	5,9	6,2	6,3	6,4	6,3	6,3	6,4	6,5	6,4
	Italia	3,6	4,1	4,4	5,0	5,7	6,2	6,6	7,0	7,4	7,8	8,0	8,0	8,0	8,1	8,2	8,4	8,5
Matrimoni con almeno uno straniero (percentuale di matrimoni in cui almeno un componente è straniero)	Abruzzo	10,7	11,4	11,5	10,2	11,3	10,6	9,8	10,8	11,5	11,7	11,9	12,9	12,6	13,7	15,1	16,9	
	Italia	12,3	13,3	14	13,8	15	13,9	11,5	13	14,8	14,5	14,9	15,1	15,3	16,9	17,3	18,6	
Unioni civili con almeno uno straniero (percentuale di unioni civili in cui almeno un componente è straniero)	Abruzzo															16,7	26,7	
	Italia															24,3	25,8	
Quota di permessi di lungo periodo - SDG 10 (quota di permessi di lungo periodo sul totale dei permessi validi al 1° gennaio)	Abruzzo									51,9	55,5	58,8	59,9	61	60,3	59,9	60,4	59,9
	Italia									52,1	54,3	56,3	57,2	59,5	60,7	61,7	62,3	63,1
Quota di permessi per asilo politico e motivi umanitari - SDG 10 (Quota di nuovi permessi rilasciati per asilo e motivi umanitari sul totale dei nuovi permessi rilasciati)	Abruzzo								1,2	1,5	2	25,8	40,8	47,1	45,8	38,9	23,4	
	Italia								11,8	8,7	7,5	19,3	28,2	34,3	38,5	26,8	15,6	
Spesa dei Comuni per Interventi e servizi sociali (immigrati e nomadi) sulla popolazione di riferimento data dal numero di stranieri residenti (valori in euro)	Abruzzo								7	10	10	7	8	10	17	42		
	Italia								40	46	43	50	56	67	68	68		
Posti letto nei presidi residenziali per immigrati, stranieri (per 100.000 residenti)	Abruzzo						85,6	47,8	54,8	138,5	36,2	19,2	75,9	44,6	54,4	53,8		
	Italia						197,8	157,7	159,6	129,6	170,5	168,8	169,3	185,6	157,9	140,6		
Ospiti stranieri dei presidi residenziali (per 100.000 residenti stranieri)	Abruzzo						348,4	217,7	202,3	65,9	59,8	100,4	122,6	116,3	147,9	105,3		
	Italia						450,9	350,6	367,6	344	338,9	413,2	424,5	421,9	399	359,9		

Fonte: Istat

ALLEGATO I-1.1 INDICATORI - Le aree interne della regione Abruzzo

	Pop. resid. (1° gen. 2011)	Pop. resid. (1° gen. 2021)	Variaz. assoluta 2011- 2021	Variaz. % 2011-2021	Pop. 65 e più (1° gen. 2021)	Pop. 0-14 (1° gen. 2021)	Pop. attiva 15-64 (1° gen. 21)	Indice dipen- denza anziani	Indice di vecchiaia		Pop. resid. (1° gen. 2011)	Pop. resid. (1° gen. 2021)	Variaz. assoluta 2011- 2021	Variaz. % 2011- 2021	Pop. 65 e più (1° gen. 2021)	Pop. 0-14 (1° gen. 2021)	Pop. attiva 15-64 (1° gen. 21)	Indice dipen- denza anziani	Indice di vecchiaia	
Balsorano	3.703	3.288	-415	-11,2	785	386	2.117	37,1	203,4		Borrello	380	314	-66	-17,4	114	24	178	64,0	475,0
Bisegna	285	200	-85	-29,8	91	4	105	86,7	2.275,0		Carunchio	664	604	-60	-9,0	180	50	374	48,1	360,0
Civita d'Antino	1.013	945	-68	-6,7	272	97	567	48,0	280,4		Castelguidone	426	333	-93	-21,8	110	15	208	52,9	733,3
Gioia dei Marsi	2.207	1.739	-468	-21,2	501	168	1.070	46,8	298,2		Castiglione M. Marino	1.936	1.602	-334	-17,3	535	162	905	59,1	330,2
Lecce nei Marsi	1.750	1.553	-197	-11,3	361	177	1.015	35,6	204,0		Celenza sul Trigno	989	819	-170	-17,2	259	74	486	53,3	350,0
Morino	1.526	1.351	-175	-11,5	374	139	838	44,6	269,1		Civitaluparella	370	299	-71	-19,2	96	25	178	53,9	384,0
Ortona dei Marsi	637	438	-199	-31,2	219	12	207	105,8	1.825,0		Colledimacine	246	166	-80	-32,5	81	6	79	102,5	1350,0
Ortucchio	1.883	1.763	-120	-6,4	442	213	1.108	39,9	207,5		Colledimezzo	548	424	-124	-22,6	163	25	236	69,1	652,0
Pescina	4.295	3.837	-458	-10,7	1.046	429	2.362	44,3	243,8		Fallo	153	120	-33	-21,6	46	8	66	69,7	575,0
San Benedetto dei Marsi	3.944	3.753	-191	-4,8	818	477	2.458	33,3	171,5		Fraine	405	283	-122	-30,1	107	16	160	66,9	668,8
San Vincenzo Valle Roveto	2.459	2.161	-298	-12,1	692	117	1.299	53,3	591,5		Gamberale	336	292	-44	-13,1	91	24	177	51,4	379,2
Villavallunga	931	857	-74	-7,9	204	80	573	35,6	255,0		Gessopalena	1.591	1.275	-316	-19,9	425	97	753	56,4	438,1
Valle Giovenco-Roveto	24.633	21.885	-2.748	-11,2	5.805	2.299	13.719	42,3	252,5		Lama dei Peligni	1.411	1.131	-280	-19,8	335	79	717	46,7	424,1
											Lettopalena	379	326	-53	-14,0	117	31	178	65,7	377,4
Campli	7.413	6.731	-682	-9,2	1.708	735	4.288	39,8	232,4		Montazzoli	1.046	877	-169	-16,2	287	82	508	56,5	350,0
Campotosto	640	461	-179	-28,0	186	26	249	74,7	715,4		Montebello sul Sangro	101	81	-20	-19,8	36	7	38	94,7	514,3
Capitignano	679	628	-51	-7,5	189	67	372	50,8	282,1		Monteferrante	140	119	-21	-15,0	54	10	55	98,2	540,0
Civitella del Tronto	5.418	4.630	-788	-14,5	1.244	491	2.895	43,0	253,4		Montelapiano	77	80	3	3,9	31	5	44	70,5	620,0
Colledara	2.246	2.137	-109	-4,9	502	237	1.398	35,9	211,8		Montenerodomo	766	613	-153	-20,0	175	72	366	47,8	243,1
Cortino	702	597	-105	-15,0	204	43	350	58,3	474,4		Palena	1.412	1.284	-128	-9,1	311	139	834	37,3	223,7
Crognaleto	1.441	1.152	-289	-20,1	372	89	691	53,8	418,0		Pennadomo	322	224	-98	-30,4	90	11	123	73,2	818,2
Fano Adriano	375	265	-110	-29,3	97	10	158	61,4	970,0		Pietraferrazzana	128	130	2	1,6	36	20	74	48,6	180,0
Montereale	2.823	2.285	-538	-19,1	715	236	1.334	53,6	303,0		Pizzoferrato	1.122	991	-131	-11,7	290	62	639	45,4	467,7
Montorio al Vomano	8.251	7.689	-562	-6,8	1.947	1.006	4.736	41,1	193,5		Quadri	878	736	-142	-16,2	242	54	440	55,0	448,1
Pietracamela	298	225	-73	-24,5	77	8	140	55,0	962,5		Roccaspinalveti	1.466	1.219	-247	-16,8	423	100	696	60,8	423,0
Rocca Santa Maria	582	482	-100	-17,2	159	44	279	57,0	361,4		Roio del Sangro	110	95	-15	-13,6	37	8	50	74,0	462,5
Torricella Sicura	2.729	2.518	-211	-7,7	608	301	1.609	37,8	202,0		Rosello	260	203	-57	-21,9	97	13	93	104,3	746,2
Tossicia	1.451	1.266	-185	-12,7	355	131	780	45,5	271,0		San Giovanni Lipioni	217	150	-67	-30,9	83	3	64	129,7	2766,7
Valle Castellana	1.049	867	-182	-17,3	304	52	511	59,5	584,6		Schiavi di Abruzzo	990	703	-287	-29,0	355	43	305	116,4	825,6
Alto Aterno	36.097	31.933	-4.164	-11,5	8.667	3.476	19.790	43,8	249,3		Taranta Peligna	427	343	-84	-19,7	130	28	185	70,3	464,3

											Torrebruna	951	751	-200	-21,0	307	48	396	77,5	639,6
Acciano	370	300	-70	-18,9	112	23	165	67,9	487,0		Torricella Peligna	1.423	1.205	-218	-15,3	457	92	656	69,7	496,7
Calascio	150	130	-20	-13,3	38	8	84	45,2	475,0		Villa Santa Maria	1.452	1.193	-259	-17,8	355	104	734	48,4	341,3
Capestrano	944	851	-93	-9,9	317	75	459	69,1	422,7		Basso Sangro-Trigno	23.122	18.985	-4.137	-17,9	6.455	1.537	10.995	58,7	420,0
Caporciano	240	198	-42	-17,5	68	12	118	57,6	566,7											
Carapelle Calvisio	92	83	-9	-9,8	21	11	51	41,2	190,9		Arsita	890	791	-99	-11,1	228	69	494	46,2	330,4
Castel del Monte	474	441	-33	-7,0	130	45	266	48,9	288,9		Bisenti	2.088	1.727	-361	-17,3	490	155	1.082	45,3	316,1
Castel di Ieri	339	298	-41	-12,1	102	18	178	57,3	566,7		Brittoli	344	263	-81	-23,5	97	19	147	66,0	510,5
Castelvecchio Calvisio	178	120	-58	-32,6	37	13	70	52,9	284,6		Carpineto della Nora	694	572	-122	-17,6	173	54	346	50,0	320,4
Castelvecchio Subequo	1.082	855	-227	-21,0	341	68	446	76,5	501,5		Castel Castagna	504	431	-73	-14,5	130	41	290	44,8	317,1
Collepietro	250	213	-37	-14,8	69	21	123	56,1	328,6		Castelli	1.251	1.005	-246	-19,7	324	84	597	54,3	385,7
Fagnano Alfo	451	369	-82	-18,2	116	40	213	54,5	290,0		Castel M. Raimondo	2.392	2.096	-296	-12,4	560	210	1.326	42,2	266,7
Fontecchio	413	292	-121	-29,3	91	38	163	55,8	239,5		Castilenti	1.582	1.405	-177	-11,2	329	129	947	34,7	255,0
Gagliano Aterno	280	238	-42	-15,0	88	25	125	70,4	352,0		Cermignano	1.825	1.414	-411	-22,5	424	156	934	45,4	271,8
Goriano Sicoli	613	528	-85	-13,9	157	47	324	48,5	334,0		Civitella Casanova	1.937	1.686	-251	-13,0	521	168	997	52,3	310,1
Molina Aterno	414	364	-50	-12,1	112	36	216	51,9	311,1		Corvara	285	208	-77	-27,0	77	15	116	66,4	513,3
Navelli	585	535	-50	-8,5	157	46	332	47,3	341,3		Elice	1.715	1.642	-73	-4,3	431	171	1.040	41,4	252,0
Ofena	558	439	-119	-21,3	162	36	241	67,2	450,0		Farindola	1.629	1.383	-246	-15,1	453	148	782	57,9	306,1
Prata d'Ansidonia	526	436	-90	-17,1	133	48	255	52,2	277,1		Isola del Gran S. d'Italia	4.923	4.502	-421	-8,6	1.182	530	2.790	42,4	223,0
San Benedetto in Perillis	143	99	-44	-30,8	53	3	43	123,3	1.766,7		Montebello di Bertona	1.061	907	-154	-14,5	316	84	507	62,3	376,2
San Pio delle Camere	615	669	54	8,8	143	93	433	33,0	153,8		Montefino	1.116	945	-171	-15,3	266	100	599	44,4	266,0
Santo Stefano Sessanio	116	116	0	0,0	40	9	67	59,7	444,4		Penna Sant'Andrea	1.798	1.678	-120	-6,7	421	200	1.050	40,1	210,5
Secinaro	406	328	-78	-19,2	116	18	194	59,8	644,4		Vicoli	399	381	-18	-4,5	118	31	232	50,9	380,6
Tione degli Abruzzi	340	276	-64	-18,8	103	15	158	65,2	686,7		Villa Celiara	765	571	-194	-25,4	200	46	325	61,5	434,8
Villa S. Lucia degli Abruzzi	155	94	-61	-39,4	51	5	38	134,2	1.020,0		Valfino-Vestina	27.198	23.607	-3.591	-13,2	6.740	2.410	14.601	46,2	279,7
Valle Subequana	9.734	8.272	-1.462	-15,0	2.757	753	4.762	57,9	366,1											

Fonte: elaborazioni su dati Istat

ALLEGATO I-2 INDICATORI - Salute e servizi offerti

SALUTE E SERVIZI OFFERTI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Indicatori globali																			
Speranza di vita alla nascita - BES D.1 (numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere)	Abruzzo	81,0	81,1	81,4	81,4	81,5	81,2	81,7	81,9	82,2	82,4	82,6	82,3	82,9	82,5	83,1	83,3	82,4*	
	Italia	80,7	80,7	81,1	81,2	81,3	81,4	81,8	82,0	82,0	82,3	82,6	82,3	82,8	82,6	82,9	83,2	82,0*	
Speranza di vita in buona salute alla nascita - SDG 3 e BES D.1 (numero medio di anni ... in buona salute, ...che rispondono positivamente alla domanda sulla salute percepita)	Abruzzo						55,0	56,1	59,1	57,7	58,8	57,3	58,5	56,7	60,5	57,2	57,3	64,2	
	Italia						56,4	57,7	58,2	58,5	58,2	58,2	58,3	58,8	58,7	58,5	58,6	62,8	
Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni - BES D.1 (esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività ...)	Abruzzo					8,5	8,4	8,9	10,6	8,9	8,6	9,7	9,4	8,6	10,0	10,5	9,7	10,0	
	Italia					8,9	8,8	9,0	9,2	9,6	9,2	9,6	9,7	9,8	9,6	9,9	10,0	9,6	
Indice di stato psicologico o indice di salute mentale - BES D.1 (sintesi punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12)	Abruzzo													68,7	67,6	68,4	68,3	68,7	
	Italia													68,1	67,5	67,8	68,4	68,2	
Indicatori specifici																			
Tasso mortalità neonatale (28 g. dalla nascita) per 1.000 - SDG 3 (rapporto tra il numero dei decessi dei residen. nei primi 28 giorni e il num. nati vivi nello stesso anno, per 1.000)	Abruzzo	3,87	2,68	2,98	3,24	4,00	2,63	3,32	2,29	3,22	2,22	1,61	2,15	1,59	1,89	2,46			
	Italia	2,69	2,63	2,48	2,34	2,37	2,49	2,28	2,21	2,16	2,17	2,00	2,00	2,00	1,96	1,92			
Tasso mortalità infantile (1° anno di vita) per 1.000 - BES D.1 (decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi)	Abruzzo	4,7	3,4	3,9	4,5	5,1	3,9	4,5	3,1	4,0	2,9	2,2	3,3	2,5	2,4	3,0			
	Italia	3,7	3,6	3,4	3,3	3,3	3,4	3,2	3,1	3,0	3,0	2,8	2,9	2,8	2,8	2,9			
Probabilità di morte sotto i 5 anni per 1.000 - SDG 3 (la probabilità di morte 0-4 anni esprime il rischio che una persona di età esatta 0 muoia prima del 5° compleanno)	Abruzzo							4,98	4,52	4,41	3,95	3,45	3,22	3,1	3,4	3,18	3,64	3,76*	
	Italia							3,81	3,75	3,63	3,69	3,60	3,57	3,54	3,45	3,47	3,34	3,30*	
Ragazze madri (10-14 anni) - SDG 3 (quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni)	Abruzzo							0,000	0,175	0,358	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	Italia							0,007	0,097	0,063	0,051	0,043	0,047	0,040	0,022	0,029	0,018		
Ragazze madri (15-19 anni) - SDG 3 (quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 15 e i 19 anni)	Abruzzo							24,9	25,4	23,4	22,1	23,5	19,1	20,0	17,6	15,2	13,1		
	Italia							32,6	31,5	31,0	29,0	28,1	25,7	24,2	21,7	20,5	18,3		
Mortalità per maggiori cause di morte (30-69 anni) - SDG 3 (probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie)	Abruzzo	10,84	10,6	10,24	10,19	9,86	10,06	9,95	9,8	9,66	9,39	9,44	9,27	9,05	9,1	8,91			
	Italia	11,81	11,55	11,19	11,01	10,78	10,67	10,32	10,30	10,16	9,75	9,56	9,57	9,23	9,11	8,96			
Mortalità per tumore (20-64 anni) - BES D.1 (tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati all'interno della fascia di età 20-64 anni, per 10.000 residenti)	Abruzzo	9,2	9,6	8,9	8,9	8,6	8,9	8,8	8,8	8,3	8,3	8,9	8,4	8,1	8,1	8,1			
	Italia	11,2	10,8	10,7	10,5	10,3	10,2	9,8	9,7	9,6	9,3	9,0	8,9	8,7	8,5	8,5			
Mortalità per demenze e malattie sistema nervoso (65+) - BES D.1 (tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comport., stand. età 65+ per 10.000 res.)	Abruzzo	23,3	26	25,9	28,1	32,6	32,0	31,5	30,4	33,7	30,7	29,4	35,2	32,3	35,5	32,0			
	Italia	20,7	22,7	23,0	24,2	28,6	29,0	28,2	28,7	30	28,4	28,1	32,3	31,4	34,5	33,3			

Multi cronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) – BES D.1 (percentuale di persone di 75 anni e più che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere ...)	Abruzzo					65,1	62,7	54,6	61,4	57,9	51,9	58,3	53,7	61,9	53,4	57,5	53,6	54,0
	Italia					51,6	52,2	51,3	52,1	53,0	53,9	51,9	48,7	51,0	50,8	50,7	49,4	48,9
Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti – SDG 3 (numero di nuove diagnosi di infezione da HIV per 100,000 residenti, per regione di segnalazione)	Abruzzo									3,4	4,3	5,5	3,7	4,3	3,6	6,7	2,8	
	Italia									7,0	6,4	6,3	5,9	6,1	5,9	5,0	4,0	
Mortalità per suicidio – SDG 3 (tasso standardizzato di mortalità per suicidio. Somma dei tassi quinquennali di età pesati utiliz. la pop. stand. europea. Tassi per 100.000 residenti)	Abruzzo	6,4	6,6	6,9	6,8	6,9	6,2	7,1	7,6	7,8	6,8	6,9	6,2	6,3	6,4	4,7		
	Italia	6,6	6,2	6,1	6,1	6,3	6,3	6,3	6,5	6,7	6,6	6,3	6,1	5,8	5,9	5,7		
Mortalità per incidente stradale (15-34 anni) – BES D.1 (tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati all'interno della classe di età 15-34, per 10.000 residenti)	Abruzzo	2,2	1,7	2,2	1,5	1,1	1,1	0,7	0,8	0,7	0,5	0,9	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5
	Italia	1,8	1,7	1,6	1,5	1,3	1,1	1,1	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5
Tasso di lesività grave in incidente stradale – SDG 3 (tasso di lesività grave in incidente stradale ogni 100.000 abitanti, mediante l'utilizzo di dati di dimissione ospedaliera)	Abruzzo									30,1	29,9	28,8	29,6	37,8	41,3	43,4	39,3	
	Italia									22,0	21,4	24,6	26,2	28,6	28,6	30,8	29,5	

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

* Dato provvisorio

Segue

ALLEGATO I-2 INDICATORI - Salute e servizi offerti

SALUTE E SERVIZI OFFERTI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Fattori di rischio																			
Eccesso di peso – SDG 3 e BES D.1 (proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più)	Abruz- zo		50,9	49,8	49,3	47,8	49,2	48,1	47,4	50,9	46,8	49,3	47,8	50,2	47,1	48,8	44,8	47,3	
	Italia		45,0	45,2	45,5	45,3	46,1	45,6	45,4	45,4	45,0	45,4	44,1	44,8	44,8	44,8	44,9	45,9	
Fumo – BES D.1 (proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più, che dichiarano attualmente di fumare sul totale delle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo		23,4	20,5	20,7	23,4	21,9	21,6	24,0	23,1	21,4	20,8	20,8	19,6	20,1	19,7	17,2	18,3	
	Italia		21,7	22,4	21,8	22,1	22,8	22,8	22,2	21,9	20,9	19,6	19,9	20,0	19,9	19,4	18,7	19,1	
Alcol – SDG 3 e BES D.1 (proporzione standard. di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol su tot. pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo				20,6	21,1	19,4	23,9	21,6	18,7	15,6	17,2	16,1	18,0	17,4	15,9	16,7	15,8	
	Italia				22,3	20,5	20,3	20,3	19,1	17,4	16,7	15,9	16,5	16,7	16,7	16,7	15,8	16,7	
Sedentarietà – BES D.1 (proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo		43,3	46,1	49,4	47,3	37,7	41,7	41,0	43,5	44,9	44,1	41,9	40,5	37,2	38,8	34,6	34,6	
	Italia		41,9	42,7	41,2	41,8	42,1	39,5	40,8	40,1	41,8	40,4	40,2	39,4	37,9	35,7	35,5	33,8	
Alimentazione adeguata – BES D.1 (proporzione standard. di persone di 3 anni e più che consumano quotid. almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura su tot. pers. di 3 anni e più)	Abruz- zo		12,7	17,6	15,1	17,3	12,9	12,4	19,7	13,3	13,4	17,2	12,3	14,2	15,7	16,9	15,3	14,3	
	Italia		18,4	18,9	19,7	19,8	18,7	20,0	18,4	18,4	18,2	18,1	18,8	19,8	19,2	19,6	17,7	18,8	
Offerta di servizi																			
Contracezione soddisfatta con metodi moderni – SDG 3 (percentuale di donne in età riprodut. (15-49 anni) che hanno soddisf. il bisogno di pianificaz. famil. con met. moderni)	Abruz- zo										56,4								
	Italia										67,2								
Parti con più di 4 visite di controllo in gravidanza – SDG 3 (percentuale dei parti con più di 4 visite di controllo effettuate in gravidanza)	Abruz- zo										76,5	76,9	92,4	93,2	92,5	92,5			
	Italia										86,5	87,3	87,3	85,3	86,5	88,1			
Posti letto in degenza ordinaria – SDG 3 (posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	Abruz- zo											30,1	29,8	30,8	29,7	30,3	30,3		
	Italia											32,1	31,7	31,6	31,2	31,2	31,3		
Posti letto in day-Hospital – SDG 3 (posti letto in day-Hospital negli istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	Abruz- zo											3,5	3,3	3,3	3,2	3,2	3,3		
	Italia											3,9	3,8	3,6	3,5	3,5	3,4		
Posti letto presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari – SDG 3 e BES D.12 (posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 10.000 abitanti)	Abruz- zo						75,7	55,0	52,8	47,8	38,5	40,2	40,5	49,1	48,4	42,0			
	Italia						71,1	70,1	65,1	62,5	63,3	65,7	64,4	68,2	68,2	69,6			
Posti letto per specialità a elevata assistenza – BES D.12 (posti letto nelle specialità a elevata assistenza in degenza ordinaria in istituti di cura pub. e privati per 10.000 abitanti)	Abruz- zo	3,1	4,1	4,2	4,3	3,8	3,5	3,5	3,6	3,4	3,3	2,9	3,0	2,9	3,0	3,0	3,0		
	Italia	3,9	3,9	3,9	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	
Emigrazione ospedaliera in altra regione – BES D.12 (rapporto perc. tra dimis. ospedal. effettuate in regioni diverse da quella di resid. e totale delle dimis. dei resid. in regione)	Abruz- zo	9,7	10,2	10,7	12,1	14,2	15,7	16,6	16,5	15,8	15,8	15,9	15,9	16,0	15,7	16,3	16,6		
	Italia	7,2	7,3	7,3	7,5	7,4	7,3	7,4	7,6	7,5	7,6	7,8	8,0	8,3	8,3	8,4	8,3		

Rinuncia a prestazioni sanitarie – BES D.12 (percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno rinunciato a qualche visita specialistica o a esame pur avendone bisogno)	Abruz- zo														9,7	11,2	9,9	12,1
	Italia														8,1	7,2	6,3	9,6
Mortalità evitabile (0-74 anni) – BES D.1 (decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile. Tassi stand. sulla classe di età 0-74 per 10.000 resid.)	Abruz- zo	22,3	21,6	21,3	20,7	20,9	21,9	19,5	18,9	18,2	18,3	18,4	18,6	17,2	18,4	16,9		
	Italia	24,0	23,4	22,5	22	21,4	20,9	20,1	19,8	19,4	18,7	18,2	18,5	17,7	17,6	17,0		
Medici generici con un numero di assistiti oltre soglia – BES D.12 (percentuale di medici di medicina generale con un numero di pazienti oltre la soglia max di 1500 assistiti)	Abruz- zo	12,4	13,8	15,8	16,1	15,7	17,0	17,4	18,8	18,8	18,6	17,5	17,7	19,0	19,0	19,7		
	Italia	15,8	15,9	17,5	20,0	21,4	23,7	25,1	25,8	27,3	28,3	28,0	28,8	30,5	31,6	34,0		
Medici per 1.000 abitanti – SDG 3 e BES D.12	Abruz- zo									4,1	4,1	4,1	4,1	4,2	4,3	4,3	4,4	4,2
	Italia									3,9	3,9	3,9	3,8	4,0	4,0	4,0	4,1	4,0
Infermieri e ostetriche per 1.000 abitanti – SDG 3 e BES D.12	Abruz- zo										5,9	6,3	6,5	6,6	6,7	6,6	6,8	
	Italia										5,3	5,5	5,7	5,8	6,1	6,0	6,2	
Dentisti per 1.000 abitanti – SDG 3	Abruz- zo										1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	
	Italia										0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	
Farmacisti per 1.000 abitanti – SDG 3	Abruz- zo										1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	
	Italia										1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

ALLEGATO I-3 INDICATORI - Istruzione e formazione

ISTRUZIONE E FORMAZIONE		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Istruzione e formazione continua																			
Bambini di 0-2 anni iscritti al nido – BES D.2 (percentuale di bambini di 4-5 anni che freq. la scuola dell’infanzia o il primo anno di scuola primaria sul totale dei bambini di 4-5 anni)	Abruz- zo			11,7	10,8	13,4	10,4	10,8	9,8	15,1	22,2	26,4	22,1	20,2	20,0	22,8	19,4		
	Italia			15,4	15,9	15,7	15,4	16,5	17,2	17,7	18,3	19,6	20,8	21,8	23,9	26,3	28,0		
Posti autorizzati - Totale servizi socioeducativi – SDG 4 (posti autorizzati nei servizi socio educativi (asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia) per 100 bambini di 0-2 anni)	Abruz- zo										19,4	20,2	19,3	20,9	21,6	23,0	23,9		
	Italia										22,5	22,8	23,0	24,0	24,7	25,5	26,9		
Partecipazione alla scuola dell’infanzia – BES D.2 (percentuale di bambini di 4-5 anni che freq. la scuola dell’infanzia o il primo anno di scuola primaria sul tot. bambini di 4-5 anni)	Abruz- zo										99,6	99,9	98,9	99,3	98,0	97,9	98,0		
	Italia										97,9	97,4	97,2	97,3	96,1	95,8	96,0		
Giovani NEET (15-24 anni) – SDG 8 (percentuale di persone di 15-24 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-29 anni)	Abruz- zo	12,5	13,1	12,4	9,2	13,5	14,5	14,8	13,7	18,5	19,2	21,7	23,6	20,4	16,7	16,2	16,3	15,5	
	Italia	16,8	17,1	16,8	16,1	16,6	17,6	19,0	19,7	21,0	22,2	22,1	21,4	19,9	20,1	19,2	18,1	19,0	
Giovani NEET (15-29 anni) – SDG 8 e BES D.2 (percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formaz. sul tot. delle pers. 15-29 anni)	Abruz- zo	15,7	15,8	14,6	13,9	15,8	18,5	18,6	17,7	19,9	22,9	24,2	26,9	24,7	22,0	20,7	22,5	20,7	
	Italia	19,6	20,0	19,2	18,8	19,3	20,5	22,0	22,5	23,8	26,0	26,2	25,7	24,3	24,1	23,4	22,2	23,3	
Persone con almeno il diploma (25-64 anni) – BES D.2 (% di persone di 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado sul tot. persone di 25-64 anni)	Abruz- zo	53,7	56,0	57,2	54,9	56,7	56,8	58,8	61,8	64,4	65,1	63,2	63,4	63,5	64,8	66,6	67,7	68,1	
	Italia	48,7	50,1	51,3	52,2	53,3	54,2	55,1	56,0	57,2	58,2	59,3	59,9	60,1	60,9	61,7	62,2	62,9	
Passaggio all’università – BES D.2 (percentuale di neodiplomati che si iscrivono per la prima volta all’università nello stesso anno in cui hanno conseguito il diploma)	Abruz- zo										55,2	54,6	54,8	56,7	56,6	57,7	58,0		
	Italia										49,7	49,1	50,3	50,3	50,5	50,4	51,4		
Laureati e altri titoli terziari (30-34 anni) – SDG 4 e BES D.2 (% di persone di 30-34 anni che hanno conseguito un titolo di livello terziario (Isced) sul tot. persone di 30-34 anni)	Abruz- zo	16,3	20,1	21,9	21,0	22,3	21,6	20,9	26,2	22,7	24,0	25,3	24,9	26,9	25,8	23,6	27,1	31,5	
	Italia	15,6	17,1	17,6	18,6	19,2	19,0	19,9	20,4	21,9	22,5	23,9	25,3	26,2	26,9	27,8	27,6	27,8	
Laureati in discipline tecnico-scientifiche (STEM) – SDG 4 e BES D.2 (rapporto tra residenti che hanno conseg. titolo di liv. terz. nelle discipl. scient.-tecn. e pop. di 20-29, per mille)	Abruz- zo									15,0	14,9	15,0	16,1	17,2	17,6	18,2			
	Italia									13,0	13,3	13,3	13,2	13,8	14,5	15,1			
Uscita precoce dal sistema istruzione e formazione – SDG 4 e BES D.2 (% di persone di 18-24 anni con al più la licenza media, che non possiedono... sul tot. delle pers. di 18-24 anni)	Abruz- zo	16,0	15,4	14,8	14,7	16,7	14,3	13,1	12,0	12,2	10,8	9,6	14,2	12,4	7,4	8,8	9,8	8,0	
	Italia	23,1	22,1	20,4	19,5	19,6	19,1	18,6	17,8	17,3	16,8	15	14,7	13,8	14	14,5	13,5	13,1	
Partecipazione alla formazione continua (4 settimane prec.) –SDG 4 e BES D.2 (% pers. 25-64 anni che hanno partec. ad attività di istruz. e formaz. nelle 4 sett. preced. l’intervista)	Abruz- zo	7,6	7,1	7,0	6,4	7,1	5,6	6,2	6,8	7,6	6,4	8,3	7,1	7,4	6,1	6,7	7,2	6,9	
	Italia	6,3	5,8	6,1	6,2	6,3	6,0	6,2	5,7	6,6	6,2	8,1	7,3	8,3	7,9	8,1	8,1	7,2	
Livello di competenze																			
Competenza alfabetica non adeguata – SDG 4 e BES D.2 (% di studenti delle classi II della scuola second. di II grado che non raggiungono un livello suff. di competenza alfabetica)	Abruz- zo															35,6	31,5		
	Italia															33,5	30,4		
Competenza numerica non adeguata – SDG 4 e BES D.2 (% di studenti delle classi II della scuola second. di II grado che non raggiungono un livello suff. di compe-tenza numerica)	Abruz- zo															42,1	37,8		
	Italia															41,6	37,8		
Competenze digitali – SDG 4 e BES D.2 (persone di 16-74 anni che hanno compe-tenze avanzate per tutti e 4 i domini individuati dal “Digital competence fra-mework”)	Abruz- zo												16,3	17,2			21,5		
	Italia												19,3	19,5			22,0		

Istruzione e disabili																		
Alunni con disabilità: scuola dell'infanzia – SDG 4 (alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola dell'infanzia)	Abruz- zo				1,3	1,4	1,2	1,3	1,3	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	2,4	2,6	2,8	
	Italia				1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,9	2,1	2,4	2,5
Alunni con disabilità: scuola primaria – SDG 4 (alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola primaria)	Abruz- zo				2,4	2,5	2,7	2,9	3,1	3,3	3,4	3,5	3,6	3,6	3,6	3,8	4,1	
	Italia				2,5	2,5	2,5	2,6	2,8	2,9	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	3,5	3,8	4,1
Alunni con disabilità: scuola secondaria I grado – SDG 4 (alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola secondaria di primo grado)	Abruz- zo				3,3	3,3	3,5	3,6	3,9	4,1	4,5	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	
	Italia				3,3	3,2	3,2	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,3
Alunni con disabilità: scuola secondaria II grado – SDG 4 (alunni con disabilità, valori per 100 alunni: scuola secondaria di secondo grado)	Abruz- zo				2,0	2,2	2,3	2,4	2,5	2,8	2,9	3,0	3,2	3,4	3,6	3,7	3,7	
	Italia				1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,5	2,6	2,7	2,9
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: primaria – SDG 4 (scuole con alunni con disabilità per presenza postazioni informatiche adattate: primaria, valori %)	Abruz- zo							59,7	60,0	67,2	64,2	71,7	75,1	68,6	70,4	72,4	65,2	76,1
	Italia							63,9	65,3	67,1	68,2	77,1	73,7	72,1	74,1	75,2	74,9	75,1
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria I grado – SDG 4 (scuole con alunni con disabilità per presenza post infor. adattate: secondaria I grado, valori %)	Abruz- zo							64,8	62,6	64,1	70,2	74,3	81,0	72,8	71,6	76,2	74,3	78,7
	Italia							71,7	68,7	72,9	74,4	82,9	78,9	77,0	78,6	80,3	79,9	79,2
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria II grado – SDG 4 (scuole con alunni con disabilità per presenza post infor. adattate: secondaria II grado, valori %)	Abruz- zo															76,0	74,3	86,0
	Italia															70,5	72,2	78,1

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

ALLEGATO I-4 INDICATORI - Mercato del lavoro

MERCATO DEL LAVORO		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Inclusione lavorativa																			
Tasso di occupazione (20-64 anni) – SDG 8 e BES D.3 (percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione di 20-64 anni)	Abruz- zo	60,8	61,4	62,1	62,2	63,1	60,2	59,6	61,0	60,8	59,0	58,0	58,6	59,7	61,0	62,2	62,5	61,7	
	Italia	61,4	61,4	62,4	62,7	62,9	61,6	61,0	61,0	60,9	59,7	59,9	60,5	61,6	62,3	63,0	63,5	62,6	
Percentuale occupati sul totale popolazione – SDG 8 (percentuale occupati sul totale popolazione, %)	Abruz- zo	37,5	37,9	38,3	38,4	39,0	37,1	36,8	37,6	37,7	36,6	35,8	36,1	36,7	37,3	38,1	38,2		
	Italia	39,0	38,8	39,2	39,3	39,3	38,4	37,9	37,9	37,7	36,8	36,9	37,2	37,7	38,2	38,6	39,0		
Tasso di disoccupazione – SDG 8 (rapporto tra i disoccupati 15-64 anni e le corrispondenti forze di lavoro, somma degli occupati e disoccupati)	Abruz- zo	7,7	7,9	6,6	6,2	6,6	8,0	8,7	8,6	10,8	11,3	12,6	12,6	12,1	11,7	10,8	11,2	9,3	
	Italia	8,0	7,7	6,8	6,1	6,7	7,8	8,4	8,4	10,7	12,2	12,7	11,9	11,7	11,2	10,6	10,0	9,2	
Giovani NEET (15-24 anni) – SDG 8 (percentuale di persone di 15-24 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-24 anni)	Abruz- zo	12,5	13,1	12,4	9,2	13,5	14,5	14,8	13,7	18,5	19,2	21,7	23,6	20,4	16,7	16,2	16,3	15,5	
	Italia	16,8	17,1	16,8	16,1	16,6	17,6	19,0	19,7	21,0	22,2	22,1	21,4	19,9	20,1	19,2	18,1	19,0	
Giovani NEET (15-29 anni) – SDG 8 e BES D.2 (percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formaz. sul tot. delle pers. 15-29 anni)	Abruz- zo	15,7	15,8	14,6	13,9	15,8	18,5	18,6	17,7	19,9	22,9	24,2	26,9	24,7	22,0	20,7	22,5	20,7	
	Italia	19,6	20,0	19,2	18,8	19,3	20,5	22,0	22,5	23,8	26,0	26,2	25,7	24,3	24,1	23,4	22,2	23,3	
Mancata partecipazione al lavoro (15-74 anni) – SDG 8 e BES D.3 (Rapporto tra la somma di disoc. e inattivi “disponibili” e la somma di forze lav. e inattivi “disponibili”, pop. 15-74)	Abruz- zo	15,1	14,4	13,0	14,4	14,0	15,3	15,9	15,8	18,3	20,3	22,0	22,3	22,2	21,3	20,0	18,9	18,8	
	Italia	15,5	15,3	14,5	14,9	15,6	16,5	17,5	17,9	20,0	21,7	22,9	22,5	21,6	20,5	19,7	18,9	19,0	
Trasformazioni da lavori instabili a lavori stabili – BES D.3 (% di occupati in lavori instabili al tempo t0 che a un anno di distanza svolgono lav. stabile sul tot. occup. instabili al t. t0)	Abruz- zo										21,0	14,1	12,2	19,9	17,5	13,7	22,1		
	Italia										18,5	16,6	18,4	21,3	15,8	15,0	21,8		
Occupati in lavori a termine – SDG 8 e BES D.3 (% di dipendenti a tempo det. e collabor. che hanno iniziato l’attuale lavoro da almeno 5 anni sul tot. dipen. a tempo det. e collab.)	Abruz- zo	20,1	18,2	18,4	22,0	16,8	19,8	23,1	17,6	17,4	21,2	24,2	20,7	16,3	17,7	19,9	21,1	15,6	
	Italia	21,0	20,7	20,4	19,9	18,4	19,2	19,7	19,3	19,2	20,2	19,7	19,5	18,6	17,8	17,7	17,1	18,2	
Qualità del lavoro																			
Dipendenti con bassa paga – SDG 8 e BES D.3 (percentuale di dipendenti con una retribuzione oraria inferiore a 2/3 di quella mediana sul totale dei dipendenti)	Abruz- zo					10,6	11,6	12,4	13,5	12,5	11,1	9,9	9,3	11,3	12,0	10,7	10,0	10,8	
	Italia					10,2	10,5	11,2	10,5	10,5	10,4	10,5	10,5	10,2	10,1	10,0	9,5	10,1	
Occupati sovra istruiti – BES D.3 (% di occupati che possiedono un titolo di studio superiore a quello maggiormente posseduto per svolgere quella professione sul tot. degli occupati)	Abruz- zo	20,4	21,3	22,6	22,3	23,4	23,3	26,7	27,0	28,5	26,5	26,8	28,6	30,0	30,0	31,6	30,3	31,8	
	Italia	15,5	16,6	17,3	18,0	18,9	19,8	20,9	21,0	21,5	21,9	23,0	23,6	23,8	24,2	24,6	24,9	25,3	
Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente – SDG 8 e BES D.3 (n° di infortuni mortali e con inabilità permanente sul totale occupati (al netto delle forze armate) per 10.000)	Abruz- zo					19,9	20,0	21,1	21,8	20,1	19,7	19,3	18,8	17,1	16,7	17,0			
	Italia					15,4	15,2	15,3	14,3	13,4	13,3	12,8	12,4	12,2	11,9	11,3			
Occupati non regolari – SDG 8 e BES D.3 (percentuale di occupati che non rispettano la normativa vigente in materia lavoristica, fiscale e contributiva sul totale degli occupati)	Abruz- zo	13,4	14,1	13,9	12,7	13,5	14,6	14,9	15,4	15,2	15,9	15,7	16,6	15,9	15,4	14,8			
	Italia	12,4	12,4	12,5	12,3	12,2	12,3	12,2	12,4	12,6	12,8	13,3	13,5	13,1	13,1	12,9			
Soddisfazione per il lavoro svolto – BES D.3 (media della soddisfazione per i seguenti aspetti (punteggio da 0 a 10): guadagno, numero ore lavorate, tipo di orario, relazioni...)	Abruz- zo						7,4				7,3	7,2	7,2	7,2	7,2	7,3	7,4	7,4	
	Italia						7,3				7,2	7,2	7,3	7,3	7,4	7,4	7,5	7,5	

Percezione di insicurezza dell'occupazione - BES D.3 (% di occupati che nei successivi 6 mesi ritengono sia probabile perdere il lavoro attuale e sia poco ... sul tot. degli occupati)	Abruz- zo										16,1	14,4	10,9	8,1	8,4	7,4	6,9	6,9
	Italia										12,6	10,2	8,6	7,4	6,6	6,0	5,7	6,7
Part time involontario - SDG 8 e BES D.3 (% occupati che dichiarano di svolgere un lavoro a tempo parziale perché non ne hanno trovato uno a tempo pieno sul tot. occupati)	Abruz- zo	4,0	5,0	4,0	5,3	6,2	6,1	6,6	7,7	9,8	10,1	11,7	11,9	11,8	10,9	13,1	13,4	13,2
	Italia	4,6	4,9	4,9	5,2	5,8	6,5	7,3	8,2	9,7	11,0	11,7	11,8	11,8	11,4	11,9	12,2	11,9
Occupati che svolgono più di 60 ore settimanali - BES D.3 (% occupati di 15-64 anni che svolgono più di 60 ore sett. di lavoro retribuito e/o familiare sul tot. degli occ. 15-64 anni)	Abruz- zo						49,7					47,1						
	Italia						52,4					49,6						

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

ALLEGATO I-5 INDICATORI - Povertà e città sostenibili

POVERTÀ E CITTÀ SOSTENIBILI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Povertà																			
Reddito disponibile lordo pro capite – SDG 10 e BES D.4 (rapporto tra il reddito disponib. lordo delle famiglie consumatrici e il numero tot. di persone residenti, prezzi correnti).	Abruz- zo	14.203	14.616	15.088	15.630	15.908	15.559	15.352	15.905	15.332	15.422	15.338	15.599	15.675	15.986	16.215	16.525		
	Italia	16.708	17.045	17.589	18.113	18.285	17.760	17.677	18.067	17.485	17.489	17.575	17.824	18.114	18.525	18.897	19.124		
Indice di povertà regionale (popolazione) – QSN (pers. che vivono in fam. al di sotto della soglia di povertà (% su pers. resid.). La soglia fam. di 2 componenti (2015) è di € 1050.95)	Abruz- zo										17,2	14,1	12,5	12,8	17,6	12,0	17,8	15,0	
	Italia	11,3	11,1	10,4	10,5	11,1	10,6	11,2	11,2	12,8	13,0	12,9	13,7	14,0	15,6	15,0	14,7	13,5	
Indice di povertà regionale (famiglie) – QSN (famiglie che vivono al di sotto della soglia di povertà (%). La soglia per una famiglia di 2 componenti è risultata nel 2015 di € 1050.95)	Abruz- zo	17,7	13,8	13,8	16,1	16,3	9,0	15,4	14,5	15,7	15,5	12,7	11,2	9,9	15,6	9,6	15,5	12,0	
	Italia	10,8	10,3	10,0	9,9	9,9	9,6	9,6	9,9	10,8	10,4	10,3	10,4	10,6	12,3	11,8	11,4	10,1	
Rischio di povertà – SDG 1 e BES D.4 (% di persone che vivono in famiglie con un reddito netto equivalente infer. a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60% della mediana ...)	Abruz- zo	16,8	18,0	17,3	20,5	20,0	21,9	20,8	25,8	20,4	18,7	22,0	21,7	20,5	19,8	18,7	19,5		
	Italia	18,9	19,2	19,3	19,5	18,9	18,4	18,7	19,8	19,5	19,3	19,4	19,9	20,6	20,3	20,3	20,1		
Rischio di povertà o di esclusione sociale – SDG 1 (% di pers. in almeno una delle seguenti 3 condizioni: i) famiglie a bassa intensità di lavoro; ii) famiglie a rischio di povertà; iii) ...)	Abruz- zo	21,4	22,6	22,5	25,6	24,5	27,2	27,4	34,3	27,7	26,1	29,5	30,1	31,5	34,8	30,1	25,0		
	Italia	26,2	25,6	25,9	26,0	25,5	24,9	25,0	28,1	29,9	28,5	28,3	28,7	30,0	28,9	27,3	25,6		
Grave deprivazione materiale – SDG 1 e BES D.4 (% di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove elencati ...)	Abruz- zo	2,8	5,0	3,9	5,3	4,9	4,9	5,4	13,2	8,1	8,6	9,5	11,1	15,1	15,6	11,3	6,2		
	Italia	7,0	6,8	6,4	7,0	7,5	7,3	7,4	11,1	14,5	12,3	11,6	11,5	12,1	10,1	8,5	7,4		
Grave deprivazione abitativa – BES D.4 (% di persone che vivono in abitazioni sovraffollate e che presentano almeno uno tra i seguenti 3 prob.: a) strutturali, b) non bagno/doccia ..)	Abruz- zo	6,6	7,5	5,5	4,5	5,3	9,2	8,1	13,4	8,6	7,1	10,5	17,9	12,8	9,9	9,1	11,9		
	Italia	8,8	8,0	8,1	7,5	7,2	7,5	7,0	8,7	8,4	8,8	9,5	9,6	7,6	5,5	5,0	5,0		
Grande difficoltà ad arrivare a fine mese – BES D.4 (quota di persone in fam. che alla dom. "... come riesce la Sua fam. ad arrivare a fine mese?" risp. "Con grande difficoltà")	Abruz- zo	14,3	15,1	13,0	16,0	14,3	17,4	17,6	21,2	18,5	22,6	22,8	21,3	14,6	10,7	7,9	12,8		
	Italia	15,5	15,2	15,3	16,6	18,6	17,0	17,4	17,1	17,3	18,8	17,9	15,4	10,9	8,6	9,7	8,2		
Bassa intensità di lavoro – SDG 1 e BES D.4 (% di pers. che vivono in fam. per le quali il rapporto fra il n° tot. di mesi lavorati dai comp. famiglia e il n° tot. di mesi disp. è < 0,20)	Abruz- zo	8,0	7,0	8,8	10,0	9,5	7,4	10,2	8,7	10,5	9,9	11,6	11,8	9,9	11,4	10,7	6,9		
	Italia	12,3	11,0	11,3	10,2	10,4	9,2	10,6	10,5	10,6	11,3	12,1	11,7	12,8	11,8	11,3	10,0		
Sovraccarico del costo dell'abitazione – SDG 1 e BES D.4 (% di pers. che vivono in famiglie in cui il costo totale dell'abitaz. dove si vive rappres. più del 40% del reddito fam. netto)	Abruz- zo	8,8	9,6	9,5	5,2	5,6	4,4	6,6	11,4	8,9	6,0	7,4	5,9	6,0	8,4	7,0	4,9		
	Italia	12,3	12,7	12,3	7,5	8,3	7,8	7,7	8,7	8,1	8,9	8,5	8,6	9,6	8,2	8,2	8,7		
Benessere soggettivo																			
Soddisfazione per la propria vita – BES D.8 (% di pers. di 14 anni e più che hanno espresso un punteggio di soddisfazione per la vita tra 8 e 10 sul totale delle pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo							41,1	46,3	39,0	37,5	35,4	36,1	43,9	40,7	42,3	47,1	43,0	
	Italia							43,4	45,9	35,3	35,0	35,4	35,1	41,0	39,6	41,4	43,2	44,3	
Soddisfazione per il tempo libero – BES D.8 (% di pers. di 14 anni e più che si dichiarano molto o abbastanza soddisfatte per il tempo libero su totale delle pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo		64,9	65,9	57,8	64,7	63,3	63,9	63,0	65,6	64,6	61,4	65,5	66,1	67,9	66,3	65,0	67,1	
	Italia		63,7	63,1	61,6	62,9	63,9	64,4	64,1	65,8	63,1	64,5	66,4	66,6	65,6	66,2	68,0	69,2	

Giudizio positivo sulle prospettive future – BES D.8 (% di pers. di 14 anni e più che riteng. che la loro situaz. personale migliorerà nei pross. 5 anni sul tot. persone di 14 anni e più)	Abruz- zo										22,9	27,3	25,4	30,8	26,7	29,5	26,8	29,1	27,8		
	Italia											24,6	24,0	27,1	28,1	26,6	27,2	29,0	30,1	28,7	
Giudizio negativo sulle prospettive future – BES D.8 (% di pers. di 14 anni e più che riteng. che la loro situaz. personale peggiorerà nei prossimi 5 anni sul tot. pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo										20,8	23,1	18,3	17,0	15,6	16,6	13,8	10,2	11,9		
	Italia											23,6	23,3	18,0	17,4	15,3	15,4	13,4	12,0	12,7	
Città sostenibili																					
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici – SDG 1 (% famiglie che dichiarano difficoltà di collegamento con mezzi pubblici nella zona in cui risiedono)	Abruz- zo										24,8	22,2	21,7	30,6	24,4	26,9	24,6	26,4	25,7	29,7	26,7
	Italia											29,5	28,6	28,8	31,3	30,7	30,5	32,9	33,3	32,4	33,5
Conferimento dei rifiuti urbani in discarica – SDG 11 e BES 10 (% dei rifiuti urbani conferiti in discarica (compresi i rifiuti urbani in ingresso e uscita da altre regioni) sul tot. rifiuti ...)	Abruz- zo	77,4	74,8	80,7	79,2	79,7	60,5	59,0	37,5	18,8	15,5	13,2	21,4	33,2	41,3	37,6	34,4				
	Italia	59,8	57,4	56,8	55,1	53,0	49,5	46,3	42,1	39,1	36,9	31,5	26,5	24,7	23,4	21,5	20,9				
Persone in abitazioni con problemi strutturali o di umidità – SDG 11 (% di persone che vivono in abitazioni con almeno uno tra i seguenti problemi: a) strutturali b) umidità ...)	Abruz- zo	23,7	25,2	21,8	17,9	16,8	29,4	23,3	31,4	24,5	22,1	24,4	32,8	28,2	18,8	16,3	22,6				
	Italia	23,2	22,6	22,0	21,4	20,6	20,9	20,5	23,4	21,4	22,9	25,0	24,1	21,0	16,1	13,2	14,0				
Persone in abitazioni sovraffollate – SDG 11 (percentuale di persone che vivono in abitazioni sovraffollate)	Abruz- zo	23,0	25,1	22,3	19,0	19,7	18,8	25,4	25,6	25,7	25,9	28,3	36,9	38,0	39,5	37,4	40,9				
	Italia	24,9	24,1	24,6	24,2	24,2	23,3	24,3	24,5	26,1	27,1	27,3	27,9	27,8	27,1	27,8	28,3				
Persone in abitazioni con rumore dai vicini o dalla strada – SDG 11 (percentuale di persone che vivono in abitazioni con problemi di rumori dai vicini o dall'esterno)	Abruz- zo	17,5	18,1	14,3	17,2	13,9	21,5	13,2	15,6	8,2	7,0	7,5	10,9	11,3	7,3	6,3	8,5				
	Italia	26,8	25,4	25,0	25,2	24,3	26,1	22,3	20,8	17,9	18,1	17,6	18,3	16,2	12,5	10,9	11,9				
Incidenza delle aree di verde urbano – SDG 11 (rapporto tra le aree verdi urbane e le aree urbanizzate delle città)	Abruz- zo													6,3	6,3	6,3	6,3	6,3			
	Italia													8,9	8,9	8,9	9,0	9,0			
Persone che hanno subito molestie a sfondo sessuale – SDG 11 (persone di 14-65 anni che hanno subito almeno una molestia a sfondo sessuale negli ultimi 12 mesi)	Abruz- zo														5,6						
	Italia														5,1						

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

ALLEGATO I-6 INDICATORI - Disuguaglianze e parità di genere

DISUGUAGLIANZE E PARITÀ DI GENERE		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disuguaglianze																			
Tasso di variazione reddito delle famiglie più povere – SDG 10 (tasso di variazione del reddito familiare pro capite in termini reali per il 40% della popolazione più povera)	Abruz- zo	-0,10	3,76	-0,85	-0,87	-2,06	-2,61	-6,96	2,65	-4,52	-3,91	0,40	3,84	0,41	2,36	3,24			
	Italia	2,91	-0,48	2,03	2,27	-3,25	0,24	-3,32	-2,42	-5,87	-0,85	-0,96	-0,91	4,77	0,24	1,87			
Tasso di variazione reddito delle famiglie – SDG 10 (tasso di variazione del reddito familiare pro capite in termini reali per il totale della popolazione)	Abruz- zo	0,29	0,15	-0,23	4,54	-6,23	0,51	-9,36	6,17	-6,74	1,80	-3,17	2,81	4,63	1,07	3,03			
	Italia	1,95	-1,06	1,58	0,46	-1,49	0,99	-1,81	-1,53	-4,97	-1,08	-0,57	2,39	2,69	1,64	0,27			
Disuguaglianza del reddito netto (s80/s20) – SDG 10 e BES D.4 (rapporto fra redd. equival. tot. del 20% della pop.con il più alto redd. e quello del 20% della pop. con più basso redd.)	Abruz- zo	4,5	4,0	4,6	4,7	3,9	4,7	4,8	4,6	4,4	5,3	5,0	4,8	5,0	4,6	4,7			
	Italia	5,6	5,4	5,4	5,2	5,3	5,4	5,7	5,6	5,8	5,8	5,8	6,3	5,9	6,1	6,0			
Quota di permessi di lungo periodo – SDG 10 (quota di permessi di lungo periodo sul totale dei permessi validi al 1° gennaio)	Abruz- zo									51,9	55,5	58,8	59,9	61,0	60,3	59,9	60,4	59,9	
	Italia									52,1	54,3	56,3	57,2	59,5	60,7	61,7	62,3	63,1	
Quota di permessi per asilo politico e motivi umanitari – SDG 10 (quota di nuovi permessi rilasciati per asilo e motivi umanitari sul totale dei nuovi permessi rilasciati)	Abruz- zo								1,2	1,5	2,0	25,8	40,8	47,1	45,8	38,9	23,4		
	Italia								11,8	8,7	7,5	19,3	28,2	34,3	38,5	26,8	15,6		
Parità di genere																			
Violenza nella coppia – SDG 5 e BES D.7 (proporzione di donne di 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sess. dal partner o ex-partner nei 5 anni precedenti l'intervista)	Abruz- zo			6,6								7,6							
	Italia			6,6								4,9							
Violenza non domestica sulle donne (fisica e sessuale) – SDG 5 (proporzione di donne 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sess. da un uomo non partner negli ult. 5 anni)	Abruz- zo			8,6								9,7							
	Italia			9,0								7,7							
Donne vittime di violenze segnalate al numero di pubblica utilità contro la violenza e lo stalking 1522 – SDG 5 (valori per 100.000 donne)	Abruz- zo										43,84	28,73	25,17	25,89	25,90	32,51	28,32	43,79	
	Italia										46,08	32,28	25,05	25,32	25,29	30,39	27,50	49,61	
Centri anti violenza e case rifugio – SDG 5 (centri anti violenza e case rifugio per 100.000 donne di 14 anni e più)	Abruz- zo														2,00	2,00	3,04*		
	Italia														1,69	1,75	1,98*		
Tasso di abortività volontaria delle donne 15-49 anni – SDG 5 (interruzioni volontarie della gravidanza effettuate da donne residenti 15-49 anni su pop. femminile 15-49 anni resid.)	Abruz- zo		8,7	8,4	7,8	8,9	8,1	7,7	7,8	8,1	6,4	7,0	6,3	6,3	5,9	5,6	5,7		
	Italia		8,9	8,8	8,6	8,3	8,0	7,9	7,8	7,6	7,3	6,9	6,4	6,3	6,0	5,8	5,8		
Tasso di occupazione (20-64 anni) femminile – BES D.3 (percentuale di occupati di 20-64 anni femmine sulla popolazione di 20-64 anni femmine)	Abruz- zo	47,6	47,7	48,6	47,6	49,8	46,7	47,3	48,7	48,3	47,8	46,6	46,2	47,6	48,3	48,9	50,3	49,7	
	Italia	48,5	48,5	49,6	49,9	50,6	49,7	49,5	49,9	50,5	49,9	50,3	50,6	51,6	52,5	53,1	53,8	52,7	
Tasso di occupazione: differenza tra maschi e femmine – BES D.3 (differenza tra il tasso di occupazione maschile 20-64 anni e quello femminile 20-64 anni)	Abruz- zo	26,5	27,5	27,1	29,3	26,8	27,1	24,8	24,9	25,3	22,7	23,0	24,9	24,4	25,5	26,8	24,5	24,0	
	Italia	26,1	26,1	25,8	25,8	24,7	24,0	23,2	22,6	21,0	19,8	19,4	20,0	20,1	19,8	19,8	19,6	19,9	

Occupazione donne con figli in età prescolare – SDG 5 e BES D.3 (tasso di occup. donne 25-49 anni con almeno un figlio 0-5 anni su tasso di occup. donne 25-49 senza figli per 100)	Abruz- zo	74,3	77,9	76,9	76,8	83,9	80,2	71,7	77,6	81,9	93,0	90,7	95,4	74,0	81,9	78,6	86,2	85,5
	Italia	69,5	69,7	70,6	70,9	72,4	73,3	71,7	72,4	75,1	75,4	77,5	77,8	76,0	75,5	73,8	74,3	73,4
Donne che svolgono più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare sul totale degli occupati di 15-64 anni – BES D.3	Abruz- zo						56,1					47,8						
	Italia						58,2					54,0						
Quota di tempo dedicato al lavoro non retribuito, domestico e di cura, sulle 24 ore di un giorno medio settimanale – SDG 5	Abruz- zo						12,8					14,6						
	Italia						13,5					13,5						
Donne e rappresentanza politica in Parlamento – SDG 5 e BES D.6 (percentuale di donne elette al Senato della Repubblica e alla Camera dei Deputati sul totale degli eletti).	Abruz- zo					19,0						28,6				23,8		
	Italia					20,3						30,7				35,4		
Donne e rappresentanza politica a livello locale – SDG 5 e BES D.6 (percentuale di donne elette nei Consigli Regionali sul totale degli eletti)	Abruz- zo									11,1	11,1	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	16,1	16,1
	Italia									12,9	15,1	16,0	18,2	18,2	18,6	20,3	21,1	22,0
Utilizzo di internet: differenza tra maschi e femmine – SDG 5 (differ. maschi-femmine nella quota di pers. 16-74 anni che hanno usato internet negli ult. 3 mesi almeno 1 volta a sett.)	Abruz- zo							12,1								4,5	5,2	
	Italia							11,9								5,6	4,7	

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

* Dato provvisorio

ALLEGATO I-7 INDICATORI - Sicurezza, giustizia e istituzioni solide

SICUREZZA, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI SOLIDE		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Criminalità																			
Omicidi – SDG 16 e BES D.7 (omicidi per 100.000 abitanti)	Abruz- zo	0,4	0,8	0,5	0,7	0,2	0,5	0,6	1,2	0,8	0,8	0,3	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5		
	Italia	1,2	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5		
Omicidi volontari – SDG 16 (omicidi volontari consumati per 100.000 abitanti)	Abruz- zo								1,2	0,8	0,8	0,3	0,5	0,5	0,8	0,5	0,5		
	Italia								0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5		
Furti in abitazione – BES D.7 (vittime di furti in abitazione per 1.000 famiglie)	Abruz- zo	8,1	6,3	8,7	9,6	6,8	6,5	9,5	11,2	11,6	12,5	13,6	13,9	11,6	9,5	9,1	8,8	5,3*	
	Italia	7,8	8,5	10,1	11,8	10,5	10,2	11,1	13,6	15,2	16,0	16,3	15,0	13,6	12,4	11,9	10,3	6,6*	
Borseggi – BES D.7 (vittime di borseggi per 1.000 abitanti)	Abruz- zo	1,5	1,9	2,2	2,6	2,4	2,1	2,0	2,1	2,4	2,7	3,1	2,9	2,6	2,4	2,1	1,8	0,9*	
	Italia	4,1	5,0	6,3	6,5	5,0	4,5	4,5	5,3	5,7	6,4	6,9	6,6	6,2	6,1	5,7	5,1	2,7*	
Rapine – BES D.7 (vittime di rapine per 1.000 abitanti)	Abruz- zo	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4*	
	Italia	1,4	1,3	1,4	1,5	1,3	0,8	0,9	1,1	1,7	1,8	1,6	1,4	1,4	1,3	1,2	1,0	0,8*	
Corruzione – SDG 16 (% famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi – almeno 1 caso negli ult. 12 mesi)	Abruz- zo													1,6					
	Italia													1,2					
Violenza fisica sulle donne – BES D.7 (% di donne di 16-70 anni che hanno subito violenza fisica negli ultimi 5 anni precedenti l'intervista sul totale delle donne di 16-70 anni)	Abruz- zo			7,5								9,3							
	Italia			7,7								7,0							
Violenza sessuale sulle donne – BES D.7 (% di donne 16-70 anni che hanno subito violenza sessuale, inclusa molestia fisica sessuale, nei 5 anni preced. sul totale donne di 16-70 anni)	Abruz- zo			9,6								9,1							
	Italia			8,9								6,4							
Violenza nella coppia – SDG 5 e BES D.7 (% di donne 16-70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale dal partner nei 5 anni precedenti sul totale di donne di 16-70 con partner)	Abruz- zo			6,6								7,6							
	Italia			6,6								4,9							
Criminalità percepita																			
Preoccupazione di subire una violenza sessuale – BES D.7 (% di persone di 14 anni e più molto o abbastanza preoccupate, per sé stessi o per familiari, di subire violenza sessuale)	Abruz- zo						39,7							28,5					
	Italia						42,7							28,7					
Sicurezza camminando da soli al buio – SDG 16 e BES D.7 (% di persone di 14 anni e più che si sentono sicure camminando al buio da sole sul totale delle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo							66,5	64,8	59,6	58,4	55,6	51,5	50,3	48,5	54,9	59,9	63,6	
	Italia							57,8	59,6	55,5	54,0	56,2	49,0	49,6	50,2	55,2	57,7	61,4	
Paura di stare per subire un reato – BES D.7 (percentuale di persone di 14 anni e più che hanno avuto paura di stare per subire un reato negli ultimi 3 mesi)	Abruz- zo						5,2							4,9					
	Italia						5,5							6,4					

Presenza di elementi di degrado nella propria zona - BES D.7 (percentuale di persone di 14 anni e più che vedono spesso elementi di degrado sociale e amb. nella zona in cui si vive)	Abruz- zo						8,3	7,0	6,6	7,0	6,0	10,6			10,2	7,9	6,3	6,6
	Italia						9,5	9,0	8,1	9,2	9,9	9,7			11,4	9,6	8,3	7,3
Percezione del rischio di criminalità - BES D.7 (percentuale di famiglie che dichiarano molto o abbastanza rischio di criminalità nella zona in cui vivono sul totale delle famiglie)	Abruz- zo		13,1	17,0	23,8	28,6	22,6	22,0	17,6	17,0	25,4	27,1	32,4	32,7	25,8	23,9	21,6	18,7
	Italia		29,2	31,9	34,6	36,9	29,7	27,1	26,6	26,4	31,0	30,0	41,1	38,9	31,9	28,6	25,6	22,7
Giustizia																		
Detenuti adulti in attesa di primo giudizio - SDG 16 (% di detenuti adulti in attesa di primo giudizio sul tot. detenuti adulti. I dati si riferiscono a Istituti di prevenz. e pena per adulti)	Abruz- zo							13,5	10,9	10,8	10,9	9,2	8,7	9,5	9,2	10,5	9,4	9,6
	Italia							20,9	20,5	19,1	17,8	17,9	16,4	17,1	16,8	16,5	16,0	16,3
Durata dei procedimenti civili - SDG 16 e BES D.6 (durata media effettiva in giorni dei procedimenti definiti presso i tribunali ordinari)	Abruz- zo									449	443	449	448	404	343	327	341	365
	Italia									482	480	505	494	474	445	429	421	419
Affollamento degli istituti di pena - SDG 16 e BES D.6 (percentuale di detenuti presenti in istituti di detenzione sul totale dei posti disponibili definiti dalla capienza regolamentare)	Abruz- zo	117,6	122,8	70,9	n.d.	113,8	135,1	130,4	131,0	125,3	126,1	121,0	107,0	109,3	115,0	120,3	125,4	100,1
	Italia	132,0	138,6	91,1	112,8	135,0	147,0	151,0	146,4	139,7	131,1	108,0	105,2	108,8	114,1	117,9	119,9	105,5
Fiducia nel sistema giudiziario - SDG 16 e BES D.6 (punteggio medio di fiducia nel Sistema giudiziario (in una scala da 0 a 10) espresso dalle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo								4,0	4,5	4,4	4,2	3,9	4,0	3,9	4,3	4,7	4,8
	Italia								4,6	4,4	4,3	4,2	4,0	4,3	4,2	4,4	4,7	4,8
Fiducia nelle Forze dell'ordine e nei Vigili del fuoco - SDG 16 e BES D.6 (punteggio medio di fiducia nelle Forze dell'ordine e nei Vigili del fuoco (in una scala da 0 a 10) espresso ...)	Abruz- zo									7,5	7,2	7,0	6,9	7,1	7,5	7,3	7,5	7,7
	Italia									7,3	7,2	7,0	7,0	7,2	7,3	7,3	7,5	7,5
Istituzioni solide																		
Partecipazione elettorale - BES D.6 (percentuale di persone che hanno votato alle ultime elezioni del Parlamento europeo sul totale degli aventi diritto)	Abruz- zo	74,6					62,0					64,1					52,6	
	Italia	73,1					66,5					58,7					56,1	
Fiducia nel Parlamento italiano - BES D.6 (punteggio medio di fiducia nel Parlamento italiano (in una scala da 0 a 10) espresso dalle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo								3,2	3,9	3,6	3,4	3,3	3,6	3,3	3,6	4,7	4,7
	Italia								3,4	3,6	3,3	3,5	3,4	3,7	3,4	3,8	4,5	4,5
Fiducia nei partiti - BES D.6 (punteggio medio di fiducia nei partiti (in una scala da 0 a 10) espresso dalle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo								2,4	2,5	2,3	2,3	2,1	2,3	2,2	2,6	3,3	3,3
	Italia								2,6	2,3	2,2	2,4	2,3	2,5	2,4	2,7	3,2	3,3

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

*Dato provvisorio

ALLEGATO I-8 INDICATORI - Relazioni sociali e partecipazione culturale

RELAZIONI SOCIALI E QUALITÀ DEI SERVIZI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Relazioni sociali																			
Soddisfazione per le relazioni familiari – BES D.5 (percentuale di persone di 14 anni e più che sono molto soddisfatte delle relazioni familiari sul totale delle pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo		36,2	26,4	30,5	30,0	31,6	29,3	32,0	34,6	35,7	32,1	35,5	32,6	33,9	35,7	30,4	31,1	
	Italia		34,2	33,7	34,8	36,1	35,6	35,7	34,7	36,9	33,4	33,7	34,6	33,2	33,0	33,2	33,4	32,9	
Soddisfazione per le relazioni amicali – BES D.5 (percentuale di persone di 14 anni e più che sono molto soddisfatte delle relazioni con amici sul totale delle pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo		23,4	19,0	19,6	21,6	21,7	21,0	21,2	24,0	24,4	23,5	26,0	23,5	23,8	23,3	22,2	21,3	
	Italia		24,8	23,4	23,8	25,8	25,5	25,4	24,4	26,7	23,7	23,7	24,8	23,6	23,1	23,2	23,0	22,4	
Persone su cui contare – BES D.5 (percentuale persone di 14 anni e più che hanno pa- renti, amici o vicini su cui contare (oltre ai genitori, figli, fratelli...) sul tot. pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo						68,0				78,7	77,7	83,8	81,4	78,6	81,8	80,2	82,7	
	Italia						75,9				80,9	81,8	81,6	81,7	80,4	80,8	81,5	81,3	
Partecipazione sociale – BES D.5 (persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto almeno un'attività di partecipazione sociale su totale delle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo		27,3	22,7	24,3	21,2	24,4	24,9	25,8	20,4	22,8	22,4	23,6	25,7	22,9	22,4	24,6	20,6	
	Italia		25,7	24,8	25,5	24,8	25,9	26,9	25,5	23,6	22,6	23,2	24,1	24,1	22,8	23,9	22,7	21,6	
Partecipazione civica e politica – BES D.5 (% di persone di 14 anni e più che svolgono almeno un'attività di partecipazione civica e politica sul totale delle pers. di 14 anni e più)	Abruz- zo								63,8	66,6	67,0	63,1	64,5	63,2	61,7	59,6	56,6	62,2	
	Italia								67,4	67,1	68,7	67,0	66,4	63,1	59,4	58,8	57,9	61,7	
Attività di volontariato – BES D.5 (persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività gratuita per associaz. o gruppi di volontar. sul tot. persone di 14 anni e più)	Abruz- zo		7,2	5,1	6,2	6,7	6,2	6,5	9,4	5,9	7,2	8,6	8,3	7,6	7,5	6,6	8,3	7,7	
	Italia		8,9	8,8	9,2	9,0	9,2	10,0	10,0	9,7	9,5	10,1	10,6	10,7	10,4	10,5	9,8	9,2	
Finanziamento delle associazioni – BES D.5 (persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno finanziato associazioni sul totale delle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo		15,6	11,2	12,6	10,1	10,5	14,2	13,8	9,7	9,7	12,5	12,8	12,4	10,8	10,9	11,3	10,7	
	Italia		18,1	17,1	16,7	15,8	16,7	17,6	16,8	14,8	12,9	14,5	14,9	14,8	14,3	14,5	13,4	14,3	
Presenza di organizzazioni non profit – BES D.5 (quota di organizzazioni non profit per 10.000 abitanti)	Abruz- zo								55,5				59,1	59,4	61,2	63,2			
	Italia								50,7				55,4	56,7	57,9	60,1			
Fiducia generalizzata – BES D.5 (percentuale di persone di 14 anni e più che ritengono che gran parte della gente sia degna di fiducia sul totale delle persone di 14 anni e più)	Abruz- zo							20,0	19,3	19,5	18,1	22,2	18,8	17,1	16,8	18,1	23,0	24,4	
	Abruz- zo							21,7	21,0	19,9	20,9	23,2	19,9	19,7	19,8	21,0	23,9	23,2	
Partecipazione culturale																			
Spesa corrente dei Comuni per la cultura – BES D.9 (pagamenti in conto competenza per la tutela e la valorizzazione di beni e attività culturali, in euro pro capite)	Abruz- zo							12,1	10,6	10,2	10,0	9,1	9,0	9,1	8,2	9,0	9,6*		
	Italia							22	20,8	19,6	18,9	18,9	19,4	18,9	19	19,6	19,9*		
Densità e rilevanza del patrimonio museale – BES D.9 (n° di strutture espositive per- man. per 100 km² (musei, aree archeo. e monumenti aperti al pubblico) ponder. per il n° visitat.)	Abruz- zo												0,22		0,13	0,11	0,14		
	Italia												1,65		1,62	1,62	1,62		
Partecipazione culturale fuori casa – BES D.2 (% persone 6 anni e più che hanno pra- ticato 2 o più attività culturali nei 12 mesi precedenti l'intervista su tot. persone di 6 anni e più)	Abruz- zo		33,8	30,6	30,7	31,7	30,4	36,4	33,9	28,2	27,3	26,4	27,6	28,4	29,2	27,9	31,8	26,4	
	Italia		33,7	33,2	33,1	33,7	34,4	36,2	35,8	32,6	30,6	31,6	33,4	34,5	33,4	34,7	35,1	29,8	

Lettura di libri e quotidiani – BES D.2 (% di persone di 6 anni e più che hanno letto almeno quattro libri l'anno per motivi non strettamente scolastici o... sul tot. pers. di 6 anni e più)	Abruz- zo		34,8	33,2	34,1	35,5	38,8	36,2	37,1	38,4	32,4	31,4	29,9	36,8	31,8	31,7	35,5	33,8
	Italia		43,4	43,9	44,0	43,2	44,2	44,4	42,8	41,4	38,7	37,9	38,2	40,7	38,0	38,9	38,0	38,2
Fruizione delle biblioteche – BES D.2 (% persone di 3 anni e più che sono andate in bibliot. almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista sul tot. delle persone di 3 anni e più)	Abruz- zo																10,5	7,6
	Italia																15,3	12,4
Partecipazione culturale – BES D.2 (percentuale di persone di 6 anni e più che, nei 12 mesi precedenti l'intervista, hanno svolto tre o più attività sul totale delle pers. di 6 anni e più)	Abruz- zo			24,0	25,0	26,3	25,6	29,0	28,6	24,6	21,5	21,9	21,9	23,0	22,0	20,7	24,7	
	Italia			29,2	29,2	29,6	30,3	31,5	31,1	28,1	26,0	26,7	27,9	28,8	27,1	27,9	28,2	

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

*Dato provvisorio

ALLEGATO I-9 INDICATORI - Qualità dei servizi

QUALITÀ DEI SERVIZI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Servizi socioassistenziali e sanitari																			
Servizi comunali per l'infanzia – BES D.12 (percentuale di bambini di 0-2 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia – asili nido, sezioni primavera, servizi integrativi)	Abruz- zo	6,7	7,2	7,2	8,6	9,8	10,0	9,6	9,9	9,8	10,1	10,1	9,0	8,4	8,4	8,8			
	Italia	11,4	11,2	11,7	12,0	12,7	13,6	14,0	13,9	13,0	12,9	12,6	12,6	13,0	13,5	14,1			
Posti letto presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari – SDG 3 e BES D.12 (posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 10.000 abitanti)	Abruz- zo						75,7	55,0	52,8	47,8	38,5	40,2	40,5	49,1	48,4	42,0			
	Italia						71,1	70,1	65,1	62,5	63,3	65,7	64,4	68,2	68,2	69,6			
Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata – BES D.12 (percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata su totale della popolaz. anziana, 65 anni e più)	Abruz- zo	3,7	1,8	3,5	3,7	4,3	4,8	5,0	4,7	4,9			3,7	3,6	3,1	3,5	3,8		
	Italia	2,8	2,9	3,0	3,3	3,4	3,7	4,1	4,1	4,3			2,2	2,4	2,6	2,7	2,7		
Posti letto per specialità a elevata assistenza – BES D.12 (posti letto nelle specialità a elevata assistenza in degenza ordinaria in istituti di cura pub. e privati per 10.000 abitanti)	Abruz- zo	3,1	4,1	4,2	4,3	3,8	3,5	3,5	3,6	3,4	3,3	2,9	3,0	2,9	3,0	3,0	3,0		
	Italia	3,9	3,9	3,9	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	
Emigrazione ospedaliera in altra regione – BES D.12 (rapporto % tra dimissioni ospedal. effettuate in regioni diverse da quella di residenza e totale dimis. dei residenti in regione)	Abruz- zo	9,7	10,2	10,7	12,1	14,2	15,7	16,6	16,5	15,8	15,8	15,9	15,9	16,0	15,7	16,3	16,6		
	Italia	7,2	7,3	7,3	7,5	7,4	7,3	7,4	7,6	7,5	7,6	7,8	8,0	8,3	8,3	8,4	8,3		
Rinuncia a prestazioni sanitarie – BES D.12 (percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno rinunciato a qualche visita specialistica o a esame pur avendone bisogno)	Abruz- zo														9,7	11,2	9,9	12,1	
	Italia														8,1	7,2	6,3	9,6	
Medici generici con un numero di assistiti oltre soglia – BES D.12 (percentuale di medici di medicina generale con un numero di pazienti oltre la soglia max di 1500 assistiti)	Abruz- zo	12,4	13,8	15,8	16,1	15,7	17,0	17,4	18,8	18,8	18,6	17,5	17,7	19,0	19,0	19,7			
	Italia	15,8	15,9	17,5	20,0	21,4	23,7	25,1	25,8	27,3	28,3	28,0	28,8	30,5	31,6	34,0			
Medici – SDG 3 e BES D.12 (medici praticanti per 1.000 abitanti)	Abruz- zo									4,1	4,1	4,1	4,1	4,2	4,3	4,3	4,4	4,2*	
	Italia									3,9	3,9	3,9	3,8	4,0	4,0	4,0	4,1	4,0*	
Infermieri e ostetriche – SDG 3 e BES D.12 (infermieri e ostetriche praticanti per 1.000 abitanti)	Abruz- zo										5,9	6,3	6,5	6,6	6,7	6,6	6,8		
	Italia										5,3	5,5	5,7	5,8	6,1	6,0	6,2		
Servizi di pubblica utilità																			
Difficoltà di accesso ad alcuni servizi essenziali – BES D.12 (% famiglie che dichiarano molta difficoltà a raggiungere 3 o più servizi essenziali – farmacie, pronto soccorso, uff. postale ...)	Abruz- zo			6,6	6,7	7,6	6,6	7,6	6,5	7,1	6,1	7,0	6,3	7,0	6,6	6,9	6,1		
	Italia			7,8	7,8	7,8	7,6	7,2	7,0	6,7	6,8	7,0	7,4	7,6	7,3	6,9	6,2		
Irregolarità nella distribuzione dell'acqua – SDG 1 e BES D.12 (percentuale di famiglie che denunciano irregolarità nell'erogazione dell'acqua sul totale delle famiglie)	Abruz- zo			16,0	16,8	18,5	18,4	17,3	15,7	11,9	13,8	15,0	14,2	17,9	16,9	16,2	12,0	16,9	
	Italia			13,7	13,0	12,2	11,4	10,8	9,4	8,9	10,0	8,7	9,2	9,4	10,1	10,4	8,6	8,9	
Irregolarità del servizio elettrico – BES D.12 (numero medio per utente delle interruzioni accidentali lunghe (interruzioni senza preavviso superiori a 3 min.) del servizio elettrico)	Abruz- zo	2,3	3,3	2,4	2,1	2,1	2,5	2,2	2,9	2,6	2,9	2,1	3,7	2,3	4,1	2,1	2,3		
	Italia	2,5	2,4	2,4	2,1	2,4	2,4	2,3	2,0	2,3	2,2	2,0	2,4	1,8	2,1	2,2	2,4		

Servizio di raccolta differenziata dei rifiuti urbani – BES D.12 (percentuale di popolazione residente nei comuni con raccolta differenziata superiore e uguale al 65%)	Abruz- zo								6,7	7,3	17,8	20,7	28,6	37,3	42,2	50,1	60,9	
	Italia								12,2	15,2	17,7	20,9	24,2	34,9	39,9	44,5	51,9	
Copertura della rete fissa di accesso ultraveloce a Internet – BES D.12 (% famiglie che risiedono in zona servita da una connes. di nuova generaz. ad altissima capacità VHCN)	Abruz- zo															11,3	16,4	
	Italia															23,9	30,0	
Servizi di trasporto																		
Posti-km offerti dal trasporto pubblico locale – BES D.12 (prodotto del numero di km percorsi nell'anno da veicoli del Tpl per la loro capacità media, rapportato a pop. resid.)	Abruz- zo	2.193	2.134	2.195	2.193	2.143	2.199	2.406	2.391	2.406	2.317	2.195	2.180	2.195	2.216	2.351	2.502	
	Italia	4.794	4.835	4.855	4.912	4.994	5.007	4.985	4.794	4.775	4.582	4.504	4.621	4.622	4.560	4.553	4.624	
Soddisfazione per i servizi di mobilità – BES D.12 (percentuale utenti di 14 anni e più che hanno espresso voto uguale o superiore a 8 per tutti i mezzi di trasporto che utilizzano)	Abruz- zo		29,1	18,0	19,1	19,0	17,7	19,2	19,1	20,4	19,0	21,4	18,2	23,5	23,9	19,5	21,6	25,9
	Italia		15,6	13,8	15,3	13,9	16,6	16,0	15,7	16,3	15,3	15,9	14,2	17,8	16,4	17,8	19,5	19,6
Utenti assidui dei mezzi pubblici – BES D.12 (percentuale di persone di 14 anni e più che utilizzano più volte a settimana i mezzi di trasporto pubblici – autobus, filobus, ...)	Abruz- zo		12,1	12,2	12,2	10,8	11,8	13,2	12,8	12,0	12,1	11,2	11,2	12,6	12,5	8,9	11,6	9,9
	Italia		16,0	16,2	16,2	16,3	16,2	16,3	16,3	15,7	16,1	15,7	16,1	15,2	15,2	15,6	15,1	12,5

Fonte: Istat - Banca dati BES (Benessere Equo e Sostenibile) e SDGs (Sustainable Development Goals)

*Dato provvisorio

ALLEGATO I-10.1 INDICATORI - Categorie fragili: FAMIGLIA E MINORI

CATEGORIE FRAGILI - INFANTI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Mortalità e controlli parto																			
Tasso mortalità neonatale (28 gg. dalla nascita) per 1.000 nati vivi - SDG 3	Abruz- zo	3,87	2,68	2,98	3,24	4,00	2,63	3,32	2,29	3,22	2,22	1,61	2,15	1,59	1,89	2,46			
	Italia	2,69	2,63	2,48	2,34	2,37	2,49	2,28	2,21	2,16	2,17	2,00	2,00	2,00	1,96	1,92			
Tasso mortalità infantile (1° anno di vita) per 1.000 nati vivi - BES D.1	Abruz- zo	4,7	3,4	3,9	4,5	5,1	3,9	4,5	3,1	4,0	2,9	2,2	3,3	2,5	2,4	3,0			
	Italia	3,7	3,6	3,4	3,3	3,3	3,4	3,2	3,1	3,0	3,0	2,8	2,9	2,8	2,8	2,9			
Probabilità di morte sotto i 5 anni per 1.000 - SDG 3	Abruz- zo							4,98	4,52	4,41	3,95	3,45	3,22	3,10	3,40	3,18	3,64	3,76*	
	Italia							3,81	3,75	3,63	3,69	3,60	3,57	3,54	3,45	3,47	3,34	3,30*	
Parti con più di 4 visite di controllo - SDG 3 (percentuale dei parti con più di 4 visite di controllo effettuate in gravidanza)	Abruz- zo											76,5	76,9	92,4	93,2	92,5	92,5		
	Italia											86,5	87,3	87,3	85,3	86,5	88,1		
Ragazze madri																			
Ragazze madri (10-14 anni) - SDG 3 (quoziente di fecondità per 1.000 donne tra 10 e 14 anni)	Abruz- zo							0,00	0,18	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Italia							0,01	0,10	0,06	0,05	0,04	0,05	0,04	0,02	0,03	0,02		
Ragazze madri (15-19 anni) - SDG 3 (quoziente di fecondità per 1.000 donne tra 15 e 19 anni)	Abruz- zo							24,9	25,4	23,4	22,1	23,5	19,1	20,0	17,6	15,2	13,1		
	Italia							32,6	31,5	31,0	29,0	28,1	25,7	24,2	21,7	20,5	18,3		
Servizi socioeducativi e scolastici																			
Comuni che offrono servizi socioeducativi (Comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi) sul tot. dei Comuni della regione, %)	Abruz- zo	23,6	26,2	26,9	32,5	52,1	67,5	60,3	56,4	60,0	61,3	61,6	52,5	44,9	41,6	56,1			
	Italia	39,2	41,4	43,4	48,5	50,3	55,4	54,4	54,1	55,7	56,5	54,9	56,4	58,1	58,3	59,6			
Posti autorizzati - Totale servizi socioeducativi - SDG 4 (posti autorizzati nei servizi socio educativi (asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia) per 100 bambini di 0-2 anni)	Abruz- zo										19,4	20,2	19,3	20,9	21,6	23,0	23,9		
	Italia										22,5	22,8	23,0	24,0	24,7	25,5	26,9		
Presenza in carico utenti (0-2 anni) - totale servizi socioeducativi (bambini da zero fino a compim. 3 anni che hanno usufr. serv. per l'infanzia (asilo nido ...) sul tot. pop. 0-2 anni, %)	Abruz- zo	6,8	7,2	7,2	8,7	9,9	10,2	9,8	9,9	9,8	10,1	10,1	9,0	8,4	8,4	8,8			
	Italia	11,6	11,2	11,7	12,1	12,8	13,7	14,2	13,9	13,0	12,9	12,6	12,6	13,0	13,5	14,1			
Spesa media per utente pagata dai Comuni - totale servizi socioeducativi (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi)	Abruz- zo													5.590	5.120	5.112			
	Italia													6.236	6.037	6.131			
Spesa media per utente pagata dagli utenti - totale servizi socioeducativi (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi)	Abruz- zo													1.167	1.193	1.147			
	Italia													1.487	1.474	1.487			
Percentuale di spesa pagata dagli utenti sul totale della spesa - totale servizi socioeducativi (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi)	Abruz- zo													17,3	18,9	18,3			
	Italia													19,3	19,6	19,5			

Bambini di 0-2 anni iscritti al nido – BES D.2 (bambini di 0-2 anni iscritti al nido per 100 bambini di 0-2 anni)	Abruz- zo				11,7	10,8	13,4	10,4	10,8	9,8	15,1	22,2	26,4	22,1	20,2	20,0	22,8	19,4	
	Italia				15,4	15,9	15,7	15,4	16,5	17,2	17,7	18,3	19,6	20,8	21,8	23,9	26,3	28,0	
Beneficiari del “Bonus asilo nido” su 100 bambini di 2 anni	Abruz- zo																11,0	26,2	
	Italia																8,8	21,5	
Partecipazione alla scuola dell’infanzia – BES D.2 (percentuale di bambini di 4-5 anni che freq. la scuola dell’infanzia o il primo anno di scuola primaria sul tot. dei bamb. di 4-5 anni)	Abruz- zo											99,6	99,9	98,9	99,3	98,0	97,9	98,0	
	Italia											97,9	97,4	97,2	97,3	96,1	95,8	96,0	
Bambini anticipatori nella scuola dell’infanzia su 100 bambini di 0-2 anni	Abruz- zo																	22,5	
	Italia																	14,8	

Servizi socioassistenziali e residenziali

Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali – famiglia e minori (val. per famiglia, €) (rapporto tra spesa dei Comuni e pop. di riferim. del servizio – fam. con almeno 1 minore)	Abruz- zo								63	63	111	118	69	111	116	116			
	Italia								117	113	169	167	114	171	176	184			
Assistenza domiciliare socioassistenziale – famiglie e minori trattati (n° utenti su totale popolazione di riferimento (famiglie con almeno un minore), valori %)	Abruz- zo								0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2			
	Italia								0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
Assistenza domiciliare socioassistenziale – Comuni che erogano il servizio (Comuni che svolgono assist. domic. socioassistenz. per famiglia e minori sul tot. dei Comuni, valori %)	Abruz- zo								72,8	73,1	64,9	57,0	62,6	57,7	58,4	59,0			
	Italia								51,6	51,6	47,2	44,6	44,7	46,7	46,4	47,7			
Posti letto per minori nei presidi residenziali (posti letto per minori (fino a 17 anni) nei presidi residenziali socioassistenz. e sociosanitari, valori per 100.000 residenti 0-17 anni)	Abruz- zo						119,5	88,1	100,5	69,5	39,7	65,7	53,5	70,0	92,5	95,1			
	Italia						256,3	240,3	185,8	160	185,6	188,5	190,9	214,2	235,3	233,7			
Ospiti minori dei presidi residenziali (ospiti minori (fino a 17 anni) dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, valori per 100.000 residenti 0-17 anni)	Abruz- zo						126,8	91,8	108,0	120,5	86,3	73,7	55,1	62,6	74,7	70,8			
	Italia						220,8	188,9	175,4	158,6	173,1	197,7	210,7	209,1	207,6	211,6			

Fonte: Istat

*Dato provvisorio

ALLEGATO I-10.2 INDICATORI - Categorie fragili: GIOVANI

CATEGORIE FRAGILI - GIOVANI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Istruzione e formazione																			
Uscita precoce dal sistema istruzione e formazione – SDG 4 e BES D.2 (% di pers. di 18-24 anni con al più la licenza media, che non possiedono ... sul tot. di persone di 18-24 anni)	Abruz- zo	16,0	15,4	14,8	14,7	16,7	14,3	13,1	12,0	12,2	10,8	9,6	14,2	12,4	7,4	8,8	9,8	8,0	
	Italia	23,1	22,1	20,4	19,5	19,6	19,1	18,6	17,8	17,3	16,8	15,0	14,7	13,8	14,0	14,5	13,5	13,1	
Giovani NEET (15-24 anni) – SDG 8 (percentuale di persone di 15-24 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formazione sul totale delle persone di 15-29 anni)	Abruz- zo	12,5	13,1	12,4	9,2	13,5	14,5	14,8	13,7	18,5	19,2	21,7	23,6	20,4	16,7	16,2	16,3	15,5	
	Italia	16,8	17,1	16,8	16,1	16,6	17,6	19,0	19,7	21,0	22,2	22,1	21,4	19,9	20,1	19,2	18,1	19,0	
Giovani NEET (15-29 anni) – SDG 8 e BES D.2 (percentuale di persone di 15-29 anni né occupate né inserite in un percorso di istruzione o formaz. sul tot. delle pers. 15-29 anni)	Abruz- zo	15,7	15,8	14,6	13,9	15,8	18,5	18,6	17,7	19,9	22,9	24,2	26,9	24,7	22,0	20,7	22,5	20,7	
	Italia	19,6	20,0	19,2	18,8	19,3	20,5	22,0	22,5	23,8	26,0	26,2	25,7	24,3	24,1	23,4	22,2	23,3	
Tasso di partecipazione nell'istruzione secondaria superiore (totale iscritti alle scuole sec. superiori sulla pop. resid. nella classe di età 14-18 anni (%), può assumere valori > a 100)	Abruz- zo	99,7	98,6	98,2	98,8	100,1	100,4	99,5	101,2	99,3	97,8	98,6	97,6	97,1	96,9				
	Italia	93,0	92,8	93,0	94,3	95,1	95,1	94,5	95,0	94,7	94,3	93,8	92,8	92,7	92,7				
Tasso di scolarizzazione superiore – 20-24 anni (% della popolazione in età 20-24 anni che ha conseguito almeno il diploma di scuola secondaria superiore, media annua)	Abruz- zo	80,8	78,5	79,2	81,2	78,7	80,6	81,6	85,3	84,9	86,2	85,3	83,9	82,4	88,0	87,4	87,1	88,8	
	Italia	72,1	73,1	74,9	75,9	76,0	75,9	76,1	77,0	77,4	77,6	79,4	79,7	80,5	81,5	80,9	81,8	83,1	
Passaggio all'università – BES D.2 (percentuale di neodiplomati che si iscrivono per la prima volta all'università nello stesso anno in cui hanno conseguito il diploma)	Abruz- zo										55,2	54,6	54,8	56,7	56,6	57,7	58,0		
	Italia										49,7	49,1	50,3	50,3	50,5	50,4	51,4		
Laureati e altri titoli terziari (30-34 anni) – SDG 4 e BES D.2 (% di persone di 30-34 anni che hanno conseguito un titolo di livello terziario (Isced) sul tot. persone di 30-34 anni)	Abruz- zo	16,3	20,1	21,9	21,0	22,3	21,6	20,9	26,2	22,7	24,0	25,3	24,9	26,9	25,8	23,6	27,1	31,5	
	Italia	15,6	17,1	17,6	18,6	19,2	19,0	19,9	20,4	21,9	22,5	23,9	25,3	26,2	26,9	27,8	27,6	27,8	
Laureati in discipline tecnico-scientifiche (STEM) – SDG 4 e BES D.2 (rapp. tra i resid. che hanno conseg. un titolo di liv. terz. nelle discipl. scient.- tecn. e la pop. di 20-29, per mille)	Abruz- zo									15,0	14,9	15,0	16,1	17,2	17,6	18,2			
	Italia									13,0	13,3	13,3	13,2	13,8	14,5	15,1			
Livello di competenze																			
Competenza alfabetica non adeguata – SDG 4 e BES D.2 (% di studenti delle classi II della scuola second. di II grado che non raggiungono un livello suff. di competenza alfabetica)	Abruz- zo															35,6	31,5		
	Italia															33,5	30,4		
Competenza numerica non adeguata – SDG 4 e BES D.2 (% di studenti delle classi II della scuola second. di II grado che non raggiungono un livello suff. di competenza numerica)	Abruz- zo															42,1	37,8		
	Italia															41,6	37,8		
Mercato del lavoro																			
Condizione occupazionale dei laureati dopo 1-3 anni dalla laurea (tasso occup. di 20-34enni non più in istruzione/formaz. con tit. di studio terz. conseg. da 1 a 3 anni prima)	Abruz- zo			58,4	57,2	60,1	72,2	45,5	58,5	69,7	63,6	57,4	49,7	47,4	62,6	56,2	50,9	65,1	
	Italia			68,9	70,0	70,5	66,1	64,8	66,2	63,9	57,0	61,3	62,7	62,8	
Tasso di occupazione giovanile – 15-24 anni (persone occupate in età 15-24 anni sulla popolazione nella corrispondente classe di età, percentuale)	Abruz- zo	22,0	21,1	21,1	23,4	23,0	18,1	16,3	18,5	20,3	15,1	11,9	13,3	14,8	15,3	17,4	15,4	15,0	
	Italia	27,3	25,5	25,3	24,5	24,2	21,5	20,2	19,2	18,5	16,3	15,6	15,6	16,6	17,1	17,7	18,5	16,8	
Tasso di disoccupazione giovanile – 15-24 anni (persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni sulle forze di lavoro nella corrispondente classe di età (%), media annua)	Abruz- zo	23,5	23,1	21,1	17,1	20,5	24,4	29,5	26,5	34,0	36,3	47,4	48,1	38,8	31,3	29,7	34,9	29,3	
	Italia	23,5	24,1	21,8	20,4	21,2	25,3	27,9	29,2	35,3	40,0	42,7	40,3	37,8	34,7	32,2	29,2	29,4	

Imprenditorialità giovanile (titolari di imprese individuali con meno di trent'anni in % sul totale dei titolari di imprese individuali iscritti nei registri delle Camere di Comm. italiane)	Abruz- zo	6,6	6,5	6,4	6,2	6,0	5,9	6,0	6,3	6,3	6,2	5,9	5,5	5,2	5,1	4,9	4,7	4,5
	Italia	8,2	7,9	7,7	7,5	7,2	6,9	6,9	6,9	6,8	6,7	6,6	6,4	6,3	6,1	5,9	5,8	5,6
Disturbi psichici, criminalità e rappresentanza politica																		
Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici - fino a 17 anni (dimissioni ospedaliere (fino a 17 anni) per disturbi psichici rispetto al luogo di residenza ogni 100.000 abitanti)	Abruz- zo		623,4	671,8	648,6	691,3	388,8	620,3	726,1	787,2	790,4	812,7	812,6	867,8	682,3	662,3	686,1	
	Italia		419,0	423,0	417,9	417,6	402,8	415,1	425,8	411,4	411,8	380,4	392,6	385,1	392,5	399,1	413,0	
Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici - 18 -24 anni (dimissioni ospedaliere (18-24 anni) per disturbi psichici rispetto al luogo di residenza ogni 100.000 abitanti)	Abruz- zo		592,3	523,2	446,1	323,1	296,8	256,2	258,4	255,3	269,9	250,4	266,8	286,5	319,5	283,4	315,9	
	Italia		409,2	396,4	369,5	345,3	318,2	317,0	324,1	326,3	327,9	333,6	333,7	346,3	368,7	379,3	405,6	
Tasso di criminalità minorile (minorenni denunciati sul totale della popolazione 14-17 anni, percentuale).	Abruz- zo						1,1	1,1	1,3	1,3	1,3	1,1	1,6	0,9				
	Italia						1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4				
Giovani e rappresentanza politica in Parlamento - SDG 16 (percentuale di eletti al Senato della Repubblica e alla Camera dei Deputati minori di 45 anni sul totale degli eletti)	Abruz- zo															52,4		
	Italia															42,2		

Fonte: Istat

ALLEGATO I-10.3 INDICATORI - Categorie fragili: ANZIANI

CATEGORIE FRAGILI - ANZIANI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Salute																			
Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni – BES D.1 (esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività ...)	Abruz- zo					8,5	8,4	8,9	10,6	8,9	8,6	9,7	9,4	8,6	10,0	10,5	9,7	10,0	
	Italia					8,9	8,8	9,0	9,2	9,6	9,2	9,6	9,7	9,8	9,6	9,9	10,0	9,6	
Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65+) – BES D.1 (tassi di mortalità per malattie del sist. nervoso e disturbi psichici e comport., stand. età 65+ per 10.000 res.)	Abruz- zo	23,3	26,0	25,9	28,1	32,6	32	31,5	30,4	33,7	30,7	29,4	35,2	32,3	35,5	32,0			
	Italia	20,7	22,7	23,0	24,2	28,6	29	28,2	28,7	30	28,4	28,1	32,3	31,4	34,5	33,3			
Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) – BES D.1 (percentuale di persone di 75 anni e più che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere ...)	Abruz- zo					65,1	62,7	54,6	61,4	57,9	51,9	58,3	53,7	61,9	53,4	57,5	53,6	54,0	
	Italia					51,6	52,2	51,3	52,1	53,0	53,9	51,9	48,7	51,0	50,8	50,7	49,4	48,9	
Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici – 65-74 anni (dimissioni ospedaliere (65-74 anni) per disturbi psichici rispetto al luogo di resid. – tasso di dimiss. per 100.000 abitanti)	Abruz- zo		856,6	801,7	692,1	549,6	483,9	432,7	407,1	394,0	422,0	360,9	316,5	305,7	327,9	209,8	203,5		
	Italia		502,2	486,1	441,7	424,5	403,2	378,5	362,3	344,2	323,9	306,6	287,1	277,3	262,2	246,1	248,9		
Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici – 75+ anni (dimissioni ospedaliere (75+ anni) per disturbi psichici rispetto al luogo di resid. – tasso di dimissione per 100.000 abitanti)	Abruz- zo		1185,9	1096,6	848,6	739,9	654,1	560,0	477,8	493,4	489,9	453,5	377,4	322,0	302,9	277,5	252,4		
	Italia		822,8	795,8	746,0	715,7	676,9	630,5	569,3	537,2	498,7	466,3	437,7	397,6	373,4	347,4	330,2		
Servizi dei Comuni																			
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali, valori pro-capite (spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani, valori in € pro-capite su totale pop. di 65 anni e più)	Abruz- zo								58,0	49,0	46,0	45,0	46,0	44,0	42,0	38,0			
	Italia								112,0	107,0	105,0	104,0	96,0	92,0	96,0	94,0			
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali, valori per utente (spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani, valori medi per utente anziano (65+) in € correnti)	Abruz- zo					318,0	320,2	363,0	404,4	392,8	409,7	405,4	479,3	475,8	448,2				
	Italia					471,0	473,9	562,7	585,7	582,9	656,3	594,7	665,2	683,4	653,1				
Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare, valori per utente (spesa dei Comuni per assistenza domiciliare per anziani, valori medi per utente anziano (65+) in euro correnti)	Abruz- zo					1.296	1.520	1.847	1.784	1.708	1.636	1.835	1.700	1.725	1.664				
	Italia					1.424	1.477	1.656	1.670	1.672	1.614	1.678	1.619	1.551	1.661				
Spesa dei Comuni per strutture residenziali, valori per utente (spesa dei Comuni per strutture residenziali per anziani, valori medi per utente anziano (65+) in euro correnti)	Abruz- zo					5.977	4.652	3.903	4.641	4.027	4.890	3.418	4.903	4.512	5.192				
	Italia					3.769	3.900	4.454	4.046	3.983	4.790	4.660	4.639	4.613	4.656				
Assistenza domiciliare socioassistenziale – anziani trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento – anziani trattati in ass. dom. ... sul tot. pop. anziana (65 anni e più), valori %)	Abruz- zo	2,7	2,6	2,4	2,3	2,3	1,8	1,7	1,6	1,3	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9			
	Italia	1,6	1,6	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9			
Assistenza domiciliare socioassistenziale – Comuni che erogano il servizio (Comuni che svolgono assistenza domiciliare socioassistenziale per anziani sul tot. dei Comuni, valori %)	Abruz- zo								96,1	96,1	96,4	95,4	96,7	96,7	92,5	86,6			
	Italia								86,8	85,7	84,9	84,1	84,0	85,6	84,0	83,9			
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – anziani trattati (n° utenti su tot. pop. di riferimento – anziani trattati in assistenza dom. ... sul tot. pop. anziana (65+), valori %)	Abruz- zo								0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1			
	Italia								0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4			

Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – Comuni che erogano il serv. (Comuni che svolgono ass. domic. integrata con servizi sanit. per anziani sul tot. dei Comuni, val.%)	Abruz- zo									64,9	64,9	73,1	63,0	64,6	66,2	75,7	44,9		
	Italia									43,9	41,0	39,2	38,7	40,4	43,3	41,3	40,1		
Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario – anziani trattati (anziani che hanno usufruito di voucher, assegno di cura, buono sociosan. sul tot. pop. anziana (65+), val. %)	Abruz- zo									0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		
	Italia									0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		
Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario – Comuni che erogano il servizio (Comuni che erogano voucher, assegno di cura, buono sociosanitario sul tot. dei Comuni, valori %)	Abruz- zo									21,3	6,9	17,7	17,0	16,4	19,0	11,5	9,5		
	Italia									50,4	44,5	44,5	45,9	49,6	49,8	49,0	48,7		

ADI FORNITA DALLE ASL

Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) – BES D.12 (percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata sul totale della pop. Anziana, 65 anni e più)	Abruz- zo	3,7	1,8	3,5	3,7	4,3	4,8	5,0	4,7	4,9			3,7	3,6	3,1	3,5	3,8		
	Italia	2,8	2,9	3,0	3,3	3,4	3,7	4,1	4,1	4,3			2,2	2,4	2,6	2,7	2,7		

Posti letti e ADI

Posti letto in degenza ordinaria – SDG 3 (posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti)	Abruz- zo												30,1	29,8	30,8	29,7	30,3	30,3	
	Italia												32,1	31,7	31,6	31,2	31,2	31,3	
Posti letto in day-Hospital (SDG 3) (Posti letto in day-Hospital negli istituti di cura pubblici e privati per 10.000 abitanti).	Abruz- zo												3,5	3,3	3,3	3,2	3,2	3,3	
	Italia												3,9	3,8	3,6	3,5	3,5	3,4	
Posti letto per anziani nei presidi residenziali – SDG 3 (posti letto per anziani (65 anni e più) nei presidi residenziali socioassistenz.i e sociosanitari, valori per 100.000 residenti)	Abruz- zo						2.550	1.768	1.681	1.507	492	1.242	1.287	1.503	1.510	1.250			
	Italia						2.573	2.524	2.308	2.203	1.844	2.204	2.146	2.225	2.234	2.268			
Ospiti anziani dei presidi residenziali (ospiti anziani (65 anni e più) dei presidi resi- denziali, valori per 100.000 residenti di 65 anni e più)	Abruz- zo						2.711	1.767	1.719	1.601	1.377	1.387	1.409	1.435	1.363	1.175			
	Italia						2.466	2.397	2.258	2.131	2.141	2.193	2.152	2.109	2.105	2.144			

Pensioni

Importo lordo medio annuale dei redditi pensionistici – vecchiaia e anzianità (reddi- to pensionistico: ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun bene- ficiario)	Abruz- zo										17.248	17.734	18.220	18.613	18.983	19.430	20.011		
	Italia										19.217	19.632	20.182	20.596	20.985	21.412	21.999		
Pensionati con reddito pensionistico < € 500 – vecchiaia e anzianità (pens.ti con redd. pen. (ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun beneficia- rio) inf. a € 500, %)	Abruz- zo										3,59	3,43	3,25	3,13	3,03	2,85	2,72		
	Italia										3,05	2,93	2,69	2,57	2,48	2,32	2,26		

Fonte: Istat

ALLEGATO I-10.4 INDICATORI - Categorie fragili: DISABILI

CATEGORIE FRAGILI - DISABILI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Salute																			
Persone con gravi limitazioni: stato di salute percepito – bene o molto bene (per. con gravi limit. che vivono in fam. e che percep. come bene o molto bene il proprio stato salute, %)	Abruz- zo							16,3	14,2	12,3	10,1	9,5	11,5	12	6,5	8,6	12,6		
	Italia							12,1	12,4	12,4	10,3	9,5	11,1	11,7	10,7	9,8	10,3		
Persone con gravi limitazioni: stato di salute percepito – male o molto male (per. con gravi limit. che vivono in fam. e che percep. come male o molto male il proprio stato salute, %)	Abruz- zo							56,1	57	60,3	63,9	59,6	56,6	60,5	67,2	66,8	56,6		
	Italia							61	60,3	60,5	62,3	61,2	59,7	60,8	61	60,1	58,1		
Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (dimissioni per disturbi psichici rispetto al luogo di residenza – tasso di dimissione per 100.000 abitanti)	Abruz- zo	943,9	912,7	860,4	733,7	617	498,2	498,1	497,7	492,5	485,6	464,9	432,6	441,9	391,9	361,2	359,4		
	Italia	552,5	547,5	534	501,7	481,3	455,5	443	433,2	424	406,2	387,3	377,2	364,8	357,6	348,1	345,4		
Vita quotidiana																			
Persone con gravi limitazioni nelle attività abitualmente svolte (pers. che vivono in famig. e dichiarano di avere delle limitaz. gravi nelle attività che svolgono abitualmente, val. %)	Abruz- zo							5,2	5,1	5,2	6,2	6,2	6,1	6,3	5,9	5,5	5,3	5,6	
	Italia							5,1	5,2	5	5	5	5	5,1	5,1	5,2	5,1	5,2	
Persone con gravi limitazioni che utilizzano il trasporto pubblico urbano (pers. con gravi limitazioni che vivono in famiglia e che utilizzano il trasporto pubblico urbano, %)	Abruz- zo										9,2	12,8	9,8	8,4	8,4	9,4	12,8		
	Italia										14,2	12,9	12,9	14,1	13,1	12,8	14,4		
Persone con gravi limitazioni che utilizzano il trasporto pubblico extraurbano (pers. con gravi limitazioni che vivono in famiglia e che utilizzano il trasporto pub. Extraurbano, %)	Abruz- zo							8,5	12,6	10,9	5,7	8,6	10,5	12,8	10,4	4,9	8,6	12,4	
	Italia							9,5	9,3	9	8,4	8	8	8,8	8,5	7,2	7,6	8,8	
Persone con gravi limitazioni che utilizzano il treno (persone con gravi limitazioni che vivono in famiglia e che utilizzano il treno, valori %)	Abruz- zo							8,2	10,7	10,1		7,6	8,9	11,5	10,2	6,9	9,3	11,5	
	Italia							13,0	13,3	12,5		11,0	10,9	12,2	13,1	12,5	12,9	14,8	
Persone con gravi limitazioni che utilizzano l'automobile come conducente (persone con gravi limitazioni che vivono in famiglia e che utilizzano l'automobile come conducente, %)	Abruz- zo							29,2	29,1	28,1	30,8	28,7	24,3	26,3	26,9	28,6	35,9	40,4	
	Italia							30,3	31	30,2	29,6	28,7	28,7	29,6	31	31,2	30,4	31,5	
Persone con gravi limitazioni che vivono sole (persone con gravi limitazioni che vivono in famiglia da sole, valori %)	Abruz- zo															22,3	18,1		
	Italia							25,7	24,8	25,7	27,2	28,6	27,9	26,4	26,4	26,9	29,5	28,9	
Scuola																			
Alunni con disabilità: scuola dell'infanzia – SDG 4 (alunni con disabilità (valori per 100 alunni): scuola dell'infanzia)	Abruz- zo					1,3	1,4	1,2	1,3	1,3	1,3	1,5	1,7	1,8	2	2,4	2,6	2,8	
	Italia					1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,9	2,1	2,4	2,5
Alunni con disabilità: scuola primaria – SDG 4 (alunni con disabilità (valori per 100 alunni): scuola primaria)	Abruz- zo					2,4	2,5	2,7	2,9	3,1	3,3	3,4	3,5	3,6	3,6	3,8	4,1		
	Italia					2,5	2,5	2,5	2,6	2,8	2,9	3	3	3,1	3,2	3,3	3,5	3,8	4,1
Alunni con disabilità: scuola secondaria I grado – SDG 4 (alunni con disabilità (valori per 100 alunni): scuola secondaria di primo grado)	Abruz- zo					3,3	3,3	3,5	3,6	3,9	4,1	4,5	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	
	Italia					3,3	3,2	3,2	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,3

Alunni con disabilità: scuola secondaria II grado – SDG 4 (alunni con disabilità (valori per 100 alunni): scuola secondaria di secondo grado)	Abruzzo				2	2,2	2,3	2,4	2,5	2,8	2,9	3	3,2	3,4	3,6	3,7	3,7	
	Italia				1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	2	2,1	2,2	2,3	2,5	2,6	2,7	2,9
Alunni con disabilità: totali scuole (alunni con disabilità (valori per 100 alunni): totale ordini scolastici)	Abruzzo				2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,9	3,1	3,3	3,3	3,5	3,6	3,7	3,9	
	Italia				2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9	3,1	3,3	
Scuole con alunni con disabilità per presenza postazioni informatiche adattate: scuola infanzia, valori %)	Abruzzo															17,7	21,7	
	Italia															15,8	19,4	
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: primaria – SDG 4 (scuole con alunni con disabilità per presenza postazioni informatiche adattate: primaria, valori %)	Abruzzo							59,7	60,0	67,2	64,2	71,7	75,1	68,6	70,4	72,4	65,2	76,1
	Italia							63,9	65,3	67,1	68,2	77,1	73,7	72,1	74,1	75,2	74,9	75,1
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria I grado – SDG 4 (scuole con alunni con disabilità per presenza post inform. adattate: secondaria I grado, valori %)	Abruzzo							64,8	62,6	64,1	70,2	74,3	81,0	72,8	71,6	76,2	74,3	78,7
	Italia							71,7	68,7	72,9	74,4	82,9	78,9	77,0	78,6	80,3	79,9	79,2
Scuole con disabili e postazioni informatiche adattate: secondaria II grado – SDG 4 (scuole con alunni con disabilità per presenza post inform. adattate: secondaria II grado, valori %)	Abruzzo															76,0	74,3	86,0
	Italia															70,5	72,2	78,1

Fonte: Istat

segue

ALLEGATO I-10.4 INDICATORI - Categorie fragili: DISABILI

CATEGORIE FRAGILI - DISABILI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Servizi dei Comuni																		
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali, valori pro-capite (spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per disabili, valori in € pro-capite su totale popolazione disabile)	Abruz- zo								1.906	1.785	1.865	1.790	2.314	2.334	2.728	2.669		
	Italia								2.886	2.991	2.736	2.768	3.129	2.852	2.985	3.212		
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali, valori per utente (spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per disabili, valori medi per utente disabile in euro correnti)	Abruz- zo					1.892	2.048	1.772	2.088	1.954	2.199	2.057	2.543	2.482	2.618			
	Italia					1.658	1.849	2.123	2.365	2.516	2.496	2.357	2.481	2.515	2.464			
Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare, valori per utente (spesa dei Comuni per assistenza domiciliare per disabili, valori medi per utente disabile in euro correnti)	Abruz- zo					2.611	2.257	2.776	2.655	2.560	2.824	2.766	2.993	2.751	3.055			
	Italia					2.912	2.733	2.656	2.759	2.941	3.003	2.911	3.089	2.875	3.149			
Spesa dei Comuni per strutture residenziali, valori per utente (spesa dei Comuni per strutture residenziali per disabili, valori medi per utente disabile in euro correnti)	Abruz- zo					11.210	2.539	2.497	1.935	1.609	4.113	2.008	5.652	5.259	6.227			
	Italia					12.172	12.279	11.894	11.903	11.788	11.898	11.630	11.785	11.693	11.660			
Assistenza domiciliare socioassistenziale - disabili trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento - Disabili trattati in assistenza dom. socioass. sul tot. pop. disabile, valori %)	Abruz- zo								14,4	13,4	13,4	13,6	14	13,7	14,4	12,8		
	Italia								7,0	6,9	6,5	6,6	7,2	6,8	6,9	7,1		
Assistenza domiciliare socioassistenziale - Comuni che erogano il servizio (Comuni che svolgono assistenza domiciliare socioassistenziale per disabili sul tot. dei Comuni, valori %)	Abruz- zo								92,8	92,5	96,7	85,2	84,9	80	84,9	76,1		
	Italia								72,3	69	67,2	66,4	66,8	67,8	67,9	67,8		
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari - disabili trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento - disabili trattati in assistenza ... su totale popolazione disabile, val. %)	Abruz- zo								2,9	4,1	3,1	3,6	3,0	4,2	5,0	5,3		
	Italia								1,9	1,9	1,6	1,7	1,8	1,6	1,9	2,1		
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari - Comuni che erogano il servizio (Comuni che svolgono assistenza ... per disabili sul totale dei Comuni, valori %)	Abruz- zo								61,0	62,0	62,0	62,0	63,0	74,4	77,7	51,1		
	Italia								31,8	31,7	32,1	31,5	32,6	34,3	35,2	33,6		
Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario - disabili trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento - disabili trattati con voucher, assegno ... sul totale pop. disabile, valori %)	Abruz- zo								1,7	1,6	3,1	1,8	3,0	3,0	4,3	6,7		
	Italia								4,7	4,0	3,5	3,8	4,7	5,0	3,9	4,2		
Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario - Comuni che erogano il servizio (Comuni che erogano voucher, assegno di cura, ... per disabili sul totale dei Comuni, valori %)	Abruz- zo								23,3	26,2	26,9	8,5	25,6	36,1	35,4	23,0		
	Italia								49,5	45,4	44,8	48,1	54,5	56,7	56,4	55,9		
Presidi residenziali																		
Posti letto per disabili nei presidi residenziali (posti letto per disabili nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, valori per 100.000 residenti)	Abruz- zo							101,8	81,9	71,0	55,1	50,2	72,4	62,9	111,5	105,5	92,6	
	Italia							70,4	71,9	66,9	62,3	86	87,1	83,5	95,5	85,6	88,1	
Posti letto per problemi di salute mentale nei presidi residenziali (posti letto per persone con problemi di salute mentale nei presidi residenziali ..., valori per 100.000 residenti)	Abruz- zo							57,3	40,9	56,6	51,0	15,8	21,3	8,4	43,6	36,0	33,5	
	Italia							29,5	32,6	32,7	30,4	25,6	29,7	26,8	31,8	31,1	31,0	

Ospiti adulti con disabilità o patologia psichiatrica dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (valori per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	Abruz- zo							176,2	130,9	137,3	137,7	95,9	98,4	99,5	113,8	118,8	98,1		
	Italia							147,4	146,1	139,3	132,8	131,7	137,7	131,5	128,7	127,5	132,1		
Pensioni																			
Importo lordo annuale dei redditi pensionistici – persone con disabilità, valori medi (red. pensionistico: ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun beneficiario)	Abruz- zo	10.131	10.560	10.994	11.384	11.838	12.497	12.707	12.907	13.853	14.240	14.429	14.527	14.546	14.715	14.902			
	Italia	10.907	11.332	11.761	12.159	12.581	13.226	13.426	13.603	14.375	14.690	14.895	14.984	15.035	15.194	15.352			
Pensioni di invalidità – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	6.498	6.712	6.913	7.113	7.337	7.975	8.147	8.494	12.847	13.493	13.940	14.150	14.452	14.831	15.234			
	Italia	7.335	7.579	7.812	8.045	8.264	8.837	8.994	9.288	12.773	13.289	13.665	13.877	14.083	14.284	14.569			
Pensioni indennitarie – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	2.683	2.857	3.068	3.137	3.440	3.906	4.090	4.354	4.622	4.825	5.020	5.108	5.151	5.181	5.234			
	Italia	2.695	2.874	3.075	3.193	3.486	3.889	4.082	4.356	4.626	4.828	5.006	5.073	5.119	5.172	5.240			
Pensioni di invalidità civile – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	4.837	4.917	4.966	5.062	5.179	5.292	5.314	5.338	5.420	5.517	5.544	5.532	5.506	5.512	5.524			
	Italia	4.867	4.962	5.041	5.144	5.263	5.400	5.432	5.457	5.548	5.652	5.703	5.709	5.713	5.726	5.740			
Pensioni di guerra – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	10.773	11.162	11.443	12.004	12.231	13.274	14.128	14.034	14.409	15.231	15.034	14.831	14.691	14.600	14.372			
	Italia	9.811	10.468	10.838	11.160	11.636	12.856	13.251	13.471	13.726	14.429	14.264	15.163	15.339	15.430	15.619			
Pensioni cumulative – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	13.786	14.299	14.827	15.302	15.853	16.679	16.965	17.240	17.943	18.590	18.967	19.361	19.617	19.984	20.384			
	Italia	15.165	15.676	16.178	16.688	17.235	18.061	18.355	18.635	19.327	19.906	20.295	20.650	20.899	21.241	21.623			
Pensionati con reddito pensionistico inferiore a euro 500 – invalidità (reddito pensionistico: ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun beneficiario)	Abruz- zo									3,42	3,44	3,61	3,87	4,13	4,34	4,6			
	Italia									3,7	3,72	3,82	3,98	4,28	4,55	4,78			
Pensionati con reddito pensionistico < € 500 – indennità (reddito pensionistico: ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun beneficiario)	Abruz- zo									17,09	17,28	17,48	17,81	18,15	18,55	18,5			
	Italia									20,61	20,85	20,97	21,12	21,36	21,46	21,51			
Pensionati con reddito pensionistico < € 500 – invalidità civile (reddito pensionistico: ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun beneficiario)	Abruz- zo									26,92	27,61	24,37	25,33	26,45	26,74	27,4			
	Italia									27,25	27,77	23,62	24,33	24,75	24,79	25,42			
Pensionati con reddito pensionistico < € 500 – guerra (reddito pensionistico: ammontare degli importi delle pensioni percepite da ciascun beneficiario)	Abruz- zo									4,39	3,98	3,59	3,53	2,45	2,33	1,99			
	Italia									3,33	2,9	2,55	2,51	1,88	1,76	1,65			

Fonte: Istat

ALLEGATO I-10.5 INDICATORI - Categorie fragili: NON AUTOSUFFICIENTI

CATEGORIE FRAGILI - NON AUTOSUFFICIENTI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Salute																			
Stato di salute percepito: bene o molto bene (persone con gravi limitazioni che vivono in famiglia e che percepiscono come bene o molto bene il proprio stato salute, %)	Abruzzo							16,3	14,2	12,3	10,1	9,5	11,5	12	6,5	8,6	12,6		
	Italia							12,1	12,4	12,4	10,3	9,5	11,1	11,7	10,7	9,8	10,3		
Stato di salute percepito: male o molto male (persone con gravi limitazioni che vivono in famiglia e che percepiscono come male o molto male il proprio stato salute, %)	Abruzzo							56,1	57	60,3	63,9	59,6	56,6	60,5	67,2	66,8	56,6		
	Italia							61	60,3	60,5	62,3	61,2	59,7	60,8	61	60,1	58,1		
Dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici (dimissioni per disturbi psichici rispetto al luogo di residenza – tasso di dimissione per 100.000 abitanti)	Abruzzo	943,9	912,7	860,4	733,7	617,0	498,2	498,1	497,7	492,5	485,6	464,9	432,6	441,9	391,9	361,2	359,4		
	Italia	552,5	547,5	534	501,7	481,3	455,5	443	433,2	424,0	406,2	387,3	377,2	364,8	357,6	348,1	345,4		
Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni – BES D.1 (esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività ...)	Abruzzo					8,5	8,4	8,9	10,6	8,9	8,6	9,7	9,4	8,6	10,0	10,5	9,7	10,0	
	Italia					8,9	8,8	9,0	9,2	9,6	9,2	9,6	9,7	9,8	9,6	9,9	10,0	9,6	
Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) – BES D.1 (percentuale di persone di 75 anni e più che dichiarano di essere affette da 3 o più patologie croniche e/o di avere ...)	Abruzzo					65,1	62,7	54,6	61,4	57,9	51,9	58,3	53,7	61,9	53,4	57,5	53,6	54,0	
	Italia					51,6	52,2	51,3	52,1	53,0	53,9	51,9	48,7	51,0	50,8	50,7	49,4	48,9	
Colf, badanti e caregiver																			
Colf ogni 1.000 abitanti (ns. elaborazioni su dati Istat, popolazione al 1° gennaio, e Inps, numero di colf)	Abruzzo							6,0	5,7	6,0	5,5	5,1	4,9	4,7	4,5	4,5	4,4		
	Italia							10,6	9,9	10,8	9,9	9,0	8,6	8,2	7,9	7,6	7,4		
Badanti ogni 100 anziani (ns. elaborazioni su dati Istat, popolazione 80 anni e più al 1° gennaio, e Inps, numero di badanti)	Abruzzo							6,3	6,5	7,3	7,2	7,2	7,4	7,3	7,7	7,6	7,3		
	Italia							8,6	8,7	9,9	9,9	9,7	9,7	9,6	9,7	9,7	9,5		
Caregiver – familiari e non (persone di 15 anni e più che forniscono cure e assistenza almeno una volta alla settimana, quozienti standardizzati per 100 persone)	Abruzzo												17,5						
	Italia												16,2						
Caregiver – familiari (persone di 15 anni e più che forniscono cure e assistenza almeno una volta alla sett. prevalentemente ad un familiare, quozienti standard. per 100 persone)	Abruzzo												15,7						
	Italia												13,8						
Servizi dei Comuni																			
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali – anziani (spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per anziani, valori medi per utente anziano (65 anni e più) in euro correnti)	Abruzzo					318	320	363	404	393	410	405	479	476	448				
	Italia					471	474	563	586	583	656	595	665	683	653				
Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali – disabili (spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali per disabili, valori medi per utente disabile in euro correnti)	Abruzzo					1.892	2.048	1.772	2.088	1.954	2.199	2.057	2.543	2.482	2.618				
	Italia					1.658	1.849	2.123	2.365	2.516	2.496	2.357	2.481	2.515	2.464				
Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare – anziani (spesa dei Comuni per assistenza domiciliare per anziani, valori medi per utente anziano (65 anni e più) in euro correnti)	Abruzzo					1.296	1.520	1.847	1.784	1.708	1.636	1.835	1.700	1.725	1.664				
	Italia					1.424	1.477	1.656	1.670	1.672	1.614	1.678	1.619	1.551	1.661				

Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare – disabili (spesa dei Comuni per assistenza domiciliare per disabili, valori medi per utente disabile in euro correnti)	Abruzzo					2.611	2.257	2.776	2.655	2.560	2.824	2.766	2.993	2.751	3.055			
	Italia					2.912	2.733	2.656	2.759	2.941	3.003	2.911	3.089	2.875	3.149			
Spesa dei Comuni per strutture residenziali – anziani (spesa dei Comuni per strutture residenziali per anziani, valori medi per utente anziano (65 anni e più) in euro correnti)	Abruzzo					5.977	4.652	3.903	4.641	4.027	4.890	3.418	4.903	4.512	5.192			
	Italia					3.769	3.900	4.454	4.046	3.983	4.790	4.660	4.639	4.613	4.656			
Spesa dei Comuni per strutture residenziali – disabili (spesa dei Comuni per strutture residenziali per disabili, valori medi per utente disabile in euro correnti)	Abruzzo					11.210	2.539	2.497	1.935	1.609	4.113	2.008	5.652	5.259	6.227			
	Italia					12.172	12.279	11.894	11.903	11.788	11.898	11.630	11.785	11.693	11.660			
Assistenza domiciliare socioassistenziale – anziani trattati (n° utenti su totale pop. di riferimen. – anziani trattati in ass. domic. socioass. sul tot. pop. anziana (65 anni e più), %)	Abruzzo	2,7	2,6	2,4	2,3	2,3	1,8	1,7	1,6	1,3	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9		
	Italia	1,6	1,6	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9		
Assistenza domiciliare socioassistenziale – disabili trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento – disabili trattati in assistenza domic. socioass. sul tot. pop. disabile, valori %)	Abruzzo								14,4	13,4	13,4	13,6	14	13,7	14,4	12,8		
	Italia								7,0	6,9	6,5	6,6	7,2	6,8	6,9	7,1		
Assistenza domiciliare socioassistenziale – famiglie e minori trattati (n° utenti su totale pop. di rifer. – beneficiari: donne sole con figli, gestanti, giovani coppie, fam.con figli, fam.mon.)	Abruzzo								0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2		
	Italia								0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – anziani trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento – anziani trattati in ass. dom. integ. ... sul tot. pop. anziana (65+), valori %)	Abruzzo								0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1		
	Italia								0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4		
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – disabili trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento – disabili trattati in assistenza ... sul totale popolaz. disabile, valori %)	Abruzzo								2,9	4,1	3,1	3,6	3,0	4,2	5,0	5,3		
	Italia								1,9	1,9	1,6	1,7	1,8	1,6	1,9	2,1		
Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario – anziani trattati (n° utenti su totale pop. di rifer.. – anziani che hanno usufruito di voucher, ... sul tot. pop. anziana (65+), valori %)	Abruzzo								0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		
	Italia								0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		
Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario – disabili trattati (n° utenti su totale pop. di riferimento – disabili che hanno usufruito di voucher, ... sul totale pop. disabile, valori %)	Abruzzo								1,7	1,6	3,1	1,8	3,0	3,0	4,3	6,7		
	Italia								4,7	4,0	3,5	3,8	4,7	5,0	3,9	4,2		

Fonte: Istat e ns. elaborazioni su dati Istat e Inps

segue

ALLEGATO I-10.5 INDICATORI - Categorie fragili: NON AUTOSUFFICIENTI

CATEGORIE FRAGILI - NON AUTOSUFFICIENTI		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
ADI - Asl																			
Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) – BES D.12 (percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata su totale popolazione anziana, 65 anni e più)	Abruz- zo	3,7	1,8	3,5	3,7	4,3	4,8	5,0	4,7	4,9			3,7	3,6	3,1	3,5	3,8		
	Italia	2,8	2,9	3,0	3,3	3,4	3,7	4,1	4,1	4,3			2,2	2,4	2,6	2,7	2,7		
Presidi residenziali																			
Posti letto presidi residenziali, totale – SDG 3 e BES D.12 (posti letto nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari per 10.000 residenti)	Abruz- zo						75,7	55,0	52,8	47,8	38,5	40,2	40,5	49,1	48,4	42,0			
	Italia						71,1	70,1	65,1	62,5	63,3	65,7	64,4	68,2	68,2	69,6			
Posti letto nei presidi residenziali – minori (posti letto nei presidi residenziali socioassist. e sociosanitari per minori (utenti con età inferiore a 18 anni) per 100.000 residenti)	Abruz- zo						119,5	88,1	100,5	69,5	39,7	65,7	53,5	70,0	92,5	95,1			
	Italia						256,3	240,3	185,8	160	185,6	188,5	190,9	214,2	235,3	233,7			
Posti letto nei presidi residenziali – adulti con disagio sociale (adulti con disagio sociale: pers. senza fissa dimora, donne vittime di viol., ex detenuti, indigenti... per 100.000 resid.)	Abruz- zo						14,4	11,7	12,7	9,9	66,2	58,5	67,7	14,2	1,3	4,6			
	Italia						25,0	20,2	21,5	20,3	44,2	55	53,1	33,6	32,7	33,6			
Posti letto nei presidi residenziali – salute mentale (posti letto per persone con problemi di salute mentale nei presidi residenziali socioassistenziali ..., valori per 100.000 residenti)	Abruz- zo						57,3	40,9	56,6	51,0	15,8	21,3	8,4	43,6	36,0	33,5			
	Italia						29,5	32,6	32,7	30,4	25,6	29,7	26,8	31,8	31,1	31,0			
Posti letto nei presidi residenziali – dipendenze (dipendenze: persone dipendenti da alcool e droghe o per i quali è stato avviato percorso recupero e reinser. per 100.000 resid.)	Abruz- zo						28,2	3,9	3,1	2,7	2,3	4,8	3,8	4,3	2,5	4,1			
	Italia						13,0	14,2	11,2	10,8	11,2	12,0	12,3	14,7	16,2	17,5			
Posti letto nei presidi residenziali – anziani (posti letto per anziani (65 anni e più) nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, valori per 100.000 residenti)	Abruz- zo						2.550	1.768	1.681	1.507	492	1.242	1.287	1.503	1.510	1.250			
	Italia						2.573	2.524	2.308	2.203	1.844	2.204	2.146	2.225	2.234	2.268			
Posti letto nei presidi residenziali – disabili (posti letto per disabili nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, valori per 100.000 residenti)	Abruz- zo						101,8	81,9	71,0	55,1	50,2	72,4	62,9	111,5	105,5	92,6			
	Italia						70,4	71,9	66,9	62,3	86	87,1	83,5	95,5	85,6	88,1			
Ospiti dei presidi residenziali – minori (ospiti minori (fino a 17 anni) dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, valori per 100.000 residenti 0-17 anni)	Abruz- zo						126,8	91,8	108	120,5	86,3	73,7	55,1	62,6	74,7	70,8			
	Italia						220,8	188,9	175,4	158,6	173,1	197,7	210,7	209,1	207,6	211,6			
Ospiti dei presidi residenziali – dipendenze (ospiti di persone dipendenti da alcool o droghe dei presidi residenziali, valori per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	Abruz- zo						7,4	3,6	4,8	4	3,3	3,7	2,7	3,2	4,3	4,1			
	Italia						19,4	19	17,5	17,5	18	19,3	18,8	19,5	20,3	21,1			
Ospiti dei presidi residenziali – anziani non autosufficienti (valori per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	Abruz- zo						1.664	1.059	989	974	828	835	814	878	865	781			
	Italia						1.845	1.779	1.697	1.624	1.620	1.654	1.635	1.648	1.657	1.697			
Ospiti dei presidi residenziali – adulti con disabilità o patologia psichiatrica (valori per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche)	Abruz- zo						176,2	130,9	137,3	137,7	95,9	98,4	99,5	113,8	118,8	98,1			
	Italia						147,4	146,1	139,3	132,8	131,7	137,7	131,5	128,7	127,5	132,1			

Indennità di accompagnamento

Pensioni di invalidità – importo lordo annuale, valori medi (pensioni di invalidità con indennità di accompagnamento)	Abruz- zo	15.864	16.179	15.856	17.434	17.967	19.958	20.981	20.361	24.553	24.961	24.923	25.023	26.716	26.798	39.619		
	Italia	17.485	18.381	18.753	19.177	19.884	20.851	20.907	21.331	24.551	25.608	25.888	26.010	26.179	26.390	45.127		
Pensioni indennitarie – importo lordo annuale, valori medi (pensioni indennitarie con indennità di accompagnamento)	Abruz- zo	23.702	21.596	22.437	23.520	23.774	25.776	26.681	26.607	28.103	31.021	32.145	32.468	32.169	32.988	33.055		
	Italia	24.537	22.305	23.262	24.146	25.678	27.198	27.706	28.332	29.606	32.511	33.442	33.753	33.747	33.846	34.235		
Pensioni di invalidità civile – importo lordo annuale, valori medi (pensioni di invalidità civile con indennità di accompagnamento)	Abruz- zo	7.213	7.242	7.225	7.337	7.474	7.553	7.561	7.520	7.567	7.574	7.526	7.426	7.340	7.295	10.628		
	Italia	7.291	7.353	7.412	7.507	7.630	7.731	7.765	7.722	7.756	7.811	7.822	7.778	7.749	7.742	10.583		
Indennità di accompagnamento per invalidità civile – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	5.088	5.193	5.274	5.369	5.474	5.556	5.681	5.778	5.814	5.900	5.938	5.982	6.044	6.112	4.507		
	Italia	5.013	5.120	5.221	5.325	5.450	5.562	5.676	5.774	5.846	5.926	5.991	6.041	6.117	6.145	4.746		
Pensioni di guerra – importo lordo annuale, valori medi (pensioni di guerra con indennità di accompagnamento)	Abruz- zo	78.131	83.224	83.062	86.452	86.287	99.292	108.045	111.333	119.081	135.658	134.390	132.978	129.732	126.729	111.475		
	Italia	58.506	62.906	66.459	70.085	72.703	76.037	78.732	79.546	80.364	87.307	94.102	97.399	100.619	102.531	103.446		
Pensioni cumulative – importo lordo annuale, valori medi (pensioni cumulative (almeno una tra invalidità, indennitarie, invalidità civile e guerra) con indennità di accompagnamento)	Abruz- zo	15.364	15.805	16.214	16.571	16.949	17.693	17.919	18.228	19.016	19.676	20.038	20.378	20.564	20.906	21.340		
	Italia	15.830	16.253	16.603	16.998	17.381	18.112	18.329	18.604	19.486	20.090	20.429	20.705	20.903	21.188	21.623		
Indennità di accompagnamento per beneficiari di cumulo di pensioni – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	17.196	17.493	17.776	18.008	18.307	18.984	19.205	19.059	18.954	19.521	19.766	20.258	20.480	20.841	21.069		
	Italia	17.617	18.026	18.396	18.814	19.213	19.967	20.248	20.264	20.377	20.882	21.217	21.597	21.822	22.123	22.400		
Totale pensioni con indennità di accompagnamento – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	13.456	13.752	14.002	14.255	14.478	14.947	15.028	15.101	15.602	15.803	15.779	15.655	15.443	15.393	18.427		
	Italia	13.291	13.586	13.800	14.033	14.251	14.674	14.735	14.762	15.242	15.404	15.419	15.281	15.153	15.117	17.916		
Totale pensioni solo indennità di accompagnamento – importo lordo annuale (valori medi)	Abruz- zo	14.609	15.066	15.501	15.829	16.263	16.940	17.274	17.250	17.149	17.695	17.990	18.389	18.548	18.880	16.328		
	Italia	15.482	15.962	16.411	16.866	17.311	18.024	18.369	18.418	18.484	18.945	19.265	19.562	19.715	19.988	17.963		

Fonte: Istat



PIANO SOCIALE
REGIONE ABRUZZO



Piano Sociale Regionale 2022 - 2024

Includere per contrastare le fragilità

PROTEZIONE INCLUSIONE OPPORTUNITÀ DI VITA

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE
REGIONALE 2022 - 2024

*Atto di indirizzo applicativo per gli
adempimenti della programmazione e
implementazione dei piani distrettuali sociali*

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE

Atto di indirizzo applicativo per gli adempimenti della programmazione e implementazione dei piani distrettuali sociali

1. Il processo di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale	498
1.1. Fase A. Attivazione della procedura di formazione del Piano sociale di ambito distrettuale	499
1.2. Fase B. Stesura del profilo sociale locale ai fini dell'analisi dei bisogni e della conoscenza dell'esistente	500
1.3. Fase C. Individuazione delle priorità e degli obiettivi del Piano sociale di ambito distrettuale	500
1.4. Fase D. Allegati al Piano sociale di ambito distrettuale	500
1.5. Fase E. Approvazione	500
1.6. Fase F. Efficacia del Piano sociale di ambito distrettuale	501
1.7. Fase G. Integrazioni e modifiche	501
2. Indicazioni per l'articolazione dei Piani sociali di ambito distrettuale	502
2.1. Sezione 1. Assetti istituzionali e formazione del Piano sociale di ambito distrettuale	502
2.2. Sezione 2. Profilo sociale locale	502
2.3. Sezione 3. Le priorità e le strategie del Piano sociale di ambito distrettuale	503
2.4. Sezione 4. La programmazione sociale e sociosanitaria per Obiettivi Essenziali di servizio e Assi Tematici	503
2.5. Sezione 5. L'integrazione sociosanitaria	505
2.6. Sezione 6. L'integrazione socio-lavorativa per l'inclusione sociale	505
2.7. Sezione 7. Le azioni per il miglioramento del sistema locale e la co-progettazione	506
2.8. Sezione 8. La politica della spesa e i quadri di previsione	506
Costituiscono parte integrante del presente documento:	
• ALLEGATO A. Formulario piano sociale distrettuale	
• ALLEGATO B. Linee guida per la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi alla persona a elevata integrazione socio-sanitaria	

società civile al benessere collettivo.

Nel processo di predisposizione e di successiva attuazione del Piano distrettuale, svolge un ruolo strategico l'**Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale (ECAD)**, in quanto soggetto istituzionale, individuato ai sensi della normativa in materia di enti locali (D.Lgs 267/2000 e ss.ii.mm.), che rappresenta l'ambito sociale – sia esso mono-comunale o pluricomunale – e che esercita la funzione amministrativa in materia sociale, assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano.

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

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

ATTO DI INDIRIZZO APPLICATIVO PER GLI ADEMPIMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI PIANI SOCIALI DI AMBITO DISTRETTUALE

1. IL PROCESSO DI FORMAZIONE DEL PIANO SOCIALE DI AMBITO DISTRETTUALE

Il Piano sociale di ambito distrettuale (d'ora in avanti Piano distrettuale) è lo strumento di intervento a livello territoriale grazie al quale, in ciascun ambito, vengono specificate le previsioni del Piano Sociale Regionale e stabilite le modalità di attuazione degli obiettivi e di funzionamento dei servizi (art. 6, L.R. 22/1998).

Il Piano distrettuale ha l'obiettivo generale di realizzare il sistema locale unitario e integrato di interventi e servizi sociali ed è fondato sull'approccio unitario da parte dei Comuni alla programmazione e gestione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari per l'intero Ambito distrettuale. Esso, in particolare, contribuisce a qualificare i servizi, valorizzando il principio di sussidiarietà e attuando percorsi efficaci di integrazione sociosanitaria. È, inoltre, occasione di partecipazione, concertazione – intese anche come forme di responsabilità condivisa – e di chiarezza in ordine all'esigenza di certezza delle responsabilità e di esercizio delle funzioni connesse.

I risultati che il Piano distrettuale può conseguire sono legati anche all'adozione di strategie e responsabilità nei processi di formazione e attuazione, nello specifico:

- attenzione a bisogni e opportunità da garantire;
- attenzione all'esercizio delle responsabilità collettive, uscendo dalla logica di governo per privilegiare quella della governance;
- il sistema delle responsabilità associate che deve essere chiaramente definito, con la puntuale indicazione degli impegni e delle modalità di gestione unitaria delle risorse, non solo finanziarie, e prevedendo le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti;
- le risorse e i fattori propri di ogni Ambito Distrettuale Sociale devono essere valorizzate, non solamente per aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche per favorire la crescita di un welfare territoriale "comunitario ed integrato", capace di incentivare la partecipazione attiva della

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

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

È compito del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci nominare il Gruppo di Piano, predeterminandone con apposito atto di indirizzo le modalità di partecipazione (rispondenti ai principi di trasparenza, pubblicizzazione e rappresentatività), la composizione (attori sociali istituzionali della sanità, della scuola, del lavoro e della giustizia e tutela legale, del Terzo Settore e del privato sociale, del mondo del lavoro e della produzione, di rappresentanza della cittadinanza e delle famiglie), acquisendo entro i termini prestabiliti le necessarie designazioni.

Contestualmente alla nomina, vengono definiti i tempi e gli indirizzi generali per lo svolgimento dell'attività del **Gruppo di Piano**. Di tutto il procedimento di nomina è assicurata la conoscibilità attraverso la pubblicazione all'albo dell'ECAD e altre forme indicate dal Sindaco/Conferenza dei Sindaci.

Il Gruppo di Piano, nella sua prima seduta e su indicazione della Conferenza dei Sindaci, ratifica e approva il proprio regolamento di funzionamento (che può prevedere anche la formazione di sottogruppi per materia) e, in particolare, stabilisce il numero legale per la validità delle riunioni. Provvede, altresì, alla nomina di un coordinatore con il compito di convocare le sedute, coordinare i lavori, redigere i verbali e i rapporti da inoltrare al Sindaco/Conferenza dei Sindaci circa l'andamento dei lavori, che dovrà assicurare la massima partecipazione e condivisione degli attori sociali istituzionali e rappresentativi del privato sociale e del Terzo Settore, anche attraverso procedure validate di co-programmazione e co-progettazione previste dalla normativa (non ultimo il D.M. 72 del 31.03.2021 che definisce gli indirizzi della co-programmazione e co-progettazione tra enti locali e Terzo Settore).

Nella fase iniziale di formazione del Piano distrettuale, il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci provvedono anche ad attivare la concertazione preliminare con l'Azienda USL per la definizione delle

scelte fondamentali in materia di programmazione sociosanitaria, relative alle azioni ad elevata integrazione sociosanitaria da coordinare e attuare congiuntamente nell'Ambito distrettuale e nel distretto sanitario (procedure, funzioni e competenze ratificate nella convenzione per l'integrazione sociosanitaria).

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

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

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

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

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

La definizione di priorità e obiettivi del Piano sociale tiene conto sia delle indicazioni del profilo sociale locale, sia della strategia e degli indirizzi di programmazione dei servizi sociali contenuti nel Piano Sociale Regionale di riferimento, oltre che degli indirizzi complementari nazionali e comunitari in materia di politiche sociali, sociosanitarie, socioeducative e di inclusione sociale, che concorrono alla realizzazione in ambito locale del sistema integrato dei servizi alla persona.

Le scelte dell'Ambito distrettuale, in particolare, sono finalizzate a perseguire gli obiettivi di promozione del benessere sociale e di salute che scaturiscono dall'analisi regionale, letta alla luce dello specifico profilo sociale. Lo strumento di miglioramento della qualità dei servizi erogati è il sistema di offerta dei servizi, che l'Ambito distrettuale è chiamato a organizzare secondo il modello di pianificazione sistemica delineato dal Piano sociale in riferimento agli Obiettivi Essenziali di servizio e agli Assi Tematici del Piano Sociale Regionale.

Anche in questa fase viene coinvolto il Gruppo di Piano.

1.4. Fase D. Allegati al Piano sociale di ambito distrettuale

Al documento di Piano distrettuale devono essere allegati, quali parte integrante e sostanziale:

- l'**accordo di programma** sottoscritto da tutti i partecipanti (ciascun sottoscrittore è tenuto all'approvazione preliminare del Piano sociale di ambito da parte degli organi competenti, secondo il proprio ordinamento, senza obbligo di allegazione e invio dell'atto alla Regione);
- lo **schema di regolamento** per l'accesso ai servizi;
- la **convenzione per l'integrazione sociosanitaria** stipulata fra Ambito distrettuale e Azienda ASL;
- il **verbale con le OO.SS. dell'accordo** formale di concertazione sindacale.

1.5. Fase E. Approvazione

Il Piano distrettuale, redatto con apposito formulario tenendo conto di specifici atti di indirizzo applicativi e tematici (*integrazione sociosanitaria e implementazione nuovi LEPS, potenziamento servizi previsti dal PSN 2021-2023*) **predisposti e approvati dalla Giunta Regionale entro 60 giorni dall'approvazione del Piano Sociale Regionale (PSR) e pubblicazione sul B.U.R.A.**, 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 di tutti i Comuni dell'Ambito Distrettuale Sociale, dell'ECAD e, per quanto previsto dal Piano Sociale Regionale in materia di integrazione sociosanitaria, anche dell'Azienda ASL competente per territorio e dagli altri attori sociali partecipanti alla co-programmazione attraverso il gruppo di piano.

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

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

La fase formativa del Piano distrettuale deve concludersi **entro 90 giorni** dall'approvazione della Giunta Regionale del presente atto di indirizzo.

1.6. Fase F. Efficacia del Piano sociale di ambito distrettuale

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

La Giunta Regionale, entro 60 giorni dal ricevimento, accertata la legittimazione dell'ECAD alla presentazione del Piano distrettuale e la completezza e congruità della documentazione, procede alla verifica di compatibilità con quanto indicato dal Piano Sociale Regionale.

La verifica, effettuata sulla scorta della valutazione di merito di un apposito gruppo tecnico all'uopo individuato dal Dipartimento Lavoro-Sociale per mezzo del Servizio competente, è condizione per l'erogazione dei finanziamenti nazionali, regionali e comunitari.

Fondi che fanno riferimento alla disponibilità delle risorse ordinarie e dirette, nazionali e regionali, annualmente stanziati e impegnati per i servizi alla persona, oltre che a diversi finanziamenti complementari e preventivati, che concorrono alla realizzazione delle **azioni dirette e indirette strategiche** previste nel PSR 2022-2024. Risorse che vengono assegnate agli Ambiti Distrettuali Sociali nelle modalità di riparto stabilite e riportate nella parte prima del PSR 2022-2024, nell'apposita sezione dedicata alle risorse e alle politiche della spesa.

I Comuni e gli ambiti che non adottano il Piano distrettuale 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 LEPS e degli indirizzi di riferimento stabiliti a livello nazionale nel Piano Sociale Nazionale 2021-2023, nel Piano per la Povertà, gli interventi per la non autosufficienza e gli indirizzi regionali del PSR 2022-2024.

Della mancata approvazione del Piano di Zona viene data notizia sul B.U.R.A.T. e tramite altre forme ritenute opportune dalla Giunta Regionale.

1.7. Fase G. Integrazioni e modifiche

Al Piano distrettuale possono essere apportate rimodulazioni finanziarie annuali, in particolare quelle motivate da eventuali modifiche nell'importo dei contributi assegnati a diverso titolo dalla Regione.

Tali rimodulazioni, approvate preventivamente dalla Conferenza dei Sindaci (in caso di Ambiti formati da più Comuni), devono essere oggetto di apposito atto di approvazione dell'organo esecutivo dell'ECAD e trasmesse alla Regione entro il 30 novembre dell'anno di riferimento della rimodulazione, senza che sia necessaria la verifica di compatibilità regionale.

Altra ipotesi di varianti attuative al Piano sociale di ambito, che non richiedono la preventiva verifica di compatibilità, è rappresentata dall'integrazione del Piano stesso con azioni e servizi già previsti in via generale tra i campi di intervento e le strategie inseriti nel Piano e che possono suc-

cessivamente essere attuati per il verificarsi delle condizioni previste di finanziamento.

La regia di tutti gli interventi territoriali, infatti, è attribuita all'Ambito distrettuale, che include nel Piano distrettuale tutte le azioni necessarie per la sua attuazione, a prescindere dalla disponibilità iniziale di fonti interne di finanziamento. In questo caso, la disponibilità delle risorse finanziarie successivamente acquisita non determina la necessità di modifiche formali al Piano sociale di ambito e, conseguentemente, la verifica di compatibilità da parte della Regione.

Sarà necessario, come nel caso precedente, trasmettere alla Regione il provvedimento di approvazione delle integrazioni entro il 30 novembre dell'anno in cui si provvede alla modifica del Piano distrettuale.

È possibile, infine, apportare vere e proprie modifiche e integrazioni al Piano distrettuale, adeguatamente motivate, qualora tale necessità emerga sia a seguito di monitoraggio periodico sia per altre motivazioni, anche connesse a una eventuale nuova individuazione dell'ECAD.

In tal caso, il Piano distrettuale modificato, corredato di tutta la documentazione necessaria, deve essere approvato dai Consigli Comunali dei Comuni appartenenti e dalla Conferenza dei Sindaci con la sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma e deve essere trasmesso alla Giunta Regionale entro il 30 novembre precedente all'anno di riferimento della modifica, per la necessaria verifica di compatibilità da parte della Giunta Regionale.

2. INDICAZIONI PER L'ARTICOLAZIONE DEI PIANI SOCIALI DI AMBITO DISTRETTUALE

Il Piano distrettuale rappresenta lo strumento programmatico di innovazione che gli Ambiti Distrettuali Sociali sono chiamati a redigere in stretta collaborazione con l'Azienda ASL e i Distretti sanitari e con le risorse pubbliche e del privato sociale del territorio di riferimento.

Il Piano distrettuale si compone delle Sezioni di seguito descritte.

2.1. Sezione 1. Assetti istituzionali e formazione del Piano sociale di ambito distrettuale

Nella prima sezione vengono presentati: gli assetti istituzionali del nuovo Ambito distrettuale e le responsabilità di pianificazione e gestione; la presenza di zone sociali; la governance dell'Ambito; la composizione dell'Ufficio di Piano; il processo seguito per la formazione del Piano distrettuale; la composizione del Gruppo di Piano; le modalità di gestione dell'integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento ai servizi sociosanitari gestiti in forma integrata tra ADS e Distretti Sanitari di Base; la descrizione del livello istituzionale dell'integrazione sociosanitaria; la descrizione del processo di coinvolgimento e partecipazione dei diversi soggetti territoriali alla stesura del Piano distrettuale e gli strumenti utilizzati per favorirne la partecipazione. Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, vanno ripresi in coerenza gli aspetti ben dettagliati nella convenzione sociosanitaria quale atto integrativo e sostanziale del Piano distrettuale sociale.

Vanno ben descritti i processi e gli attori responsabili della programmazione locale:

- Assetti istituzionali dell'Ambito distrettuale
- Ufficio di Piano
- Processo di formazione del Piano sociale distrettuale
- Gruppo di Piano
- Modalità, tempi e strumenti per la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni

2.2. Sezione 2. Profilo sociale locale

Il profilo sociale locale si articola in dati e informazioni reperite da diverse fonti istituzionali, in particolare:

- Analisi delle principali tendenze demografiche
- Dimensione socioeconomica del territorio nel suo insieme
- Analisi dei fabbisogni sociali e di salute, anche con l'evidenziazione di particolari specificità per le zone sociali
- Ricognizione e analisi sull'attuale sistema di offerta dei servizi sociali e sociosanitari del territorio (compresi i soggetti che ricevono contributi per finalità sociali anche al di fuori dei fondi del Piano)
- Analisi della precedente programmazione, con dati relativi sia all'utenza e ai volumi registrati sia alla spesa sociale sostenuta
- Quadro ragionato dei principali fabbisogni rilevati, delle criticità emerse e delle prospettive di miglioramento connesse al nuovo Piano

2.3. Sezione 3. Le priorità e le strategie del Piano sociale di ambito distrettuale

In questa sezione, in coerenza con i fabbisogni emersi nel profilo, vengono definite le priorità del Piano distrettuale, contenenti: priorità generali per il benessere sociale e di salute dell'Ambito a breve, medio e lungo termine; obiettivi della programmazione (applicazione degli obiettivi della programmazione regionale e degli Obiettivi Essenziali di servizio); indicatori di misurazione; valori target da raggiungere per ciascuna annualità; strategie generali per l'attuazione degli obiettivi; strategie di sistema per l'integrazione sociosanitaria con la definizione dei servizi e degli interventi da gestire attraverso la Convenzione per l'integrazione sociosanitaria.

Vanno ben descritti gli obiettivi e le azioni strategiche della programmazione locale:

- Obiettivi della programmazione
- Strategie di attuazione
- Strategie di sistema per l'integrazione sociosanitaria
- Strategie di sistema per l'inclusione sociale e l'integrazione con le politiche attive del lavoro e le azioni intersettoriali
- Strategie dell'integrazione e complementarità con le azioni del PON Inclusione, del PNRR e FSE 2021-2027 e altre misure nazionali e comunitarie

2.4. Sezione 4. La programmazione sociale e sociosanitaria per Obiettivi Essenziali di servizio e Assi Tematici

Per la redazione di tale sezione, occorre fare riferimento alla parte II del Piano Sociale Regionale 2022-2024 rispetto ai servizi e alle politiche da realizzare. La sezione è divisa in 7 Assi Tematici.

AT 1 - Obiettivi Essenziali di servizio sociale

In questo Asse Tematico sono definiti gli Obiettivi Essenziali di servizio e le linee di intervento, secondo quanto previsto nei paragrafi della parte prima e seconda del PSR 2022-2024 sul quadro normativo e la programmazione integrata dei servizi e interventi, gli indirizzi e approfondimenti tematici.

Tali azioni vengono finanziate con quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali (tenuto conto che il PSN 2021-2023 stabilisce che il 50% delle risorse annuali assegnate tramite le regioni agli ambiti sociali è rivolto al potenziamento degli interventi e servizi per i minori) e del Fondo Sociale Regionale, oltre ai fondi relativi all'integrazione sociosanitaria, ad altre risorse specifiche dedicate ai servizi generali dell'accesso e della presa in carico, all'accesso, alla domiciliarità e i servizi di prossimità e di Pronto intervento sociale e, in fase di programmazione, ad altre specifiche misure a

valere su fondi settoriali nazionali, del REACT-EU e del PNRR per le Dimissioni protette, la supervisione del personale e il potenziamento delle azioni a favore della non autosufficienza e disabilità.

AT 2 - Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità

L'Asse Tematico illustra gli interventi e i servizi per la non autosufficienza dell'Ambito distrettuale e del distretto sanitario. Le azioni si dividono in tre aree, che sono descritte nel **capitolo 3 del PSR 2022-2024**:

- **Area 2A - Programma locale per la non autosufficienza e sostegno al caregiver familiare**
In questa area di intervento devono essere ben descritti gli interventi e i servizi diretti e indiretti rivolti alla non autosufficienza, nel rispetto degli indirizzi nazionali del PNA 2019-2021 approvato con DPCM 21.11.2019 e recepiti dalla Regione Abruzzo con proprie Linee guida e piano locale 2019-2021 approvati con DGR n. 707 del 17.11.2020. Vengono, inoltre, descritte le azioni a favore del caregiver familiare che si riferiscono alla L.R. 43/2016 e alle azioni finanziate con DPCM 27.10.2020 relative alle risorse 2018-2019-2020.
- **Area 2B - Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza**
In questa area di intervento devono essere ben descritti gli interventi sociosanitari che fanno riferimento alla compartecipazione della spesa sociale per le prestazioni residenziali e semiresidenziali assicurate dalle strutture in ambito regionale e fuori regione accreditate, secondo gli indirizzi e le modalità stabilite nella L.R. 37/2017 e ss.mm.ii. e atti di indirizzo regionali in cui sono definite le quote di compartecipazione in relazione alla tipologia delle prestazioni e all'ISEE.
- **Area 2C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona**
In questa area di intervento devono essere ben descritti gli interventi e i servizi diretti e indiretti rivolti alle disabilità complesse per l'integrazione sociale, scolastica e socio-lavorativa. Vengono inoltre descritti gli interventi e i servizi per l'autonomia della persona previsti dai progetti regionali (L.R. 57/2012) e nazionali di Vita indipendente (DPCM 21.11.2019) e per il Dopo di Noi (L. 112/2016), che si integrano alle azioni e misure previste dal PNRR e REACT EU che prevedono anche la Riforma 1.1. della legge quadro sulla disabilità e la Riforma 1.2. sul sistema degli interventi per la non autosufficienza.

AT 3 - Contrasto alle povertà e inclusione sociale

Questo Asse Tematico comprende interventi e servizi di inclusione sociale indicati nella parte prima sulla programmazione del PSR 2022-24, **descritti dettagliatamente nel capitolo 5 della parte seconda sugli indirizzi e approfondimenti tematici del PSR 2022-2024**, e contiene la strategia generale di contrasto alla povertà e all'esclusione dell'Ambito Distrettuale. Esso si articola in: **Azioni dirette**, finanziate con FNPS, FSR e Fondi Comunali, e **Strategie** (azioni indirette) per il contrasto alla povertà, che saranno attuate attraverso il Piano interventi per la Povertà (L. 208/2015 art. 1, comma 386) e con l'utilizzo, tramite partecipazione ai bandi e agli avvisi emanati a livello regionale e nazionale, del Fondo Sociale Europeo (Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2021-2027 e del PON Inclusione, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), nonché delle risorse di cui al Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386), e gli interventi complementari svolti dagli Ambiti Distrettuali Sociali per i percettori del Reddito di cittadinanza (RdC) in collaborazione con i Centri per l'Impiego (Patti per l'inclusione e Patti per il lavoro), descrivendo l'attuazione sul territorio delle specifiche Linee guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

AT 4 - Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee

In questo Asse Tematico, indicati nella programmazione per Obiettivi Essenziali e Assi Tematici della parte prima del PSR 2021-2023, devono essere ben descritti gli interventi e i servizi rivolti alla tutela dei minori e della famiglia, che vengono rappresentati in maniera completa e dettagliata nel **capitolo 1 della parte seconda del PSR 2022-2024**, in cui si individuano le azioni e gli obiettivi di rafforzamento delle azioni per il contrasto della povertà educativa e per la prevenzione e il contrasto

all'allontanamento dal contesto familiare del minore, con particolare riferimento alla metodologia PIPPI e Careleavers per l'accompagnamento verso la maggiore età dei minori allontanati.

AT 5 - Prevenzione istituzionalizzazione e invecchiamento attivo

In questo Asse Tematico devono essere descritti gli interventi e i servizi per la promozione delle azioni rivolte all'invecchiamento attivo e alla promozione della L.R. 16/2019 sull'invecchiamento attivo, che devono recepire gli indirizzi e le buone prassi nazionali e internazionali e le azioni di rafforzamento e obiettivi regionali **richiamati nel capitolo 4 della parte seconda del PSR 2022-2024**.

AT 6 - Giovani e Youth Guarantee

In questo Asse Tematico devono essere descritti gli interventi e i servizi per la promozione delle azioni e dei diritti dei giovani, facendo riferimento alla strategia europea (**la nuova strategia europea per la gioventù 2021-2027**) e alle misure nazionali e regionali (L. 248/2006 sulle politiche giovanile) per l'integrazione sociale e lavorativa dei giovani (Garanzia Giovani, Servizio Civile Universale, rapporto scuola-lavoro), che vengono riprese con forza anche dal PNRR, come **descritte nel capitolo 2 della parte seconda del PSR 2022-2024**.

AT 7 - Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia

In questo Asse Tematico devono essere descritti gli interventi e i servizi per la promozione dell'empowerment femminile e le azioni e i diritti per le pari opportunità, per il contrasto della violenza di genere e sui minori e per la promozione dei servizi per la conciliazione dei tempi di lavoro e cura e per la prima infanzia, che vengono riprese anche dal PNRR e **descritte nel capitolo 6 della parte seconda del PSR 2022-2024**.

2.5. Sezione 5. L'integrazione sociosanitaria

In questa sezione sono descritte le misure di integrazione sociosanitaria a livello istituzionale, di servizi e professionale, che fanno riferimento alle indicazioni contenute nelle Linee guida per la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi alla persona a elevata integrazione sociosanitaria, che vengono ben dettagliate nella convenzione sociosanitaria sottoscritta dall'ADS e dalla ASL competente:

- Misure di integrazione istituzionali
- Misure di integrazione fra servizi dell'ADS, DSB e servizi territoriali del PAT e di integrazione professionale
- Convenzione per l'integrazione sociosanitaria

2.6. Sezione 6. L'integrazione socio-lavorativa per l'inclusione sociale

In questa sezione sono descritte le misure di integrazione socio-lavorativa per le azioni di inclusione sociale e lavorativa a livello istituzionale, di servizi e professionale:

- Misure di integrazione istituzionali (ADS/CPI)
- Misure di integrazione fra servizi, azioni per l'inclusione socio-lavorativa (esempio l'integrazione delle azioni del PDS e del Programma GOL e altri interventi per l'inserimento lavorativo del PNRR e PON-Inclusione) e di integrazione professionale
- Gestione congiunta delle misure di preassessment e assessment dei percettori del Reddito di Cittadinanza realizzate con il PON Inclusione e il Piano Povertà (Patti di inclusione sociale e Patti per il lavoro)

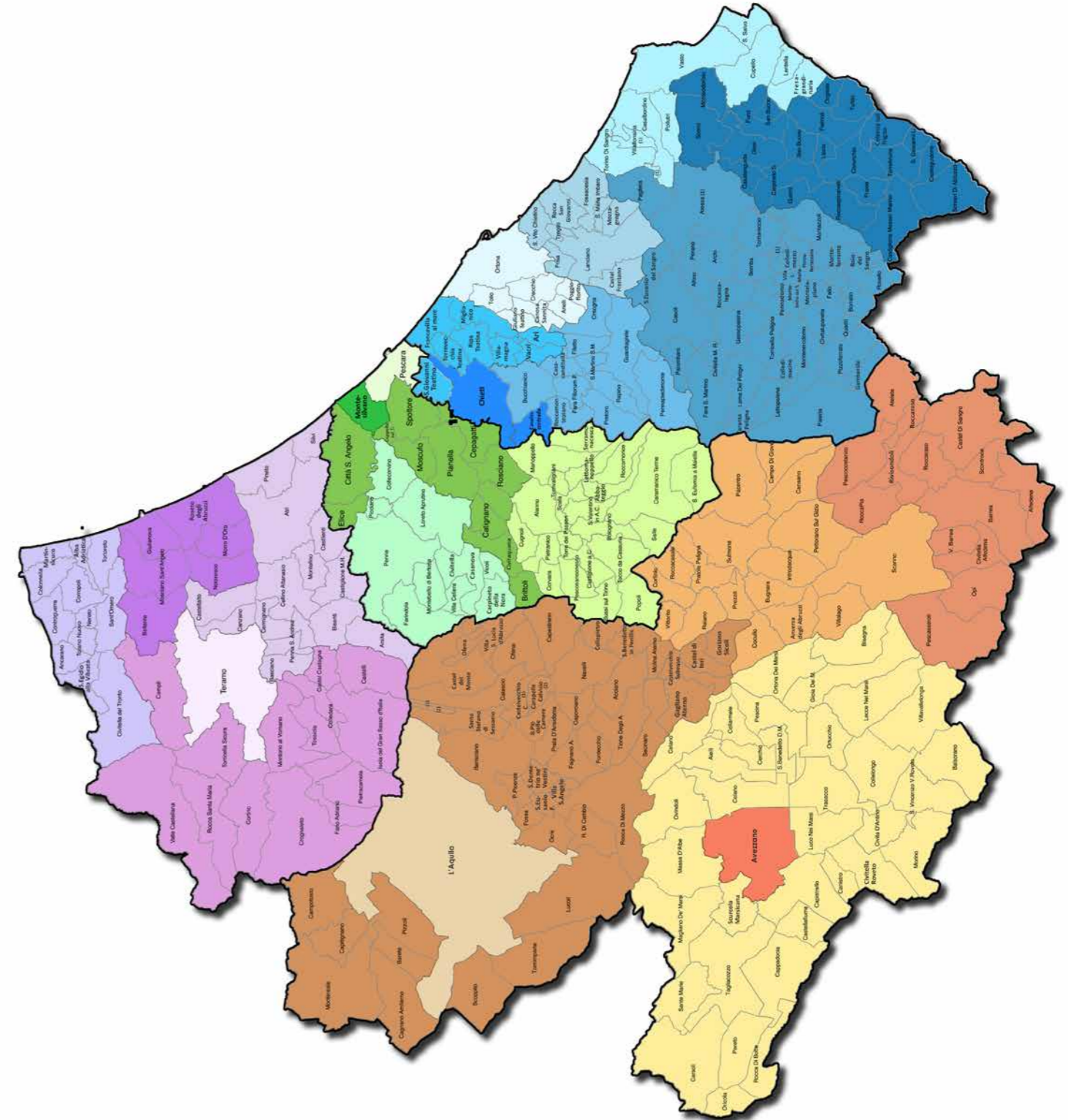
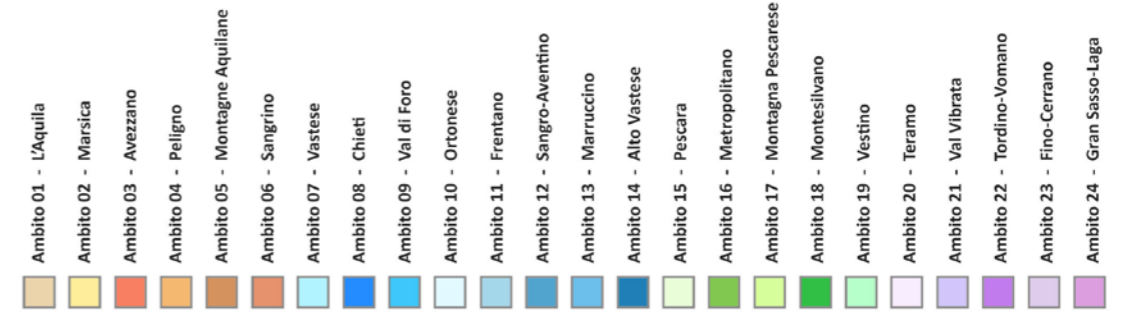
2.7. Sezione 7. Le azioni per il miglioramento del sistema locale e la co-progettazione

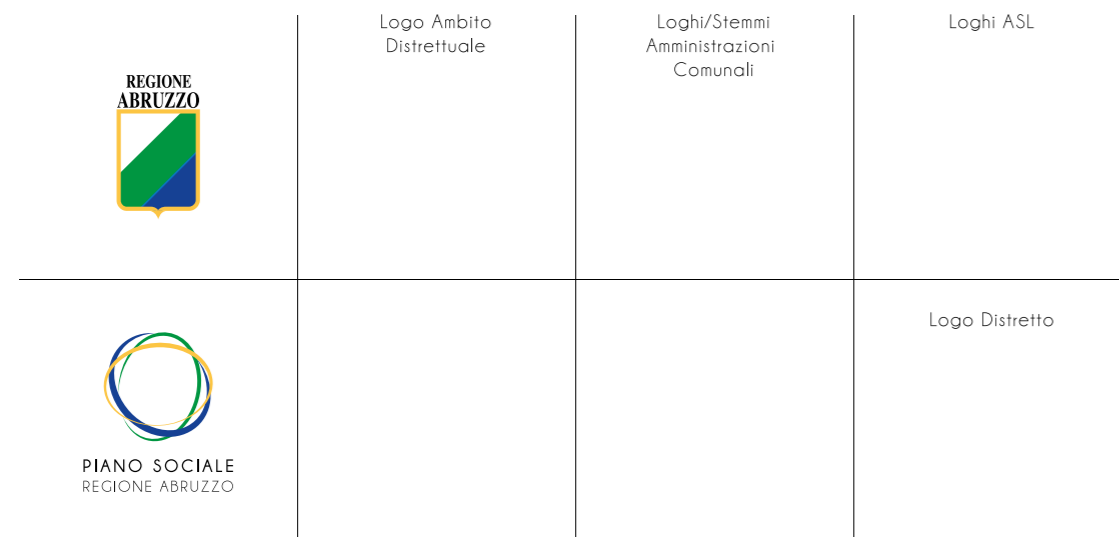
In questa sezione sono descritte le misure per la qualificazione del sistema locale di offerta dei servizi, in particolare:

- Composizione e funzionamento dell'Ufficio di Piano e la governance locale
- Sistema locale del funzionamento dei servizi alla persona: le autorizzazioni e l'accreditamento dei servizi diurni, semiresidenziali e residenziali, le procedure di affidamento e individuazione dei soggetti fornitori e coinvolgimento del Terzo Settore (il RUNTS)
- Sistema informativo di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi
- Linee di indirizzo per il bilancio sociale

2.8. Sezione 8. La politica della spesa e i quadri di previsione

L'Ambito distrettuale descrive la politica per la spesa e l'utilizzo delle risorse per il triennio di riferimento. La spesa deve essere programmata in un'ottica di unitarietà e progressività delle misure e delle risorse disponibili. Gli interventi e i servizi alla persona programmati devono rispondere prioritariamente ai bisogni complessi individuati nel profilo sociale, che sono stati rilevati a livello territoriale e che vengono declinati in ambito socioassistenziale, sociosanitario e socioeducativo, in applicazione dei LEPS e degli indirizzi nazionali del PSN 2021-2023, di altri piani nazionali e comunitari (Piano Povertà, PON Inclusione, PNRR e REACT EU, FSE-FSC-FESR-FEAD e altre misure per la povertà e l'inclusione sociale) e del PSR 2022-2024.





Ambito Distrettuale Sociale n. _____ “ _____ ”

ECAD _____

Azienda ASL di _____

Includere per contrastare le fragilità

PIANO DISTRETTUALE SOCIALE
(PSR 2022 - 2024)

ALLEGATO A

ALLEGATO A FORMULARIO PIANO DISTRETTUALE SOCIALE

Presentazione	511
Sezione 1. Assetti istituzionali e formazione del Piano distrettuale	
1.1. Gli assetti istituzionali dell’Ambito distrettuale	512
1.2. L’Ufficio di Piano	512
1.3. Il processo di formazione del Piano sociale distrettuale	512
1.4. Il Gruppo di Piano	512
1.5. Modalità, tempi e strumenti per la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni	512
Sezione 2. Il profilo sociale locale	
2.1. Analisi delle tendenze demografiche	513
2.2. Dimensione socioeconomica del territorio	513
2.3. Analisi dei fabbisogni sociali	513
2.4. L’attuale sistema di offerta	513
2.5. Valutazione ex post della precedente programmazione	513
2.6. Quadro delle principali criticità e prospettive di miglioramento	514
Sezione 3. Obiettivi della programmazione e le strategie del piano distrettuale sociale	
3.1. Obiettivi della programmazione	514
3.2. Strategie di attuazione	514
3.3. Strategie di sistema per l’integrazione sociosanitaria (la convenzione per l’integrazione sociosanitaria)	514
3.4. Le modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e la presa in carico integrata per la riduzione dell’istituzionalizzazione (UVM, PAI e PEI, budget di progetto)	514
3.5. Strategie di sistema per l’inclusione sociale e l’integrazione con le politiche attive del lavoro	515
3.6. Le azioni per l’integrazione delle misure di programmazione sociale locale con le politiche nazionali e comunitarie in ambito sociale, sociosanitario e socioeducativo del PSN, PSR, FSE, FSC, PON, i Piani nazionali per la povertà e l’infanzia e il PNRR	515
Sezione 4. La programmazione sociale e sociosanitaria	
Asse Tematico 1 - Obiettivi Essenziali di servizio sociale	516
Asse Tematico 2 - Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità	523
Asse Tematico 3 - Contrasto alle povertà e inclusione sociale	539
Asse Tematico 4 - Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	545
Asse Tematico 5 - Prevenzione all’istituzionalizzazione e invecchiamento attivo	552
Asse Tematico 6 - Giovani e Youth Guarantee	556
Asse Tematico 7 - Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e infanzia	560
Sezione 5. L’integrazione sociosanitaria	
5.1. Misure di integrazione istituzionale	566
5.2. Misure di integrazione fra servizi e risorse professionali	566

Sezione 6. L'integrazione sociale-lavoro per l'inclusione sociale	
6.1. Misure di integrazione istituzionale	567
6.2. Misure di integrazione fra servizi e risorse professionali	567
Sezione 7. Le azioni per il miglioramento del sistema locale e la co-progettazione	
7.1. La composizione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano	568
7.2. Il sistema locale del funzionamento dei servizi alla persona: le autorizzazioni e l'accreditamento dei servizi diurni, semiresidenziali e residenziali, le procedure di affidamento e di individuazione dei soggetti fornitori (manifestazioni d'interesse e albo fornitori) e il coinvolgimento del Terzo Settore	568
7.3. Sistema informativo di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi	568
7.4. Linee di indirizzo per il bilancio sociale annuale del Piano e della rendicontazione dei servizi	568
Sezione 8. La politica della spesa e i quadri di previsione	569
Sezione 9. Appendice al formulario per la redazione dei Piani sociali distrettuali	572
Sezione 10. Schede tecniche per la redazione del formulario, l'implementazione dei nuovi LEPS e il potenziamento dei servizi alla persona degli Ambiti Distrettuali Sociali (rif allegato 2.7. del PSN 2021-23)	573
1. Scheda intervento - Punti Unici di Accesso	573
2. Scheda LEPS - Supervisione del personale dei servizi sociali	577
3. Scheda LEPS - Dimissioni protette	581
3.1. Denominazione: Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento a un domicilio	581
3.2. Denominazione: Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	584
4. Scheda LEPS - Prevenzione allontanamento familiare - PIPPI	586
5. Scheda intervento - Promozione rapporti scuola territorio - Get Up	590
6. Scheda intervento - Careleavers	597
7. Scheda tecnica - Garanzia Infanzia	603

Presentazione

A cura del Sindaco o del Coordinatore della Conferenza dei Sindaci

Nota: Il Piano sociale distrettuale è un documento che deve essere accessibile alla consultazione e lettura dei cittadini. Per questa ragione si richiede, pur nella completezza, di assicurare una compilazione essenziale delle diverse parti, limitata a fornire le informazioni e indicazioni operative più significative. Per questa ragione, in alcune sezioni, vengono anche richieste limitazioni nel numero dei caratteri e negli spazi. Nella versione finale del documento è opportuno cancellare tutte le didascalie contenute in questo schema.

SEZIONE 1. ASSETTI ISTITUZIONALI E FORMAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE

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

1.1. Gli assetti istituzionali dell'Ambito distrettuale

1.2. L'Ufficio di Piano

1.3. Il processo di formazione del Piano distrettuale sociale

1.4. Il Gruppo di Piano

1.5. Modalità, tempi e strumenti per la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni

SEZIONE 2. IL PROFILO SOCIALE LOCALE

Il Profilo sociale locale si definisce con dati e informazioni reperiti da diverse fonti per effettuare analisi basate sull'evidenza:

- analisi delle principali tendenze demografiche;
- dimensione socioeconomica del territorio nel suo insieme;
- analisi dei fabbisogni sociali, anche con l'evidenziazione di particolari specificità;
- ricognizione e analisi sull'attuale sistema di offerta dei servizi sociali e sociosanitari del territorio (compresi i soggetti che ricevono contributi per finalità sociali anche al di fuori dei fondi del Piano);
- valutazione ex post della precedente programmazione, con dati relativi sia all'utenza sia alla spesa sociale sostenuta;
- quadro ragionato delle criticità emerse e delle prospettive di miglioramento connesse al nuovo Piano.

2.1. Analisi delle tendenze demografiche

2.2. Dimensione socioeconomica del territorio

2.3. Analisi dei fabbisogni sociali

2.4. L'attuale sistema di offerta

2.5. Valutazione ex post della precedente programmazione

2.6. Quadro delle principali criticità e prospettive di miglioramento

3.5. Strategie di sistema per l'inclusione sociale e l'integrazione con le politiche attive del lavoro (le azioni del Reddito di Cittadinanza, i programmi integrativi del PNRR Misura 5C1, del PON-Inclusione e altre misure settoriali)

SEZIONE 3. OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE E LE STRATEGIE DEL PIANO DISTRETTUALE SOCIALE

In questa sezione, in coerenza con i fabbisogni emersi nel Profilo, vengono definiti, gli obiettivi della programmazione, strategie generali per l'attuazione degli obiettivi, strategie di sistema per l'integrazione sociosanitaria con la definizione dei servizi e degli interventi da gestire attraverso la Convenzione socio-sanitaria.

3.1. Obiettivi della programmazione

3.2. Strategie di attuazione

3.3. Strategie di sistema per l'integrazione sociosanitaria e la complementarità con le azioni sociosanitarie del PAT (la convenzione per l'integrazione sociosanitaria)

3.4. Le modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e la presa in carico integrata per la riduzione dell'istituzionalizzazione (UVM, PAI e PEI, budget di progetto)

3.6. Le azioni per l'integrazione delle misure di programmazione sociale locale con le politiche nazionali e comunitarie in ambito sociale, sociosanitario e socioeducativo del PSN, PSR, FSE, FSC, PON, i Piani nazionali per la povertà e l'infanzia e il PNRR (l'integrazione con la misura 5 "Sociale" e la misura 6 "Salute", quali i servizi di prossimità innovativi e la Casa di comunità, ecc.)

SEZIONE 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIOSANITARIA PER ASSI TEMATICI E OBIETTIVI DI SERVIZIO

ASSE TEMATICO 1 - OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO SOCIALE

In questo Asse Tematico sono definiti gli Obiettivi Essenziali di servizio e le linee di intervento, secondo quanto previsto nelle parti I e II del PSR 2022-2024 sugli Assi Tematici e nelle schede tecniche di indirizzo riportate in appendice del presente formulario. Tali azioni possono essere finanziate con quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale, oltre ai fondi relativi all'integrazione sociosanitaria.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Asse Tematico 1 Obiettivi Essenziali di servizio - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Id ¹	Servizio/intervento ⁵	OS	SS ²	Indicatore	Utenza/prestazione anno 2021	Previsione utenza/prestazione media ⁶
	Punto Unico di Accesso ⁷	1	X	N. utenti		
	Segretariato sociale	1		N. prestazioni ³		
	Servizio sociale professionale	2		N. utenti in carico		
	UVM	2	X	N. casi valutati in modo integrato		
	Pronto intervento sociale	3		N. interventi svolti		
	Supervisione del Personale (nuovo LEPS del PSN 2021-23)	2		N. ore medie x unità personale ⁷		
	Assistenza domiciliare	4		N. prestazioni SAD ⁴		
			X	N. prestazioni ADI ⁴		
	Dimissioni protette (nuovo LEPS del PSN 2021-23) ⁷			N. prestazioni Dimissioni Protette ⁷		
	Servizi di telefonia solidale	4		N. utenti raggiunti		
	Servizi di prossimità (specificare) ⁵	5		N. utenti raggiunti		
	Altri servizi (specificare)			N. utenti raggiunti		

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria e rientrante nella Convenzione sociosanitaria.
3. Indicare il numero di prestazioni di informazione e accompagnamento/orientamento offerte nel corso dell'anno.
4. Per prestazione si intende la singola prestazione di assistenza domiciliare ricondotta alla durata di 1 ora.
5. Indicare la denominazione del servizio, se presente, e aggiungere righe se necessario.
6. Inserire il numero medio per anno utenza/prestazione che il servizio intende raggiungere nel triennio 2023-2025.
7. Prendere a riferimento le indicazioni della scheda tecnica riportata in appendice del formulario (rif. All. 2.7. del PSN 2021-2023).

Per la realizzazione degli interventi e servizi degli Assi Tematici è possibile integrare le risorse dirette con altre azioni di strategia riferite alle Azioni indirette (finanziate con altre tipologie di fondi esterne al Piano distrettuale). Nel corso del triennio è possibile trasformare un’Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti distrettuali all’interno della dotazione ordinaria.

Scheda per Azioni dirette (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:	Servizio²:					
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (se prevista, breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso ⁹						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d’interesse e albi locali) ¹⁰						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l’utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato ¹²	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	
	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	
Costo ¹³	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€
TOTALI		€		€		€

1. Inserire il numero progressivo di scheda del servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio coerente con le indicazioni dell'Asse Tematico di riferimento del PSR 2022-2024.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio di riferimento dell'Asse Tematico 1.
5. Descrivere l'attività che sarà svolta nell'ambito del servizio/intervento, indicando l'elenco delle prestazioni e le figure professionali necessarie (titoli di studio e qualifiche).
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento al Piano Sociale Regionale 2022-2024 descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR e, in particolare, in riferimento alla tavola sinottica OS/AT/ Servizio.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Descrivere le modalità di erogazione del servizio (sedi di erogazione, modalità, tempi) e di accesso (modalità di accesso coerenti con il Regolamento di accesso dell'Ambito allegato al Piano) da parte dell'utenza; specificare se il servizio è gratuito o prevede una compartecipazione da parte dell'utente.
10. Indicare le modalità di gestione: interna da parte dell'Ambito con proprio personale oppure esterna tramite procedura di affidamento. Per le procedure di affidamento, indicare se il servizio sarà gestito tramite gara di appalto, procedura di co-progettazione, accreditamento (convenzione con strutture accreditate sul territorio, dopo le apposite disposizioni regionali). In ogni caso le modalità di affidamento dovranno essere coerenti con le Linee guida ANAC sul nuovo Codice degli appalti e le Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del Terzo Settore e cooperative sociali (Delibera n. 32 del 20.01.2016; D.M. n. 72 del 31.03.2021 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). Indicare anche procedure locali per l'individuazione dei soggetti fornitori tramite manifestazione d'interesse e istituzione albi locali fornitori. Nel caso di Ambiti plurizonali, qualora il servizio fosse gestito dalla Zona sociale, occorre specificare in che modo sarà ripartito il servizio fra le diverse zone, indicando anche i fondi destinati a ciascuna zona.
11. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli diretti previsti nel quadro sinottico delle risorse finanziarie del PSR 2022-2024 o, nel caso di integrazione con risorse indirette, specificare il fondo (PON Inclusione, Fondo Povertà, risorse sociosanitarie, altre misure).
12. Inserire sia l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio e parametrare il costo standard in relazione alla tipologia del servizio (n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento), sia l'indicatore di risultato (risultato atteso). Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti, si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
13. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità indicando le risorse delle Azioni dirette e delle Azioni indirette in relazione alla tipologia indicata (11).

**Scheda per Azioni indirette (strategia)* -
(la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)**

Id¹:		Servizio²:		
AT ³ :		OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):		
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵				
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶				
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)				
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷				
Integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (se prevista, breve sintesi descrittiva) ⁸				
Modalità di erogazione e di accesso				
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)				
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)				
Tipologia di Fondo/Fondi:				
		2023	2024	2025
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)
- Indicatori di risultato ¹⁰ (es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)
Costo ¹¹	Risorse Azioni dirette	€	€	€
	Risorse Azioni indirette	€	€	€
TOTALI		€	€	€

*Utilizzare questa scheda se l'azione è indiretta, ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa Scheda di strategia per le Azioni indirette. Nel corso del triennio è possibile trasformare un'Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR o, nel caso di integrazione con risorse indirette, specificare il fondo (PON Inclusione, Fondo Povertà, risorse sociosanitarie, altre misure).
10. Inserire sia l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio sia l'indicatore di risultato (risultato atteso). Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti, si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati, sia diretti sia indiretti (ad esempio Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

ASSE TEMATICO 2 - DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA. IL SUPPORTO AL CAREGIVER FAMILIARE E ALTRE FRAGILITÀ

L'Asse Tematico illustra gli interventi e i servizi per la non autosufficienza dell'Ambito distrettuale e del Distretto sanitario e declina le politiche del PSR 2022-2024. Le azioni si dividono in tre aree:

- **Area 2A – Programma per la non autosufficienza e sostegno al caregiver familiare e altre categorie fragili;** tale area contiene gli interventi e i servizi che verranno attivati con l'utilizzo del Fondo nazionale per le non autosufficienze e che, in precedenza, costituivano il Piano Locale per la Non Autosufficienza e prevedere azioni per la non autosufficienza e per la disabilità gravissima, e altri fondi nazionali e regionali per il sostegno al caregiver familiare e altre categorie fragili. Tali interventi devono essere coerenti con gli indirizzi del Piano nazionale Non Autosufficienza 2019-2021 (DPCM 21.11.2019), del Piano regionale FNA 2019-2021 (DGR 707 del 17.11.2020) e del Decreto riparto Fondo caregiver familiare e con la normativa regionale di settore L.R. 43/2016, i fondi nazionali (DPCM 27.10.2020) e comunitari (FSC) e la L.R. 42/2019 per il sostegno ai malati oncologici e soggetti a trapianto. Altri interventi specifici per la disabilità e la non autosufficienza a valere sui fondi REACT-EU e PNRR.
- **Area 2B – Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza;** tale area ricomprende interventi e servizi finanziati con risorse sanitarie (Azienda ASL e Distretto sanitario, Fondo Sanitario Nazionale), con risorse del Fondo per l'integrazione sociosanitaria per il contributo ai Comuni per la partecipazione ai costi dell'utenza in strutture sociosanitarie e con risorse sociali (utilizzo del FIS, FNPS, FSR, L.R. 37/2014 o altri fondi).
- **Area 2C – Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona;** tale area ricomprende interventi e servizi finanziati con risorse del FNPS, FSR, fondi settoriali nazionali e regionali per l'integrazione scolastica (L.R. 78/78, D.Lgs 75/2017) e sociale, per l'autonomia della persona e la Vita indipendente (L. 57/2012) e del Dopo di Noi (L. 112/2016).

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale per ciascuna area - 2A, 2B e 2C (max 6000 caratteri).

Asse Tematico 2 – AREA 2A - Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al caregiver familiare e altre fragilità

SERVIZI E INTERVENTI CON RISORSE FNA						
Id ¹	Servizio/intervento	OS	SS ²	Indicatore	Utenti N.A. 2021	Utenza media annua prevista ⁹
	Assistenza domiciliare (SAD/ADI)	4	X	N. prestazioni AD sociale ³		
				N. prestazioni AD integrata		
	Centro diurno per persone non autosufficienti (specificare la tipologia e aggiungere righe se necessario) ⁴	7	X	N. persone non autosufficienti in carico x N. ore frequenza annua per persona non autosufficiente ⁵		
	Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti	8	X	N. persone non autosufficienti in residenza ⁶		
	Telesoccorso/teleassistenza	5	X	N. persone non autosufficienti seguite in telesoccorso ⁷		
	Budget di cura	8	X	N. persone non autosufficienti gravi assistite percettori assegni di cura		
				N. persone non autosufficienti con disabilità gravissima assistite percettori assegni disabilità gravissima		
	Interventi per la Vita indipendente (progetti sperimentali a valere FNA)	8		N. progetti attivati		
	Altro: specificare ⁸					

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria.
3. Per prestazione si intende la singola prestazione di assistenza domiciliare ricondotta alla durata di 1 ora.
4. Indicare la denominazione del servizio, se presente, e aggiungere righe se necessario (es. Centro diurno per demenze, ecc.).
5. Indicare il numero di persone non autosufficienti che sono in carico al centro, moltiplicato per il numero di ore di apertura giornaliera, per il numero di giorni previsto (ad es.: 10 non autosufficienti x 4 ore giorno x 150 gg di apertura = 6.000).
6. Indicare il numero preventivato di persone non autosufficienti o fragili dell'Ambito accolti in strutture/comunità micro-residenziali. In tale ambito vanno collocati i ricoveri di sollievo complementari al percorso domiciliare, ma non possono essere inserite le prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea
7. Indicare il numero preventivato di persone non autosufficienti seguite in telesoccorso.
8. Inserire eventuali altri interventi che devono comunque rientrare nell'art. 2 del Decreto ministeriale di riparto 2016 del FNNA.
9. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

CAREGIVER FAMILIARE E ALTRI INTERVENTI PER LA FRAGILITÀ CON AZIONI INDIRETTE					
Id ¹	Servizio/intervento	OS	SS ²	Indicatore	Utenza media annua prevista ³
	Interventi diretti e indiretti di sostegno al caregiver familiare (L.R. 43/2019)			N. persone fragili in carico	
	Interventi diretti e indiretti di sostegno al caregiver familiare a valere su fondi e misure nazionali (es. DPCM 27.10.2020-REACT EU-PNRR)			N. persone fragili in carico	
	Interventi diretti e indiretti di sostegno al caregiver familiare a valere su fondi e misure comunitarie (es. FSC-FSE)			N. persone fragili in carico	
	Interventi diretti e indiretti di sostegno altre categorie fragili (es. L.R. 42/2019)			N. persone fragili in carico	
	Altro: specificare			N. persone fragili in carico	

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria.
3. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

Area 2A – Programma locale per la non autosufficienza e sostegno al caregiver familiare

Spazio per inserimento schede di servizio per l'area 2A vincolata al Fondo nazionale non autosufficienze e ad altre risorse per il caregiver familiare e categorie fragili

Scheda per Azioni dirette FNA (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio) *

Id¹:	Servizio²:		
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):		
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵			
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶			
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)			
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷			
Integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (se prevista, breve sintesi descrittiva) ⁸			
Modalità di erogazione e di accesso			
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)			
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)			
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :			
	2023	2024	2025
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato ¹⁰	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²
	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)
Costo complessivo ¹¹	FNA €	FNA €	FNA €
Quota disabilità gravissima	FNA € % (minimo 50%)	FNA € % (minimo 50%)	FNA € % (minimo 50%)

*la scheda può essere replicata per ognuno dei servizi previsti e finanziati dal FNA

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nel PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR (Missione 5 e Missione 6), FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire sia l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio sia l'indicatore di risultato (risultato atteso). Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità qualora già stanziati dal FNA.

Scheda sostegno caregiver familiare e altre Azioni indirette (strategia)* - (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:	Servizio²:					
AT³:	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato ¹⁰	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	
Costi ¹¹	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€
TOTALI	€		€		€	

*Utilizzare questa scheda se l'azione è indiretta ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa scheda di strategia per le Azioni indirette. Nel corso del triennio è possibile trasformare un'Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nel PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire sia l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio sia l'indicatore di risultato. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti, si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC; Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

Asse Tematico 2 - AREA 2B - Interventi sanitari e sociosanitari per la Non Autosufficienza

Id ¹	Servizio/intervento	OS	SS ²	Indicatore ⁵	Utenza media annua prevista ⁶
	Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenziali ³		X	N. persone non autosufficienti assistite in regime residenziale	
	Servizio: specificare ⁴		X		
	Servizio: specificare ⁴		X		

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria. Essendo servizi per la non autosufficienza, tutti devono essere svolti in integrazione sociosanitaria.
3. Inserire in questa scheda l'intervento di compartecipazione al costo dei ricoveri in strutture residenziali/semiresidenziali di cui al Fondo regionale per la spesa sociosanitaria (L.R. 37/2014).
4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo sulle politiche per la non autosufficienza del PSR, d'intesa con l'Azienda ASL/Distretto sanitario e altre misure regionali, nazionali e comunitarie.
5. Indicare il numero di utenza al 31.12.2021.
6. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

Area 2B - Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza (FIS)

Spazio per inserimento schede di servizio per l'area 2B. Inserire schede per Azioni dirette.

Scheda servizio/intervento Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:	Servizio²:		
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):		
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵			
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto - Ruolo ADS) ⁶			
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)			
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷			
Integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸			
Modalità di erogazione e di accesso			
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)			
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)			
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :			
	2023	2024	2025
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato ¹⁰	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²
	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)
Costi ¹¹	Risorse Azioni dirette (es. FIS, L.R. 37/2014, altro) €	Risorse Azioni dirette (es. FIS, L.R. 37/2014, altro) €	Risorse Azioni dirette (es. FIS, L.R. 37/2014, altro) €
	Risorse Azioni indirette (es. REACT EU-PNRR) €	Risorse Azioni indirette (es. REACT EU-PNRR) €	Risorse Azioni indirette (es. REACT EU-PNRR) €
TOTALI	€	€	€

*Utilizzare questa scheda se l'azione è indiretta ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa scheda di strategia per le Azioni indirette. Nel corso del triennio è possibile trasformare un'Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusion e in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusion e o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR. 10. Inserire l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio. 11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

Asse Tematico 2 - AREA 2C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia e l'inclusione sociale della persona

Id ¹	Servizio/intervento	OS	SS ²	Indicatore ³	Utenza media annua prevista ⁴
	Trasporto sociale			N. persone disabili in carico	
	Interventi comunitari per l'integrazione scolastica e formativa disabili e per l'autonomia personale			N. persone disabili in carico x N. ore assistenza annua	
	Interventi diretti e indiretti per la Vita indipendente a valere sul Fondo L.R. 57/2012			N. persone disabili inserite nel progetto	
	Altri interventi per la Vita indipendente e l'autonomia della persona (Potenziamento/LEPS del PSN 2021-23)			N. persone disabili inserite nel progetto	
	Strutture comunitarie diurne, semiresidenziali e residenziali a carattere socioassistenziale			N. persone disabili in carico	
	Strutture diurne, semiresidenziali e residenziali comunitarie a carattere sociosanitario (es. Case di Comunità)			N. persone disabili in carico	
	Interventi e servizi comunitari per il Dopo di Noi (Potenziamento/LEPS del PSN 2021-23)			N. persone prive di sostegno familiare in carico	
	Integrazione retta semiresidenziale e residenziale			N. persone disabili in carico	
	Altro servizio/intervento (specificare)				

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria.
3. Indicare il numero di utenza al 31.12.2020.
4. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

Area 2C - Interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia e l'inclusione sociale della persona

Spazio per inserimento schede di servizio per l'area 2C; è possibile inserire schede sia per Azioni dirette sia di strategia (Azioni indirette).

Scheda per Azione diretta (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio) *

Id¹:	Servizio²:					
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio ¹⁰ - Indicatori di risultato ¹⁰	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	
Costi ¹¹	Risorse Azioni dirette (es. assist. scolastica, trasporto sociale, integrazione sociale, ecc.)	€	Risorse Azioni dirette (es. assist. scolastica, trasporto sociale, riduz. disocc. ecc.)	€	Risorse Azioni dirette (es. assist. scolastica, trasporto sociale, riduz. disocc. ecc.)	€

*la scheda può essere replicata per ognuno dei servizi previsti

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nel PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusion e in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusion e o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il Servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

Scheda per Azioni indirette (strategia)*
(la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:	Servizio²:					
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e presa in carico (breve descrizione dei procedimenti UVM/PAI-PEI, budget di progetto e coinvolgimento individuo e famiglia)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Strategia e integrazione con altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	
- Indicatori di risultato ¹⁰	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	
Costi ¹¹	Risorse Azioni indirette (es. Dopo di Noi, L.R. 78/78, FSE-FSC/REACT EU-PNRR, altro)	€	Risorse Azioni indirette (es. Dopo di Noi, L.R. 78/78, FSE-FSC/REACT EU-PNRR, altro)	€	Risorse Azioni indirette (es. Dopo di Noi, L.R. 78/78, FSE-FSC/REACT EU-PNRR, altro)	€

*Utilizzare questa scheda se l'azione è indiretta ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa scheda di strategia per le Azioni indirette (altri fondi settoriali). Nel corso del triennio è possibile trasformare un'Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire sia l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio sia indicatori di risultato. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

ASSE TEMATICO 3 - CONTRASTO ALLE POVERTÀ E INCLUSIONE SOCIALE

In questo Asse Tematico sono definiti gli Obiettivi Essenziali di servizio, le Linee di intervento e le **Azioni dirette**, finanziate con quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale e fondi comunali, e Azioni indirette complementari finanziate con il Fondo nazionale per il contrasto della povertà, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386), e le risorse comunitarie del FSE 2021-2027, del PON-Inclusione per l'integrazione con le politiche attive del lavoro della misura RdC e le risorse specifiche del PNRR. Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Asse Tematico 3 - Contrasto alle povertà e inclusione sociale

Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Id ¹	Servizio/intervento	OS	Az. ²	SS ³	Indicatore ⁷	Utenza media annua prevista ⁸
	Sostegno monetario al reddito (Potenziamento del PSN 2021-23)	8			N. persone in situazione di povertà	
	Sostegno all'emergenza abitativa	8			N. persone in situazione di povertà	
	Sostegno alimentare (Potenziamento del PSN 2021-23)	8			N. persone in situazione di povertà	
	Presenza in carico socio-lavorativa (LEPS/Potenziamento del PSN 2021-23)	8			N. persone in situazione di povertà	
	Housing First	8			N. persone in situazione di povertà	
	Centro servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione	8			N. persone in situazione di povertà	
	Servizi per la residenza fittizia	8			N. persone in situazione di povertà	
	Servizio di inclusione sociale ⁴	8			N. persone in situazione di povertà	
	Servizio di inclusione sociale ⁵	8			N. persone in situazione di povertà	
	Servizio: specificare ⁶	8			N. persone in situazione di povertà	
	Servizio: specificare ⁶	8			N. persone in situazione di povertà	
	Servizio: specificare ⁶	8			N. persone in situazione di povertà	

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Indicare se Azione diretta (D) o indiretta (I).
3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria.
4. Inserire in questa scheda il servizio di inclusione così come disegnato nel PON "Inclusione sociale" con fondi a carico dello stesso PON.
5. Inserire altri interventi in attuazione con il Fondo Povertà.
6. Altri interventi previsti nel capitolo "le politiche di contrasto delle povertà e l'inclusione sociale" del PSR 2022-2024 (PNRR, FSE, ecc.).
7. Indicare il numero utenti al 31.12.2021.
8. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

Asse Tematico 3 - Contrasto alle povertà e inclusione sociale

In quest'area possono essere inserite sia Azioni dirette sia di strategia (Azioni indirette).

Scheda per Azioni dirette (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id ¹ :		Servizio ² :						
AT ³ :		OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):						
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵								
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto - Ruolo ADS) ⁶								
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (equipe inclusione) e presa in carico (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, del lavoro, scolastici e della formazione, del Terzo Settore)								
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷								
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali del PON-Inclusione, Fondo Povertà, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸								
Modalità di erogazione e di accesso								
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)								
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)								
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :								
		2023		2024		2025		
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²		
- Indicatori di risultato ¹⁰	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		
Costi ¹¹	Risorse Azioni dirette	€		Risorse Azioni dirette	€		Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€		Risorse Azioni indirette	€		Risorse Azioni indirette	€
TOTALI	€			€			€	

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano Sociale Regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nel PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusionione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusionione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, REACT EU- PNRR, ecc.).

Scheda per Azioni indirette (strategia)*
(la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:	Servizio²:					
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (equipe inclusione) e presa in carico (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, del lavoro, scolastici e della formazione, del Terzo Settore)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali del PON-Inclusionione, Fondo Povertà, risorse comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
- Indicatori di risultato ¹⁰	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento PAI e budget di progetto, ecc.)	
Costi ¹¹	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€

*Utilizzare questa scheda se l'azione è indiretta ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale (Fondo Povertà, PON Inclusione, PNRR, FSE, FAMI, ecc.). Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa scheda di strategia per le Azioni indirette. Nel corso del triennio è possibile trasformare un'Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nel PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, REACT EU - PNRR, ecc.). Laddove le risorse non siano state ancora assegnate, togliere la riga.

ASSE TEMATICO 4 - FAMIGLIA, DIRITTI E TUTELA DEI MINORI, CHILD GUARANTEE

L'Asse Tematico ricomprende interventi e servizi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, per la tutela dei minori e la prevenzione e il contrasto del disagio familiare e della violenza domestica, declinando le politiche del PSR 2022-2024. Le **Azioni dirette** sono finanziate con FNPS, FSR, fondi comunali, Fondo Sanitario Nazionale (raccordo con i consultori e con le altre strutture sanitarie); in tale area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione sociosanitaria nell'area della famiglia, materno-infantile, della protezione dalla violenza contro le donne e i bambini. Le **strategie** (Azioni indirette) descrivono gli indirizzi di attuazione locale per l'utilizzo del Fondo "Provvidenze in favore della famiglia", istituito dall'art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai consultori e dalle associazioni, anche nelle more della revisione della legge, del Fondo Nazionale Politiche della Famiglia, istituito dalla L. 296/2006 per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Asse Tematico 4 – Famiglia diritti e tutela dei minori, Child Guarantee

Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Id ¹	Servizio/intervento	OS	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenza media annua prevista ⁸
	Equipe adozioni e affido				N. famiglie seguite	
	Assistenza domiciliare educativa				N. prestazioni ADE (n. minori/ore assistenza x anno)	
	Centro diurno minori				N. minori in carico x N. ore frequenza annua per minore ⁴	
	Comunità semiresidenziali per minori				N. minori in semi-residenzialità	
	Comunità residenziali per minori				N. minori in residenzialità ⁵	
	Mediazione familiare e sociale				N. famiglie seguite	
	Gestione di interventi per il contrasto alla violenza sui bambini				N. minori in carico	
	Home visiting e di accompagnamento alla nascita di neogenitori e madri in difficoltà e di famiglie con bambini affetti da gravi patologie				N. famiglie seguite	
	Minori stranieri non accompagnati				N. minori in carico	
	Minori allontanati dalla famiglia e autorità giudiziaria minorile				N. minori in carico	
	Prevenzione allontanamento familiare metodo PIPPI (LEPS del PSN 2021-23) ⁹				N. minori in carico	
	Interventi Care Leavers (Potenziamento del PSN 2021-23) ⁸				N. minori in carico	
	Garanzia Infanzia (Potenziamento del PSN 2021-23) ⁹				N. minori in carico	
	Promozione rapporti scuola-territorio (Potenziamento del PSN 2021-23) ⁹				N. minori in carico	
	Servizio: specificare ⁶					

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Indicare se Azione diretta (D) o indiretta (I).
3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria.
4. Indicare il numero di bambini/ragazzi che sono in carico al centro.
5. Indicare il numero preventivato di minori dell'Ambito accolti sia in strutture/comunità gestite dall'Ambito sia in altre strutture.
6. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo relativo.
7. Indicare il numero utenti al 31.12.2020.
8. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.
9. Prendere a riferimento le indicazioni della scheda tecnica riportata in appendice del formulario (riferimento Allegato 2.7. del PSN 2021-2023).

Asse Tematico 4 - Famiglia diritti e tutela dei minori, Child Guarantee

Spazio per inserimento schede di servizio.

In quest'area possono essere inserite sia Azioni dirette sia indirette, di cui è possibile riprendere il modello già inserito nei precedenti Assi Tematici.

Scheda per Azioni dirette (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:	Servizio²:					
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (equipe inclusione) e presa in carico (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, del lavoro, scolastici e della formazione, del Terzo Settore)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali del PON-Inclusione, Fondo Povertà, risorse comunitarie, del REACT EU -PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
- Indicatori di risultato ¹⁰	(es. riduzione istituzionalizzazione minori, incremento progetti di affidamento, incremento PEI minori PIPPI e Careleavers, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione minori, incremento progetti di affidamento, incremento PEI minori PIPPI e Careleavers, ecc.)		(es. riduzione istituzionalizzazione minori, incremento progetti di affidamento, incremento PEI minori PIPPI e Careleavers, ecc.)	
Costi ¹¹	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€
TOTALI	€		€		€	

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio e indicatori di risultato. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

**Scheda per Azioni indirette (strategia)*
(la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)**

Id¹:	Servizio²:					
AT ³ :	OS ⁴ (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento) ⁵						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁶						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (equipe inclusione) e presa in carico (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, del lavoro, scolastici e della formazione, del Terzo Settore)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale ⁷						
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie del PON-Inclusione, Fondo Povertà, risorse comunitarie del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva) ⁸						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi ⁹ :						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato ¹⁰	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
	es. riduzione istituzionalizzazione minori, incremento progetti di affido, incremento PEI minori PIPPI e Careleavers, ecc.		es. riduzione istituzionalizzazione minori, incremento progetti di affido, incremento PEI minori PIPPI e Careleavers, ecc.		es. riduzione istituzionalizzazione minori, incremento progetti di affido, incremento PEI minori PIPPI e Careleavers, ecc.	
Costi ¹¹	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€

*Utilizzare questa scheda se l'azione è indiretta ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa scheda di strategia per le Azioni indirette. Nel corso del triennio è possibile trasformare un'Azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell'azione/servizio.
2. Indicare la denominazione del servizio/azione.
3. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
4. Inserire il numero di Obiettivo di servizio se in Asse Tematico come da quadro sinottico del PSR 2022-2024.
5. Descrivere una sintesi delle azioni e attività.
6. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto, occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione sociosanitaria.
7. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR 2022-2024.
8. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all'azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell'analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l'attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso degli interventi del PON Inclusione in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall'Ambito con il PON Inclusione o del Piano Povertà nel caso di interventi a valere sul Fondo Povertà e altri interventi del PNRR, FSE, ecc.
9. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell'Ambito) fra quelli previsti nel quadro sinottico dei fondi del PSR.
10. Inserire l'indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio e indicatori di risultato. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al quadro sinottico dell'Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l'indicatore, l'Ambito deve sceglierne uno proprio.
11. Inserire i costi complessivi previsti per il servizio per ciascuna annualità, qualora già stanziati (ad es. FSC, Fondi PON, Fondi PO-FSE Abruzzo, Fondo Povertà, PNRR, ecc.).

**ASSE TEMATICO 5
PREVENZIONE ALL'ISTITUZIONALIZZAZIONE E INVECCHIAMENTO ATTIVO**

Questo Asse Tematico comprende interventi e servizi per favorire l'invecchiamento attivo, secondo quanto previsto nel capitolo del PSR 2022-2024 e dalla relativa legge regionale, finanziabili con FNPS, FSR, fondi comunali, Fondo Sanitario Nazionale utilizzato dalle Aziende ASL per la prevenzione della non autosufficienza negli anziani; in tale area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione sociosanitaria per l'invecchiamento attivo.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Asse Tematico 5 –Prevenzione all'istituzionalizzazione e invecchiamento attivo

Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Id ¹	Servizio/intervento	OS	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenza media annua prevista ⁵
	Centro diurno e semiresidenziale anziani	6			N. anziani in carico x N. ore frequenza annua per anziano	
	Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale	7			N. anziani in residenza	
	Strutture comunitarie a carattere sociosanitario	7			N. anziani in residenza	
	Trasporto sociale	8			N. anziani interessati	
	Servizi e interventi innovativi di housing sociale e prossimità	8			N. anziani interessati	
	Altri servizi e interventi socio-ricreativi	6			N. anziani interessati	
	Integrazione retta/voucher centri diurni e semiresidenziali	6				
	Servizio: specificare ⁴				N. anziani interessati	

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Indicare se Azione diretta (D) o indiretta (I).
3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria e rientrante nella Convenzione sociosanitaria.
4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo strategie per l'invecchiamento attivo del PSR.
5. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

Asse Tematico 5 - Prevenzione all'istituzionalizzazione e invecchiamento attivo

Spazio per inserimento schede di servizio.

In quest'area possono essere inserite sia Azioni dirette sia indirette. Utilizzare la stessa scheda sia per le Azioni dirette sia per gli interventi di strategia delle Azioni indirette ⁽¹⁾

Scheda per Azioni dirette/indirette (strategia) (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id:	Servizio/Azione²:					
AT:	OS (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento)						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto - Ruolo ADS)						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (equipe inclusione) e presa in carico (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, del lavoro, scolastici e della formazione, del Terzo Settore)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale						
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva)						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi:						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
- Indicatori di risultato	(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento progetti sociosanitari di prossimità, incremento percorsi innovativi per l'invecchiamento attivo)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento progetti sociosanitari di prossimità, incremento percorsi innovativi per l'invecchiamento attivo)		(es. riduzione istituzionalizzazione, incremento progetti sociosanitari di prossimità, incremento percorsi innovativi per l'invecchiamento attivo)	
Costi (specificare le risorse se dirette, indirette o risorse integrate) ¹	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€
TOTALI	€		€		€	

1. Utilizzare questa scheda sia per Azioni dirette sia indirette ovvero finanziate o finanziabili con fondi esterni al Piano distrettuale sociale, specificando nel riquadro "Costo" l'imputazione della spesa (risorse Azioni dirette, indirette o entrambi in caso di progetti integrati).

2. Per indicazioni si veda legenda schede precedenti AT.

ASSE TEMATICO 6 - GIOVANI E YOUTH GUARANTEE

In questo Asse Tematico viene riportato il sistema dei servizi e degli interventi della Youth Guarantee regionale, declinata a livello locale attraverso gli Ambiti Distrettuali Sociali, che attua le politiche di accompagnamento, orientamento e inclusione sociale dei giovani, in riferimento agli indirizzi della strategia europea integrata sui diritti per i minori e le politiche attive giovanili, il Servizio Civile, gli interventi per la povertà educativa realizzati con la misura "PIPPI", Careleavers e altre azioni riportate nel capitolo del PSR 2021-2023 dedicato alla **Youth Guarantee regionale e le politiche giovanili**.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

*Il costo relativo ai servizi previsti nel Piano sociale distrettuale rientra nella scheda riguardante sia le Azioni dirette sia di strategia indirette.

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Indicare se Azione diretta (D) o indiretta (I).
3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria e rientrante nella Convenzione sociosanitaria.
4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto nel capitolo del PSR 2022-2024 Youth Guarantee regionale e le politiche giovanili.
5. Inserire previsione numero utenza media del triennio 2023-2025.

Asse Tematico 6 – Giovani e Youth Guarantee*

Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Id ¹	Servizio/intervento	OS	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenza media annua ⁵
	Centri diurni per l'interazione sociale dei giovani				N. frequenza giovani	
	Servizi comunitari per l'inclusione sociale dei giovani (Youth Guarantee)				N. giovani seguiti	
	Servizi di orientamento e accompagnamento scuola-formazione-lavoro				N. giovani seguiti	
	Servizio Civile Universale					
	Servizio: specificare ⁴					

Spazio per inserimento schede di servizio.
 In quest'area possono essere inserite sia Azioni dirette sia indirette. Utilizzare la stessa scheda sia per le Azioni dirette sia per gli interventi di strategia delle Azioni indirette ⁽¹⁾

**Scheda per Azioni dirette/indirette (strategia)*
 (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)**

Id:	Servizio/Azione²:					
AT:	OS (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento)						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, del lavoro, scolastici e della formazione e per l'orientamento dei giovani, del Terzo Settore)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale						
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali del Fondo Politiche Giovanili, del PON-Inclusione, comunitarie e del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva)						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi:						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento) ²	
	(es. riduzione disoccupazione giovanile, incremento progetti Servizio Civile Universale, progetti di prossimità e inclusione lavorativa, incremento percorsi innovativi per i diritti dei giovani e lo scambio intergenerazionale, ecc.)		(es. riduzione disoccupazione giovanile, incremento progetti Servizio Civile Universale, progetti di prossimità e inclusione lavorativa, incremento percorsi innovativi per i diritti dei giovani e lo scambio intergenerazionale, ecc.)		(es. riduzione disoccupazione giovanile, incremento progetti Servizio Civile Universale, progetti di prossimità e inclusione lavorativa, incremento percorsi innovativi per i diritti dei giovani e lo scambio intergenerazionale, ecc.)	
Costi (specificare le risorse se dirette, indirette o risorse integrate) ¹	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€
TOTALI	€		€		€	

1. Utilizzare questa scheda sia per Azioni dirette sia indirette ovvero finanziate o finanziabili con fondi esterni al Piano distrettuale sociale, specificando nel riquadro "Costo" l'imputazione della spesa (risorse Azioni dirette, indirette o entrambi in caso di progetti integrati).
2. Per indicazioni si veda legenda schede precedenti AT.

**ASSE TEMATICO 7
EMPOWERMENT FEMMINILE, CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE E INFANZIA**

L'Asse descrive la strategia per il contrasto alla violenza di genere in relazione alla capacità di implementare servizi e interventi territoriali per la conciliazione dei tempi di vita quotidiana con le esigenze di cura familiare e del lavoro e di sviluppare i servizi educativi per la prima infanzia, finanziabili con fondi comunali, Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio per servizi educativi prima infanzia, Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia, rifinanziato dalla L. 190/2014, FNPS, altre risorse previste nel PNRR e altre misure regionali, nazionali e comunitarie.

I servizi e gli interventi fanno riferimento alle seguenti aree d'intervento:

- "Azioni e interventi per l'empowerment femminile e il contrasto alla violenza di genere (L.R. 31/2006; L. 119/2013);
- "Azioni e interventi servizi per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro (L. 53/2000) e i servizi per la prima infanzia (L.R. 76/2000, D.Lgs 65/2017, Risorse premiali FSC, PNRR, altre misure regionali, nazionali e comunitarie).

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Asse Tematico 7 - Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e infanzia

Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Azioni e interventi per l'empowerment femminile e il contrasto alla violenza di genere (L.R. 31/2006; L. 119/2013)

Id ¹	Servizio/intervento	OS	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenza media annua
	Centri antiviolenza	6			N. utenti in carico	
	Servizi comunitari di mediazione contrasto alle violenze	6			N. utenti seguiti	
	Servizio: specificare ⁴					

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Indicare se Azione diretta (D) o indiretta (I).
3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria e rientrante nella Convenzione sociosanitaria.
4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto nel capitolo del PSR 2022-24 sulla strategia dell'empowerment femminile

Azioni e interventi servizi per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro (L. 53/2000) e i servizi per la prima infanzia (L.R. 76/2000, D.Lgs 65/2017, Risorse premiali FSC, PNRR, altre misure regionali, nazionali e comunitarie)

Id ¹	Servizio/intervento	OS	Az. ²	SS ³	Indicatore	Frequenza media annua
	Asili nido*	6			N. bambini in carico	
	Servizi integrativi per l'infanzia e la genitorialità	6			N. bambini in carico	
	Servizi comunitari per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro	6			N. utenti seguiti	
	Altri servizi e interventi innovativi per le pari opportunità e diritti di genere e per l'empowerment femminile	6			N. utenti seguiti	
	Servizio: specificare ⁴					

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio.
2. Indicare se Azione diretta (D) o indiretta (I).
3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione sociosanitaria.
4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal capitolo del PSR 2022-24 sulla strategia dell'empowerment femminile e i servizi per la prima infanzia.

*Il costo relativo agli asili nido, sostenuto dai Comuni, non viene computato nel Piano sociale distrettuale, rientrando lo stesso nei servizi educativi. Conseguentemente il servizio Asilo nido viene descritto con la scheda relativa alle Azioni indirette senza attribuzione di costi sul Piano.

Spazio per inserimento schede di servizio.

In quest'area possono essere inserite sia Azioni dirette sia indirette. Utilizzare la stessa scheda sia per le Azioni dirette sia per gli interventi di strategia delle Azioni indirette⁽¹⁾

Scheda per Azioni dirette/indirette (strategia)
(la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id:	Servizio/Azione:					
AT:	OS (Obiettivo Essenziale di servizio):					
Attività (indicare anche la normativa di riferimento)						
Integrazione sociosanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)						
Modalità di valutazione multidimensionale del bisogno (breve descrizione dei processi e dell'integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, della mediazione familiare e contrasto alle violenze di genere, del lavoro, scolastici, educativi e della formazione e per l'orientamento e la parità di genere, del Terzo Settore)						
Coerenza con il Piano Sociale Regionale						
Strategia e integrazione con le altre misure nazionali, Risorse FSC e Fondo sviluppo servizi prima infanzia, comunitarie, del REACT EU-PNRR (breve sintesi descrittiva)						
Modalità di erogazione e di accesso						
Modalità di gestione e affidamento del servizio e individuazione dei soggetti fornitori (manifestazione d'interesse e albi locali)						
Modalità di compartecipazione alla spesa (descrivere se gratuito per l'utente o se vi sono compartecipazioni di costo)						
Tipologia di Fondo/Fondi:						
	2023		2024		2025	
- Indicatore di prestazione per tipologia di servizio - Indicatori di risultato	(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)		(relazione alla tipologia del servizio: n. utente/n. prestazione oraria/n. intervento)	
	(es. riduzione disoccupazione femminile, incremento sostegno vittime di violenza, incremento frequenza nido e servizi di conciliazione, incremento progetti parità di genere, progetti di inclusione lavorativa, incremento percorsi innovativi per la prevenzione discriminazioni e i diritti e la parità di genere, ecc.)		(es. riduzione disoccupazione femminile, incremento sostegno vittime di violenza, incremento frequenza nido e servizi di conciliazione, incremento progetti parità di genere, progetti di inclusione lavorativa, incremento percorsi innovativi per la prevenzione discriminazioni e i diritti e la parità di genere, ecc.)		(es. riduzione disoccupazione femminile, incremento sostegno vittime di violenza, incremento frequenza nido e servizi di conciliazione, incremento progetti parità di genere, progetti di inclusione lavorativa, incremento percorsi innovativi per la prevenzione discriminazioni e i diritti e la parità di genere, ecc.)	
Costo (specificare le risorse se dirette, indirette o risorse integrate) ⁽¹⁾	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€	Risorse Azioni dirette	€
	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€	Risorse Azioni indirette	€
TOTALI	€		€		€	

**SEZIONE 5.
L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

In questa sezione sono descritte le misure di integrazione sociosanitaria a livello istituzionale (esempio l'integrazione tra Piani sociali distrettuali e Piani di Assistenza Territoriali - PAT), di servizi e professionale.

5.1. Misure di integrazione istituzionale

5.2. Misure di integrazione fra servizi e risorse professionali

**SEZIONE 6.
L'INTEGRAZIONE SOCIALE-LAVORO PER L'INCLUSIONE SOCIALE**

In questa sezione sono descritte le misure di integrazione socio-lavorativa a livello istituzionale, di servizi e professionale (azioni di misure integrative per il Reddito di Cittadinanza; rafforzamento del personale Fondo di solidarietà comunale e Piano Povertà; altri interventi del PON Inclusion e Programmi Operativi Complementari POC, FSE-FSC-FESR-FEAD, REACT EU e PNRR).

6.1. Misure di integrazione istituzionale

6.2. Misure di integrazione fra servizi e risorse professionali

SEZIONE 7
LE AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA LOCALE E LA CO-PROGETTAZIONE

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

- a. le misure per la valorizzazione del Terzo Settore, dell'economia e dell'impresa sociale sul territorio dell'Ambito distrettuale;
- b. il sistema delle autorizzazioni e dell'accreditamento dei servizi e le procedure di affidamento dei servizi, le azioni per la co-progettazione con il Terzo Settore e per l'individuazione dei soggetti fornitori;
- c. la composizione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano;
- d. il sistema di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi del Piano distrettuale sociale.

Nel caso di intervento che determina un costo, riportare nella descrizione il costo relativo e caricarlo nel quadro riepilogativo dei costi sulla spesa nella sezione 8.

7.1. La composizione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano

7.2. Il sistema locale del funzionamento dei servizi alla persona: le autorizzazioni e l'accreditamento dei servizi diurni, semiresidenziali e residenziali, le procedure di affidamento e di individuazione dei soggetti fornitori (manifestazioni d'interesse e albo fornitori) e il coinvolgimento del Terzo Settore

7.3. Sistema informativo di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi

7.4. Linee di indirizzo per il bilancio sociale annuale del Piano e della rendicontazione dei servizi

SEZIONE 8.
LA POLITICA DELLA SPESA E I QUADRI DI PREVISIONE

L'Ambito distrettuale descrive la politica per la spesa e l'utilizzo dei fondi per il triennio, secondo quanto previsto dal capitolo sulla spesa del PSR 2022-2024, evidenziando sia l'utilizzo delle risorse dirette del FNPS/FSR/FNA/FIS e settoriali, nazionali e regionali (famiglia, povertà, giovani, caregiver, invecchiamento attivo, centri anti violenza, altri interventi), sia di quelle indirette che fanno riferimento alle diverse misure regionali, nazionali del PON Inclusione e comunitarie del FSE e FSC, FESR-FEAD, a eventuali azioni della Misura 5C del PNRR, ad altre risorse REACT-EU, a risorse complementari PON Inclusione per il Mezzogiorno e altre risorse.

Nel quadro riepilogativo della spesa sociale devono essere riportati i costi complessivi dei servizi e interventi suddivisi per ciascun Asse Tematico e per annualità di spesa. I costi gestionali devono essere inseriti nell'apposito riquadro ed essere parametrati agli effettivi costi indispensabili per la gestione amministrativa del Piano sociale distrettuale.

* La quota destinata alle persone con disabilità gravissima non deve essere percentualmente inferiore al 50% del costo totale previsto.

Nota: Le schede finanziarie di dettaglio da allegare saranno fornite dalla Regione con successiva comunicazione relativa alle modalità di monitoraggio e rendicontazione.

Assi Tematici		2023	2024	2025	Costo totale previsto	Quota prevista per disabilità gravissima*
AT 1 - Attuazione degli Obiettivi Essenziali di servizio sociale						
AT 2 – Area 2a: Programma locale per la non autosufficienza (FNA), sostegno al caregiver familiare e altre fragilità	FNA 2021-2023					(indicare quota % del FNA non inferiore al 50%)
	Caregiver familiare e altre fragilità					
AT 2 – Area 2b: Interventi sanitari e sociosanitari per la non autosufficienza (FIS)						
AT 2 - Area 2c: Interventi sostegno alla disabilità, autonomia e inclusione sociale della persona						
AT 3 – Contrasto alle povertà e inclusione sociale						
AT 4 – Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee						
AT 5 – Prevenzione all'istituzionalizzazione e invecchiamento attivo						
AT 6 – Giovani e Youth Guarantee						
AT 7 – Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e infanzia						
TOTALE in valore assoluto (A)		€	€	€	€	€
Costi gestionali						
Ufficio di Piano (max 10% delle risorse complessive del Piano distrettuale sociale)						
Altro: specificare						
Altro: specificare						
TOTALE in valore assoluto (B)		€	€	€	€	€
TOTALE COMPLESSIVO (A+B)		€	€	€	€	€

SEZIONE 9.

APPENDICE AL FORMULARIO PER LA REDAZIONE DEI PIANI SOCIALI DISTRETTUALI

- Accordo di programma
- Convenzione sociosanitaria secondo lo schema allegato alle linee guide per l'integrazione socio-sanitaria
- Schema di regolamento dell'Ambito Distrettuale Sociale dei servizi alla persona
- Verbale di concertazione con le OO.SS.

SEZIONE 10.

APPENDICE AL FORMULARIO: SCHEDE TECNICHE PER LA REDAZIONE DEL FORMULARIO, L'IMPLEMENTAZIONE DEI NUOVI LEPS E IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA DEGLI AMBITI DISTRETTUALI SOCIALI (RIF ALLEGATO 2.7. DEL PSN 2021-23)

1. Scheda intervento - Punti Unici di Accesso

Denominazione dell'intervento: Punto Unico di Accesso PUA

Descrizione sintetica

Il Punto Unico di Accesso PUA si colloca nell'ambito del "welfare d'accesso" di comunità, area alla quale nei diversi contesti locali sono associati differenti servizi definiti in vario modo come segretariato sociale, sportello sociale, porta unica di accesso, di cui il PUA si pone come servizio a uno stadio più evoluto. Il PUA rappresenta un modello organizzativo finalizzato al benessere della persona, rispondendo ai bisogni dell'individuo quale LEPS.

Nell'acronimo PUA il termine "unico" non assume il significato di "esclusivo", ma di "unitario". Il PUA deve essere inteso non solo come luogo fisico, ma anche come modalità organizzativa, come approccio multiprofessionale e integrato ai problemi del cittadino e di interfaccia con la rete dei servizi, cui il cittadino può rivolgersi indifferentemente, in cui viene effettuato il primo accesso alle prestazioni integrate dei diversi servizi.

Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria.

Sebbene a livello nazionale lo sviluppo dei PUA sia stato assicurato in modo prioritario nell'ambito dei servizi sociosanitari rivolti alla non autosufficienza e alla disabilità, sempre di più negli ultimi anni i PUA estendono la propria competenza anche all'ambito dei servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Obiettivi

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e sociosanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari (o valorizzandola, ove già esistente). La caratterizzazione sociale di sportelli informativi e di orientamento va intesa come ampliamento delle informazioni non solo alla materia sociale, ma anche alle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime.
- Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali e sociosanitarie, in una logica di continuità assistenziale, e sulle modalità di accesso.
- Garantire un accesso unitario, superando la differenziazione dei diversi punti d'accesso, anche valorizzando l'apporto delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e interoperabilità dei diversi sistemi informatici.
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema sociosanitario del lavoro e della formazione, assicurando sia il livello dell'accesso sia la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale. Assicurare l'integrazione diretta con altri servizi rivolti all'inclusione sociale, quali i servizi per il lavoro e la formazione e altre risorse di comunità.
- Promuovere la semplificazione e l'uniformità delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati e la garanzia della presa in carico "globale" della persona da parte dei Comuni/ATS e delle aziende sanitarie, con particolare attenzione ai servizi di supporto alla domiciliarità dell'assistenza.

Destinatari

Destinatari del PUA sono le singole persone e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio, che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario, specialmente se in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria.

Il PUA accoglie ogni istanza a prescindere dalla documentazione che certifica lo stato di bisogno, anche temporaneo, per uno snellimento delle procedure connesse.

Il PUA diventa il fulcro di competenze istituzionali con una funzione attiva nel sistema integrato dei servizi alla persona, anche valorizzando il ruolo del Terzo Settore nella coprogettazione e ideazione di interventi e servizi.

Funzioni svolte

Per fornire risposte integrate complete e appropriate ai bisogni delle persone è fondamentale che la lettura del bisogno sia multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare, ove opportuno. Il PUA svolge le seguenti funzioni:

- attività di informazione e orientamento ai cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale sociale e sociosanitario (integrati anche con i servizi del lavoro e della formazione) e sulle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime;
- accoglienza e ascolto;
- raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda;
- decodifica della domanda e analisi dei bisogni espressi e non espressi;
- attivazione degli altri referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta, a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- prima valutazione dei casi;
- risoluzione dei casi semplici;
- avvio della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'équipe multidisciplinare integrata e integrazione con i servizi della rete territoriale;
- supporto nella definizione di un progetto personalizzato con l'individuazione degli interventi di supporto da attivare anche attraverso strumenti quali il budget di salute;
- monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, sociosanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- attivazione di canali comunicativi con i MMG (medici di medicina generale) e i PLS (pediatra di libera scelta) per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali sociosanitari;
- promozione di reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;
- raccolta dei dati e delle informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta dei servizi;
- aggiornamento della mappatura dei servizi e delle risorse sociali e sociosanitarie disponibili nel territorio comunale (strutture, servizi e interventi);
- monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati.

Modalità operative e di accesso

Le funzioni del PUA sono articolate su tre livelli:

- front office;
- back office di I livello;
- back office di II livello.

Front office

È possibile rivolgersi al PUA in modo diretto (personalmente negli orari di apertura al pubblico) o attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, mail o PEC), indirizzando la richiesta di accesso al front office del PUA. Il PUA prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di intervento in favore di soggetti fragili, presentate da MMG/PLS, AA.GG., associazioni di volontariato, parrocchie e/o altri soggetti istituzionali o meno.

Back office I livello

Ogni richiesta accolta presso il PUA si conclude con una valutazione e con la proposta di relativo percorso. Nel caso di richieste "semplici", direttamente risolvibili, al PUA compete l'orientamento e/o l'invio ai servizi individuati al riguardo. Per le situazioni "complesse" che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il PUA provvede ad avviare il percorso di presa in carico, attivando direttamente i servizi necessari.

Back office II livello

Le problematiche ritenute dal PUA più articolate e complesse, invece, saranno riesaminate nel back office di II livello dai responsabili tecnici del PUA, rappresentanti dei diversi enti coinvolti nella valutazione. Per le situazioni sociosanitarie complesse, che necessitano di percorsi fortemente integrati di presa in carico, i responsabili tecnici provvederanno a comunicare alle rispettive Direzioni l'attivazione dell'équipe integrata multidisciplinare, individuando le figure professionali necessarie, secondo quanto regolato da protocolli/accordi appositamente sottoscritti e vincolanti tra le parti.

Come già previsto per le fattispecie individuate dalle norme vigenti con riferimento ai beneficiari del Reddito di Cittadinanza, la costituzione di équipe integrate multidisciplinari in presenza di situazioni sociosanitarie complesse (in particolare nei casi di maltrattamento/violenza, barbonismo domestico e marginalità estrema, persone o nuclei in condizione di elevata fragilità o multi problematicità, persone non autosufficienti, persone con disabilità) rappresenta obiettivo di servizio in vista della definizione di un LEPS da garantire su tutto il territorio nazionale.

Professionalità coinvolte

Ciascun ambito territoriale provvede a dotarsi di un front office organizzato in modalità base o modalità avanzata, con personale adeguatamente formato e aggiornato, anche in ragione del fatto che il PUA deve orientare gli utenti verso servizi e procedure facenti riferimento a diversi ambiti ed enti (servizi sociali, ASL, centri per l'impiego, centri di orientamento al lavoro, ecc.).

Il front office in modalità base deve prevedere la presenza di personale amministrativo formato appositamente per "filtrare" le istanze e i bisogni manifestati dalle persone, eventualmente supportati dalla presenza di un mediatore linguistico e/o culturale, laddove necessario o opportuno per l'organizzazione del servizio.

Il front office in modalità avanzata deve prevedere, oltre al personale amministrativo (ed eventualmente al mediatore linguistico/culturale), la presenza di figure professionali quali assistenti sociali, eventualmente integrati con figure sanitarie, al fine di consentire una prima e celere valutazione del bisogno espresso o inespresso ma cogente.

Laddove l'ambito territoriale possa organizzare unicamente il front office in modalità "base", provvederà comunque a disciplinare organizzativamente il passaggio delle situazioni al back office di II livello per le situazioni che necessitino di una valutazione tecnico-specialistica e/o dell'attivazione di una équipe integrata multidisciplinare.

L'équipe multiprofessionale è auspicabile che sia costituita dalle seguenti figure professionali: medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori sociosanitari/istruttori socioassistenziali, amministrativi. Possono essere previste anche le figure dei mediatori linguistico-culturali. Le Linee guida, gli accordi di programma e i protocolli di collaborazione tra enti devono prevedere in modo specifico le risorse di personale sociale e sanitario assegnato a ciascun PUA.

Modalità attuative

Ogni territorio deve disporre di PUA sufficientemente pubblicizzati e facilmente raggiungibili, anche con modalità telematiche, al fine di facilitare i cittadini nell'accessibilità e nella fruibilità del servizio.

Le funzioni di front office e back office devono poter contare di strumentazione adeguata e di locali con spazi per il lavoro di équipe, stanza/e per i colloqui riservati, linea telefonica, collegamento internet e wi-fi, mail specifica, sistema informativo dedicato/pagina web dedicata/piattaforma di servizi on line e postazioni di lavoro munite di pc in numero adeguato al personale ivi impegnato. Il PUA è realizzato e gestito congiuntamente dall'ambito territoriale e dalle aziende sanitarie, ov-

vero dall'ambito territoriale che concorda, mediante protocolli o accordi, modalità operative e di presa in carico con le aziende sanitarie per assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Il PUA è l'evoluzione dell'organizzazione di servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale) già disposti in ciascun ambito territoriale consentendo, in tal modo, l'accesso unificato a tutte le prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie. A tal fine è opportuno che ciascun ente individui dei responsabili tecnici del PUA che, insieme, possano:

- adottare, in sinergia, i provvedimenti necessari a garantire la qualità e la continuità del servizio, il conseguimento nei tempi stabiliti degli obiettivi specifici programmati, la risoluzione di eventuali problemi di natura tecnica, organizzativa e gestionale;
- valutare le richieste di attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale/equipe integrate multidisciplinari in presenza di situazioni complesse.

Per favorire l'adeguato funzionamento dei PUA è necessario:

- individuare in ogni servizio una figura di raccordo con il PUA, formalmente nominata, per favorire lo scambio di informazioni e i contatti tra servizi;
- realizzare annualmente attività di formazione/aggiornamento di tutto il personale impegnato nel PUA, con particolare riguardo alla mappatura dei servizi territoriali, alle modalità di accesso e presa in carico da parte dei servizi territoriali di II livello e alla modulistica in uso agli stessi;
- ampliare e ottimizzare i percorsi integrati, attivabili dal PUA previa formalizzazione di procedure operative specifiche, modulistica condivisa e formazione al riguardo, al fine di garantire risposte più adeguate, complete ed efficaci ai bisogni delle persone;
- attuare idonea attività d'informazione e sensibilizzazione sulle funzioni del PUA, rivolta agli operatori dei servizi sociali, sanitari, sociosanitari territoriali e educativi, del Terzo Settore e di altre istituzioni pubbliche e private;
- realizzare idonea attività di informazione destinata all'utenza, sulle funzioni e l'ubicazione dei PUA, le modalità di contatto e accesso, i percorsi e i servizi attivabili tramite il PUA;
- individuare congiuntamente e adottare indicatori e strumenti di valutazione per il monitoraggio delle attività del PUA, la rilevazione della soddisfazione degli utenti e lo studio dei bisogni del territorio;
- garantire la supervisione professionale degli operatori impegnati nel PUA;
- promuovere l'utilizzo di un sistema informativo unico che permetta una presa in carico globale del cittadino, evitando la frammentazione e la duplicazione di azioni e interventi;
- disporre di un unico sistema informativo e/o di sistemi informativi in grado di dialogare o di essere interoperabili e che favoriscano l'implementazione di una banca dati sulle risorse sociali e sociosanitarie disponibili nel territorio comunale.

Risorse

Alla definizione delle risorse di personale e finanziarie, individuate attraverso protocolli di intesa e/o operativi a livello locale o altri strumenti, devono concorrere sia il comparto sanitario sia quello sociale, eventualmente con la compartecipazione della quota servizi del Fondo Povertà per il finanziamento del cd. segretariato sociale e delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito.

2. Scheda LEPS - Supervisione del personale dei servizi sociali

Denominazione del servizio LEPS: Supervisione per gli operatori sociali

Descrizione sintetica del servizio

La riflessione sull'importanza della supervisione nell'azione professionale e sulle competenze dell'assistente sociale, e in generale degli operatori sociali, è largamente presente in letteratura sia in riferimento alla sua collocazione strategica nel sistema dei servizi, sia per le potenzialità che può esprimere in esso coerentemente con i livelli di responsabilità attribuiti.

La supervisione professionale si caratterizza come processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale dell'operatore sociale, come accompagnamento di un processo di pensiero, di rivisitazione dell'azione professionale ed è strumento per sostenere e promuovere l'operatività complessa, coinvolgente, difficile degli operatori. È un sistema di pensiero-meta sull'azione professionale, uno spazio e un tempo dove ritrovare, attraverso la riflessione guidata e il confronto di gruppo, una distanza equilibrata dall'azione, per analizzare con lucidità affettiva sia la dimensione emotiva, sia la dimensione metodologica dell'intervento per ricollocarla in una dimensione corretta, con spirito critico e di ricerca.

L'oggetto del processo di supervisione professionale è fortemente connesso alla qualità tecnica degli interventi. Dal punto di vista professionale, con riferimento agli aspetti metodologici, valoriali, relazionali, deontologici ecc., l'obiettivo primario si identifica con il miglioramento della qualità delle prassi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali.

In tale processo sono da prendere in considerazione anche elementi relativi al piano amministrativo delle procedure, nonché elementi propri del rapporto fra assistenti sociali/operatori sociali ed ente, con il comune obiettivo finale di individuare le criticità emergenti e i possibili miglioramenti della qualità complessiva – professionale e amministrativa – del servizio reso a favore delle persone. La relazione di supervisione ha come fondamento un rapporto empatico, di stima e di fiducia, si connota come sostegno e non giudizio ed è costruita sulla riservatezza su quanto emerge dal confronto all'interno del setting.

L'attività di supervisione consiste nell'analisi delle pratiche professionali messe in atto dagli assistenti sociali e in generale dagli operatori sociali. Il gruppo attiva una riflessione orientata prevalentemente al procedimento professionale sul piano metodologico, valoriale, deontologico e relazionale. L'approfondimento svolto è orientato a esplicitare i processi di pensiero soggiacenti alle scelte operate e alle azioni attivate e a evidenziare problemi e alternative d'intervento.

Il presupposto dal quale iniziare un processo formativo attraverso la supervisione è l'individuazione delle "pratiche professionali messe in atto" che riconquistano senso e significato professionale, individuale e collettivo per contrastare, innanzitutto, forme di burocratizzazione dell'intervento professionale. Il fenomeno è ben conosciuto nei servizi; si manifesta con la ripetizione di azioni finalizzate al rispetto formale di pratiche burocratiche, frutto di conoscenze non più idonee all'analisi della complessa realtà sociale proposta dai fruitori dei servizi.

La supervisione ha lo scopo di aiutare il supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell'organizzazione, a sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi.

La supervisione non è:

- controllo tecnico-amministrativo che ha per oggetto la regolarità del procedimento sul piano amministrativo in termini di requisiti di forma, di contenuto e di tempi di espletamento, in relazione a quanto prescritto dalle norme di legge e dai regolamenti. Il controllo tecnico-amministrativo si connota prevalentemente per la sua dimensione valutativa e di giudizio ed è compito precipuo delle organizzazioni e delle direzioni;
- supervisione psicologica: la supervisione professionale di servizio sociale non prende in considerazione la dimensione psicologica individuale e le dinamiche relazionali tra i partecipanti, perché non coerenti con il focus sulle prassi operative.

In sintesi, la supervisione professionale si configura come un peculiare profilo di confronto che riguarda la rielaborazione delle dinamiche relazionali e dei vissuti degli operatori sociali, attraverso

un percorso di gruppo. Si tratta di un percorso di riflessione costruttiva rispetto alle difficoltà, alle fatiche e ai problemi, sia nell'ambito delle relazioni con le persone beneficiarie degli interventi professionali, sia con riferimento al contesto generale, all'organizzazione e al gruppo di lavoro.

Obiettivi

L'obiettivo generale è la garanzia di un servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di strumenti che ne garantiscano il benessere e ne preservino l'equilibrio. Nello specifico gli obiettivi sono:

- rafforzamento dell'identità professionale individuale;
- elaborazione dei vissuti emotivi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali;
- ristrutturazione degli strumenti relazionali e comunicativi;
- ridimensionamento della tendenza al fare e alla concretezza dei bisogni, sostenendo l'acquisizione o il consolidamento di competenze riflessive e autoriflessive;
- sostegno al desiderio e al bisogno di prospettive, nella direzione della valorizzazione delle competenze, anche di programmazione, della professione;
- dare spazio, attraverso l'esperienza di gruppo, alla riflessione condivisa;
- valorizzazione, attraverso la possibilità di raccontarsi, delle strategie adottate, delle buone pratiche messe in atto, delle capacità di problem solving utilizzate;
- orientamento dell'attività alla raccolta di dati e di stimoli, anche come base per future iniziative di sistematizzazione delle conoscenze e delle esperienze e ricerca.

Destinatari

- Assistenti sociali impiegati nei servizi sociali dell'ambito territoriale.
- Altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali (psicologi, educatori professionali, pedagogisti, educatori pedagogici, ecc.).

Funzioni

Compito fondamentale della supervisione è sostenere l'operatore sociale nell'elaborazione teorica, nel collegamento teoria-prassi, nell'identità professionale, nella rielaborazione dell'esperienza professionale, nella capacità di lavorare in gruppo, nella capacità di controllare i propri sentimenti per fare un uso di sé finalizzato alla professione, sul piano organizzativo istituzionale, ovvero nella capacità di incidere sulle decisioni e di negoziare con l'organizzazione di appartenenza, sul piano tecnico-metodologico.

Professionalità coinvolte

Per lo svolgimento del compito complesso che gli è affidato, è necessario che il supervisore possieda alcune caratteristiche fondamentali in relazione anche al gruppo dei cd. supervisionati.

In generale:

- Il supervisore deve essere appartenente alla stessa professione del gruppo di supervisionati in modo da favorire il rafforzamento dell'identità professionale degli operatori in percorsi di riflessione sull'azione professionale.
- Il supervisore deve aver seguito percorsi formativi per diventare formatore e supervisore.
- Il supervisore deve possedere una capacità pedagogica e una attitudine formativa.
- Il supervisore deve aver approfondito i fondamenti teorici, metodologici ed etico-deontologici della professione e, in generale, del servizio sociale.
- Il supervisore stesso ha l'obbligo di percorsi specifici di formazione e supervisione.
- il supervisore può essere esterno all'organizzazione.

Supervisione di un gruppo composto da assistenti sociali

Il supervisore di un gruppo composto da assistenti sociali deve essere in possesso del titolo di studio richiesto per l'iscrizione all'Albo degli assistenti sociali; essere regolarmente iscritto all'Albo degli assistenti sociali; essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal D.P.R. 137/2012; aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale e un'adeguata esperienza nella supervisione di assistenti sociali. Il supervisore può essere esterno all'organizzazione. La supervisione di tipo organizzativo

rivolta alle équipe interprofessionali può essere condotta anche da altri professionisti in possesso di adeguata formazione ed esperienza.

Supervisione di un gruppo composto da educatori professionali o psicologi o altre figure professionali

Possono essere previsti anche, in aggiunta al livello minimo di ore di supervisione professionale e non in sostituzione, incontri di supervisione organizzativa. Il supervisore di un gruppo composto solamente da una di queste tipologie di professioni deve essere in possesso del capitolo 2 - 57 - titolo di studio richiesto per l'iscrizione agli Ordini di rispettiva appartenenza, laddove previsti, e in tal caso esservi regolarmente iscritto; essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal D.P.R. 137/2012; aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale e un'adeguata esperienza nella supervisione della categoria di operatori sociali di appartenenza. La supervisione di tipo organizzativo rivolta alle équipe interprofessionali può essere condotta da ciascuna delle categorie professionali presenti nell'équipe, purché esterno e in possesso dei requisiti previsti e di adeguata formazione ed esperienza. Il supervisore deve essere individuato per la competenza sulla tematica/ambito di intervento specifico e in possesso dei previsti requisiti e di adeguata formazione ed esperienza. L'azione del supervisore è vincolata al segreto professionale e al rispetto del Codice deontologico della professione di appartenenza.

Il supervisore è tenuto a rendere una relazione finale ai committenti in cui indica, laddove presenti e in accordo con il gruppo, criticità o problematiche rilevate. Il supervisore, nell'ambito della propria proposta progettuale, solitamente suggerisce occasioni di supervisione individuale di almeno un'ora, qualora si rilevasse l'esigenza di un confronto su aspetti specifici o situazioni di problematicità.

Modalità operative

Il livello essenziale deve articolarsi in:

- Un obbligo per l'ente datore di lavoro di fornire, direttamente o per il tramite dell'ambito, la supervisione per l'assistente sociale e per l'operatore sociale che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'ambito. Laddove a livello di ambito ci sia un numero esiguo di operatori cui garantire la supervisione, la funzione può essere organizzata in forma associata con altro ambito territoriale.
- Un diritto-dovere di supervisione professionale per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'ambito, sia in gestione diretta sia in gestione esternalizzata.

La supervisione costituisce uno spazio che produce apprendimento non solo di soluzioni per l'oggetto di discussione, ma anche di un metodo riflessivo che il professionista potrà riutilizzare in autonomia o in gruppi autogestiti di colleghi. In questo senso la supervisione è un intervento che risponde alla logica della continuità, perché deve accompagnare nel tempo il professionista. Al tempo stesso richiede dei tempi di latenza perché il professionista metta in pratica quanto appreso in autonomia.

La supervisione intesa con le finalità sopra descritte potrebbe anche puntare sulla messa a punto e la cura di tecniche e strumenti professionali innovativi di sostegno all'operatività. Potrebbe, inoltre, fornire una strumentazione per l'automonitoraggio dell'intervento professionale complessivo, migliorando anche l'azione organizzativa.

Si ritiene che possa essere utile individuare incontri di supervisione programmati ciclicamente. Un livello minimo o base potrebbe prevedere percorsi di gruppo indicativamente di 16 ore annue a cui affiancare momenti anche individuali o di supervisione in équipe.

In considerazione della composizione numerica degli assistenti sociali e degli operatori sociali presenti nei servizi sociali territoriali e/o dell'organizzazione dei servizi sociali, il percorso di supervisione professionale può essere organizzato sia dal singolo Comune, sia dall'ambito territoriale, sia in forma associata tra ambiti.

La supervisione costituisce un diritto-dovere per il professionista sociale.

Essa può essere organizzata anche per target particolari (es. neoassunti, assistenti sociali coordi-

natori, ecc.). La supervisione mono professionale può svilupparsi come attività individuale e/o di gruppo e/o per area di lavoro (es. area minori, area adulti, ecc.).

Essa può svolgersi sia in presenza, sia con modalità telematica a distanza, in particolare con riferimento ad aree territoriali nelle quali la presenza di operatori sociali è meno concentrata.

Nella supervisione in gruppo mono professionale, questo dovrà essere composto da un numero indicativo massimo di 15 di operatori sociali supervisionati.

Gli incontri di supervisione non possono avere una durata inferiore alle 2 ore.

Il percorso di supervisione deve garantire continuità nel tempo e un numero adeguato di incontri, la cui cadenza solitamente è mensile, ma può essere anche bimestrale come quindicinale.

In presenza di équipe multiprofessionali il percorso di supervisione potrà comprendere incontri di supervisione organizzativa, in aggiunta al livello minimo di ore di supervisione professionale e non in sostituzione, in cui saranno presenti, oltre gli assistenti sociali, anche le altre figure professionali coinvolte nel servizio (psicologi, educatori professionali, ecc.), al fine di lavorare sulle modalità di funzionamento dell'équipe.

L'attività di supervisione professionale può dare diritto al riconoscimento dei crediti ai fini dell'obbligo formativo, laddove previsto nei regolamenti professionali di ciascuna professione coinvolta (assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, ecc.).

Risorse

Per definire un'ipotesi di quantificazione economica di un livello essenziale di supervisione, è necessario considerare che gli attuali percorsi strutturati vedono un costo minimo che oscilla tra i 100 e i 120 euro/ora e un impegno orario annuo per gruppo indicativamente di circa 16 ore di attività e 15 ore complessive dedicate alla supervisione individuale.

Laddove non fosse necessario procedere a utilizzare tutte le ore di supervisione individuale, l'ente potrà redistribuire le ore per utilizzarle per la supervisione di gruppo o per la supervisione organizzativa dell'équipe.

La supervisione di cui sopra può essere affiancata anche da un'attività di supervisione organizzativa dell'équipe, indicativamente per 6 ore aggiuntive annue.

Il costo annuo indicativo massimo per ciascun gruppo di supervisione (per un max di 15 operatori sociali) è di 4750 euro, comprensivo delle 6 ore di supervisione di équipe e di una quota forfettaria fissa per l'organizzazione e gli adempimenti connessi a carico del supervisore di circa il 7% per ogni percorso (310 euro).

Tipologia di supervisione	Ore	Costo in €	Quota forfettaria per costi indistinti 7% in euro (a titolo esemplificativo: essa va calcolata sul totale delle ore effettivamente prestate)	Totale in €
Di gruppo	16	1.920,00	134,40	2.054,40
Individuale	15	1.800,00	126,00	1.926,00
Di équipe	6	720,00	50,40	770,40
Totale	37	4.440,00	310,80	4.750,80

Al finanziamento dell'attività, nella prospettiva del suo riconoscimento come LEPS, concorrono 42 milioni di euro a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate ove necessario da risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali.

3. Scheda LEPS - Dimissioni protette

Vengono distinte due tipologie di servizio: la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento a un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha questa possibilità.

3.1. Denominazione: Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento a un domicilio

Descrizione sintetica

La "Dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'ASL di appartenenza e dell'ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare a un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Va ricordato che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio Sanitario Nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14.2.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria".

Obiettivi

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenza tutelare;
- favorire il decongestionamento del pronto soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome, che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;
- uniformare i criteri di valutazione e accesso a interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza.

Destinatari

Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra-sessantacinquenni a esse assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per le quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.

L'accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale). Ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l'accesso al servizio.

Funzioni svolte

Il DPCM 12.1.2017 contenente i nuovi LEA sanitari, al richiamato art. 22 declina le funzioni e i livelli di assistenza domiciliare:

“L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle Regioni e dalle Province autonome in merito al comma 3, lettera a).

In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- a. cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle Regioni e dalle Province autonome, sono caratterizzate da un ‘Coefficiente di intensità assistenziale’ (CIA (2)) inferiore a 0,14;
- b. cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale, a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI) ovvero di un ‘Progetto riabilitativo individuale’ (PRI), che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- c. cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI) ovvero di un ‘Progetto riabilitativo individuale’ (PRI) e sono attivate con le modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- d. cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale

a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari a elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome e richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle Province autonome, sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi. Inoltre, le cure domiciliari sono integrate sempre da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”.

Pertanto, può essere individuato quale LEPS in ambito sociale quello per il quale al paziente in Dimissione protetta debbano essere assicurate, con spesa a carico del Comune per l'intervento del servizio sociale territoriale, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all'art. 22, commi 4 e 5, le prestazioni sociali a esse integrative e le prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio.

Modalità operative e di accesso

Presso ciascun presidio ospedaliero è costituita una unità di valutazione – variamente denominata a livello regionale – composta da personale sociosanitario finalizzato alla valutazione dell'eleggibilità delle dimissioni protette. Al fine di integrare il servizio di Dimissioni protette con i percorsi sanitari, sociosanitari e sociali è necessario che il presidio ospedaliero segnali, anche attraverso il Piano individuale di assistenza integrata o piano di intervento sociosanitario personalizzato, le situazioni di fragilità a tale unità di valutazione al fine di garantire anche il raccordo con il medico di medicina generale, il Distretto sanitario e il servizio sociale, in armonia con la vigente regolamentazione a livello regionale.

In base alla valutazione, il fabbisogno dell'assistenza familiare può essere ricompreso in una prestazione che va da un servizio non inferiore alle 6 ore giornaliere a un servizio in continuità h 24, ove le condizioni alloggiative lo consentono.

Sulla base del Progetto, che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in forma singola o integrata, all'utente le seguenti prestazioni di assistenza:

- **assistenza domiciliare**: interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc.;
- **telesoccorso**: installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. □ necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate e attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate “monitoraggio” ai soggetti in carico;
- **pasti a domicilio**: servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

Professionalità coinvolte

Per la Dimissione protetta è necessario definire una serie di interventi terapeutico-assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale. La definizione del progetto si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'ospedale, del territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e dei servizi sociali comunali. Sono, inoltre, coinvolte le figure professionali di Operatore Socio-Assistenziale (OSA) e di Operatore Socio-Sanitario (OSS).

Va evidenziata l'importanza fondamentale del servizio sociale territoriale, che di fatto garantisce la continuità assistenziale con il proprio contributo professionale, ponendosi come riferimento per le famiglie, le strutture ospedaliere e private accreditate e l'ASL.

Risorse

Al finanziamento dell'attività, nella prospettiva del suo riconoscimento come LEPS, concorrono 66 milioni di euro a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate dalle risorse proprie e, ove necessario, da risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali in concorso con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze e del Fondo Nazionale Sanitario.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito.

3.2. Denominazione: Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione

Descrizione sintetica

Intese quali insieme di azioni che assicurano e facilitano il passaggio organizzato da un setting di cura a un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale, le Dimissioni protette risultano essere di importanza fondamentale nei percorsi di cura delle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora.

L'impossibilità di garantire setting di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità, legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione e problemi di salute psicofisica.

Le dimissioni non programmate dopo un accesso al pronto soccorso o dopo un ricovero spesso rischiano di vanificare il complesso lavoro effettuato dalle équipes di strada di "ricerca della compliance" da parte di soggetti bisognosi di cure, ma che rifiutano il ricorso ai servizi sanitari e ospedalieri.

Al fine di assicurare la continuità assistenziale post-ospedaliera sono state sviluppate diverse esperienze, spesso confluite in protocolli di collaborazione tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali, servizi sociali ed enti del Terzo Settore. In particolare, si fa riferimento a esperienze sviluppate in alcune realtà nazionali.

In alcune di tali esperienze emerge un significativo coinvolgimento della componente di tipo solidaristico e di volontariato, seppure con contributi e sostegni comunali, mentre appare più residuale il coinvolgimento dei servizi sanitari nel loro complesso.

Occorre evidenziare comunque che l'individuazione di procedure e modalità specifiche non deve essere definita in chiave stigmatizzante e non pregiudica la possibilità, qualora percorribile e ritenuta appropriata dai percorsi di valutazione, di accesso a diversi percorsi di cura, accoglienza e riabilitazione rivolti a tutta la popolazione (ad esempio istituti di riabilitazione extra-ospedalieri - IDR, strutture riabilitative di psichiatria, ricovero in hospice extra-ospedaliero, ecc.).

Target di utenza / destinatari

Persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospe-

dalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Obiettivi generali

Migliorare la qualità di vita delle persone in condizione di povertà urbana estrema, promuovendo un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione e delle continuità delle cure; ridurre non solo il periodo di ricovero ospedaliero, ma anche i ricoveri impropri, nonché la riacquiescenza delle patologie e il conseguente ricorso a nuovi accessi alla rete ospedaliera. E infine, favorire l'integrazione tra i sistemi sanitario e sociale, incentivando la presa in carico nel sistema sociosanitario di persone che, normalmente, sfuggono ai canali ordinari di accoglienza.

Gli obiettivi specifici, in quanto applicabili, ricalcano quelli definiti nella scheda per il target generale.

Servizi e interventi attivabili

Sul territorio nazionale, pertanto, dovrebbe essere garantito un livello essenziale delle prestazioni sociali che preveda l'attivazione, in maniera anche integrata, di uno o più strumenti già presenti sui territori, di seguito elencati:

- presidio interno alla struttura ospedaliera;
- riserva di posti in alcune strutture di accoglienza che preveda la permanenza fino al termine del periodo di convalescenza;
- intervento sociosanitario presso il luogo di temporanea accoglienza (casa di ospitalità, struttura di accoglienza, comunità, alloggi di autonomia in convivenza). All'interno di questi spazi di accoglienza devono essere offerti, a carico dell'ente locale:
 1. presidio nell'arco delle 24 ore con l'apertura durante tutto l'anno;
 2. vitto, alloggio e lavanderia;
 3. oneri relativi alle utenze e alla pulizia dei locali;
 4. sostegno nella cura ed eventuale riacquisizione dell'igiene personale;
 5. gestione della convivenza;
 6. monitoraggio dei comportamenti individuali e sostegno nella gestione di corrette modalità di relazione;
- individuazione di strutture adeguate alla persona al termine del periodo di convalescenza;
- presa in carico e attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali;

Resta a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:

- visite mediche programmate o/e specialistiche (DSM, SERT, ecc.);
- visite infermieristiche;
- gestione e fornitura di farmaci.

Risorse come nel caso delle Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento a un domicilio.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito.

4. Scheda LEPS - Prevenzione allontanamento familiare - PIPPI

Riferimenti normativi

L. 149/2001, Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184 recante “Disciplina dell’adozione e dell’affidamento dei minori”, nonché al titolo VIII del libro primo del Codice civile che all’art. 2 recita: “Le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la potestà genitoriale non possono essere di ostacolo all’esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia sono disposti interventi di sostegno e di aiuto” e prosegue all’art. 3: “Lo Stato, le Regioni e gli enti locali, nell’ambito delle proprie competenze, sostengono, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l’abbandono e di consentire al minore di essere educato nell’ambito della propria famiglia (...)”.

L. 285/1997, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza, che all’art. 4 promuove “le azioni di sostegno al minore e ai componenti della famiglia al fine di realizzare un’efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psicosociale anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento”.

L. 328/2000, Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari, che all’art. 22 esplicita che sono erogabili sotto forma di beni e servizi “gli interventi di sostegno per i minori in situazione di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine”, in quanto interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali.

Le Linee di indirizzo per l’intervento con i bambini e le famiglie in situazione di vulnerabilità (MLPS, 2017).

I dati raccolti nel corso dell’implementazione del Programma PIPPI fra il 2011 e il 2020 e sull’analisi della letteratura nazionale e internazionale.

La Rec – Council of Europe, 19/2006 sulla genitorialità positiva.

La Rec – Council of Europe 112/2013 sull’importanza di rompere il circolo dello svantaggio sociale per garantire a tutti i bambini una buona partenza nella vita.

La Convenzione internazionale dei diritti dei bambini (ONU, 1989), ratificata dall’Italia con la L. 27 maggio 1991 n. 176, che all’art.9 afferma il diritto di ogni bambino a vivere con la propria famiglia e a mantenere i legami familiari e all’art. 20 afferma che: “Ogni fanciullo, il quale è temporaneamente o definitivamente privato del suo ambiente familiare oppure che non può essere lasciato in tale ambiente nel suo proprio interesse, ha diritto a una protezione e ad aiuti speciali dello Stato. Gli Stati parti prevedono per questo fanciullo una protezione sostitutiva in conformità con la loro legislazione nazionale”.

La Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea che si occupa all’art. 24 delle garanzie a tutela dei minori stabilendo che “ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo quando ciò sia contrario al suo interesse”.

La Raccomandazione dell’ONU Guidelines for the Alternative Care of Children (2009), collegata alle indicazioni per una giustizia child friendly (European Commission, 2011), che fa riferimento alla necessità di attuare questo diritto anche in situazioni di vulnerabilità familiare, invitando gli Stati a sostenere ogni sforzo volto a preservare i legami tra i bambini e le loro famiglie curando i processi di mantenimento dei legami significativi per il bambino e i processi di riunificazione familiare.

La EU ChidRight Strategy 2021-2024 che comprende, fra l’altro, la Child Guarantee e identifica come azione chiave “A collective effort aimed at supporting the development and strengthening of integrated child protection systems, which will encourage all relevant authorities and services to better work together in a system that puts the child at the centre”.

La definizione di un livello essenziale delle prestazioni è finalizzato a rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro, protettivo e “nutriente”, contrastando attivamente l’insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l’individuazione delle idonee azioni di carattere preventivo che hanno come finalità l’accompagnamento non del solo bambino, ma dell’intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l’esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme.

Tale livello essenziale intende inoltre garantire:

- equità di trattamento e pari attuazione dei diritti a bambini e famiglie che vivono in contesti territoriali diversi, pur in un quadro complessivo che valorizza le specificità regionali e la co-

struzione situata di risposte e approcci innovativi;

- superamento della frammentazione, delle mancanze di integrazione e cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi, delle rotture nei percorsi di presa in carico e quindi miglioramento della governance complessiva affinché siano garantite azioni realizzate in una logica non settoriale, ma trasversale e unitaria;
- effettiva prevenzione delle situazioni di trascuratezza e trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, tramite azioni progettuali di promozione della genitorialità positiva come di azione tempestiva in caso di rilevazione di esse e quindi di protezione e tutela dei bambini.

Soggetti (target)

Le famiglie in situazione di vulnerabilità comprendono genitori con figli conviventi o meno, in età 0-17 anni, con particolare focus sulla fascia 0-6, che siano ancora titolari della responsabilità genitoriale, anche limitata, che sperimentano debole capacità nel costruire e/o mantenere l’insieme delle condizioni (interne ed esterne) che consente un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali. La vulnerabilità è infatti una situazione socialmente determinata da cui può emergere la negligenza parentale o trascuratezza, di forma e intensità diverse, la quale indica la carente capacità di risposta ai bisogni evolutivi dei figli da parte delle figure genitoriali.

Le avversità che questi genitori sperimentano più frequentemente e che rendono necessaria l’introduzione, nel loro contesto di vita, di dispositivi di valutazione e accompagnamento alla funzione genitoriale sono annoverabili fra le seguenti: la povertà educativa (intesa come mancato accesso a risorse e servizi educativi per i figli e per i genitori), culturale (mancata o debole scolarizzazione, incluso il non raggiungimento dell’obbligo scolastico, analfabetismo funzionale, difficoltà linguistiche, ecc.), materiale (status socioeconomico basso, mancato o debole accesso al mondo del lavoro e/o perdita del lavoro, con relativa assenza o debolezza e instabilità di salario, abitazioni precarie e/o insalubri, in zone particolarmente svantaggiate), sociale (mancato accesso a reti sociali formali e informali di supporto, in particolare per nuclei familiari provenienti dalla migrazione) e sanitaria (condizioni perduranti di malattia fisica o mentale e/o disabilità di alcuni componenti del nucleo familiare, con i conseguenti carichi assistenziali e l’aggravamento dei compiti di cura). Tali tipologie di povertà possono essere transgenerazionali e possono aver causato traumi nell’infanzia di questi genitori, che possono spesso condurre a mono genitorialità, crisi di coppia con conseguenti violenze coniugali ed eventuali transizioni dovute a separazioni e divorzi particolarmente conflittuali, adozioni particolarmente complesse, utilizzo non regolato di alcool e sostanze psicoattive, ecc.

Le idonee azioni da garantire sono:

- la realizzazione di un percorso di accompagnamento volto a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare, con la relativa progettazione di un piano d’azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, definiti congiuntamente in équipe multidisciplinare con la famiglia;
- un’équipe multidisciplinare responsabile del percorso di accompagnamento/presa in carico della famiglia, che per tutta la sua durata assicuri i seguenti elementi chiave:
 - » realizzare, con la partecipazione dei genitori, del bambino e di tutti gli attori coinvolti, l’analisi dei bisogni del bambino;
 - » costruire il Progetto Quadro comprensivo delle azioni in maniera coerente con suddetta analisi;
 - » realizzare le azioni progettate attraverso specifici dispositivi di intervento nei tempi definiti;
 - » valutare il livello di raggiungimento dei risultati attesi in una prospettiva sia rendicontativa (capace di rendere visibile l’agire dei servizi all’esterno), sia trasformativa (capace di innovare e migliorare le pratiche sia dei servizi che delle famiglie).

All’interno dell’équipe i diversi professionisti:

- integrano i loro punti di vista per analizzare in forma completa e approfondita i bisogni e le potenzialità del bambino e per progettare in maniera condivisa gli interventi che possano rispondervi in maniera pertinente, in base alle competenze e agli strumenti del proprio specifico bagaglio professionale;

- dedicano attenzione alla costruzione delle condizioni e delle opportunità che possano favorire la reale possibilità dei genitori e dei bambini, anche se piccoli, di essere attivamente partecipi nei processi valutativi e decisionali che li riguardano;
- verificano, attraverso l'analisi dei risultati, se l'intervento ha ottenuto i risultati desiderati e lavorano alla comprensione dei fattori relazionali, metodologici e organizzativi che hanno permesso il raggiungimento di tali risultati.

La composizione dell'équipe si determina in funzione dei bisogni del bambino, secondo un criterio "a geometria variabile", per cui si prevedono un gruppo costante di professionisti (équipe di base), che individua tra i propri componenti un responsabile del percorso con la famiglia, e una serie di professionisti e di altre figure che si possono aggiungere di volta in volta a seconda della situazione (équipe allargata).

La composizione dell'équipe di base prevede la presenza di:

- componenti della famiglia (bambino e figure genitoriali);
- assistente sociale;
- educatore professionale;
- psicologo.

Laddove necessario, l'équipe allargata è arricchita dalla presenza di ulteriori componenti:

- professionisti dell'area sanitaria (in primis pediatra) e psicoterapeutica /psichiatrica/neuropsichiatrica che lavorano stabilmente con il bambino (psicologo, neuropsichiatra infantile se ha in cura il bambino e/o ne valuta periodicamente le competenze, ad esempio, per la certificazione di disabilità o di DSA ecc.);
- educatore/i dei nidi o insegnante/i della scuola frequentata dal bambino;
- eventuali altri professionisti che lavorano stabilmente con il bambino e/o con le sue figure genitoriali (operatore di riferimento del Centro diurno, professionisti dell'area della disabilità, nel caso di disabilità del bambino o di un componente della famiglia, curante del SerD o del servizio di salute mentale per adulti, medico di famiglia ecc.);
- persone (professionisti e non) appartenenti alla comunità di riferimento della famiglia (area del volontariato e dell'associazionismo sportivo, culturale, educativo, ricreativo ecc.).

Secondo la prospettiva multidisciplinare, i professionisti di area psicologica/neuropsichiatrica/psichiatrica e altri specialisti della terapia e riabilitazione, eventualmente coinvolti sulla base di bisogni specifici di tale natura di bambini e/o genitori, sono componenti dell'équipe in tutte le fasi del percorso di accompagnamento del bambino e della sua famiglia. Essi sono corresponsabili della costruzione e della valutazione del Progetto Quadro. Le attività svolte nell'area psicologica/neuropsichiatrica/psichiatrica o da parte di altri servizi specialistici concorrono, in coerenza con le altre azioni programmate, al conseguimento degli obiettivi condivisi nel Progetto Quadro.

I dispositivi d'intervento costituiscono l'insieme delle azioni con le quali realizzare il Progetto Quadro condiviso nell'équipe multidisciplinare.

Un repertorio coordinato di dispositivi a favore del bambino e dei suoi genitori, finalizzato alla realizzazione del progetto condiviso e realizzato in un arco di tempo definito e in maniera intensiva, produce maggiori esiti positivi sul benessere dell'intero nucleo familiare rispetto a un insieme di interventi frammentati e distribuiti in un periodo indefinito, non pianificato nella progettazione e non sottoposto a valutazioni periodiche.

I dispositivi sono da intendersi come un insieme articolato di interventi attraverso i quali si mette a disposizione un accompagnamento globale e intensivo alla famiglia, finalizzato alla sua emancipazione dall'aiuto istituzionale e alla riattivazione delle sue risorse interne ed esterne, in modo che la famiglia stessa possa gradualmente anche mettere a disposizione di altre famiglie l'esperienza realizzata nel percorso di accompagnamento.

Alcuni dispositivi d'intervento sono di tipo istituzionale, altri invece riguardano le azioni che consentono di valorizzare le risorse ricreative, culturali, sportive, artistiche, spirituali ecc. presenti in un territorio.

Si tratta di interventi interdisciplinari orientati alla prevenzione e alla promozione di capacità educative e organizzative delle figure parentali ed eventuali altri caregiver e alla costruzione di

ambienti sociali a misura di bambino e famiglia, entro un contesto plurale capace di garantire al bambino risposte ai bisogni di crescita, tutela della salute mentale e fisica e adeguata protezione, continuità e stabilità del suo percorso di crescita.

Sono garantiti dispositivi a favore sia dei bambini sia delle figure genitoriali; sia di gruppo sia individuali; sia di natura formale sia informale e che insistono sulle dimensioni psicologiche, sociali, scolastiche, educative e di sostegno alle condizioni di vita.

Tali dispositivi sono:

- il servizio di Educativa Domiciliare e/o Territoriale, altrimenti definito di Educativa Familiare: è il dispositivo attraverso il quale gli educatori professionali, con specifica formazione socio-pedagogica, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, sono presenti con regolarità nel contesto di vita della famiglia, nella sua casa e nel suo ambiente di vita, per valorizzare le risorse che là si manifestano e per accompagnare il processo di costruzione di risposte positive (competenze e strategie) ai bisogni evolutivi del bambino da parte delle figure genitoriali in maniera progressivamente più autonoma;
- la vicinanza solidale: rappresenta una forma di solidarietà tra famiglie che ha come finalità quella di sostenere un nucleo familiare attraverso la solidarietà di un altro nucleo o di singole persone, in una logica di affiancamento e di condivisione delle risorse e delle opportunità. Si colloca all'interno del continuum delle diverse forme di accoglienza familiare, scegliendo intenzionalmente di valorizzare l'ambiente di vita della famiglia e del bambino, piuttosto che collocare il bambino temporaneamente o per alcune ore della giornata in un'altra famiglia. Si privilegia la dimensione informale dell'intervento e la creazione e/o potenziamento di reti sociali, che potranno continuare a essere presenti nella vita della famiglia anche dopo la chiusura dell'intervento istituzionale e in cui anche la famiglia che ha fruito dell'intervento potrà mettere a disposizione le risorse maturate grazie a esso;
- i gruppi con i genitori e i gruppi con i bambini: la finalità dell'attività in gruppo, grazie alla risorsa rappresentata dal contesto collettivo, è quella di rafforzare e ampliare le abilità relazionali e sociali dei partecipanti e in particolare le capacità dei genitori di rispondere positivamente ai bisogni evolutivi dei figli, secondo quanto è stato condiviso nel Progetto Quadro. Sono invitati all'attività genitori e bambini seguiti dai servizi, sia in iniziative a loro specificamente dedicate, sia all'interno di azioni rivolte a tutte le famiglie promosse nella comunità territoriale, in luoghi facilmente accessibili e non stigmatizzanti (incontri in nidi, scuole, centri per le famiglie, ludoteche, biblioteche ecc.);
- il partenariato con i servizi educativi e la scuola: promuovere lo sviluppo dei bambini e delle loro famiglie in una prospettiva di equità e giustizia sociale richiede una proficua collaborazione fra insegnanti, educatori e professionisti dei servizi sociali e sociosanitari. È necessario promuovere occasioni di confronto e formazione sugli approcci, le metodologie e gli strumenti che scuola, servizi educativi e sociosanitari hanno elaborato per valutare e progettare i propri interventi al fine di co-costruire un unico Progetto Quadro per ogni bambino. Questo dispositivo prevede il coinvolgimento della scuola e dei servizi educativi 0-6 anni dalle fasi che precedono l'avvio del percorso di accompagnamento. Il dispositivo adotta una prospettiva inclusiva e si articola in azioni che vedono il coinvolgimento del bambino, della classe e dell'intera comunità educativa o scolastica;
- il sostegno economico che i Comuni erogano alle famiglie, in particolare attraverso la misura del Reddito di Cittadinanza, rappresenta una forma di contrasto alla povertà e alla deprivazione economica, abitativa, lavorativa, educativa in cui si trovano numerose famiglie in situazione di vulnerabilità. Esso va garantito all'interno del Progetto Quadro di cui sopra, nella prospettiva dei Patti di inclusione sociale di cui al D.Lgs. 147/2017.

5. Scheda intervento - Promozione rapporti scuola territorio - Get Up

Riferimenti normativi

Legge 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989. Per quanto riguarda la Convenzione Onu, ci sono 42 articoli tutti dedicati ai bambini e agli adolescenti; quattro sono i principi fondamentali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che rilevano per la programmazione sociale nazionale e decentrata: a) **non discriminazione** (art. 2): i diritti sanciti dalla Convenzione devono essere garantiti a tutti i minori, senza distinzione di razza, sesso, lingua, religione, opinione del bambino/adolescente o dei genitori; b) **superiore interesse** (art. 3): in ogni legge, provvedimento, iniziativa pubblica o privata e in ogni situazione problematica, l'interesse del bambino/adolescente deve avere la priorità; c) **diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo del bambino** (art. 6): gli Stati devono impegnare il massimo delle risorse disponibili per tutelare la vita e il sano sviluppo dei bambini, anche tramite la cooperazione tra Stati; d) **ascolto delle opinioni del minore** (art. 12): prevede il diritto dei bambini a essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano e il corrispondente dovere, per gli adulti, di tenerne in adeguata considerazione le opinioni. Inoltre, in relazione alla promozione delle iniziative tra territorio e agenzie educative formali e informali, si richiama in particolare l'art. 31 che promuove azioni volte a riconoscere a bambini e ragazzi "il diritto al riposo e al tempo libero, di dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e di partecipare liberamente alla vita culturale e artistica" favorendo "il diritto del fanciullo di partecipare pienamente alla vita culturale e artistica e incoraggiano l'organizzazione, in condizioni di uguaglianza, di mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali" quali fattori di inclusione e superamento delle disuguaglianze.

L. 285/1997, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza che, agli artt. 6 e 7, promuovono: "art. 6. (Servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero) servizi volti a promuovere e a valorizzare la partecipazione dei minori a livello propositivo, decisionale e gestionale in esperienze aggregative, nonché occasioni di riflessione su temi rilevanti per la convivenza civile e lo sviluppo delle capacità di socializzazione e di inserimento nella scuola, nella vita aggregativa e familiare" e art. 7 (Azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza) "a) interventi che facilitano l'uso del tempo e degli spazi urbani e naturali, rimuovono ostacoli nella mobilità, ampliano la fruizione di beni e servizi ambientali, culturali, sociali e sportivi; b) misure orientate alla promozione della conoscenza dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso tutta la cittadinanza e in particolare nei confronti degli addetti a servizi di pubblica utilità; c) misure volte a promuovere la partecipazione dei bambini e degli adolescenti alla vita della comunità locale, anche amministrativa".

Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che disegna un quadro normativo organico per la realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali, comprendendo anche tutti gli interventi in favore delle persone minori di età. All'art. 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) comma 2 individua tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, anche "c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza" e al comma 4, tra le prestazioni da erogare, "d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali".

Legge n.148 del 25 maggio 2000, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione n. 182 relativa alla proibizione delle forme peggiori di lavoro minorile e all'azione immediata per la loro eliminazione, nonché della Raccomandazione n. 190 sullo stesso argomento, adottate dalla Conferenza generale dell'Organizzazione internazionale del lavoro durante la sua ottantasettesima sessione tenutasi a Ginevra il 17 giugno 1999", che all'art. 7 richiede l'adozione di provvedimenti efficaci al fine di impedire che i minori siano coinvolti nelle forme peggiori di lavoro, garantire la loro riabilitazione e il loro reinserimento sociale, l'accesso all'istruzione, alla formazione professionale, a individuare i minori esposti a rischi particolari ed entrare in contatto diretto con loro, ponendo attenzione alla situazione particolare delle bambine e delle adolescenti.

Raccomandazione del Parlamento e del Consiglio d'Europa 18 dicembre 2006 sulle "Competenze chiave per l'apprendimento permanente", che ha posto le basi per un generale rinnovamento dei curricula scolastici. Anche gli ordinamenti curriculari del nostro Paese ormai hanno accolto questa tendenza prevedendo competenze disciplinari, competenze sociali e trasversali per ogni ordine e grado di scuola. L'approccio didattico per competenze vuole rispondere a un nuovo bisogno formativo delle ragazze e dei ragazzi, che vuol dire fornire ai giovani risorse culturali, sociali e strumentali con cui potranno affrontare positivamente le necessità che si troveranno davanti. L'approccio per competenze guarda alla scuola come uno degli ambiti privilegiati di esperienza, ma richiede anche la capacità di stabilire una forte connessione con la società, con la comunità locale per arricchire la sua offerta con le risorse di conoscenza e di esperienza che possono essere offerte da altri attori chiave.

Raccomandazione del Consiglio del 20 dicembre 2012 sulla convalida degli apprendimenti non formali e informali che intende valorizzare conoscenze, abilità e competenze che i soggetti possono avere acquisito attraverso l'apprendimento non formale e informale, una forma di apprendimento che

può svolgere un ruolo importante nel migliorare l'occupabilità nonché nell'accrescere la motivazione per l'apprendimento permanente.

Raccomandazione della Commissione, del 20 febbraio 2013, Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale, nella quale si sottolinea che la prevenzione si realizza in modo efficace quando si concretizza attraverso strategie integrate che promuovano "occasioni per i minori di partecipare alla vita sociale e di esercitare i loro diritti, per consentire loro di realizzare pienamente il loro potenziale e aumentare la loro capacità di resistenza alle avversità", e si sollecita a "riconoscere la capacità dei minori di agire sul proprio benessere e di superare le situazioni difficili (resistenza alle avversità), in particolare dando loro occasioni di partecipare ad attività di apprendimento informale al di fuori della famiglia e degli orari scolastici" attraverso l'integrazione tra le varie istituzioni e agencies". Le indicazioni del "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali", che nell'area degli interventi e servizi educativo assistenziali individua gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico e sostegno socio-educativo territoriale, collegati a strutture quali i Centri di aggregazione sociali e i Centri diurni di protezione sociale, in cui promuovere l'inclusione e coordinare attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali e sportive, per un corretto utilizzo del tempo libero.

La legge 107/2015, che, attraverso la previsione di piani di studio "opzionali" e il deciso ampliamento delle attività di alternanza scuola-lavoro, spinge la scuola verso percorsi sempre più adeguati, adattabili e cantierabili, a riscoperta e potenziamento anche delle vocazioni e valenze, territoriali e non, delle singole realtà economiche italiane. Tenuto conto degli obiettivi della NEW SKILLS AGENDA FOR EUROPE lanciata dalla Commissione Europea a fine 2016, che pone l'accento sulla necessità di investire sullo sviluppo di competenze-chiave che integrino la strategia di apprendimento permanente di ogni Stato UE, per garantire l'equità sociale, mettendo in pratica il primo principio del pilastro europeo dei diritti sociali: accesso all'istruzione, alla formazione e all'apprendimento permanente per tutti, ovunque nell'UE, nonché per costruire la resilienza per reagire alle crisi, sulla base delle lezioni apprese durante la pandemia Covid-19. Tra le competenze trasversali da promuovere si individua anche il "senso di iniziativa e di imprenditorialità", definito come la "capacità di una persona di tradurre le idee in azione" da promuovere grazie alla combinazione tra percorsi di innovazione sociale, formazione e integrazione scuola e agencies di sviluppo.

Legge 20 agosto 2019, n. 92, Introduzione dell'insegnamento scolastico dell'educazione civica, che all'art. 8 "Scuola e territorio" promuove "esperienze extra-scolastiche, a partire dalla costituzione di reti anche di durata pluriennale con altri soggetti istituzionali, con il mondo del volontariato e del Terzo Settore, con particolare riguardo a quelli impegnati nella promozione della cittadinanza attiva. [...] 2. I comuni possono promuovere ulteriori iniziative in collaborazione con le scuole, con particolare riguardo alla conoscenza del funzionamento delle amministrazioni locali e dei loro organi, alla conoscenza storica del territorio e alla fruizione stabile di spazi verdi e spazi culturali."

La strategia dell'UE per la gioventù, che costituisce il quadro di riferimento per la collaborazione a livello europeo sulle politiche condotte a favore dei giovani nel periodo 2019-2027. Si fonda sulla risoluzione del Consiglio del 26 novembre 2018. La collaborazione a livello dell'UE sfrutterà al massimo le potenzialità offerte dalle politiche per i giovani. Promuove la partecipazione dei giovani alla vita democratica, ne sostiene l'impegno sociale e civico e punta a garantire che tutti i giovani dispongano delle risorse necessarie per prendere parte alla società in cui vivono. La Strategia dell'UE per la gioventù si concentra su tre assi d'intervento centrali tra cui promuove un'attuazione trasversale coordinata: Mobilitare (mirare a una significativa partecipazione civica, economica, sociale, culturale e politica dei giovani), Collegare (per condividere le migliori pratiche e proseguire il lavoro su sistemi efficaci per la convalida e il riconoscimento delle abilità e delle competenze acquisite attraverso l'apprendimento non formale e informale, comprese le attività di solidarietà e di volontariato), Responsabilizzare (cioè incoraggiare i giovani a farsi carico della propria vita).

La Raccomandazione del Consiglio UE del 30 ottobre 2020 relativa a un ponte verso il lavoro, che rafforza la garanzia per i giovani e sostituisce la Raccomandazione del Consiglio del 22 aprile 2013 sull'istituzione di una garanzia per i giovani, nella quale si sollecita a rafforzare i sistemi di allarme precoce e le capacità di monitoraggio per individuare coloro che rischiano di diventare NEET, contribuendo nel contempo a prevenire l'abbandono dell'istruzione e della formazione (attraverso, ad esempio, un orientamento professionale nelle scuole, percorsi di apprendimento più flessibili e un apprendimento maggiormente basato sul lavoro), in collaborazione con il settore dell'istruzione, i genitori o i tutori legali, e le comunità locali e con la partecipazione dei servizi per i giovani e dei servizi sociali, sanitari e per l'impiego; nonché a Sensibilizzare e comunicare in maniera adottando canali di informazione e meccanismi di coinvolgimento moderni, adatti ai giovani e di carattere locale per attività di sensibilizzazione, con la partecipazione dei giovani, degli animatori socioeducativi, delle organizzazioni giovanili locali, delle famiglie e delle associazioni dei genitori.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Europa Unione all'art. 24 della Carta menziona specificamente i diritti dei bambini, ma è importante ricordare che la Carta si applica ai bambini nella sua interezza, in quanto sono gli stessi esseri umani.

La Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni, Strategia dell'UE 2021-2024 sui diritti dei minori

(COM(2021) 142 final) che contribuisce inoltre a realizzare il pilastro europeo dei diritti sociali e “riflette i diritti e il ruolo dei minori nella nostra società: i minori sono fonte di ispirazione e sono in prima linea nel sensibilizzare l’opinione pubblica sui cambiamenti climatici, sulla discriminazione e sull’ingiustizia. Non sono soltanto i cittadini e i leader di oggi, ma anche i leader di domani”. Tutti i minori hanno il diritto di sviluppare le proprie competenze e i propri talenti principali, a partire dalla prima infanzia e durante tutto il loro percorso scolastico nonché durante la formazione professionale, anche in contesti di apprendimento non formale.

La Garanzia europea per l’infanzia (Child Guarantee), che integra la nuova Strategia della UE sui diritti dei minori invoca misure specifiche per i minori a rischio di povertà o di esclusione sociale. Tale proposta raccomanda agli Stati membri di garantire l’accesso a servizi chiave di qualità per i minori in stato di disagio: servizi di educazione e cura della prima infanzia, istruzione (comprese le attività scolastiche), assistenza sanitaria, alimentazione e alloggio.

Considerate le summenzionate premesse, si rende necessario un obiettivo tendenziale verso la definizione di un livello essenziale delle prestazioni finalizzato a rispondere ai bisogni di ascolto, partecipazione e inclusione sociale espressi da adolescenti e giovani nella loro faticosa transizione verso un’età adulta, che a seguito della pandemia da Covid-19 si delinea sempre più complessa e densa di sfide. La pandemia ha colpito fortemente il benessere complessivo dei ragazzi e delle ragazze, tra i quali è stato registrato un aumento di ansia, stress e solitudine. Molti di loro non hanno potuto partecipare ad attività sportive, ricreative, artistiche e culturali essenziali per il loro sviluppo e il loro benessere.

Le esigenze cui dare risposta si declinano in alcuni punti cardine: lasciare autonomia decisionale ai ragazzi su cosa fare, ma soprattutto su come farlo; favorire lo sviluppo di nuove competenze da parte dei ragazzi e delle ragazze; creare sinergie nel territorio e promuovere la cittadinanza attiva; potenziare la partnership tra scuola e territorio come fattore di promozione dei diritti, di inclusione sociale e contributo a contrastare il rischio di fallimento e abbandono scolastico.

È evidente la necessità di ripensare i modelli d’intervento rivolti ad adolescenti alla luce dei mutamenti socioculturali, degli effetti di lungo periodo della crisi economica prodotta dalla pandemia e dell’interesse a rilanciare politiche sociali in favore di questo target d’età anche in un’ottica preventiva.

La cornice normativa di riferimento sopra esposta indirizza alla promozione di interventi che si incardinano tra scuola e territorio; tra i due poli, infatti, è possibile dare vita a un’ampia gamma di interventi che facciano perno su l’una o l’altra componente, attraverso servizi e interventi finalizzati alla sperimentazione di forme di auto-gestione e autonomia.

Entro questo contesto le idonee azioni da individuare mirano ai seguenti obiettivi:

- sviluppare maggiori potenzialità connesse all’empowerment e alla resilienza;
- integrare l’intervento educativo in un contesto compiutamente socioeducativo orientato alla valorizzazione dell’ascolto, della flessibilità, della costruzione di alleanze e della promozione del protagonismo dei singoli e delle reti;
- valorizzare le possibili contaminazioni sul versante interdisciplinare, interprofessionale, inter-organizzativo e interistituzionale;
- favorire una comunanza di intenti fra tutti i protagonisti dell’educazione formale e non formale.

Le idonee azioni, quindi, possono svilupparsi in una tensione che vede l’esperienza educativa soprattutto in relazione all’esperienza scolastica e alle esperienze strutturate che nel territorio sono presenti, come le circoscrizioni, le associazioni, gli oratori; oppure soprattutto in relazione all’esperienza del territorio in un tempo extrascolastico.

I dispositivi d’intervento costituiscono l’insieme delle azioni con le quali realizzare gli obiettivi individuati e si distinguono in relazione alla loro natura trasversale o specifica. Si individuano due dispositivi-quadro:

- il patto socioeducativo locale per l’inclusione e la promozione dei diritti sociali delle nuove generazioni, che rappresenta uno strumento di programmazione e progettazione condivisa nel quale mettere in relazione le agenzie educative formali e non formali, i servizi e gli stakeholders;
- il gruppo di azione territoriale, che ha funzioni di accompagnamento alla realizzazione delle

attività progettuale, di condivisione e verifica delle criticità e delle risorse. I GAT saranno composti da referenti delle amministrazioni locali, rappresentanti dei docenti attivi nelle scuole coinvolte sul territorio, dei centri territoriali, rappresentanti delle ragazze e ragazzi impegnati nei progetti locali, facilitatore/i locale/i, rappresentanti dell’USR, dell’USP, del Terzo Settore e del mondo cooperativo ed eventuali altri attori locali a supporto delle esperienze. I GAT sono strumenti attuativi del patto educativo locale.

I dispositivi esperienziali si distinguono invece a seconda che prendano avvio dalla scuola o dal territorio. Nella scuola si sviluppano progetti che intersecano il territorio attraverso azioni di promozione culturale, rigenerazione urbana, cittadinanza solidale, inclusione sociale e prevenzione dell’abbandono scolastico attraverso la mobilitazione di insegnanti, studenti e studentesse che, grazie al supporto di figure di educatori nel ruolo di animatori/facilitatori realizzano esperienze innovative. L’idea progettuale parte dalla constatazione della difficoltà spesso riscontrata riguardo all’elaborazione in maniera autonoma di idee progettuali da parte dei ragazzi, il cui coinvolgimento appare confinato all’espressione di pareri, ma poco alla scelta di strategie e azioni. In una società sempre più composta da adulti e attraversata da crisi individuali e sociali e da una maggiore vulnerabilità dei contesti familiari e comunitari, il mondo degli adulti appare in difficoltà a rapportarsi con i cittadini in crescita, in particolare con gli adolescenti. I progetti devono valorizzare il contesto scolastico come luogo ideativo di progetti che mirino a coinvolgere i territori e il tessuto locale in una prospettiva di utilità sociale e di rafforzamento del legame di cittadinanza.

Su questo versante è opportuno che le azioni idonee:

- si fondino sul protagonismo effettivo dei ragazzi a partire dalla fase di progettazione e durante tutte le fasi dello sviluppo progettuale, con particolare attenzione ad assicurare la partecipazione attiva di ragazze e ragazzi disabili o in situazione di difficoltà (BES);
- utilizzino un approccio di tipo esperienziale, ad esempio con la promozione di servizi, attività, anche di tipo laboratoriale, gestiti dagli stessi ragazzi e orientati su propri interessi e attitudini;
- inseriscano le attività progettuali all’interno dei programmi di alternanza scuola – lavoro o comunque garantiscano la certificazione delle competenze acquisite;
- prevedano figure educative che abbiano prevalentemente funzioni di supporto e facilitazione nello sviluppo delle attività organizzate dai ragazzi, col ruolo di facilitare l’interconnessione e il dialogo tra loro, le istituzioni e la realtà locale;
- coinvolgano la comunità locale, creando reti di collaborazione delineandosi, quindi, come “progetti di comunità”, stabilendo connessioni tra i ragazzi e le risorse del territorio (imprese locali e artigianali, scuola, attività commerciali legate al divertimento ecc.);
- favoriscano la partecipazione della comunità dei giovani, prevedano iniziative di educazione di strada, organizzazione di eventi, uso di canali di comunicazione innovativi (social, web ecc.);
- prevedano la redazione di un piano di sviluppo e di sostenibilità del progetto, anche dal punto di vista economico, nella prospettiva di una sua futura prosecuzione.

Le esperienze di autogestione e autonomia possono prodursi attraverso la costituzione di cooperative scolastiche o progetti di service learning, attuate dagli studenti e dalle studentesse che, attraverso un’organizzazione che li responsabilizzi anche sotto l’aspetto gestionale e organizzativo, potranno realizzare attività che abbiano una ricaduta sulla comunità locale.

Cooperative scolastiche e service learning si individuano quindi come due dispositivi coerenti per progettualità verso l’autonomia che partano dalla scuola.

La cooperativa scolastica è un’organizzazione del tutto simile a una “normale” cooperativa, è dunque un luogo di sperimentazione di forme di democrazia, autogestione, collaborazione e solidarietà. Ogni CS dovrà avere uno statuto e una struttura di governance interna strutturata su tre organi: Presidente (eletto dal Consiglio di amministrazione), Consiglio di amministrazione e Assemblea dei soci. Le ragazze e i ragazzi saranno aiutati nella stesura dello statuto e accompagnati a esercitare le funzioni di governo e i processi decisionali attraverso gli organi statutari.

L’accompagnamento dovrà essere assicurato da insegnanti interni al contesto scolastico e da una o più figure di facilitatori dei processi di autonomia. Gli adulti dovranno rispettare l’autonomia progettuale degli adolescenti, proponendosi come figura di supporto in grado di favorire la realiz-

zazione dell'idea progettuale, anche attraverso una funzione di ponte verso altre istituzioni locali rilevanti ai fini dell'attuazione delle attività dei ragazzi.

Il *service learning* è una metodologia di insegnamento che combina lo studio, che avviene all'interno della scuola, con l'impegno in favore della comunità locale. Affinché si possa parlare effettivamente di SL occorre che questo legame non sia casuale o sporadico, ma che lo studio sia effettivamente finalizzato a dare un contributo alla soluzione di un problema reale della comunità locale. Il *service learning* è un'attività che consente agli studenti e alle studentesse di acquisire conoscenze e competenze impegnandosi attivamente in una attività che affronta e cerca di risolvere un problema reale della comunità. Le attività di *service learning* dovranno essere un'opportunità per sperimentare pratiche di autonomia, collaborazione, rispetto e partecipazione; esse potranno essere sviluppate anche in accordo con centri aggregativi territoriali.

Infine, per quanto riguarda il versante scuola, altro dispositivo idoneo indispensabile sono le risorse da destinare a ciascun progetto, affinché la promozione dell'autonomia possa essere esercizio concreto di scelta, processi di problem solving e assunzione di responsabilità gestionale. Questa modalità di dare espressione alle politiche sociali rivolte agli adolescenti, segmento spesso meno centrale negli interventi nazionali e locali, deve rispondere ad alcuni requisiti di qualità metodologica e progettuale coerenti rispetto al paradigma dell'autonomia e dell'inclusione sociale attiva:

- **Partecipazione.** I progetti dovranno vedere il coinvolgimento diretto dei ragazzi e delle ragazze in tutte le fasi dell'intervento, anche nelle fasi di valutazione partecipata con i beneficiari.
- **Esperienza.** I progetti dovranno essere esperienze concrete e non simulazioni di impegno e dovranno favorire lo sviluppo e la maturazione di competenze trasversali, che possano essere spendibili in un futuro formativo e professionale delle ragazze e dei ragazzi. Le esperienze, in relazione ai progetti locali, intendono facilitare incontri e rapporti tra gli adolescenti e referenti istituzionali, occasioni di formazione alla cittadinanza e di consolidamento del legame cittadino-amministrazioni pubbliche.
- **Autonomia.** I gruppi di ragazze e ragazzi dovranno aver garantita una reale autonomia di ideazione e di realizzazione, in attuazione del criterio "chiavi e soldi" da gestire con responsabilità condivisa e autodeterminazione.
- **Utilità sociale.** La definizione degli obiettivi dei progetti locali dovrà essere un'opportunità educativa, con un processo che coinvolga i gruppi di ragazzi e ragazze a cui il progetto si rivolge e le amministrazioni locali, nell'ottica di sancire un impegno comune che deve prendere forma nel patto socioeducativo locale per dare risposta a particolari bisogni (ad esempio riqualificazione di spazi urbani, valorizzazione delle risorse del territorio, contrasto alla dispersione scolastica, ecc.).
- **Sperimentalità.** I progetti locali non dovranno essere la riedizione passiva di esperienze passate: queste potranno rappresentare pratiche interessanti da suggerire come termine di confronto o base di partenza; tuttavia, lo snodo cruciale sarà quello di valorizzare il capitale ideativo e innovativo dei ragazzi e delle ragazze che saranno coinvolti.
- **Sostenibilità delle attività.** Il progetto intende essere un'occasione di ampliamento stabile dell'offerta di opportunità socioeducative locali, è quindi importante che le scuole e le amministrazioni locali individuino dei meccanismi utili a dare stabilità dall'esperienza. Gli elementi che rendono l'azione sostenibile, riproducibile ed estendibile sono la metodologia partecipativa e la formazione. Questi fattori permetteranno a tutti gli attori di utilizzare le conoscenze acquisite, la capacità di autogestione e di iniziativa per promuovere nuove iniziative.

Quando l'azione si sviluppa soprattutto in relazione all'esperienza del territorio in un tempo extra-scolastico, dispositivi idonei sono, come indicato nel "**Nomenclatore degli interventi e servizi sociali**", sostegno socioeducativo scolastico e sostegno socioeducativo territoriale, collegati a strutture quali i centri di aggregazione sociali e i centri diurni di protezione sociale, nei quali promuovere l'inclusione e coordinare attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali e sportive, per un corretto utilizzo del tempo libero.

Sono strutture variamente denominate, ricomprese nella tipologia di servizi territoriali; si caratterizzano per essere molto visibili e inseriti nel territorio, nel quale svolgono anche attività di animazione di strada. Si configurano, quindi, come servizio aperto e dinamico, con un alto grado di flessibilità e adattamento, prendendo a prestito anche luoghi della città "altri" rispetto alla propria

sede centrale. Questi servizi, rispetto alla fascia degli adolescenti, rispondono alle esigenze di ragazze e di ragazzi che necessitano di un sostegno socioeducativo e sono caratterizzati da una pluralità di interventi basati su funzioni quali l'ascolto, il sostegno alla crescita, l'accompagnamento, l'orientamento.

Il servizio offre un sistema di opportunità di aggregazione all'interno di un contesto organizzativo caratterizzato da due approcci di uguale importanza: quello animativo e quello educativo. Da un lato, infatti, agisce come centro di tipo promozionale, attivo, orientato all'aggregazione tra coetanei e alla socializzazione culturale e, dall'altro, contribuisce al loro percorso formativo, all'apprendimento di competenze e abilità sociali.

In via prioritaria i destinatari sono minori appartenenti a famiglie in situazioni di difficoltà socio-economica, esposti alla carenza di cure parentali, a rischio di esclusione sociale. L'accesso può avvenire su indicazione dell'équipe del servizio, su segnalazione dei centri di servizi sociali territoriali, delle scuole del territorio, dei servizi sociosanitari dei distretti, delle diverse realtà operanti nel territorio.

Nel percorso di crescita dei ragazzi la possibilità di incontrare adulti in grado di promuovere relazioni significative, oltre a sostenere e accompagnare i loro processi di sviluppo individuale, rappresenta una grande opportunità e può fare la differenza nella loro storia.

Questi servizi propongono:

- **possibilità di aggregazione** finalizzata alla prevenzione primaria e secondaria di situazioni di disagio, attraverso esperienze di socializzazione tra ragazzi e di identificazione con figure adulte significative, oltre a quelle già conosciute nel contesto scolastico;
- **occasioni d'incontro e di socializzazione**, percorsi educativi e di promozione sociale e culturale;
- **occasioni per una positiva utilizzazione del tempo libero**;
- **attività per lo sviluppo di capacità creative** e di modalità di espressione per la realizzazione di un nuovo ambiente di vita.

I dispositivi di questo tipo di servizio sono:

- il **progetto educativo individualizzato** per i ragazzi e le ragazze inserite a seguito di segnalazione da parte del servizio sociale. Il progetto viene concordato con i centri di servizio sociale territoriale e al suo interno sono precisati gli obiettivi, le strategie per raggiungerli, i tempi di attuazione, le fasi e i criteri di verifica, i compiti delle diverse figure professionali, le collaborazioni e gli apporti interistituzionali;
- il **progetto educativo di gruppo**: la programmazione rivolta al gruppo deve essere coerente con le finalità del servizio e con gli obiettivi specifici prevalenti nei progetti individualizzati al fine di proporre attività mirate sia a sviluppare competenze o abilità specifiche, sia a far incontrare i ragazzi affinché si costruiscano tra loro dei legami, per realizzare un'esperienza di gruppo capace di integrare i singoli, di permettere ai ragazzi di imparare a stare con gli altri, di apprendere l'accoglienza delle diversità, di sperimentare la condivisione delle decisioni.

Le dimensioni sulle quali agiscono i dispositivi sono:

- **La dimensione educativa di gruppo.** Questa dimensione è curata sia attraverso la relazione tra ragazzo/a e figura educativa di riferimento, sia nell'ambito della relazione con il gruppo dei pari, mediante la strutturazione di uno spazio-tempo dedicato a offrire ai ragazzi e alle ragazze la possibilità di stare in gruppo con altri coetanei.
- **La dimensione educativa individuale.** Nella sua qualità di contesto educativo privilegiato per ragazzi e ragazze in condizione e/o a rischio di isolamento o di esclusione da contesti educativi convenzionali, il laboratorio opera predisponendo un piano educativo individuale e assicura agli stessi una frequenza di almeno 12 ore settimanali.
- **La dimensione educativa nella relazione con le famiglie.** È di particolare importanza creare uno spazio d'incontro con le famiglie perché possano collaborare e trovare sostegno alla propria azione educativa. Il rapporto con le famiglie, da un lato, rappresenta una chiave di lettura per capire e conoscere meglio i ragazzi, dall'altro, permette di elaborare proposte mirate e di collaborare insieme nell'intervento socioeducativo per un confronto sulle attività proposte.
- **La dimensione educativa nell'animazione territoriale:** abitare la strada. Il servizio sviluppa

“lavoro di strada” finalizzato alla prevenzione del disagio, attraverso la promozione del benessere delle comunità locali e una specifica attenzione ai soggetti più esposti al rischio di intraprendere carriere devianti; il lavoro di strada agisce anche nell’ottica della riduzione del danno nei confronti di gruppi o singoli già inseriti in contesti di forte marginalità e devianza.

- **La dimensione di laboratorio di educativa territoriale.** Questo è un servizio che si esprime sulle dimensioni dell’informalità, del gruppo di ragazzi, del lavorare in modo “leggero” (più di tipo animativo), della naturalità delle relazioni. Intreccia in modo del tutto particolare dimensione educativa e animativa dell’intervento sociale. È orientato verso l’autonomia e il cambiamento dei ragazzi, a partire da una forte vicinanza con il territorio, da un’elevata flessibilità e in ragione della possibilità anche di accesso libero e spontaneo.

Soggetti target

- Ragazze e ragazzi dai 14 ai 18 anni delle scuole secondarie di II grado e dei centri di formazione professionale.
- Ragazze e ragazzi dai 14 ai 18 anni appartenenti a gruppi extrascolastici già istituiti (esempio centri aggregazione comunali).

Quando l’azione parte dalla scuola, essa si rivolge a tutta la popolazione giovanile come intervento di promozione del benessere preventivo rispetto a rischi di abbandono scolastico, esclusione sociale, aggravamento di specifiche vulnerabilità sociali.

Quando l’azione si impernia sul servizio territoriale, il target è costituito prevalentemente da ragazzi e ragazze in qualche modo già inseriti all’interno di percorsi di sostegno sociale e scolastico, ma non necessariamente solo loro.

Prima della pandemia di Covid-19 i minori avevano già una più alta probabilità, rispetto agli adulti, di vivere in condizioni di estrema povertà e, come conseguenza della pandemia, si stima che il numero di bambini che vivono al di sotto della soglia di povertà sia destinato a salire, come già indicato dai primi dati del 2020 sulla povertà, dai quali si ricava che la presenza di figli minori espone maggiormente le famiglie alle conseguenze della crisi, con un’incidenza di povertà assoluta che passa dal 9,2% all’11,6%, dopo il miglioramento registrato nel 2019. La stima preliminare per il 2020 dell’Istat vede l’incidenza di povertà tra gli individui con meno di 18 anni salire di oltre due punti percentuali (da 11,4% a 13,6%, il valore più alto dal 2005) per un totale di bambini e ragazzi poveri che, nel 2020, raggiunge la cifra di 1 milione e 346mila, 209mila in più rispetto all’anno precedente. L’attuale pandemia ha acuito ulteriormente le disuguaglianze e ha aumentato il rischio per i minorenni di ritrovarsi in una condizione di povertà estrema rispetto al periodo precedente alla pandemia di Covid-19.

I dati disponibili ci segnalano un aumento delle fragilità tra i ragazzi e le ragazze tra i 14 e i 18 anni, un’età della vita già complessa perché tipicamente un periodo di transizione che segna il passaggio dall’infanzia all’età adulta, all’autonomia. Insoddisfazione, sfiducia, timore per il futuro possono minare profondamente la progettualità degli individui e modificare le intenzioni e le aspettative future in termini di emancipazione dai genitori e transizione alla vita adulta. Il senso di impotenza generata rischia di avere effetti ancora più gravi per i gruppi più vulnerabili. La pandemia ha interrotto i momenti di socialità e ostacolato i rapporti fondamentali del processo di crescita in questa fascia d’età. Queste azioni motivanti si configurano come politiche sociali tese a contrastare l’abbandono scolastico, nella consapevolezza che in Italia la prosecuzione nel percorso formativo, le competenze apprese e le scelte successive sono determinate ancora in maniera elevata dal contesto socioeconomico di provenienza.

6. Scheda intervento - Careleavers

Riferimenti normativi e di soft law

La normativa italiana, sostenuta dalle Linee di indirizzo sull’affidamento familiare e da quelle sull’accoglienza in comunità – strumenti di soft law recentemente approvati in Conferenza Unificata che definiscono orientamenti comuni su specifiche linee di azione – assicura assistenza e sostegno ai minorenni temporaneamente privi dei genitori o di riferimenti sostitutivi in ambito familiare che possano occuparsi adeguatamente di loro (**art. 30 della Costituzione Italiana; artt. 315 e segg. del Codice Civile, art. 20 della legge 176/1991** “Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989”).

Inoltre, la legge 149/2001 prevede (**art. 2 L. 184/1983 così come modificato dalla L. 149/2001**) che ciascun minore d’età possa essere “...affidato a una famiglia, preferibilmente con figli minori, o a una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l’educazione, l’istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno. Ove non sia possibile l’affidamento, è consentito l’inserimento del minore in una comunità di tipo familiare o, in mancanza, in un istituto di assistenza pubblico o privato, che abbia sede preferibilmente nel luogo più vicino a quello in cui stabilmente risiede il nucleo familiare di provenienza...”.

L’amministrazione statale, le Regioni, le Province autonome e gli enti locali, ciascuno per le proprie competenze, sono responsabili della protezione e della cura dei minorenni che sono collocati temporaneamente in affidamento familiare o nelle strutture di accoglienza. Il titolare dell’esercizio delle funzioni di tutela dei minori è rappresentato dall’ente locale, nelle sue diverse organizzazioni. Attraverso i propri servizi provvede alla “presa in carico” del minore e della sua famiglia (**art. 3 lett. 2 del DPCM 14 febbraio 2001**) per mezzo di interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari. I soggetti titolari delle funzioni sociosanitarie e sanitarie, nell’ambito della tutela e della cura del minore, sono tenuti ad attivare gli interventi che loro competono nel rispetto di quanto disposto dal DPCM 14 febbraio 2001 e da quanto previsto dalla normativa in tema di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La responsabilità di supporto economico e residenziale da parte del servizio pubblico nei confronti dei ragazzi che vivono fuori dalla propria famiglia di origine cessa al compimento del 18° anno di età, un momento che coincide spesso con l’obbligo della dimissione dalla struttura residenziale o la fine del progetto di tutela presso la famiglia affidataria. Dopo il diciottesimo anno di età, l’unica opportunità aggiuntiva di assistenza è rappresentata dall’applicazione del cosiddetto “proseguo amministrativo”, ossia del procedimento che discende dall’art. 25 e seguenti del Regio Decreto n. 1404 del 1934, che consente al Tribunale per i minorenni di prolungare il progetto di accoglienza e sostegno fino al compimento del 21° anno di età.

Il tema dell’accompagnamento delle ragazze e dei ragazzi verso percorsi di autonomia è divenuto sempre più pressante nel corso degli ultimi anni. È cresciuta l’attenzione agli interventi e alle pratiche di supporto ai giovani in uscita da progetti di accoglienza, con particolare attenzione all’individuazione dei processi che consentono di promuovere esiti positivi. Accanto alle iniziative pubbliche di alcune amministrazioni regionali e locali, è cresciuto un movimento autorganizzato di careleavers che chiedono con determinazione di essere aiutati fattivamente a costruirsi il proprio futuro e a entrare nell’età adulta. Il raggiungimento della maggiore età non può, infatti, corrispondere all’improvvisa scomparsa del sistema di tutela e protezione che, per anni, ha aiutato un bambino o una bambina a crescere in contesti alternativi a una famiglia di origine nella quale spesso non è possibile il rientro, poiché le condizioni di rischio o vulnerabilità non sono di fatto cambiate.

Tale esigenza è chiaramente delineata anche nel dettato delle **Linee di indirizzo per l’accoglienza nei servizi residenziali per minorenni e delle Linee di indirizzo per l’affidamento familiare**, che richiamano all’esigenza di modulare con attenzione gli obiettivi e i contenuti del Progetto Quadro e del progetto educativo individualizzato in relazione all’età del minorenne e alla possibile necessità di sostenerlo tempestivamente nella costruzione del suo percorso di autonomia. Nello specifico si richiama, in primo luogo, la raccomandazione n. 355 delle citate Linee di indirizzo per l’accoglienza nei servizi residenziali per minorenni.

Raccomandazione 355, Neomaggiorenni e costruzione dei percorsi di avvio all’autonomia. I neomaggiorenni accolti nei servizi residenziali devono essere messi nelle condizioni di poter partecipare alle decisioni che li riguardano e nella costruzione dei percorsi di avvio all’autonomia. Quest’ultimi necessitano di specifiche norme che sostengano e rendano esigibile il diritto all’autonomia.

Motivazione - Non è facile per nessun giovane adulto, a maggior ragione per queste persone “segnate” da storie difficili, sentirsi pronti all’autonomia e trovare in sé stessi un senso di adeguatezza e consapevolezza delle proprie capacità. Per raggiungere l’autonomia ed essere preparati ad affrontare questo passaggio, occorre sostenere i neomaggiorenni a maturare una consapevolezza circa i propri desideri e circa le azioni da assumere per raggiungere questo obiettivo. Si tratta di un’operazione complessa che richiede una forte azione di regia e di collaborazione tra tutti i soggetti, istituzionali e no, presenti nel territorio.

Raccomandazione 355.1 - Sostenere il percorso di autonomia del neomaggiorenne:

- un sostegno nell’inserimento lavorativo e abitativo;

- un iniziale sostegno al reddito;
- la continuità degli interventi di tipo sanitario e psicoterapeutico avviati, fino alla conclusione degli stessi;
- le esenzioni e le facilitazioni sociali quali: il pagamento del ticket sanitario; il pagamento dei servizi di mensa scolastici e universitari; l'abbonamento ai servizi di trasporto pubblico, affitto a costi agevolati, ecc.

Azione/Indicazione operativa 1. Ogni Regione adotta norme specifiche, in continuità con le indicazioni nazionali, per garantire modalità organizzative e risorse adeguate a sostenere i percorsi di vita autonoma dei neomaggiorenni, particolarmente “esposti” e a rischio di fragilità. Il servizio inviante elabora un progetto di avvio all'autonomia, che comprende la messa in campo di diverse azioni e risorse, da utilizzare con la flessibilità necessaria alla personalizzazione dell'intervento. Fino alla definitiva conclusione del percorso di accompagnamento all'autonomia possono essere previste alcune specifiche azioni quali:

- un alloggio nel quale sperimentare la semiautonomia;
- la conclusione del percorso scolastico e formativo.

Azione/Indicazione operativa 2. La fase di conclusione dell'accoglienza residenziale va programmata per tempo e con gradualità prevedendo, eventualmente, un passaggio in strutture di “sgancio” (appartamento adiacente al servizio residenziale; gruppo appartamento per neomaggiorenni; alloggio di avvio all'autonomia ecc.).

Azione/Indicazione operativa 3. La definizione del progetto di autonomia prevede la fattiva partecipazione del neomaggiorenne, dell'ente inviante (anche laddove non è definita dal Tribunale per i minorenni la misura del prosieguo amministrativo), del servizio residenziale nel garantire flessibilità e collaborazione per l'individuazione di soluzioni sostenibili e appropriate.

Raccomandazione 355.2 - Favorire la realizzazione di reti di relazioni significative di supporto ai percorsi di autonomia dei neomaggiorenni.

Azione/Indicazione operativa 1. Vanno sostenute la rete amicale e l'inclusione sociale nelle reti associative territoriali in cui i neomaggiorenni in uscita dal servizio residenziale possano sperimentare relazioni di condivisione, vicinanza emotiva, solidarietà.

Azione/Indicazione operativa 2. È utile offrire ai neomaggiorenni in uscita dal servizio residenziale la prossimità di una o più famiglie o singoli adulti di supporto, che possano arricchire il panorama dei riferimenti e dei punti di appoggio. Inoltre, si richiama la Raccomandazione 224.c.2 delle Linee di indirizzo per l'affidamento familiare.

Raccomandazione 224.c Affidamento familiare di adolescenti, prosecuzione oltre i 18 anni Raccomandazione 224.c.2 Garantire la possibilità di prosecuzione dell'affidamento familiare al compimento del 18° anno e comunque non oltre i 21 anni. Al termine del progetto il ragazzo può permanere nella famiglia (con i sostegni previsti se disabile) oppure rientrare a casa o, ancora, avviare un percorso di vita autonoma.

Azione/Indicazione operativa 1. Le Amministrazioni attraverso i servizi sociali e sanitari provvedono, ove ritenuto necessario e in base alla disponibilità della famiglia affidataria, prima della maggiore età, in caso di prosecuzione dell'affidamento familiare, all'eventuale inoltro al Tribunale per i minorenni dell'istanza di tutela/curatela o amministrazione di sostegno in capo agli affidatari.

Azione/Indicazione operativa 2. Le Amministrazioni sostengono, nelle varie forme previste, le famiglie affidatarie che continuano ad accogliere l'adolescente divenuto maggiorenne, riconoscendo, nel caso in cui il progetto sia finalizzato all'autonomia, un contributo per le spese connesse al progetto stesso (per esempio cauzione per alloggio e spese affitto per alcuni mesi, ecc.). Infine, lo stesso IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, nella quarta priorità tematica “sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza”, evidenzia la necessità di strutturare sistemi in grado di rispondere non solo alle emergenze, ma anche accompagnare all'autonomia, ricercando pratiche e soluzioni integrate interistituzionali e multidisciplinari attente alla qualità dei percorsi educativi e di crescita.

Considerate le summenzionate premesse, si rende necessario avviare un processo per la definizione di un obiettivo di servizio, per tendere all'individuazione futura di un livello essenziale delle prestazioni finalizzato a garantire un appropriato percorso di accompagnamento verso una progressiva autonomizzazione per i neomaggiorenni che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, che abbia come finalità il completamento del percorso di crescita verso l'autonomia, garantendo la continuità dell'assistenza nei confronti degli interessati sino al compimento del ventunesimo anno di età, nonché la prevenzione delle condizioni di povertà ed esclusione sociale.

Tale obiettivo intende promuovere la sperimentazione di progetti integrati di accompagnamento

all'autonomia di ragazze e ragazzi in uscita dall'accoglienza attraverso misure di supporto alla loro quotidianità e a scelte di vita orientate verso la formazione universitaria, la formazione professionale oppure l'accesso al mercato del lavoro. Lo sviluppo dei progetti di autonomia richiede l'attivazione di un sistema di interazione tra più soggetti istituzionali e non istituzionali, ciascuno dei quali svolge un ruolo preciso all'interno del percorso: il ragazzo/la ragazza e i suoi familiari; gli adulti dei servizi sociali pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo; i rappresentanti dell'autorità giudiziaria e altri adulti che sono punti di riferimento importanti nella vita quotidiana del careleaver. Questa prospettiva metodologica si basa sul principio della coprogettazione e della corresponsabilità nell'assunzione delle decisioni.

Soggetti: target e stakeholder

Destinatari dell'obiettivo sopra citato sono coloro che al compimento della maggiore età vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, che li abbia collocati in comunità residenziali o in affidamento familiare.

I beneficiari del progetto possono essere sia interessati da un provvedimento di prosieguo amministrativo decretato dal Tribunale per i minorenni ex art. 25 di cui al R.D. 1404/1934, come modificato dalla L. 25 luglio 1956, n. 888, sia non destinatari di tale provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Destinatari sono, dunque, tutti i cd. careleavers, anche coloro che, pur orientati a un percorso di rientro nella famiglia di origine, conservano la necessità di mantenere vive le relazioni che li hanno sostenuti sino al 18° anno di età, nonché di beneficiare di un percorso strutturato di accompagnamento verso l'età adulta.

Stakeholder sono i protagonisti indiretti fondamentali per le politiche di promozione dei diritti e del benessere delle ragazze e dei ragazzi che beneficiano degli interventi di tutela: i servizi locali, il sistema formale e informale dell'accoglienza, quali il Terzo Settore gestore delle comunità di accoglienza, le famiglie affidatarie e l'associazionismo familiare, le scuole sono impegnati in uno sforzo corale volto a innovare e rafforzare i legami e le pratiche di lavoro, nonché i paradigmi comuni di riferimento. Entro questo contesto, le idonee azioni da garantire per consentire di conseguire l'obiettivo del livello essenziale sono le seguenti:

- avviare almeno dodici mesi prima del compimento della maggiore età – a partire quindi dal diciassettesimo anno di età – un processo di analisi preliminare della situazione del ragazzo/ragazza che veda il coinvolgimento dell'assistente sociale, insieme all'educatore della comunità o ai familiari affidatari. Ciò al fine dell'elaborazione del progetto individualizzato per l'autonomia. In situazioni di particolare complessità dei bisogni individuali e contestuali, all'analisi preliminare segue la definizione del quadro di analisi, utilizzato per definire una valutazione multidimensionale dei bisogni complessi, delle aspettative e delle potenzialità dei careleavers a supporto delle équipe multidisciplinari e in funzione della progettazione individualizzata;
- al compimento della maggiore età, in esito alla valutazione multidimensionale preliminare e una volta redatto il quadro di analisi, l'équipe multidisciplinare concorda con il ragazzo il progetto individualizzato di accompagnamento all'autonomia. Questo, attraverso misure di supporto alla quotidianità e alle scelte verso il completamento degli studi secondari superiori o la formazione universitaria, la formazione professionale o l'accesso al mercato del lavoro, offre un'occasione di crescita e innovazione per l'intero sistema di attori impegnati, a vario titolo, nell'accoglienza dei ragazzi e delle ragazze allontanati dalla loro famiglia di origine e in procinto di diventare maggiorenni. Il progetto descrive le attività attraverso le quali i bisogni e le aspettative del careleaver vengono trasformati in obiettivi e risultati di autonomia mediante l'impiego delle loro risorse e capacità, cui si aggiunge il sostegno dei servizi e delle risorse della comunità. Il progetto individualizzato è uno strumento rivolto al futuro, costruito col più ampio e diretto coinvolgimento dei beneficiari al fine di assicurare la loro responsabilizzazione rispetto ai suoi contenuti e la loro crescita (empowerment).

Il progetto individualizzato ruota attorno al concetto di autonomia che si compone di tre dimensioni:

- autonomia come saper fare (processo);
- autonomia come indipendenza (esito);
- autonomia come “stato interno” (processo di resilienza).

Le tre dimensioni devono essere tenute in considerazione al momento della scelta degli obiettivi e degli interventi da proporre, così come nella fase di monitoraggio del progetto e di valutazione degli esiti.

La presenza attiva di un'Équipe Multidisciplinare (EM), quale dispositivo operativo per co-progettare, accompagnare e valutare i singoli progetti con i careleavers, garantisce la multidisciplinarietà e l'appropriatezza dell'accompagnamento del neomaggiorenne careleaver e dell'elaborazione del progetto individualizzato, che deve vedere il coinvolgimento delle seguenti figure chiave all'interno di équipe multidisciplinari: careleaver, tutor per l'autonomia, assistente sociale che abbia competenze specifiche sul target dei giovani adulti, referente dei servizi sanitari, referente dell'accoglienza (o genitori affidatari).

Laddove necessario, l'équipe allargata è arricchita dalla presenza di ulteriori componenti. Ciò che rende efficace l'équipe multidisciplinare è l'ancoraggio ai ragazzi e alle ragazze e non all'istituzione, la variabilità della composizione in base alle situazioni, la centratura sul progetto. Il cambiamento di paradigma rispetto alla prospettiva della tutela sta nel passaggio dalla necessità di proteggere le vittime – che richiede all'operatore di posizionarsi interponendosi tra il bambino e i genitori, in forza di un mandato pubblico di protezione – alla costruzione di un'alleanza verso l'autonomia per valutare la presenza di vulnerabilità, ma anche di risorse rafforzabili e da indirizzare verso lo “sgancio”.

I pensieri e l'azione della EM sono rivolti a mettere al centro sogni e bisogni del careleaver: la relazione con le ragazze e i ragazzi collocati fuori famiglia non potrà più essere prerogativa della comunità di accoglienza con i suoi educatori o della famiglia affidataria e dello psicologo.

Si pone quindi la necessità di adottare pratiche di lavoro capaci di rendere concreta e facilitare la partecipazione attiva e consapevole dei ragazzi e delle ragazze alla regia di tutto il percorso. È quindi essenziale aprire il cerchio degli addetti ai lavori al careleaver, un appena maggiorenne di cui dobbiamo sostenere il diritto alla costruzione della propria autonomia attraverso l'emersione dei talenti e la realizzazione dei sogni, con il mandato di cercare insieme strategie per renderli attuabili.

L'EM si sviluppa così non in un adempimento di ruoli, ma nella corresponsabilità rispetto al perseguire degli obiettivi trasformativi. Gli attori possono non essere tutti sempre presenti, la loro partecipazione dipende dalla fase del percorso, dalle priorità di intervento e dalle necessità legate a ogni singolo progetto.

Taluni attori, infatti, potranno essere invitati su questioni particolari. L'ascolto dei diversi punti di vista rispetto all'andamento del progetto individualizzato per l'autonomia consente di individuare piste e ostacoli in una prospettiva di responsabilità comune.

Dispositivi di intervento

Le idonee azioni possono essere sostenute grazie a un supporto più ampio dal contesto nel quale tali azioni si inquadrano, grazie quindi alle risorse derivanti dal lavoro e dalla sinergia dei diversi servizi che operano sul territorio e grazie alle risorse che si attivano nella dimensione del gruppo dei pari. I dispositivi d'intervento costituiscono, quindi, l'insieme delle azioni con le quali realizzare gli obiettivi individuati e si distinguono in relazione alla loro natura trasversale o specifica.

Dispositivi operativi specifici

Il tutor per l'autonomia. Previsto a livello di ambito o sovra ambito, il tutor per l'autonomia è un professionista che accompagna i careleavers allo “svincolo” che si deve produrre nel passaggio verso l'età adulta: integra le figure che sono state punto di riferimento durante il percorso di tutela per i careleavers, ha compiti di facilitazione del coinvolgimento del ragazzo nel processo di definizione del suo progetto e di supporto per il raggiungimento delle finalità della progettazione individualizzata, sostiene i careleavers nell'accesso ai servizi pubblici e svolge una funzione di mentoring rispetto allo svolgimento delle attività nella vita quotidiana.

Il tutor dell'autonomia deve essere un professionista in grado di creare un rapporto “privilegiato” con ogni beneficiario, di collaborare con gli operatori sociali, di integrarsi con la rete di relazioni del ragazzo e, al contempo, favorire la costruzione di nuove, anche attraverso la costituzione di un gruppo composto da tutti i beneficiari di cui si occupa. I tutor, come tutti gli attori interessati, do-

vranno operare secondo il principio di appropriatezza e partecipazione attiva, compiendo scelte e fornendo un accompagnamento utili sia ad aumentare il senso di responsabilità e la determinazione dei beneficiari nel rispettare i propri obiettivi, sia a promuovere lo sviluppo dell'autostima.

Il tutor dell'autonomia non si sostituisce al ragazzo ma, attraverso la costruzione di una relazione empatica basata sull'alleanza educativa, lo sostiene nell'individuare i propri talenti e i propri bisogni e orienta nella fase di costruzione del progetto individualizzato.

L'azione di supporto individuale non può essere standardizzata, ma sarà personalizzata in base alla storia e ai bisogni del beneficiario, senza dimenticare l'importanza di confrontarsi e collaborare con le varie figure adulte che rappresentano un punto di riferimento per il ragazzo.

L'azione del tutor sarà orientata su due linee di intervento:

- stimolare il protagonismo del ragazzo in modo da favorire l'inclusione sociale attraverso la compartecipazione, la condivisione e la scelta consapevole;
- condurre il gruppo dei careleavers verso la costruzione di un'identità collettiva in grado di facilitare processi di valutazione partecipata, condivisione, affiatamento, vicinanza emotiva e mutuo aiuto tra i ragazzi coinvolti, in un'ottica partecipativa.

L'assistente sociale per il giovane adulto. All'interno del sistema dei servizi è necessario andare verso la specializzazione di figure di assistenti sociali che facciano da ponte tra l'area della tutela e l'accompagnamento verso l'età adulta. Il tema dell'autonomia interpella il sistema dei servizi a un cambiamento di paradigma su molteplici piani, sfidando le rappresentazioni interne ed esterne alle professioni e alle organizzazioni. Questo spostamento implica quanto segue.

Sul piano culturale: un'oscillazione già difficile tra adultocentrismo, sostegno e protezione; tra riparazione e autonomia; sul piano professionale: un posizionamento tra funzione esperta e riconoscimento della soggettività, del protagonismo; un approccio a giovani adulti; sul piano organizzativo: un passaggio da un impianto autocentrato socioassistenziale a un modello partecipativo e generativo.

Questa figura di assistente sociale per il giovane adulto è quindi diversa da quella che tipicamente segue gli adulti economicamente e socialmente più deboli, per aiutarli a superare fasi critiche della propria vita stimolandone l'autonomia e l'autosufficienza, onde evitare il cronicizzarsi di situazioni di dipendenza assistenziale e di marginalità. La figura innovativa richiama principi propri della legge 328/2000 muovendosi in un'ottica promozionale che prevede l'attivazione di interventi per garantire la qualità della vita, i diritti di cittadinanza, pari opportunità, non discriminazione e la mobilitazione delle risorse della comunità, mantenendo un ruolo di governo e regia della rete locale di servizi e interventi.

Come espresso dal codice deontologico, questa figura deve contribuire a sviluppare la conoscenza e l'esercizio dei propri diritti/doveri nell'ambito della collettività e favorire percorsi di crescita, anche collettivi, che sviluppino sinergie e aiutino singoli e gruppi.

La sua funzione di empowerment rispetto a un giovane adulto vuol dire accompagnare in una prospettiva di benessere e autonomia soggetti competenti e capaci di decidere che cosa è bene per la loro vita.

Misure economiche personalizzate

I progetti individualizzati sono concepiti come una cornice di senso per integrare e mettere a sistema tutte le risorse presenti a livello locale che possono essere mobilitate a favore dei careleavers e, fra queste, in primis RdC, Garanzia Giovani e le misure del diritto allo studio, la borsa dell'autonomia sul Fondo nazionale Care Leavers.

La competenza e la titolarità della gestione e rendicontazione della borsa per l'autonomia spettano al servizio sociale dell'ambito territoriale coinvolto nella sperimentazione.

Gli aspetti procedurali della gestione della borsa sono demandati all'autonomia dell'ente locale/ambito territoriale il quale, con apposito accordo, può delegare a soggetti terzi l'erogazione mensile della borsa per i careleavers coinvolti.

Garantire un sostegno all'autonomia attraverso la cura di specifiche politiche e azioni finalizzate a favorire la dimensione abitativa dei careleavers, attraverso la promozione di esperienze di housing sociale/co-housing, promuovendo l'inserimento dei careleavers in alloggi nei quali sperimentare

la semiautonomia. Intorno al tema dell'abitare non si rileva solamente una problematica legata a "l'averne una casa", altri bisogni si legano a questo macro-tema: la casa come luogo di autonomia e di emancipazione (per esempio nel caso di anziani, disabili e altri soggetti deboli); la casa come comunità e come luogo della condivisione, del risparmio e della socialità. Il difficile accesso alla casa e l'impossibilità di condurre la propria esistenza in condizioni abitative dignitose rappresentano alcuni tra i problemi più gravi, causa di sempre maggiore esclusione sociale.

Dispositivo importante nel sistema di offerta dell'accoglienza sono gli appartamenti per l'autonomia. Secondo il Nomenclatore 2013, l'"Alloggio ad alta autonomia" si configura come servizio "residenziale di ridotte dimensioni, a bassa intensità assistenziale, accoglie ragazzi con gravi problemi di relazione con le famiglie, o privi delle stesse, senza valide figure di riferimento e bisognosi di un nuovo rapporto affettivo ed educativo.

Accoglie minorenni alle soglie della maggiore età o giovani adulti (fino a 21 anni) che presentano disagi esistenziali e nevrosi del carattere (disturbo alimentare, disturbo comportamentale, disturbo del carattere, alcoolismo, invalidità, cronicità...), sintomatologia che evidenzia la necessità di un programma di emancipazione dalla famiglia di origine".

Come indicato nelle linee di indirizzo nazionali sull'accoglienza residenziale, l'"Alloggio ad alta autonomia" ha la finalità di promuovere l'autonomia di adolescenti ormai alle soglie della maggiore età o di giovani adulti generalmente accolti in precedenza presso altre tipologie di servizi residenziali per minorenni o in uscita dai percorsi di affidamento familiare.

Dispositivi-quadro o trasversali

Il Tavolo locale risponde alle esigenze di garantire la migliore e più efficace sinergia tra i diversi soggetti coinvolti nel percorso di accompagnamento verso l'autonomia del careleaver.

È composto da tutti i soggetti che a diverso titolo concorrono a sostenere i careleavers nel raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto individualizzato e ha il compito di concertare e monitorare i processi attivati per raggiungere gli obiettivi sopra descritti.

Svolge una funzione politico strategica che garantisce la scelta e il sostegno alle azioni previste nei percorsi di autonomia dei careleavers, la presenza degli operatori nelle diverse équipe multidisciplinari, il monitoraggio e l'implementazione degli interventi a favore dei careleavers.

Il Tavolo locale è il soggetto deputato a sostenere gli operatori che fanno parte delle EEMM, a creare le condizioni operative per la loro costituzione e per un efficace lavoro congiunto, a creare le condizioni che consentano l'efficacia operativa dei servizi, a curare i raccordi istituzionali tra i diversi soggetti a vario titolo coinvolti nel percorso di accompagnamento dei careleavers.

La valutazione partecipata da parte dei gruppi di careleavers (youth conference) è modalità e strumento per promuovere competenze individuali dei soggetti e rafforzare lo sforzo verso l'autonomia. L'organizzazione di percorsi di gruppo per la valutazione dell'esperienza corrisponde a finalità di valorizzazione del gruppo come leva di aumento del capitale sociale del singolo careleaver, rapporto tra pari, anche in forma di peer education, e dal punto di vista valutativo come dispositivo coerente anche con le Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche (LG n. 4/2019), recentemente approvate per favorire la partecipazione di cittadini e utenti alla valutazione della performance organizzativa, in attuazione di quanto previsto dagli articoli 7 e 19 bis del D.Lgs. 150/2009, modificato dal D.Lgs 74/2017.

Come indicato nelle suddette Linee guida, la promozione della partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle politiche pubbliche è ispirata dall'art. 118 della Costituzione, meglio noto come principio di sussidiarietà. In particolare, la sussidiarietà orizzontale vede il cittadino, sia come singolo sia attraverso associazioni, quale soggetto attivo che può collaborare con le istituzioni negli interventi che incidono sulle realtà sociali a lui più vicine.

7. Scheda tecnica - Garanzia Infanzia

È stata approvata il 14 giugno 2021 la Raccomandazione del Consiglio finalizzata a istituire una Garanzia europea per l'infanzia. Premesso l'obiettivo finalizzato a prevenire e combattere l'esclusione sociale, garantendo l'accesso dei minori bisognosi a una serie di servizi fondamentali, si evidenzia che la proposta raccomanda agli Stati membri, declinandole dettagliatamente, le seguenti priorità:

- di orientare le misure di sostegno ai minori bisognosi, intesi come persone di età inferiore ai 18 anni che sono a rischio di povertà o di esclusione sociale;
- nell'individuare i minori bisognosi e all'interno di questo gruppo, di tenere conto ove opportuno di forme di svantaggio specifiche, quali le esigenze: i) dei minori senza fissa dimora o dei minori in situazioni di grave deprivazione abitativa; ii) dei minori con disabilità; iii) dei minori provenienti da un contesto migratorio; iv) dei minori appartenenti a minoranze razziali o etniche (in particolare Rom); v) dei minori che si trovano in strutture di assistenza (in particolare istituzionale) alternativa; vi) dei minori in situazioni familiari precarie;
- di garantire ai minori bisognosi l'accesso effettivo e gratuito all'educazione e cura della prima infanzia, all'istruzione (comprese le attività scolastiche), a un pasto sano per ogni giorno di scuola e all'assistenza sanitaria; rendere gratuiti determinati servizi è uno dei modi per aumentare l'effettività dell'accesso;
- di garantire ai minori bisognosi l'accesso effettivo a un'alimentazione sana e a un alloggio adeguato.

La Raccomandazione fornisce orientamenti agli Stati membri sulle modalità per garantire l'accesso a tali servizi mediante misure corrispondenti; stabilisce i meccanismi di governance e di comunicazione; stabilisce le modalità di attuazione, monitoraggio e valutazione.

Il quadro strategico da attivare

Per raggiungere le priorità sopra declinate, la Raccomandazione chiede agli Stati membri di creare un quadro strategico favorevole:

1. garantendo la coerenza tra le politiche pertinenti e migliorandone la rilevanza per il sostegno ai minori;
2. investendo in sistemi di istruzione, sanitari e di protezione sociale adeguati;
3. prevedendo misure di integrazione nel mercato del lavoro per i genitori o i tutori e sostegno al reddito per le famiglie e i minori;
4. affrontando la dimensione territoriale dell'esclusione sociale, anche in particolari zone urbane, rurali e remote;
5. rafforzando la cooperazione e il coinvolgimento di vari portatori di interessi;
6. evitando la discriminazione e la stigmatizzazione dei minori bisognosi;
7. sostenendo gli investimenti strategici nei minori e nei servizi, comprese le infrastrutture abilitanti e la forza lavoro qualificata;
8. stanziando risorse adeguate e utilizzando in maniera ottimale i finanziamenti dell'UE.

Il Piano attuativo e modalità di monitoraggio, valutazione e informazione

La Raccomandazione prevede che la Commissione ne monitori l'attuazione nel contesto del semestre europeo, con l'ausilio del quadro di valutazione della situazione sociale riveduto, comprendente un nuovo indicatore principale sui minori a rischio di povertà o di esclusione sociale.

Si raccomanda agli Stati membri di nominare un coordinatore nazionale della garanzia per l'infanzia, che disponga di risorse e di un mandato adeguati, incaricato di coordinare e monitorare efficacemente l'attuazione della Raccomandazione e di fungere da punto di contatto per la Commissione. La Commissione collaborerà con i coordinatori della garanzia per l'infanzia e con il Comitato per la protezione sociale, per agevolare l'apprendimento reciproco (ad esempio attraverso valutazioni o consulenze tra pari), condividere esperienze, scambiare buone pratiche e dare seguito agli interventi degli Stati membri per attuare la Garanzia europea per l'infanzia.

La Commissione riferirà periodicamente al Comitato per la protezione sociale in merito all'attuazione della Raccomandazione in base alle relazioni biennali degli Stati membri.

La Commissione collaborerà inoltre con il Comitato per la protezione sociale per istituire un quadro comune di monitoraggio, comprendente indicatori quantitativi e qualitativi, che consenta di valutare l'attuazione della presente Raccomandazione. La Commissione e il Comitato per la protezione sociale collaboreranno anche per migliorare la disponibilità, la portata e la rilevanza dei dati pertinenti a livello di UE.

Infine, dopo un primo periodo di attuazione, la Commissione tratterà un bilancio dei progressi compiuti nell'attuazione della Raccomandazione e riferirà al Consiglio entro cinque anni dall'adozione.

È in atto, inoltre, l'avvio della sperimentazione pilota della Child Guarantee in collaborazione con UNICEF, a seguito dell'inclusione nel 2020 dell'Italia tra i Paesi target da parte della Commissione Europea.

Nel dicembre 2020, con apposito Decreto, è stato istituito il gruppo di lavoro interministeriale per l'implementazione dell'esperienza pilota della Child Guarantee in Italia, composto da rappresentanti del Ministero del Lavoro, del Dipartimento per le Politiche della famiglia e di UNICEF. Nel corso degli incontri periodici del suddetto gruppo di lavoro, sono stati definiti e concordati i termini di coinvolgimento dei soggetti partecipanti allo *steering committee*.

In particolare, sono stati stabiliti il coinvolgimento e i termini del supporto che i soggetti istituzionali garantiscono all'effettiva implementazione delle attività pianificate, collaborando ai processi di analisi preliminare, di implementazione del programma della Child Guarantee nonché della sua successiva valutazione.

A seguito del confronto in seno allo *steering committee*, le amministrazioni aderenti hanno condiviso con UNICEF alcune aree di azione da promuovere nell'ambito della sperimentazione in corso.

Nel dettaglio si intende procedere come di seguito descritto:

1° livello di ricerca, analisi e mappatura: si intende svolgere un'analisi trasversale, su tutte le aree programmatiche e i gruppi vulnerabili identificati dalla proposta di Raccomandazione Child Guarantee, di politiche, programmi, sistemi, processi e meccanismi, inclusi i meccanismi di monitoraggio e raccolta dati – di livello nazionale o locale – che direttamente o indirettamente contribuiscono al contrasto della povertà minorile e dell'esclusione sociale dei minori. A partire dai risultati dell'analisi, si intende sviluppare raccomandazioni in vista dello sviluppo del Piano di azione nazionale per il Child Guarantee.

2° livello di sperimentazione e documentazione dei modelli di intervento: in aggiunta al processo di ricerca e analisi, si intende sperimentare e/o documentare i modelli di intervento al fine di:

- identificare e facilitare l'applicazione su scala e la messa a sistema a livello nazionale di iniziative e modelli per il contrasto della povertà e dell'esclusione sociale dei minorenni, con un focus specifico sui minorenni in condizione di particolare vulnerabilità;
- identificare e facilitare l'interscambio tra Stati membri dell'Unione Europea delle medesime, affinché possano essere di ispirazione per eventuali repliche o adattamenti.

Le azioni che verranno implementate dal Governo in collaborazione con UNICEF riguardano le seguenti aree specifiche:

- rilancio dell'affidamento familiare in Italia, attraverso:
 - » la valorizzazione e l'attualizzazione delle Linee di indirizzo per l'affidamento familiare approvate nel 2012 e le Linee di indirizzo per l'accompagnamento delle famiglie in condizione di vulnerabilità (2017), documentando pratiche in corso di implementazione sull'istituto dell'affidamento per una potenziale integrazione delle stesse con una sezione relativa all'intervento con famiglie e bambini in età 0-6 anni, che comprenda un kit metodologico per l'intervento. L'analisi si concentrerà in particolare su affidi che coinvolgono genitori e bambine/i in età 0-3 e/o 4-6, bambine/i con disabilità, affidi leggeri e affidi in cui sia visibile tutto il percorso dall'abbinamento al rientro, con una particolare cura del processo di riunificazione familiare;
 - » la valorizzazione di esperienze di affido attivate sul territorio nazionale a favore di minori stranieri e di minori non accompagnati, conducendo attività di rafforzamento delle reti

locali tra istituzioni competenti e stakeholder, di potenziamento della formazione e accompagnamento del personale dei servizi sociali, di sensibilizzazione per favorire la manifestazione di interesse di potenziali famiglie o singoli potenziali affidatari e formazione delle stesse. Durante il corso dell'implementazione, il modello verrà sottoposto ad analisi migliorative attraverso un processo di documentazione;

- accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita dai percorsi di tutela, a seguito di un provvedimento di allontanamento dalla famiglia di origine attraverso:
 - » interventi finalizzati a prevenire condizioni di povertà ed esclusione sociale, permettendo ai neomaggiorenni di completare il percorso di crescita verso l'autonomia, con particolare attenzione agli aspetti dell'*housing* sociale e *co-housing*, supportando i servizi sociali dei comuni attraverso due livelli di azione: 1. l'affiancamento di equipe multidisciplinari per l'identificazione di ragazze/i da inserire in contesti di semiautonomia; 2. il supporto delle ragazze/i così inseriti. Le attività formative per gli operatori dei servizi sociali verranno definite e coordinate con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per assicurare la complementarità e non duplicazione dei processi formativi già in atto e l'allineamento all'interno della cornice fornita dalle Linee di indirizzo in materia.

Si intende, inoltre, sviluppare un'iniziale rassegna delle esperienze di *housing* sociale affermatesi in Italia e in altri Paesi europei, che farà da base per le attività di supporto ai servizi sociali dei Comuni d'intervento nell'individuare tutte le risorse possibili capaci di rispondere ai bisogni abitativi dei careleavers. Verranno successivamente sviluppati una guida all'*housing* sociale per personale dei servizi sociali e un processo di formazione sulla guida stessa. Verranno infine supportati gli stessi servizi sociali nell'inserimento e successivo accompagnamento di ragazze e ragazzi in soluzioni di *housing* sociale così identificate.

Potenziamento della transizione scuola-lavoro mediante lo sviluppo delle competenze del XXI secolo e l'inserimento lavorativo

In collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sono attualmente in corso di definizione le sinergie con la Sperimentazione Care Leavers e si sta lavorando alla definizione delle possibili linee di azione, da implementare (una volta confermate) tra la seconda metà del 2021 e la prima del 2022.

Inoltre, le attività di sviluppo delle competenze del XXI secolo sono in corso di implementazione a cura di UNICEF. Da aprile a giugno 2022 è stata prevista la prosecuzione dei percorsi di Idee in Azione per UPSHIFT e di Incubazione, in cui i giovani partecipanti sono affiancati da esperti di incubazione d'impresa e da mentori d'azienda nel processo di sviluppo delle proprie idee imprenditoriali a impatto sociale.

- Promozione di azioni sul contrasto alla povertà educativa e sulla protezione delle categorie di minorenni più vulnerabili. Congiuntamente con il Dipartimento per le Politiche della Famiglia, si intende individuare le esperienze più promettenti e innovative per il contrasto della povertà educativa implementate nell'ambito dell'avviso pubblico "EduCare". Successivamente le iniziative selezionate verranno monitorate e analizzate al fine di individuare delle buone pratiche da documentare e proporre come replicabili sul territorio nazionale ed europeo. Allo stesso tempo, per le progettualità ancora in corso di implementazione nell'ambito degli avvisi pubblici "Edu-care in comune" ed "Educare insieme", potrà essere condotta un'analisi delle tipologie di progetti proposti e delle caratteristiche dei candidati, con l'obiettivo di rafforzarne l'allineamento con quanto previsto dalla nuova EU Strategy on the Rights of the Child e alla Proposta di Raccomandazione per una Child Guarantee Europea.
- Sperimentazione dell'esperienza dell'affiancamento familiare nel quadro delle attività promosse dai centri per la famiglia. Si intende effettuare una mappatura iniziale degli interventi di affiancamento familiare già attivi. Sulla base delle informazioni acquisite verrà costruito un modello standard da sperimentare in centri per la famiglia selezionati. Verrà successivamente fornito supporto ai centri per la famiglia attraverso la valorizzazione delle reti locali già esistenti, la formazione degli operatori e l'accompagnamento nella sperimentazione del modello che verrà analizzato nel corso dell'*operational research*, per valutarne la scalabilità e i margini

di ulteriore sviluppo.

- Sperimentazione relativa alla partecipazione dei bambini e dei ragazzi. Al fine di assicurare la partecipazione di bambine, bambini e adolescenti nella fase pilota di sviluppo e implementazione in Italia della Child Guarantee Europea, verrà costituito un organismo consultivo in conformità con le Linee guida nazionali sul tema della partecipazione in via di sviluppo da parte dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. Le modalità di costituzione verranno accordate congiuntamente una volta finalizzate le Linee guida nazionali.

In contemporanea alla definizione delle azioni che andranno implementate nei prossimi mesi, si stanno definendo i termini per l'avvio della deep dive analysis, che servirà a fornire la cornice di contesto in relazione alle caratteristiche del quadro nazionale nel quale ci si trova a operare.

Successivamente si procederà all'implementazione delle attività previste nell'ambito della sperimentazione, da realizzarsi nella nuova programmazione sociale regionale attraverso i piani distrettuali sociali 2023-2025.



PIANO SOCIALE
REGIONE ABRUZZO



Piano Sociale Regionale 2022 - 2024

Includere per contrastare le fragilità

PROTEZIONE INCLUSIONE OPPORTUNITÀ DI VITA

LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE
REGIONALE 2022 - 2024

*Linee guida per la programmazione e la
realizzazione degli interventi e dei servizi alla
persona a elevata integrazione socio-sanitaria*

ALLEGATO B

ALLEGATO B

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA A ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Premessa	611
1. Integrazione istituzionale	614
1.1. La coerenza con il Piano distrettuale sociale e la Convenzione socio-sanitaria	614
1.2. La condivisione della programmazione locale socio-sanitaria ambito-DSB	614
1.2.1. La programmazione unitaria integrata del Piano distrettuale sociale	614
1.2.2. L'integrazione fra Distretto sanitario e Ambito Distrettuale Sociale	614
1.2.3. L'integrazione amministrativa dell'Ufficio di Piano dell'ambito con il DSB	616
1.2.4. Indicazioni per la gestione economica integrata	617
2. Integrazione gestionale e operativa dei servizi	618
2.1. L'accesso, la valutazione multidimensionale e la presa in carico ai servizi di cura a elevata integrazione socio-sanitaria complementari ai LEA e di prossimità	618
2.2. La gestione integrata dei servizi di cura domiciliare	619
2.3. La gestione integrata del sistema della residenzialità e semiresidenzialità	621
2.4. La gestione integrata dei servizi per la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno-infantile	623
2.5. Integrazione dei servizi per la disabilità e la salute mentale	624
2.6. Integrazione dei servizi nell'area delle dipendenze	626
3. Gli indirizzi specifici per la gestione integrata dei servizi e degli interventi per le disabilità complesse, la non autosufficienza e per il sostegno al caregiver familiare e categorie fragili	630
3.1. La gestione integrata dei servizi di sostegno diretti e indiretti alla disabilità complessa e alla non autosufficienza	630
3.2. La tipologia dei beneficiari degli interventi e dei servizi per il sostegno al caregiver familiare	631
3.3. L'accesso, la valutazione del bisogno e l'attivazione degli interventi e servizi per la non autosufficienza e del caregiver familiare, elementi di incompatibilità	635
3.4. Indirizzo per la determinazione delle graduatorie di priorità di assegnazione dei benefici economici di cura per la disabilità gravissima e la non autosufficienza grave e il sostegno al caregiver familiare nel caso di risorse insufficienti	636
3.5. Il sostegno alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare adeguato e le strutture per il Dopo di Noi, le Case di Comunità e Case della Salute	637
3.6. Rimodulazione e rendicontazione delle risorse e obbligo di monitoraggio	637
3.6.1. Adempimenti a valere sulle misure e risorse del FNA	637
3.6.2. Adempimenti a valere sulle misure e risorse per il caregiver familiare	638
4. Integrazione professionale	639
4.1. L'integrazione professionale nel Punto Unico di Accesso (PUA)	639
4.2. L'integrazione professionale nelle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	639

4.3. La gestione integrata e il nuovo modello di Piano assistenziale individualizzato	641
4.4. Indirizzi per la gestione documentale e per un monitoraggio in ambito socio-sanitario	641
4.5. La formazione congiunta degli operatori dell'area sociale e sanitaria	642
Allegato 1B – Appendice normativa	643
Allegato 2B – Convenzione integrazione socio-sanitaria - PSR 2022-2024	645

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA A ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Premessa

Il presente documento di indirizzo recepisce le indicazioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, recante “riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, con particolare riguardo all’art. 3-septies concernente l’integrazione socio-sanitaria della L. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona”, del DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, del D.M. 26.09.2016 “Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze” e più recentemente del DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” e degli indirizzi nazionali della riforma programmata sulla disabilità e non autosufficienza 1.1. della Missione 5 e 6 del PNRR. Un documento funzionale e complementare alla nuova programmazione sociale nazionale (PSN 2021-23 approvato con decreto interministeriale del 22 ottobre 2021) e al Piano Sociale Regionale 2022-2024, in cui vengono inoltre recepiti e applicati gli indirizzi del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 (DPCM 21.11.2019).

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- a. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione, alla vita sociale e all’espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali e a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che

hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni e ambiti sociali, sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini stabilita dai Comuni e ambiti sociali e si esplicano attraverso:

- gli interventi di bisogno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- gli interventi di sostegno e di aiuto domestico, familiare, finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio e contesto di vita di persone non autosufficienti;
- gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria e inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

L'integrazione tra i servizi sanitari e sociali è ribadita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 e rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle Case di Comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei Comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie.

La Regione può individuare, con successivi provvedimenti, le ulteriori modalità operative di attuazione di quanto previsto dalla legge 328/2000 (articolo 8, comma 3, lett. a) e dal D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. (articoli 2 e 3-quater) in materia di integrazione sociosanitaria.

Tale azione potrà essere ricompresa in un processo di riqualificazione dell'organizzazione e del funzionamento delle aziende sanitarie, nonché nell'ambito di un aggiornamento delle modalità operative dei distretti, al fine di realizzare livelli omogenei di offerta sul territorio, tramite strumenti operativi che coinvolgano la componente sociale e il ruolo istituzionale dei Comuni.

Non da ultimo si richiama la legge di bilancio 2022, art. 1, comma 163 L. 234/2021 che ribadisce l'obbligo di integrazione sociosanitaria.

Alla luce di quanto richiamato in premessa, le Linee guida contengono gli indirizzi per la gestione degli interventi caratterizzati da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria. Secondo quanto previsto nel Piano Sociale Regionale 2022-2024, servizi, interventi e progetti vengono pianificati e gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali **mediante una programmazione sociale unitaria e integrata del Piano distrettuale sociale** (coerentemente con le finalità indicate dal Piano Sociale Nazionale 2021-23 e dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 recepite con le Linee guida e piano regionale con la DGR n. 707 del 17 novembre 2020).

La programmazione degli interventi e dei servizi alla persona a elevata integrazione sociosanitaria, gestiti e realizzati in forma integrata dall'Ambito distrettuale e dal Distretto sanitario, secondo quanto già previsto dal D. Lgs 229/1999 e dai LEA, riguarda sia aree sul versante della pianificazione sociale sia della pianificazione sanitaria quali area materno-infantile, la disabilità, la non autosufficienza e le patologie cronico-degenerative, la salute mentale, le dipendenze patologiche e altre patologie che investono la persona e il proprio nucleo familiare nell'ambiente sociale e di vita quotidiana.

Attraverso gli interventi programmati si intende, prioritariamente, evitare ogni tipologia di ricovero improprio, prevenire e ridurre la istituzionalizzazione e favorire la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare, migliorando di conseguenza la qualità delle relazioni affettive intrafamiliari, nonché delle relazioni sociali.

Tale finalità viene perseguita attraverso l'assistenza sociosanitaria prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e azione di protezione e coesione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla base di valutazioni multidimensionali, e la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composita e organizzata, di

politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone disabili e non autosufficienti.

Risulta essenziale che, sia per le prestazioni dirette sia per quelle indirette, tramite l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita e i suoi familiari, sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio, si faccia riferimento a un vero e proprio **Progetto assistenziale individuale (PAI)** che individua le risorse finanziarie, sociali, umane e professionali sociosanitarie in relazione ai bisogni assistenziali peculiari e per cui viene redatto un **“budget di progetto”**. Tale compito si sostanzia in un'attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi, in cui il ruolo prioritario viene svolto dalla UVM, di cui fanno parte l'assistente sociale referente dell'ADS e il personale sociosanitario referente del DSB quali figure professionali che in misura prevalente devono essere coinvolte nello svolgimento di tale compito.

1. INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

1.1. La coerenza con il Piano distrettuale sociale e la Convenzione sociosanitaria

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 (PSR) individua nella Convenzione sociosanitaria (allegato A “schema tipo - Convenzione per la gestione e la realizzazione dei servizi e interventi a elevata integrazione socio-sanitaria”) lo strumento per l’esercizio associato a livello territoriale dell’integrazione sociosanitaria, destinato a definire e precisare le scelte di natura generale e programmatica dell’Ambito Distrettuale Sociale e dell’Azienda USL per l’attuazione degli interventi e dei servizi a elevata integrazione sociosanitaria, così come disegnati nel Piano distrettuale sociale e nel Programma delle attività territoriali.

Il presente documento di Linee guida precisa il contenuto generale e le modalità di formazione della Convenzione, che deve essere dettagliato e completato in modo particolareggiato nel rispetto delle scelte adottate.

Allegato A “Convenzione per la gestione e la realizzazione dei servizi e interventi a elevata integrazione sociosanitaria”.

L’Allegato A è il documento tipo di Convenzione sociosanitaria, con l’elencazione di servizi, attività e interventi che ne costituiscono il contenuto e descrive lo sviluppo delle attività organizzative e operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il cronoprogramma di attivazione dell’esercizio integrato.

La Convenzione deve garantire la coerenza con il Piano sociale distrettuale e la normativa nazionale e regionale di riferimento. Il contenuto sostanziale deve essere inquadrato nelle strategie di sistema per l’integrazione sociosanitaria concordemente adottate dall’Ambito e dall’Azienda USL, che fanno riferimento in linea generale a:

- Misure specifiche per gli interventi e i servizi alla persona a elevata integrazione sociosanitaria.

Durata

La Convenzione sociosanitaria ha durata pari a quella del PSR da cui trae origine.

1.2. La condivisione della programmazione locale sociosanitaria ambito-DSB

1.2.1. La programmazione unitaria integrata del Piano distrettuale sociale

La Convenzione sociosanitaria definisce le modalità di raccordo istituzionale, in materia di integrazione sociosanitaria, tra ADS, DSB, Comuni e gli altri attori della rete sociale interessata alla programmazione e gestione dei servizi sociali a elevata integrazione sociosanitaria.

1.2.2. L’integrazione fra Distretto sanitario e Ambito Distrettuale Sociale

La costruzione di un nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell’integrazione sociosanitaria, caratterizzato da unitarietà di impostazione e omogeneità di risposte in presenza di uguali bisogni di salute delle persone, richiede l’adozione di scelte diverse, a iniziare da quella della coincidenza territoriale degli Ambiti Distrettuali Sociali con i Distretti sanitari. Fra tali scelte, il PSR assegna particolare rilievo alla programmazione unitaria e alla gestione integrata delle conseguenti azioni attuative.

Lo sviluppo della **programmazione unitaria Ambito-Distretto**, con il superamento delle programmazioni settoriali, richiede l’attivazione di un processo che coinvolga sia il livello regionale sia il livello locale, da sviluppare con progressività temporale, secondo scelte generali orientate verso la riqualificazione delle politiche sanitarie e sociali nel rispetto del principio di globalità della persona umana, oltre che con strategie mirate al superamento delle fragilità sociali di persone e famiglie, prestando attenzione al rischio di “medicalizzare” i disagi e le fragilità sociali.

Il nuovo percorso di programmazione può essere fondato sui seguenti indirizzi specifici:

Prima fase, coincidente con il periodo di durata del PSR:

- **a livello locale**, attuazione delle previsioni del PSR finalizzate al progressivo allineamento temporale, metodologico e organizzativo del Piano distrettuale sociale (PDS) e del Programma delle Attività Territoriali del Distretto (PAT). L’impegno alla ridefinizione dei PAT già adottati è formalizzato nell’accordo di programma di approvazione dei nuovi PSD o, in mancanza, in un apposito protocollo allegato alla Convenzione sociosanitaria.

Seconda fase, il rafforzamento nella nuova programmazione 2022-24 della governance e degli indirizzi:

- **a livello regionale**, predisposizione di Linee guida in ambito sociosanitario finalizzate ad assicurare l’omogeneità dei percorsi assistenziali integrati nelle aree di intervento e per le prestazioni di integrazione sociosanitaria, secondo le disposizioni del D.Lgs. 502/1992, come modificato dal D.Lgs. 229/1999 e successivi. Continuano a essere utilizzati gli strumenti regionali di programmazione per i comparti sociale e sanitario;
- **a livello locale**, predisposizione di Piani distrettuali sociali che rafforzano la gestione integrata Ambito-Distretto dei servizi e interventi sociosanitari, che richiede in primis la predeterminazione delle modalità di coordinamento operativo tra le strutture funzionali del Distretto sanitario e dell’Ambito distrettuale, finalizzate al conseguimento degli obiettivi individuati dagli strumenti della programmazione. L’esigenza è quella di assicurare omogeneità e coerenza agli assetti organizzativi e alle procedure per l’integrazione sociosanitaria, attraverso scelte operative da adottare a livello di Ambito/Distretto, nel rispetto degli indirizzi definiti a livello regionale.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

a. Potenziamento delle procedure di valutazione del bisogno e della presa in carico

Tra gli specifici spazi di intervento per gli indirizzi regionali, sono prioritariamente individuati:

- **l’accesso al sistema di servizi e interventi sociosanitari**, con modalità di accoglienza e accettazione integrata. L’accesso al sistema integrato dei servizi è garantito dalla Porta Unica di Accesso (PUA), strumento che consente all’utente di percorrere, a partire da un punto unico di accesso, l’intera rete dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, gestita congiuntamente dai Comuni/ambiti sociali/PDS e dalla ASL (PAT). A livello di Ambito/Distretto continuano a trovare applicazione gli standard generali già individuati dal PSR per l’adozione del regolamento di accesso alle varie forme di assistenza sociosanitaria;
- **la valutazione multidimensionale integrata del bisogno sociosanitario**, anche attraverso l’impiego di strumenti e modalità comuni di lettura e di valutazione integrata sociosanitaria multiprofessionale e multidimensionale. L’UVM tende a conseguire i migliori obiettivi di benessere, utilizzando le risorse e attuando tutti gli interventi necessari presenti nella rete territoriale dei servizi. Lo scopo prioritario dell’UVM è la condivisione delle diverse valutazioni, al fine di realizzare un progetto di presa in carico globale condiviso, che si concretizza nella definizione dei Piani Assistenziali Individuali e budget di cura e di salute chiari e unitari, nell’individuazione del case-manager, nella valutazione dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi e risultati attesi programmati;
- **la definizione del progetto individualizzato e del budget di progetto**, dei costi per le diverse tipologie di servizi e prestazioni, in un quadro unitario di riferimento esteso anche ai criteri e ai livelli di compartecipazione dei cittadini ai costi sostenuti, delle risorse sociali, sociosanitarie e familiare (caregiver familiare, dell’assistenza familiare e altra risorsa);
- **la verifica e la valutazione degli esiti di salute**, con individuazione degli indicatori appropriati e dei dati di interesse in grado di garantire il monitoraggio delle attività realizzate e di supportare le successive scelte di programmazione sociosanitaria.

Il processo integrato di valutazione e presa in carico si applica agli ambiti dell’assistenza sociosanitaria riferita:

- al Piano Locale per la Non Autosufficienza e le misure di sostegno al caregiver familiare e altre categorie fragili;
- alle misure specifiche sociosanitarie integrate per la famiglia, l’infanzia e l’area materno-infantile;
- alle misure specifiche sociosanitarie per la Vita indipendente, per il sostegno e l’inclusione sociale delle persone con disagio psichico, per favorire l’autonomia delle persone affette da gravi disabilità con misure specifiche integrate e complementari: Dopo di Noi, Case per la Vita, Case di Comunità e ospedali di comunità, centri diurni e semiresidenziali e altri servizi di prossimità anche innovativi e previsti;
- alle misure integrative e complementari di riforma per la disabilità e la non autosufficienza del PNRR (riforma 1.1. e 1.2.), i progetti previsti per l’implementazione delle Case di Comunità e altri

progetti sociosanitari di prossimità del PNRR, REACT EU e del PON Inclusionione.

b. Rafforzamento della programmazione integrata infrastrutturale e operativa dei servizi sociosanitari

Uno degli obiettivi prioritari della programmazione sociale e sociosanitaria nel periodo 2022-2026 risiede proprio nella capacità di avviare e realizzare una programmazione integrata sociosanitaria per il contrasto alle fragilità e per la coesione sociale su tre direttrici guida, che rendono operativi e integrano gli indirizzi del **PSR 2022-2024**, del PSN 2021-23 (LEPS) e del **Piano dell'Assistenza Territoriale** della Regione Abruzzo, che aggiorna i LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e recepisce e applica gli indirizzi del D.M. 71/2022:

- il **consolidamento e l'efficientamento delle buone prassi** realizzate nelle precedenti programmazioni a livello di ambito sociale e distretto sanitario di base (PUA, UVM, Dimissioni protette, servizi territoriali per la famiglia e per il disagio dei minori e degli adulti). Rafforzare gli interventi per l'autonomia personale, correlata all'età e al tipo di disagio e svantaggio personale e sociale, in modo da rendere fattibile un percorso assistenziale permanente, continuativo e globale;
- la **capacità del territorio di individuare idonee infrastrutture sociali e sociosanitarie** per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità per i bisogni complessi sociosanitari, per il disagio sociale e familiare e le fragilità relative alla disabilità e non autosufficienza, a valere sulle risorse pari a circa 32 mln di euro già assegnate agli Ambiti Distrettuali Sociali dal PNRR per la Missione 5C2 "Coesione Sociale" (D.D. 458 del 9 dicembre 2021 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali);
- la **capacità di rafforzare la programmazione integrata e la rete operativa dei servizi sociosanitari** del Piano di Assistenza territoriale (PAT) dei DSB e del Piano distrettuale sociale degli ADS.

Una maggiore capacità di integrazione sociosanitaria che deve riguardare non solo la programmazione sociale e sociosanitaria ordinaria dei Piani regionali, ma anche e in modo particolare le azioni straordinarie e innovative poste in essere dal PNRR con la **Missione 5** sociale e la **Missione 6** salute, per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità, in cui risulta fondamentale la capacità di integrazione sociosanitaria ai vari livelli della programmazione e la realizzazione operativa degli interventi e dei servizi sul territorio (i servizi di prossimità e teleassistenza e telemedicina, le Case di Comuni previste nella misura di 40 unità e, 1 ogni 100.000 abitanti, 10 ospedali di comunità per circa 200 posti letto).

1.2.3. L'integrazione amministrativa dell'Ufficio di Piano dell'ambito con il DSB

L'Ufficio di Piano, attraverso un **servizio di coordinamento sociosanitario** preferibilmente all'interno dei distretti sanitari e/o dei PUA sociosanitari integrati presso le Case di Comunità, assolve alla funzione di gestire gli aspetti più propriamente organizzativi e attuativi delle politiche sociali e sociosanitarie del PSR 2022-2024, legati al territorio, assicurando il coordinamento tecnico in primis con le UOS e UOC dei DSB di riferimento e con gli altri soggetti titolari delle funzioni di programmazione e gestione dei servizi in ambito sociosanitario. Questa delicata funzione di regia assume particolare importanza nel dare sostegno al processo di integrazione sociosanitaria, anche ai fini del superamento degli elementi di separazione e/o sovrapposizione di interventi che spesso si registrano tra Comuni e Aziende USL.

Il PSR stabilisce che l'Ufficio di Piano sia organizzato secondo alcuni principi finalizzati alla sua piena operatività. In particolare, viene prevista un'articolazione della struttura amministrativa in unità operative deputate ad assicurare il coordinamento delle aree sociale, sociosanitaria e socioeducativa. La programmazione di unità operative deve essere coerente con gli standard Ministeriali (V. D.M. 70/2015).

Per l'area sociosanitaria, l'Ufficio di Piano deve avvalersi della collaborazione del personale e del coordinatore dei servizi sociosanitari del Distretto sanitario/ASL, da definire nell'ambito della Convenzione sociosanitaria Ambito/ASL.

Nel rispetto dell'autonomia organizzativa e regolamentare propria degli enti locali territoriali, le specifiche modalità di collaborazione del personale dell'Azienda USL all'interno dell'Ufficio di Piano saranno disciplinate convenzionalmente, rinvenendo nella contrattazione collettiva e nei modelli organizzativi di lavoro i necessari riferimenti per le scelte da adottare. Lo strumento per formalizzare le modalità di collaborazione prescelte è rappresentato dalla Convenzione sociosanitaria

Ambito/ASL e dai protocolli operativi per specifiche aree di intervento sociosanitario.

1.2.4. Indicazioni per la gestione economica integrata

Fra le direttrici strategiche poste alla base del PSR, è prevista anche la gestione integrata delle risorse economiche, collegata all'esigenza di progressiva affermazione del coordinamento dell'azione svolta dai diversi sistemi, in particolare quello sociosanitario.

Il consolidamento del sistema integrato dei servizi sociali e dei servizi sanitari si realizza anche attraverso la gestione integrata delle risorse economiche, funzionale all'unitarietà sia del processo di programmazione sia della fase di gestione delle azioni previste.

Nella fase di prima applicazione del PSR 2022-2024, le linee di indirizzo in tal senso sono le seguenti:

- **garanzia di copertura da parte dell'Ambito distrettuale e dell'Azienda USL delle rispettive spese** relative ai servizi e interventi previsti negli atti di programmazione e attuazione delle scelte di integrazione sociosanitaria. I riferimenti in tal senso, per gli Ambiti Distrettuali Sociali, sono rappresentati dal Piano sociale distrettuale, dalla Convenzione sociosanitaria e dalle diverse schede dello stesso Piano contenenti azioni riconducibili alla gestione sociosanitaria integrata, che comprende anche il Piano Locale per la Non Autosufficienza a valere sul FNA e le azioni per la *compartecipazione della spesa sociosanitaria* a valere sulle risorse del FISS e della L.R. 37/2014, le azioni per il caregiver familiare ai sensi della legge 205/2017 e L.R. 43/2016 e con le altre misure complementari previste dal PNRR e REACT EU e altre azioni regionali, nazionali e comunitarie, con l'indicazione delle diverse voci di spesa;
- **utilizzo progressivo e consolidato del budget di cura e del PAI**, quale strumento già previsto dall'art. 14 della legge 328/2000 di attuazione dell'integrazione sociosanitaria e della presa in carico integrata per la non autosufficienza, ampliandone l'area d'impiego, attualmente limitata ai servizi finanziati dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza secondo le previsioni del PSR (Format del Piano sociale distrettuale, Asse tematico n. 2). Il budget di cura, pur non essendo solo strumento di definizione economica, ma anche di gestione delle altre risorse che concorrono a costruire il percorso di cura (professionali, umane, comunitarie, tecnologiche, ecc.), si qualifica in modo particolare per la prerogativa di contribuire alla definizione della sostenibilità dell'impegno economico, considerando fin dall'inizio del percorso di presa in carico un unico budget, alimentato dai bilanci sia di parte sociale che sanitaria.

2. INTEGRAZIONE GESTIONALE E OPERATIVA DEI SERVIZI

2.1. L'accesso, la valutazione multidimensionale e la presa in carico ai servizi di cura a elevata integrazione sociosanitaria complementari ai LEA e di prossimità

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 prevede obiettivi essenziali di servizi all'interno degli Assi Tematici per i quali è richiesta una forte integrazione gestionale.

Al fine di dare un quadro complessivo delle possibili integrazioni gestionali di servizio, si prendono a riferimento i nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), il DPCM 12.01.2017 e i LEPS aggiornati dal PSN 2021-2023 come da Decreto interministeriale del 22 ottobre 2021 (registrato alla Corte dei Conti il 12 novembre 2021 - n. 2803).

Nel DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA in merito alle azioni sociosanitarie, non solo vengono indicate le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria, ma vengono anche descritti gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, semiresidenzialità, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, ecc.), integrate con le prestazioni sociali.

All'assistenza sociosanitaria è dedicato il Capo IV del DPCM del 12 gennaio 2017. L'articolo 21, in particolare, dispone che:

“I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo, prevedono **l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali**. Con apposito accordo sancito dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, saranno definite **linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree**, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 297 e successive modificazioni”.

Ai sensi dell'articolo 21, nei seguenti paragrafi vengono dettati specifici indirizzi riferiti al contesto regionale e ai LEA ricompresi nel DPCM.

Assumono un ruolo essenziale per l'accesso e la presa in carico:

- il ruolo del segretariato sociale e del servizio sociale professionale;
- la funzione del PUA e dell'UVM per la valutazione del bisogno sociosanitario e la redazione del PAI/PEI e del budget di progetto;
- la funzione dell'équipe multidisciplinare dell'ADS per la presa in carico sociosanitaria dei casi complessi e in cui più rilevante risulta essere la gestione intersettoriale e multiprofessionale.

La gestione dell'accesso e presa in carico è garantita per tipologia di servizio (servizi e interventi a elevata integrazione sociosanitaria):

- a. ADI
- b. ADSA
- c. Dimissioni protette
- d. Aiuto alla persona e sostegno al caregiver familiare
- e. Teleassistenza
- f. Centro diurno
- g. Sostegno residenziale e semiresidenziale e per il “Dopo di Noi”
- h. Interventi e servizi specifici diretti e indiretti (asegni di cura per la non autosufficienza grave e la disabilità gravissima) per la non autosufficienza
- i. Interventi e servizi per la Vita indipendente e l'inclusione sociale
- j. Interventi e servizi per la famiglia e l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno-infantile
- k. Servizi per l'inclusione sociale, scolastica e lavorativa per la disabilità e il disagio mentale
- l. Azioni innovative e sperimentali a rilevanza sociosanitaria

2.2. La gestione integrata dei servizi di cura domiciliare

L'articolo 22 del DPCM del 12.01.2017 sui nuovi LEA conferma le cure domiciliari poste alla base dei percorsi integrati sociosanitari. L'articolo, tra l'altro, recita: “Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”. Su questo punto si richiama anche la DGR 769 del 29.11.2021 relativa al Recepimento dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 recante “Proposta di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art. 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”.

Nei nuovi LEA, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari prestazionali: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo, che non richiedono la “presa in carico” della persona, né la valutazione multidimensionale. Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I e II livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati, articolati sino a 5 giorni (I livello) o su 6 giorni (II livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle Regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate a elevata intensità (III livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.

Il Decreto precisa, infine, che, “ai sensi dell'art. 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”, **le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona**. Le suddette prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni, sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale per una quota pari al 50%”. Alle cure palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita è dedicato l'articolo 23 del DPCM sui nuovi LEA, con l'indicazione che le stesse cure “sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”.

In Abruzzo, il sistema delle cure domiciliari è attualmente regolato dalla DGR 224/2007 e dalla DGR 769 del 29.11.2021.

Il sistema delle cure domiciliari vigente prevede tre macro-tipologie:

1. *cure domiciliari prestazionali* caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (Assistenza domiciliare programmata e Assistenza domiciliare per Bisogno sanitario semplice, altre tipologie senza ricorso all'UVM, assistenza tutelare alla persona);
2. *cure domiciliari integrate di primo (2A) e secondo livello (2B)* che ricomprendono quelle già definite ADI. Questa tipologia di cure domiciliari è caratterizzata dalla formulazione del **Piano assistenziale individuale (PAI)**, redatto in base alla **valutazione globale multidimensionale** ed erogate attraverso la **presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale**;
3. *cure domiciliari integrate di terzo livello (3A) e cure domiciliari palliative per malati terminali (3B)*

che ricomprendono l'ospedalizzazione domiciliare (OD – 3A) e l'ospedalizzazione domiciliare-cure palliative (OD-CP, 3B). Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

L'integrazione sociosanitaria è particolarmente elevata per le prime due macro-tipologie, in particolare per l'**assistenza tutelare alla persona** e per le **cure domiciliari di primo e secondo livello**, dove i bisogni sociosanitari complessi trovano risposte sia di tipo sanitario sia sociale.

Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502", all'art 28 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche", inoltre, attende:

1. nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale di accesso diretto, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi concluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative mediante impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche;
2. l'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

La DGR 224/2007 e la DGR 769 del 29.11.2021 prevedono che il sistema delle cure domiciliari venga governato dal **Centro di coordinamento delle cure domiciliari a livello di ASL**, che ricomprende, per la parte sociale, anche il Coordinatore (Responsabile) degli ambiti territoriali e un'assistente sociale degli stessi ambiti. A livello operativo si prevede per ciascun Distretto il **Gruppo operativo distrettuale**, che ricomprende anche psicologi, assistenti sociali, educatori professionali. La DGR precisa inoltre che del gruppo operativo, a giudizio dell'UVM e in sede di formulazione del PAI, può far parte anche qualsiasi altra figura professionale (anche volontaria) utile per la soluzione dei problemi assistenziali della persona.

La Regione Abruzzo, con DGR n. 23 del 16.01.2012, recante "Approvazione della Cartella Domiciliare Integrata Regionale", ha definito anche tutti gli strumenti valutativi e di progettazione individualizzata delle cure domiciliari.

La gestione dei pazienti cronici il più possibile a domicilio costituisce anche l'**obiettivo n. 1 del Piano di riqualificazione del Sistema sanitario abruzzese** (DCA n. 55 del 10.06.2016), che prevede la riqualificazione dell'assistenza domiciliare con il potenziamento della telemedicina, l'aggiornamento omogeneo del sistema di valutazione dei pazienti per l'arruolamento in residenzialità, la creazione di una banca dati assistibili.

La **legge regionale 43/2016** ha rafforzato il **ruolo, il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (DGR 589 del 20.09.2021)**, quale figura chiave per il sostegno domiciliare, prevedendo anche specifici compiti all'interno del piano individualizzato, sostegni economici attraverso assegni di cura, azioni e misure di conciliazione dei tempi. A carico dei Comuni/ADS e delle ASL la Regione pone l'informazione, la formazione, il supporto contro il rischio di burn-out, la definizione del responsabile del piano individualizzato (che deve supportare anche il caregiver familiare), la domiciliarizzazione delle visite specialistiche, una rete di sostegno costituita da responsabile del caso, medico di famiglia, servizi sociali e sanitari, volontariato e vicinato.

I servizi e gli interventi di cura domiciliare del Piano distrettuale sociale:

- cure prestazionali (SAD) e ADI (I e II livello) e cure domiciliari integrate a elevata intensità (III livello);
- prestazioni di sostegno indiretto a caregiver tramite assegno di cura e/o voucher servizio;
- servizi di teleassistenza e telesoccorso;
- Dimissioni protette;
- riconoscimento del ruolo di cura del caregiver familiare e sostegno alle malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016).

Con la DGR 15/2022 la Regione ha recepito e approvato i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021 recante il documento sulle "Linee di indirizzo per la individuazio-

ne di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" con riferimento ai percorsi di riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e in strutture residenziali/semiresidenziali e relative riconversioni dei setting territoriali esistenti. Ai fini del riequilibrio della presa in carico tra ospedale e territorio e del miglioramento dei percorsi riabilitativi ospedalieri, le Regioni si impegnano inoltre a dare seguito alle indicazioni del Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri", i cui contenuti sono anticipati dall'Accordo 124/CSR.

2.3. La gestione integrata del sistema della residenzialità e semiresidenzialità

Il sistema sociosanitario della residenzialità e della semiresidenzialità è regolato in Abruzzo dalla L.R. 32/2007 per gli aspetti connessi al regime di **autorizzazione e accreditamento**, dal Piano sanitario regionale 2008-2010 (L.R. 5/2008), dalla L.R. 37/2014 per il rimborso della spesa sociale delle rette e da una serie di atti di indirizzo, prevalentemente commissariali, in merito a **riconversione delle strutture, fabbisogno, compartecipazione al costo sociale delle prestazioni da parte degli utenti**.

Il DPCM 12.01.2017 sui nuovi LEA prevede:

- all'art. 30, **l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti**, ponendo in integrazione sociosanitaria i trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" a persone con demenza senile, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività (i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale); i trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti (i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione); nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico", ivi compresi interventi di sollievo, a persone con demenza senile e i trattamenti di lungo assistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;
- all'art. 31, **l'assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita** con un complesso integrato delle prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica e gli accertamenti diagnostici, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei centri specialistici di cure palliative-hospice (DGR 175 del 04.04.2022; DGR 689 del 2.11.2021; DGR 661 del 22.10.2021);
- all'art. 32, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali**, ponendo in integrazione sociosanitaria i trattamenti residenziali socioriabilitativi, rivolti a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di tutela sanitaria. I trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale sociosanitario per almeno 12 ore;
- all'art. 33, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità**, ponendo in integrazione sociosanitaria i trattamenti socioriabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari a persone con gravi disabilità, in regime semiresidenziale e residenziale; i trattamenti socioriabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari a persone con disabilità prive di sostegno familiare in regime semiresidenziale e residenziale, i trattamenti socioriabilitativi di recupero in laboratori e centri occupazionali semiresidenziali (sono previste quote di compartecipazione del SSN dal 70 al 40%);
- all'art. 35, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche** (DGR 665 del 11.11.2019), prevedendo prestazioni di tipo sociale, quali la psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), gli interventi riabilitativi e socioeducativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, gli interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo), l'addestramento e formazione al lavoro, la collaborazione

con la rete sociale informale ai fini del reinserimento sociale. Nello specifico vengono definite le azioni socioassistenziali e di riabilitazione e reinserimento, che nel dettaglio prevedono:

1. nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, la definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:
 - a. accoglienza;
 - b. attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
 - c. gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione e il monitoraggio della terapia farmacologica;
 - d. colloqui psicologico-clinici;
 - e. psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);
 - f. interventi socioriabilitativi, psicoeducativi e socioeducativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
 - g. interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
 - h. collaborazione dell'area sociale formale e informale;
 - i. collaborazione con l'autorità giudiziaria per la persona con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;
 - j. collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
 - k. collaborazione e integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
 - l. rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
 - m. collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento;
2. in relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:
 - a. trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche, necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
 - b. trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale (...);
 - c. trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e all'integrazione sociale e lavorativa (...);
3. i trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale;
4. nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce:
 - a. trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale (...);
 - b. trattamenti.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il nuovo Piano Sociale Regionale prevede, tra gli Assi tematici e gli Obiettivi di servizio di riferimento, azioni di sistema integrate e complementari alle misure del PNRR, REACT EU e PON Inclusione per la promozione

dello sviluppo di una rete di micro-residenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili e non autosufficienti, superando i modelli istituzionalizzanti, sia secondo un approccio di prossimità e di microstrutture comunitarie sia di comunità a valenza sociosanitaria integrata per i bisogni più complessi (Case di Comunità e Case della Salute, servizi di teleassistenza e telemedicina e altre azioni progettuali innovative).

2.4. La gestione integrata dei servizi per la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno-infantile

L'articolo 24 del DPCM 12.01.2017 sui LEA prevede l'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, nell'ambito dell'assistenza fornita dal Distretto. Inoltre, il D.M. 77/2022 attribuisce nello specifico tali competenze ai consultori. In essa sono ricomprese le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative previste dalle norme vigenti. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce in ogni caso:

- a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;
- b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- c) consulenza preconcezionale;
- d) tutela della salute della donna;
- e) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;
- f) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero;
- g) consulenza e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;
- h) consulenza e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;
- i) consulenza e assistenza per problemi correlati alla menopausa;
- j) consulenza e assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;
- k) consulenza e assistenza a favore degli adolescenti;
- l) prevenzione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di abusi;
- m) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- n) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari a rischio;
- o) adempimenti per l'affidamento familiare e l'adozione di minori;
- p) rapporti con il Tribunale dei minori.

Il DPCM precisa, poi, che l'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie è integrata da interventi sociali. I Distretti sanitari garantiscono, dunque, una serie di prestazioni fondamentali per il benessere del bambino, della coppia genitoriale e della donna, sia all'interno dei servizi consultoriali sia nei distretti. Appare necessario sottolineare che il DPCM ricomprende anche **servizi di supporto psicologico e di psicoterapia in favore di famiglie, bambini vittime di maltrattamenti o di disagio, nuclei familiari a rischio**, di cui risulta opportuno rafforzare i servizi di mediazione familiare e di presa in carico dei bisogni complessi che richiedono un supporto integrato e multidimensionale dei servizi sociali dei Comuni e Ambiti Distrettuali Sociali, complementari all'assistenza territoriale fornita dalla ASL, dai consultori familiari e presso i servizi per i minori e la famiglia dei distretti sanitari.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Su questi aspetti punta anche la strategia per la famiglia e le nuove generazioni del Piano Sociale Regionale, che rafforza una serie di azioni di integrazione sociosanitaria quali:

- Il rilancio del ruolo delle *équipe per le adozioni e quelle per l'affido*, un aggiornamento delle Linee guida regionali sul tema affido in raccordo con le Linee guida regionali in materia di maltrattamento sui minori, favorendo una più incisiva integrazione fra le professionalità sociali, sanitarie, giudiziarie, che presidono i processi di protezione dei minori in situazioni di disagio.
- Lo sviluppo di interventi multidisciplinari consulenziali (sociali, sanitari, giudiziari e scolastici), in grado di dare risposte integrate di tipo medico-pediatrico, pedagogico, educativo, socioassistenziale, psicologico, psicoterapeutico, di tutela civile, sociale e legale, ai bambini e agli adolescenti in difficoltà, con la previsione di servizi sociosanitari di Ambito-ASL-Distretto-Con-

sultorio.

- L'aggiornamento della normativa regionale per la famiglia (L.R. 95/95 e L.R. 21/78) e il potenziamento dei Centri per la famiglia per ogni ECAD, prevedendone l'integrazione psicopedagogico-sociosanitaria con la creazione di reti integrate di servizi consultoriali retti da ASL e consultori gestiti direttamente dal privato sociale e dalle associazioni familiari, mediante accreditamento, nel contesto di un servizio pubblico integrato, flessibile, plurale, disegnato e continuamente ritarato in base alle esigenze di persone e famiglie.
- Gli interventi di prevenzione del maltrattamento e di riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori attraverso misure integrate di assistenza educativa domiciliare, presa in carico dei servizi diurni, sviluppo dell'affidamento etero familiare.
- L'incremento di progetti educativi individuali sui minori, coinvolgendo la famiglia in un'ottica di lavoro di équipe multidisciplinare secondo il modello PIPPI (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione), nel quale il bambino/adolescente è messo al centro dell'intervento e la sua famiglia partecipa attivamente assieme all'équipe territoriale alla progettazione di ogni azione che la riguarda. Il programma prevede la co-costruzione in rete con le diverse realtà educative, sociali e sanitarie del territorio. Attualmente, oltre a essere dal 2018 un programma strutturale del FNPS, PIPPI è stato inserito nel PNRR nella Missione 5 Sociale: Estensione sperimentazione PIPPI per famiglie e minori vulnerabili.
- Il potenziamento del Progetto Sperimentale Care Leavers – sperimentazione di interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria che li abbia collocati in comunità residenziali o in affido etero familiare, per promuoverne l'autonomia verso gli studi secondari superiori, la formazione universitaria, la formazione professionale o l'accesso al mercato del lavoro.
- Le azioni e programmi mirati e personalizzati per bambini, per contrastare la povertà educativa e le situazioni gravi di rischio di esclusione sociale o di maltrattamento e trascuratezza a causa di condizioni familiari problematiche, di appartenenza a culture diverse o a minoranze etniche, della presenza di disabilità, ritardi e disturbi della persona di qualsiasi natura.
- Le azioni rilevanti e mirate in modo particolare al tema della povertà educativa che non è solo legata alle cattive condizioni economiche, ma investe anche la dimensione emotiva e quelle della socialità e della capacità di relazionarsi con il mondo. Fenomeno che, di fatto, incide sul futuro della Regione e riguarda dunque anche la dimensione più generale dello sviluppo di un individuo. Con intento di mettere al centro il minore e promuovere il valore della comunità educante, la Regione sostiene in partenariato gli enti del Terzo Settore che partecipano ai bandi afferenti al Fondo di contrasto alla povertà educativa (art. 1 comma 392 della legge 28 dicembre 2015, n. 208).

2.5. Integrazione dei servizi per la disabilità e la salute mentale

Il precedente Piano Sociale Regionale 2016-2018 ha previsto una specifica strategia sulla disabilità che ricomprende, in sintesi, in materia di integrazione sociosanitaria, i seguenti tre aspetti significativi:

- lo sviluppo di servizi per la residenzialità, secondo il modello del “Dopo di Noi” (DGR 772 del 29.11.2021; DGR 427 del 9.7.2021; DGR 343 del 22.06.2020; DGR 627 del 23.10.2019) così come previsto dalle sperimentazioni regionali finanziate all'interno del progetto “RADAR” e dalla Legge 22.06.2016, n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”;
- le azioni innovative comunitarie, semiresidenziali e residenziali sociosanitarie previste dal Piano Operativo Missione 5C2 per la tutela e coesione sociale del PNRR già finanziate agli ADS e ai Comuni e in fase di realizzazione;
- l'integrazione con le azioni progettuali della Missione 6 Salute del PNRR in fase di realizzazione, quali le Case di Comunità e i servizi innovativi di prossimità sociosanitari.

Il PSR 2022-2024, riprendendo il percorso avviato con la precedente programmazione recepisce gli indirizzi e le misure del PNRR e le azioni complementari di riforma della legge sulla disabilità (Riforma 1.1. del PNRR) e sulla non autosufficienza (Riforma 1.2. del PNRR), che danno importanti indicazioni per la promozione di servizi e interventi sociosanitari comunitari di prossimità in ambito diurno,

semiresidenziale e residenziale, quali le **Case di Comunità** (le azioni integrative sociali previste nelle **Case della Salute**) e altri interventi innovativi e avanzati, anche a livello tecnologico, per l'autonomia della persona e il contrasto all'isolamento, all'emarginazione sociale e all'istituzionalizzazione delle persone fragili. Nello specifico vengono potenziati ed efficientati:

- l'adozione di scale di valore e classificazione per la valutazione del bisogno e la programmazione degli interventi personalizzati (PAI/PEI/budget di cura e di salute);
- la garanzia della predisposizione e realizzazione dei Progetti individualizzati per le persone con disabilità, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, da parte di tutti i servizi sociali professionali degli Ambiti distrettuali quale vincolo per l'erogazione delle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie per tutte le fasce di età e le tipologie di disabilità;
- l'attuazione sul territorio regionale e all'interno del Piano distrettuale sociale degli interventi integrati sociosanitari di cui all'art. 3 della L. 134/2015 “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”;
- la predisposizione di un apposito programma di ambito distrettuale, con forte integrazione sociosanitaria (collaborazione con Dipartimenti di salute mentale, con l'adozione di protocolli operativi) e coinvolgimento del Terzo Settore, per l'assistenza e l'inclusione sociale di persone (minori e adulti) con disturbi mentali sia con finalità preventive sia di inserimento sociale e per il sostegno ai caregiver familiari;
- la promozione dei servizi specialistici ad alta integrazione sociosanitaria per le persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e altre disabilità complesse e gravissime;
- la realizzazione di interventi sociosanitari di cui alla L. 123/2005 per favorire il normale inserimento e l'inclusione nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia.

Il DPCM sui nuovi LEA prevede:

- **all'art. 25, l'assistenza sociosanitaria distrettuale alle persone con disturbi mentali**, all'interno della quale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000”, integrate da interventi sociali;
- **all'art. 26, l'assistenza sociosanitaria distrettuale ai minori con disturbi neuro-psichiatrici**, per la quale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, in linea con quanto previsto dall'art. 25, con l'inclusione, tra le altre prestazioni, di colloqui psicologico-clinici, psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia, interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e risocializzazione, individuali e di gruppo), gruppi di sostegno e training per i familiari, interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- **all'art. 27, l'assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità**, per le quali il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:
 - a) valutazione diagnostica multidisciplinare;
 - b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;
 - c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
 - d) colloqui psicologico-clinici;
 - e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
 - f) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
 - g) abilitazione e riabilitazione estensiva, di recupero e mantenimento funzionale in ambito motorio, psico-motorio, del linguaggio, della comunicazione e delle funzioni cognitive (individuale e di gruppo);
 - h) interventi psico-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana

(inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e risocializzazione, individuali e di gruppo);

i) interventi di supporto alle attività della vita quotidiana;

j) interventi di socializzazione;

k) gruppi di sostegno e training per i familiari;

l) interventi sulla rete sociale formale e informale;

m) consulenze specialistiche nei reparti ospedalieri e negli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

n) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

o) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

- Rafforzare l'integrazione dei LEA garantiti dall'assistenza distrettuale, nei tre ambiti di azione, con gli **interventi sociali dei Piani di ambito distrettuali e in particolare con i LEPS e le azioni di potenziamento della nuova programmazione regionale e nazionale 2022-2024**.
- La responsabilità prevalente della presa in carico per le prestazioni elencate è, quindi, sostanzialmente posta dai LEA in capo all'assistenza distrettuale per i minori e gli adulti con disturbi mentali e per le persone con disabilità complesse, con la necessità da parte degli Ambiti Distrettuali Sociali di "integrarla" con interventi sociali di sostegno personale e familiare, di inclusione sociale e lavorativa e per la **Vita indipendente** e i **servizi di prossimità per l'autonomia di vita e abitativa** della persona in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale a carattere familiare e comunitario (progetti integrati sociali e sociosanitari a valere su risorse regionali, nazionali, comunitari e del PNRR/REACT EU e del PON Inclusione).

2.6. Integrazione dei servizi nell'area delle dipendenze

Gli interventi sociali e le azioni di sistema del PSR 2022-2024

Le politiche di integrazione sociale, all'interno del Piano Sociale Regionale 2022-2024, prevedono anche la promozione di servizi sociosanitari integrati nell'area delle dipendenze, quali:

1. l'effettiva attuazione della L.R. 40/2013 per il rilancio della prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo attraverso reti territoriali e di partenariato tra DSB/ADS, per la promozione e il rafforzamento dei centri di prevenzione in ambito distrettuali che fanno capo ai SerD (GAP);
2. la creazione di percorsi integrati e di progetti individualizzati fra Ambiti distrettuali, servizi per la cura delle dipendenze pubblici e privati e del Terzo Settore, per favorire il processo di reinserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenza; la sperimentazione e valutazione di un modello per l'inclusione sociale che abbia come obiettivo fondamentale il progressivo reinserimento nel mondo lavorativo e sociale di persone tossicodipendenti a elevata emarginazione sociale (persone che vivono in strada, con molti anni di dipendenza per via endovenosa e talvolta recidive nell'esperienza carceraria; persone co-portatrici di problematiche psichiatriche o appartenenti a minoranze etniche, sovente affette da malattie infettive e altre problematiche);
3. l'attuazione di progetti obiettivo regionali e del Piano regionale per la prevenzione, finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale, mirati alla prevenzione delle dipendenze in stretta collaborazione fra servizi sanitari e servizi sociali;
4. la promozione di interventi di auto mutuo aiuto fra persone affette da dipendenze.

I nuovi LEA prevedono, all'articolo 28, l'assistenza sociosanitaria territoriale alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, alle quali il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative mediate l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a. accoglienza;
- b. valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c. valutazione dello stato di dipendenza;
- d. certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e. definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f. somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g. gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h. interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i. colloqui psicologico-clinici;
- j. colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- k. interventi di riduzione del danno;
- l. psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- m. interventi socioriabilitativi, psico-educativi, e socioeducativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n. promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- o. promozione di gruppi di sostegno per familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
- p. consulenza specialistica e collaborazione con reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- q. collaborazione con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- r. interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;
- s. collaborazione e integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

La Regione Abruzzo, con la **L.R. n. 37/2020: Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche e altre disposizioni**, in armonia con i principi costituzionali e nel rispetto delle competenze dello Stato, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione Europea, detta norme per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche, sia da sostanze sia comportamentali, al fine di salvaguardare e tutelare le persone che ne sono affette, con particolare riferimento alle fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, favorendone il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento sociale, anche tramite il sostegno alle famiglie.

All'art. 1, comma 2 la legge, per dipendenze patologiche, intende:

- a) il disturbo da gioco d'azzardo;
- b) le dipendenze da sostanza (bevande alcoliche, tabacco, sostanze psicotrope e stupefacenti, "nuove sostanze", antidolorifici);
- c) le dipendenze tecnologiche (internet, reti sociali, smartphone, videogiochi, video-pornografia, ecc.) e altre dipendenze comportamentali, come da DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali;
- d) lo shopping compulsivo;
- e) l'ipersessualità.

Al comma 3 dello stesso articolo la legge determina che al perseguimento delle finalità di cui al comma 1 concorrono, sulla base degli indirizzi definiti dalla Giunta regionale, gli enti del Servizio sanitario regionale, e in particolare i Servizi per le dipendenze patologiche (SerD), i Comuni, singoli o associati, l'Ufficio scolastico regionale e le istituzioni scolastiche, gli enti del Terzo Settore di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera c), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché le strutture accreditate dalla Regione per l'erogazione dei servizi sociosanitari e riabilitativi nell'area delle dipendenze patologiche.

La legge sottolinea quindi l'importanza del lavoro di rete e dell'integrazione sociosanitaria, che non può più rimanere solo un mero intento teorico, ma deve trovare l'applicazione pratica, perché è soltanto attraverso un processo integrato e di massima collaborazione tra i vari attori che si può rispondere con efficacia ed efficienza alle vecchie e soprattutto nuove sfide che l'universo delle dipendenze patologiche porta con sé.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il PSR 2022-2024 vuole, pertanto, facilitare e rafforzare la rete territoriale sociosanitaria per rispondere ai bisogni complessi dell'area dipendenze patologiche. A fronte della crescente richiesta di assistenza sociosanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di addiction, si vuole efficientare la rete sviluppata negli anni a livello regionale, una rete complessa e articolata di servizi sociosanitari pubblici e del privato sociale, variamente organizzati e coordinati.

Tale sistema di servizi non si concretizza solo attraverso interventi integrati tra le diverse strutture che concorrono a soddisfare il bisogno terapeutico-riabilitativo dell'utente, ma anche con lo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione delle patologie correlate, la riabilitazione e il reinserimento sociale del soggetto preso in carico. Nel contesto del sistema territoriale dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, il tema dell'integrazione/connessione non ha esclusiva valenza intra o inter-organizzativa, ma riguarda anche le realtà sociali più o meno strutturate (associazionismo multiforme) e le dimensioni della prossimità personale (parentale, vicinato, espressioni amicali), che contribuiscono a comporre il sistema degli interventi e servizi di aiuto e supporto. Un quadro composito di azioni progettuali, strutture e reti di servizi interdipendenti tra loro, che attivano azioni di sostegno in relazione al tipo di bisogno/problema, al contesto sociale territoriale e alle norme sociali, sanitarie e sociosanitarie vigenti.

Da qui la necessità di rafforzare, nella nuova programmazione sociale 2022-2024, azioni di:

- a. prevenzione, sensibilizzazione e rafforzamento dell'approccio integrato e multidisciplinare in grado di non tralasciare nessuno degli aspetti di seguito specificati:
 - l'ambiente qualificante il contesto dell'organizzazione, in cui entrano in gioco elementi socio-antropologici, culturali e politici, ecologici, ecc.;
 - gli obiettivi e le finalità che tengono conto degli elementi di contesto, delle criticità rilevate, delle buone prassi consolidate e degli aspetti innovativi, degli indirizzi scientifici validati;
 - la struttura organizzativa che tiene conto degli elementi di integrazione e complementarietà dei diversi ambiti di intervento sociale, sociosanitario e sanitario, culturale, formativo-scolastico e del tessuto economico e lavorativo e delle professioni, che concorrono a determinare concrete azioni di contrasto all'emarginazione e di reinserimento sociale;
 - la "tecnologia" intrapresa, ovvero azioni compiute su un "oggetto" che qualifica il compito dell'organizzazione a supporto di persone singole o per azioni di prevenzione e promozione di una comunità.
 - approccio integrato che deve tener conto anche delle new addiction e dell'aggravarsi, negli ultimi anni di emergenza sanitaria pandemica, di alcuni aspetti relativi alle dipendenze digitali e del gioco d'azzardo patologico (GAP), per cui è richiesta una maggiore collaborazione e integrazione istituzionale e professionale tra servizi sociosanitari della ASL, consultori familiari, centri GAP promossi a livello regionale negli ultimi anni presso i SerD (DGR n. 346 del 22.06.2020 "Legge 23.11.2014, n. 190 – prevenzione alla cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico GAP"), servizi alla persona e per l'inclusione sociale dell'ambito distrettuale e del Terzo Settore (servizio sociale professionale, di mediazione familiare e sociale e i Centri Famiglia). La presenza di un numero elevato di attori e portatori di interesse ha condotto alla definizione di un approccio integrato ai servizi sociosanitari, che ha il proprio punto di forza nella comunità e non tanto nel paziente/beneficiario singolo (community-placed health care services);
 - rafforzamento di interventi e progetti integrati (ADS/ASL/Terzo Settore) per la cura delle dipendenze e per il reinserimento sociale e lavorativo, in cui giocano un ruolo prioritario le azioni di orientamento, accompagnamento e di interlocuzione e coinvolgimento diretto di altri settori pubblici e privati per l'inclusione sociale, dei servizi territoriali per il lavoro e il mondo produttivo e delle imprese.

Alla luce di quanto sopra descritto, ben si comprende che un approccio multilivello non richieda soltanto l'azione efficace e coordinata dei livelli istituzionali, ma contempli necessariamente anche il contributo progettuale, della co-programmazione, dell'attuazione e della valutazione da parte degli enti del Terzo Settore. Un aspetto rafforzato dalla stessa legislazione in materia di co-programmazione e co-progettazione tra pubblico e Terzo Settore con la normativa più recente di riferimento: il D.M. 72 del 31 marzo 2021 e l'istituzione presso le Regioni del Registro Unico del Terzo Settore (RUNTS).

L'art. 3, comma 2, della Costituzione affida difatti alla Repubblica, espressione non esclusiva degli apparati pubblici, il compito di rimuovere tutti gli ostacoli che si frappongono a una compiuta realizzazione della persona umana. In questa ottica inclusiva e di condivisione, la normativa e gli indirizzi programmatici ai vari livelli devono garantire la multidimensionalità del sistema dei servizi pubblici locali di supporto e assistenza alla persona, attraverso azioni progettuali, interventi e servizi sociali, sanitari e sociosanitari, di valutazione del bisogno, della presa in carico globale attraverso azioni mirate, appropriate, integrate e complementari tra loro.

3. GLI INDIRIZZI SPECIFICI PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PER LE DISABILITÀ COMPLESSE, LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOSTEGNO AL CAREGIVER FAMILIARE E CATEGORIE FRAGILI

3.1. La gestione integrata dei servizi di sostegno diretti e indiretti alla disabilità complessa e alla non autosufficienza

Le politiche per la non autosufficienza sono pienamente entrate nella programmazione del Piano Sociale Regionale 2022-2024, ricomprendendo altresì tutte le azioni connesse al Fondo nazionale per le non autosufficienze. Il Piano prevede una serie di misure di integrazione sociosanitaria, da realizzarsi con il concorso del Fondo Sanitario Nazionale e del Fondo nazionale per le non autosufficienze, che qui si riporta integralmente:

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

Oltre a quanto già previsto in altri paragrafi delle presenti Linee di indirizzo (residenzialità e semi-residenzialità, UVM, ecc.), l'integrazione sociosanitaria in materia di non autosufficienza rappresenta un pilastro trasversale fondamentale di integrazione gestionale. Assume un ruolo sempre più essenziale l'integrazione dei servizi sociali e sociosanitari trasversale a tutti i processi dell'accesso, della valutazione del bisogno e della presa in carico, con particolare riferimento:

- al ruolo del segretariato sociale e del servizio sociale professionale;
- alla funzione del PUA e dell'UVM per la valutazione multidisciplinare del bisogno e della presa in carico integrata;
- alla funzione dell'équipe multidisciplinare dell'ADS per le azioni rivolte all'autonomia della persona e alla gestione dei progetti per la Vita indipendente.

Un ruolo per la gestione dei processi di accesso, per la valutazione del bisogno e della presa in carico per tipologia di servizio (servizi e interventi a elevata integrazione sociosanitaria):

Interventi e servizi diretti

- ADI
- ADSA

- Dimissioni protette
- Aiuto alla persona
- Teleassistenza
- Centro Diurno
- Sostegno residenziale e semiresidenziale
- Interventi e servizi sociosanitari comunitari e di prossimità (esempio Case di Comunità e Case della Salute del PNRR M5 e M6)
- Interventi e servizi specifici per l'autonomia della persona e l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa della persona disabile e non autosufficiente, per la Vita indipendente e il Dopo di Noi

Interventi e servizi indiretti

- Assegno di cura per la Non Autosufficienza Grave
- Assegno per la disabilità gravissima
- Prestazioni economiche per l'autonomia della persona e l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa della persona disabile e non autosufficiente e per la vita indipendente e il Dopo di Noi

Il presente atto di indirizzo tiene conto delle indicazioni e degli indirizzi nazionali e regionali del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021, approvato con DPCM 21.11.2019, e delle Linee guida della Regione Abruzzo approvate con DGR 707 del 17.11.2020 (è in fase di redazione il cap. n. 4 del PSN 2021-2023 "PNA 2022-2024" previsto nel 2022), che prevedono espressamente due tipologie di beneficiari:

Target beneficiari	Normativa nazionale	Normativa regionale
Persone non autosufficienti in situazione di disabilità gravissima	DPCM 21 novembre 2019 " Adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021 "	Linee guida FNNA 2019-21 – DGR n. 707 del 17.07.2020; L.R. 57/2012 "Vita Indipendente"; DGR. n. 759 del 15.12.2017 "Elementi attuativi vita indipendente"
Persone non autosufficienti gravi	DPCM 21 novembre 2019 " Adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021 "	Linee guida FNNA 2019-21 – DGR n. 707 del 17.07.2020; L.R. 57/2012 "Vita Indipendente"; DGR. n. 759 del 15.12.2017 "Elementi attuativi vita indipendente"

Indirizzi per l'individuazione dell'entità e la condizionalità dei benefici economici indiretti per la disabilità gravissima del Piano nazionale Non Autosufficienza 2019-2021 (FNA)

Per i benefici economici indiretti per la disabilità gravissima permangono in vigore gli indirizzi del PNA 2019-2021, approvato con DPCM del 21.11.2019, che nello specifico prevede, in mancanza di altri servizi di sostegno diretto e indiretto, nell'ambito del PAI e del budget di progetto, l'erogazione di un assegno mensile di almeno 400,00 euro per 12 mensilità e, nel caso di risorse insufficienti per la piena copertura delle richieste, la condizionalità del beneficio al requisito reddituale, che prevede un limite ISEE di accesso pari a 50.000,00 euro e 65.000,00 euro nel caso di beneficiari minori.

3.2. La tipologia dei beneficiari degli interventi e dei servizi per il sostegno al caregiver familiare

La legge regionale 43/2016 sul riconoscimento del ruolo attivo di sostegno alle persone fragili del caregiver familiare viene rafforzata dalla L. 205/2017 e più recentemente dal DPCM 20 ottobre 2020, che fornisce alcuni indirizzi alle Regioni per l'utilizzo delle risorse pubbliche assegnate, che la Regione Abruzzo ha recepito con DGR 589/2021. Si individua nel caregiver familiare la figura chiave per il sostegno domiciliare, prevedendo anche specifici compiti all'interno del piano individualizzato, sostegni economici attraverso assegni di cura, azioni e misure di conciliazione dei tempi, per il supporto contro il rischio di burn-out, la definizione del responsabile del piano individualizzato

(che deve supportare anche il caregiver), la domiciliarizzazione delle visite specialistiche, una rete di sostegno costituita da responsabile del caso, medico di famiglia, servizi sociali e sanitari, volontariato e vicinato.

Il presente atto di indirizzo tiene conto di indicazioni e indirizzi nazionali del DPCM 20 ottobre 2020 e degli interventi per il riconoscimento del ruolo di cura e per il sostegno alla figura del caregiver familiare, di cui alla legge 205/2017 e alla L.R. 43/2016 e atti specifici di indirizzo emanati ad oggi dalla Regione Abruzzo, che prevedono espressamente le seguenti tipologie di beneficiari:

Target beneficiari	Normativa nazionale	Normativa regionale
a) caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto	<ul style="list-style-type: none"> Legge 27 dicembre 2017 n. 205 ("Legge di bilancio 2018"); DPCM 27 ottobre 2017 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020" 	<ul style="list-style-type: none"> L.R. 27.12.2016 n. 43 "Norme per il sostegno e il riconoscimento del caregiver familiare" DGR n. 589 del 20.09.2021 che recepisce i criteri del DPCM 27 ottobre 2020
b) caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione	<ul style="list-style-type: none"> Legge 27 dicembre 2017 n. 205 ("Legge di bilancio 2018"); DPCM 27 ottobre 2017 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020" 	<ul style="list-style-type: none"> L.R. 27.12.2016 n. 43 "Norme per il sostegno e il riconoscimento del caregiver familiare" DGR n. 589 del 20.09.2021 che recepisce i criteri del DPCM 27 ottobre 2020
c) programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita	<ul style="list-style-type: none"> Legge 27 dicembre 2017 n. 205 ("Legge di bilancio 2018"); DPCM 27 ottobre 2017 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020" 	<ul style="list-style-type: none"> L.R. 27.12.2016 n. 43 "Norme per il sostegno e il riconoscimento del caregiver familiare" DGR n. 589 del 20.09.2021 che recepisce i criteri del DPCM 27 ottobre 2020

Sostegno al caregiver familiare che assiste minori in età pediatrica

La Regione Abruzzo prevede, inoltre, un sostegno economico finalizzato al riconoscimento del lavoro di cura del genitore caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara e in condizione di disabilità gravissima (h/24), i cui indirizzi vigenti sono riportati nella DGR n. 681/2020.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

La programmazione, pertanto, rafforza i dettami della L.R. 43/2019 evidenziando i due principi cardine per il riconoscimento della figura e del ruolo del caregiver familiare:

- il rafforzamento di quanto disposto dall'art. 1, comma 2 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 che testualmente recita: "Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto inva-

lido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18;

- il ruolo programmatico delle Regioni che, di concerto con gli attori istituzionali e del privato sociale rappresentativi del territorio, adottano, nell'ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria e nell'ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi individuati, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

Nello specifico, con la richiamata DGR 589/2021, la Regione Abruzzo ha emanato specifici indirizzi per gli ADS e le associazioni rappresentative dei beneficiari, per definire le modalità e priorità di accesso, l'entità dei benefici e le incompatibilità del beneficio con altre misure similari per le medesime finalità. I requisiti standard per l'accesso ai benefici, di cui al DPCM 20 novembre 2020, sono riportate nella tabella che segue:

BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI	Caregiver individuato secondo il dettato dell'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, che assiste un congiunto non autosufficiente e non in grado di prendersi cura di sé, che sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definito non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013
REQUISITO BASE DI ACCESSO AI BENEFICI	Attestazione del ruolo di caregiver , dalla persona disabile assistita o di chi ne cura gli interessi e dai servizi sociali e/o sanitari che hanno in carico l'assistito, come risultante dal Progetto personalizzato di assistenza, fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205
INTERVENTI DI CUI AL DPCM 27.10.2020	<p>Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima, finalizzati all'assistenza (diretta o indiretta) della persona con grave o gravissima disabilità nel cui Progetto di assistenza individualizzato (PAI) sia individuato il caregiver</p> <p>L'attribuzione dell'assegno di cura a carico delle risorse oggetto del presente atto non può comportare una contrazione dei servizi già in godimento dalla persona assistita e presenti nel PAI. L'assegno di cura non può essere utilizzato per l'acquisto di beni e servizi a carattere sanitario</p> <p>Contributi a tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali; l'intervento è rivolto ai caregiver familiari delle persone non autosufficienti o con disabilità grave, già valutate dagli organismi preposti e in lista per l'accesso alle unità di offerta residenziali</p> <p>Sostegni a Programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita. Si tratta di assegni di cura finalizzati all'acquisto di servizi di cura a favore di persone istituzionalizzate con grave disabilità, al fine di facilitare il loro rientro in famiglia e alleggerire l'onere del lavoro di cura del caregiver familiare</p>
PRIORITÀ DI INDIVIDUAZIONE DEL TARGET BENEFICIARIO	<p>Ai caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto.</p> <p>Ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione.</p> <p>A programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita</p>

Priorità di accesso alle prestazioni è data alle istanze presentate da persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto (Appendice 1). La disabilità gravissima della persona assistita è attestata dalle UVM presso i Distretti sanitari, anche con attestazioni pregresse in caso di compromissioni fisiche/intellettive e funzionali non passibili di miglioramento.

In caso di risorse insufficienti a soddisfare la domanda, hanno priorità le istanze che presentano una maggiore intensità di bisogno assistenziale e un'insufficiente copertura del bisogno. L'intensità del bisogno assistenziale della persona assistita è quantificata dalle UVM presso i Distretti sanitari, anche con valutazioni pregresse in caso di compromissioni fisiche/intellettive e funzionali non passibili di miglioramento.

A parità di condizioni, priorità di intervento è data all'istanza con il reddito ISEE di importo inferiore (il reddito ISEE da considerare è quello sociosanitario della persona assistita); nelle graduatorie, a parità di posizione, precede l'istanza in cui il caregiver familiare sia convivente della persona assistita.

Per la determinazione delle priorità di assegnazione del beneficio e delle incompatibilità, la Regione Abruzzo emana e aggiorna specifici atti di indirizzo in relazione alle disposizioni programmatiche e finanziarie ministeriali, in raccordo con gli indirizzi e le modalità di altri interventi nazionali e regionali a favore della disabilità e non autosufficienza.

Altri interventi integrativi regionali per il sostegno alle categorie fragili

La Regione Abruzzo prevede inoltre un sostegno economico per il rimborso delle spese annuali per i malati oncologici che si sottopongono a cure e terapie e per soggetti in attesa o sottoposti a trapianto, i cui criteri e indirizzi sono riportati nella **specifica L.R. 42/2019**, che prevede la possibilità di rimborsare le richieste di contributo inoltrate direttamente dagli aventi diritto con proprio SPID tramite lo sportello digitale regionale.

3.3. L'accesso, la valutazione del bisogno e l'attivazione degli interventi e servizi per la non autosufficienza e del caregiver familiare, elementi di incompatibilità

Gli ECAD, di concerto con i servizi del PUA e dell'UVM distrettuali, garantiscono la trasparenza delle informazioni e delle procedure di accesso ai benefici per la non autosufficienza attraverso un sistema omogeneo di accesso e di valutazione del bisogno; per l'attivazione degli interventi diretti e indiretti vengono recepiti e applicati gli indirizzi normativi nazionali e regionali in materia di sostegno alla non autosufficienza. Le fasi procedurali da garantire su tutto il territorio regionale attraverso gli ADS/DSB sono di seguito riportate:

MODALITÀ DI RICHIESTA PRESSO GLI AMBITI DISTRETTUALI SOCIALI	Richieste di residenti o domiciliati nella Regione Abruzzo tramite avvisi pubblici e modalità di legge atte a garantire la trasparenza e uniformità di accesso
MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE (DIRRETTO/INDIRETTO)	Ammissibile dietro valutazione UVM, redazione PAI con budget progetto (art. 14 della L. 328/2000)
MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DEGLI INTERVENTI E ASSEGNAZIONE DEL BENEFICIO ED ELEMENTI DI INCOMPATIBILITÀ	<ul style="list-style-type: none"> Il beneficio diretto e indiretto può essere erogato fermo restando l'obbligo di redazione del PAI con budget di progetto e sottoscrizione di accordo di fiducia L'erogazione dei benefici economici tramite assegni di cura viene assegnata in assenza o in alternativa o nel caso si attesti nel PAI e budget di progetto la necessità della complementarità con altri servizi assistenziali diretti e indiretti previsti per le medesime finalità Nel periodo contemplato l'utente non deve essere stato ricoverato presso strutture socioassistenziali o ospedalizzato per lunga degenza e/o non deve aver usufruito già, nel medesimo periodo assistenziale, di altro assegno di cura per le stesse finalità <p>Incompatibilità del beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> In ogni caso è fatto divieto di utilizzare le risorse di assegni di cura e per la disabilità gravissima per l'acquisto di prestazioni e servizi di carattere medico-sanitario Genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima, beneficiari di contributo nella stessa annualità e periodo assistenziale di riferimento Caregiver dei soggetti assegnatari del contributo per la Vita indipendente, di cui alla L. R. 57/2012, nella stessa annualità e periodo assistenziale di riferimento o di interventi analoghi attuati con Fondi nazionali (ad es. progetti sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali) Caregiver dei soggetti già assegnatari dell'assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi 1.200,00 euro mensili, nel cui contratto di fiducia gli stessi risultano individuati quali assistenti personali Caregiver in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza della persona disabile

3.4. Indirizzo per la determinazione delle graduatorie di priorità di assegnazione dei benefici economici di cura per la disabilità gravissima e la non autosufficienza grave e il sostegno al caregiver familiare nel caso di risorse insufficienti

Le procedure di valutazione e ammissione ai benefici per il sostegno alla non autosufficienza e al caregiver familiare devono garantire la **piena trasparenza e pubblicizzazione informativa e di accesso**, oltre che la **continuità assistenziale** nel caso in cui risulti necessario garantire il permanere della presa in carico dell'avente diritto tramite PAI e budget di progetto. La valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale tiene conto dei seguenti **fattori di priorità**:

Ordine priorità	Elementi per la valutazione del bisogno	Enti preposti alla valutazione
1	Intensità del bisogno socioassistenziale e della compromissione funzionale tramite scale di valutazione validate e appropriate alle varie tipologie della disabilità gravissima e non autosufficienza grave	UVM/ADS
2	Disagio e deficit sostegno familiare se rilevante, medio, basso, inesistente	UVM/ADS
3	Situazione reddituale (ISEE sociosanitario ristretto) che tiene conto delle indicazioni del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 e degli indirizzi regionali	ADS

3.5. Il sostegno alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare adeguato e le strutture per il Dopo di Noi, le Case di Comunità e Case della Salute

Il presente atto di indirizzo viene applicato anche nell'ambito di persone non autosufficienti e con disabilità, prive o con inadeguato sostegno familiare e parentale, in cui sono previsti interventi specifici di rafforzamento anche nelle **azioni e misure complementari di riforma del PNRR**. Interventi a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale per il sostegno alle persone fragili prive di sostegno familiare e che, ai sensi dell'art. 4 del Decreto interministeriale 2016 e della L. 112/2016, necessitano di interventi individuali di presa in carico e accompagnamento verso percorsi di autonomia della persona, definiti tramite una valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un progetto individuale, in cui vengono articolate nel budget di progetto le azioni e le risorse umane e finanziarie dedicate. Le azioni da realizzare sono:

- percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero di deistituzionalizzazione (all'art. 3, comma 2 e 3 del D.M. 2016);
- interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentino caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (art. 3, comma 4 del D.M. 2016);
- programmi di accrescimento della consapevolezza, di abitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livelli di autonomia (art. 3, comma 6 del D.M. 2016);
- promozione dell'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient assisted living (art. 3, comma del 6 D.M. 2016).

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Anche per gli interventi sopra delineati sono richieste, nella nuova programmazione, azioni di sistema per definire le procedure di raccordo con gli enti territoriali attuatori dei percorsi progettuali e gli indirizzi omogenei applicativi dei costi standard e di servizio. Azioni finalizzate a ottimizzare la risposta al bisogno complesso espresso con l'obiettivo guida di ridurre i tassi di ricoveri impropri e di istituzionalizzazione. **Risultati attesi della nuova programmazione sociale 2022-24 e del PNRR nella Misura 5 del contrasto alle fragilità, coesione e infrastrutture sociali e nella Misura 6 per una salute di prossimità, prevedendo servizi di prossimità sociosanitarie quali le "Case di Comunità" e "Case della Salute" previste anche nella Misura 6 del PNRR (salute di prossimità).**

3.6. Rimodulazione e rendicontazione delle risorse e obbligo di monitoraggio

3.6.1. Adempimenti a valere sulle misure e risorse del FNA

Al fine di verificare l'efficace gestione delle risorse, nonché la destinazione delle stesse al perseguimento delle finalità previste dalle presenti Linee di indirizzo, anche alla luce degli obblighi di trasparenza di cui all'art. 11, comma 1, del Decreto Legislativo 27.10.2009, n. 150, la Regione Abruzzo è tenuta a comuni-

care al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ai sensi del comma 2, art. 5 del Decreto 26.09.2016, tutti i dati necessari al monitoraggio degli interventi finanziati con le risorse del **Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza**.

Pertanto, gli enti di ambito sociale, destinatari dei contributi, **sono tenuti a inviare apposita rendicontazione**, entro il termine comunicato dal competente servizio della Giunta Regionale, unitamente a un **dettagliato rapporto finale** sui risultati raggiunti. Inoltre, gli enti di ambito sociale dovranno trasmettere al competente servizio regionale – entro i termini stabiliti – le informazioni necessarie per la rilevazione della spesa effettuata, del numero di persone assistite in generale nel proprio territorio, nonché quelle in condizioni di disabilità gravissima distinte per tipologia di disabilità, ai sensi dell’art. 3, comma 5, del D.M. 26 settembre 2016 e ss. disposizioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e nello specifico attraverso la rendicontazione annuale degli ADS prevista tramite apposita piattaforma SIOSS istituita con D.M. 103 del 22 agosto 2019 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Inoltre, nelle modalità stabilite dall’INPS e dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell’accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2019 e ribadite nella circolare dell’INPS regionale del 9 maggio 2019, i Comuni e gli Ambiti Distrettuali Sociali sono tenuti ad alimentare il “Casellario dell’Assistenza” (SIUSS) e le relative sezioni dedicate alla disabilità e non autosufficienza (“SINA”) con i dati riferiti alla presa in carico e alle prestazioni sociali erogate.

3.6.2. Adempimenti a valere sulle misure e risorse per il caregiver familiare

Le spese ammissibili sono quelle relative alle attività previste dall’intervento, a condizione che i relativi pagamenti siano successivi all’attribuzione del CUP, a seguito della ammissione a finanziamento.

Inoltre, le spese ammissibili tengono conto del rispetto della normativa comunitaria e nazionale in materia di ammissibilità della spesa; in nessun caso sono ammissibili spese afferenti a obblighi tributari non inerenti allo specifico intervento o nel limite in cui non siano recuperabili ai sensi dell’art 15 del DPR n. 22 del 5 febbraio 2018 (es. il costo dell’IVA è un costo ammissibile solo quando non possa essere, in qualsiasi modo, recuperata dal beneficiario finale).

Gli ECAD garantiscono il monitoraggio degli interventi realizzati, in termini qualitativi e quantitativi, fornendo agli uffici regionali i necessari dati di risultato.

Gli interventi finanziati con risorse FSC 2014-2020 devono essere monitorati, ai sensi dell’art. 1, comma 703, della legge n. 190/2014 e delle Delibere CIPE nn. 25 e 26 del 2016, nonché delle circolari applicative emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dall’Agenzia della Coesione – NU-VEC, attraverso la rilevazione e l’aggiornamento dei dati di progetto e dei relativi avanzamenti nel periodo temporale di realizzazione.

A tal fine ogni ADS, in qualità di beneficiario e soggetto attuatore, deve individuare il Responsabile Unico di Progetto che avrà il compito di/sarà tenuto a rilevare, aggiornare e validare sul Sistema Gestione Progetti (SGP) i dati di monitoraggio relativi all’avanzamento procedurale, fisico, economico e finanziario degli interventi, assumendosi la responsabilità della veridicità delle informazioni conferite. Il nominativo del Responsabile Unico di Progetto è formalizzato alla Regione Abruzzo entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione di assegnazione delle risorse e la trasmissione della presente programmazione. A ogni Responsabile Unico di Progetto sono attribuite le credenziali di accesso (username e password) per operare all’interno del sistema SGP, in modo da consentire la diretta immissione e alimentazione dei dati evolutivi di progetto; i necessari adempimenti di monitoraggio nel sistema SGP avvengono bimestralmente (circolare MEF-IGRUE prot. n. 10/2017) secondo una serie di scadenze ivi indicate.

Il mancato adempimento degli obblighi di monitoraggio comporterà la sospensione dei pagamenti da parte della Regione Abruzzo.

Per ulteriori approfondimenti sulle attività di monitoraggio si fa riferimento a: MANUALE UTENTE SISTEMA GESTIONE PROGETTI - Aggiornamento giugno 2017 (Agenzia Coesione Territoriale); VADEMECUM MONITORAGGIO - dicembre 2015 (MEF IGRUE); MONITORAGGIO UNITARIO PROGETTI - Controlli di Validazione - Versione 1.0 - novembre 2016 (MEF IGRUE).

Gli ADS assicurano il trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018.

4. INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

4.1. L’integrazione professionale nel Punto Unico di Accesso (PUA)

La Regione ha emanato diverse e specifiche norme e Linee di indirizzo sul Punto Unico di Accesso (PUA), a partire dai precedenti Piani Sociali Regionali (periodo 2002-2013), dal Piano sanitario regionale 2008-2010 (L.R.5/2008), dalla DGR 224/2007. Tuttavia, l’ultimo atto prescrittivo sul PUA in ambito sanitario è previsto dal Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 2013. Esso prevede in sintesi:

- accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- servizio strategico per l’integrazione sociosanitaria;
- semplificazione, sburocratizzazione, ottimizzazione della presa in carico;
- ubicazione nei punti di erogazione del distretto;
- collegamento con i segretariati sociali degli ambiti sociali;
- dotazione minima di un assistente sociale (di ambito sociale o di distretto), un operatore professionale sanitario, un amministrativo, un direttore di distretto;
- possibilità di utilizzare altro personale di distretto o di ambito;
- istituzione con deliberazione del direttore generale dell’ASL;
- richiesta di accesso, che può essere formulata da tutti i diversi stakeholders, registrata secondo uno standard minimo di informazioni;
- distinzione fra bisogni semplici, direttamente gestiti dal PUA, e bisogni complessi inviati all’UVM.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 recepisce le indicazioni di rafforzamento del PSN 2021-2023 individuando il Punto Unico di Accesso quale livello essenziale di prestazione sociale, il rafforzamento dell’accesso sociale nell’ambito del PUA, il suo ruolo centrale nel processo di integrazione sociosanitaria, lo stretto raccordo formalizzato fra PUA, segretariato sociale, servizio sociale professionale e Unità di Valutazione Multidimensionale.

Obiettivo essenziale nel Piano Sociale Regionale 2022-2024 è pertanto il rafforzamento del ruolo e della funzione locale di **porta unitaria di accesso**, che garantisce il raccordo e la cooperazione fra Comuni/ADS e ASL/DSB e che assicura un’adeguata presenza della componente sociale nell’ambito degli interventi e servizi a elevata integrazione sociosanitaria. La complementarità fra gli operatori sociali e sociosanitari del PUA garantisce una **maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, specie nelle aree interne e montane**, anche attraverso il necessario efficientamento dell’utilizzo di un sistema informativo sociosanitario fra ECAD e ASL-DSB condiviso.

4.2. L’integrazione professionale nelle attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Analogamente alla regolazione del PUA, le Unità di Valutazione Multidimensionale sono state nel corso di questi anni oggetto di più provvedimenti, l’ultimo dei quali è rappresentato dal Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 2013, in cui si prevede:

- la composizione dell’UVM con professionalità sociosanitarie preposte alla valutazione di utenti rispetto a problematiche di tipo sanitario, assistenziale, tutelare, psicologico e socioeconomico; come previsto dalla L.R. 5/2008 l’UVM è composta da: direttore del Distretto come coordinatore o un suo delegato, medico di medicina generale eletto nell’UCAD, coordinatore delle professioni sanitarie del Distretto o altro personale sanitario, assistente sociale dell’ente di ambito e del Distretto; tale composizione può essere integrata con altre figure specialistiche (geriatra, neurologo, neuropsichiatra infantile, ecc.), da familiari caregiver, da ogni altra figura ritenuta necessaria;
- lo svolgimento delle valutazioni in forma collegiale;
- la forte relazione fra PUA e UVM;
- lo svolgimento di attività quali l’analisi e la valutazione multidimensionale, la visita del pazien-

te, l'individuazione del setting, l'individuazione del Case Manager alla prima seduta di valutazione, l'elaborazione del Piano assistenziale individualizzato, la rilevazione dei servizi e delle prestazioni fruite da ciascun paziente.

Nel corso degli anni di attuazione dell'UVM, a partire dal Piano sanitario 2008-2010, è emersa la criticità di forte sbilanciamento dell'Unità di Valutazione verso la dimensione sanitaria rispetto a quella sociale. Da entrambi i versanti è, invece, molto avvertita la necessità di integrazione gestionale dell'UVM. Il Piano Sociale Regionale 2021-2023 prevede azioni di sistema da condividere con gli ADS e i DSB per rendere omogenei e uniformi gli strumenti, i processi e le funzioni, e l'utilizzo di griglie valutative specifiche e ulteriori rispetto a quelle indicate nel DCA 107/2013 (ad esempio, per la valutazione della disabilità gravissima e della non autosufficienza grave sulla base degli indirizzi e di alcuni strumenti in fase di validazione, individuati nel DPCM 21.11.2019 del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019/202116, la scala di valutazione "mNA"). Sicuramente risulta necessario definire azioni di condivisione con gli Ambiti distrettuali e i DSB per garantire una maggiore uniformità di accesso, valutazione del bisogno ed erogazione delle prestazioni dirette e indirette, anche in vista del nuovo PNA 2022-2024 previsto nel 2022 e delle azioni per la non autosufficienza e la disabilità del PNRR (sono in corso di discussione la Riforma 1.1. del PNRR della legge quadro sulla disabilità e la Riforma 1.2. sull'assistenza degli anziani non autosufficienti).

Il **Piano di riqualificazione del Sistema sanitario abruzzese** (DCA n. 55 del 10.06.2016) ha inoltre già atteso, con il finanziamento previsto dai Progetti Obiettivo nazionali, l'incremento di 60 Case manager (ciascuno dei quali potrà gestire 100 pazienti) e 11 psicologi, che dovranno sostenere il sistema valutativo e assistenziale dei pazienti cronici.

Sebbene l'attuazione delle misure in materia di UVM necessiti di interventi su più livelli programmatici, si forniscono alcune raccomandazioni in attuazione delle previsioni del Piano Sociale Regionale 2022-2024 nella direzione di rafforzare l'integrazione professionale.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

L'Unità di Valutazione Multidimensionale rappresenta un importante pilastro dell'integrazione sociosanitaria professionale, avendo il compito di valutare, pianificare, coordinare e supervisionare l'intero processo di presa in carico sociale e sanitaria della persona con bisogni complessi.

La nuova programmazione sociale 2022-2024, attraverso azioni di sistema, gli strumenti della programmazione locale, le Convenzioni sociosanitarie e gli strumenti operativi a livello di ASL e di ciascun Distretto e Ambito Distrettuale Sociale, assicura:

- a. il rafforzamento professionale dell'UVM che sia nelle condizioni adeguate alla valutazione delle differenti dimensioni e profili sociali, sociosanitari, psicologici e cognitivi propri della piena integrazione sociosanitaria (**Unità di Valutazione Multidimensionale Integrate**);
- b. la presenza consolidata dell'**assistente sociale dell'Ambito Distrettuale Sociale** nell'UVM e il rafforzamento della presenza della figura dello psicologo, considerato l'aggravarsi dei disturbi cognitivi-comportamentali e della personalità e del disagio psicologico in ambito sociale e familiare, dovuto al permanere e all'aumento delle situazioni di esclusione e marginalità che la pandemia da Covid-19 ha fortemente acuite;
- c. la **specifica composizione dell'UVM nella valutazione e presa in carico di bambini in età pediatrica** e l'utilizzo di scale specifiche e adeguate per l'età evolutiva, nonché il rafforzamento della collaborazione inter-istituzionale fra UVM, Ufficio di servizio sociale per i minorenni, istituzioni scolastiche, ecc.;
- d. l'estensione dell'ambito operativo delle UVM anche ai **servizi innovativi** quali il "Dopo di Noi" e **l'adozione di scale richieste da norme o decreti ministeriali** (Fondo nazionale per le non autosufficienze, L.R. 57/2012, ecc.);
- e. la partecipazione attiva all'UVM anche del caregiver familiare in riferimento ai provvedimenti della legge 205/2017 e L.R. 43/2016;
- f. la facilitazione dell'accesso dei cittadini con bisogni complessi, disagio psichico e in carico ai SerD, ai percorsi semiresidenziali e residenziali: gruppi appartamento, case per la vita, residenze socioriabilitative, centri diurni, ecc.

4.3. La gestione integrata e il nuovo modello di Piano assistenziale individualizzato

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 ritiene quale aspetto essenziale, nel sistema integrato dei servizi alla persona, la presa in carico attraverso il **Piano assistenziale individualizzato**, cercando di valorizzare la dimensione "progettuale" dello strumento rispetto all'utilizzo a fini meramente erogativi, come spesso accaduto in passato, conformando anche gli schemi e i modelli esistenti. Il processo di presa in carico, alla luce della valutazione, può essere pienamente valorizzato se il PAI, strumento oggi obbligatorio per l'erogazione di servizi e prestazioni sociosanitarie in tutti gli ambiti della non autosufficienza e delle patologie croniche, ricomprende tutti gli aspetti bio-psicosociali della persona assicurando il massimo livello di cure per il miglioramento della qualità della vita delle persone beneficiarie dei servizi.

Un Piano che mette al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il Piano assistenziale individualizzato (PAI), che **dovrà essere progettato, gestito, monitorato, informatizzato e costantemente aggiornato a cura sia degli operatori sociali sia sanitari**, consentendo anche **la partecipazione dell'utente e della sua famiglia**. A tal fine il **Distretto sanitario deve poter rendere disponibile tutta la relativa documentazione all'operatore del servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale**, prevedendo anche la **gestione informatizzata e condivisa del documento**. Nei casi di non autosufficienza di minori e di adulti, il PAI deve configurarsi anche come **Progetto di vita** e non soltanto come mero strumento di erogazione dei servizi (cfr. art. 14 della L. 328/2000).

Anche il Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese, di cui alla DCA n. 55 del 10.06.2016, ha posto una forte enfasi su questo strumento, in linea con il Piano Sociale Regionale 2022-2024. Esso prevede che il Piano assistenziale sia costantemente verificato e monitorato rispetto all'erogazione effettiva dei servizi con l'utilizzo di un Sistema Informativo di verifica del PAI per il paziente in assistenza domiciliare teleassistita.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

La nuova programmazione si pone l'obiettivo prioritario di promuovere e potenziare il **modello di presa in carico multidimensionale** con un percorso ben definito, in cui si tiene conto della tipologia di svantaggio e non autosufficienza, della rete sociale e familiare, delle risorse dirette e indirette, dei servizi socioassistenziali e sociosanitari coinvolti e che determinano le azioni e il budget di progetto. Un sistema informativo che deve rappresentare in dettaglio:

- a. il Piano assistenziale previsto per ogni singolo paziente;
- b. la valutazione iniziale del paziente;
- c. il fabbisogno di assistenza ritenuto necessario e le risorse di output (budget di progetto);
- d. le modalità di erogazione delle cure programmate, anche eventualmente in modalità teleassistita;
- e. gli accessi presso il domicilio del paziente dei singoli operatori sanitari, anche attraverso meccanismi di conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione prevista, da parte del paziente o dei suoi familiari;
- f. eventuali progressi raggiunti.

4.4. Indirizzi per la gestione documentale e per un monitoraggio condiviso in ambito sociosanitario

La programmazione sociale 2022-2024, tra gli obiettivi di sistema, si pone anche la definizione di un sistema informativo regionale che possa dialogare e integrarsi con gli altri settori complementari e funzionali alla gestione integrata degli interventi e dei servizi a elevata integrazione sociosanitaria. Il *digital divide* nei servizi sociali e sanitari rappresenta ancora un forte limite sia alla gestione e al monitoraggio dei singoli casi, sia alla condivisione e allo scambio di informazione fra servizi, con il conseguente indebolimento dell'integrazione sociosanitaria.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Anche in questo caso il nuovo Piano Sociale si pone l'obiettivo di creare un **sistema informativo so-**

ciosanitario integrato, in cui dialogano e condividono processi e dati i due attori principali in ambito sociosanitario: il DSB e l'ECAD per la gestione del PUA, del sistema di accesso e valutazione del bisogno e degli interventi territoriali a elevata integrazione sociosanitaria, che devono necessariamente promuovere azioni innovative per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni sociosanitari.

Vi è la necessità di promuovere anche a livello tecnico e strumentale un sistema integrato che dialoga e si raccorda con le piattaforme attive per i servizi alla persona:

- l'Osservatorio sociale regionale;
- lo sportello digitale regionale;
- il SIOSS istituito con D.M. 103 del 22.08.2019;
- il SISR istituito dalla Regione Abruzzo per la rendicontazione annuale dei Piani distrettuali sociali;
- il SIUSS e il Casellario dell'Assistenza.

4.5. La formazione congiunta degli operatori dell'area sociale e sanitaria

Un aspetto fondamentale, che il PSN 2021-2023 individua quale nuovo LEPS da potenziare, riguarda la formazione, l'aggiornamento continuo e la supervisione del personale sociale e sociosanitario. Un aspetto essenziale per rafforzare l'integrazione professionale sociosanitaria. È opportuno che le risorse settoriali e complementari per l'efficientamento del Piano Sociale Regionale 2021-2023 e dell'ambito del sistema sanitario regionale (SSR) per la valorizzazione delle risorse umane siano destinate a tale scopo.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

A tal proposito la nuova programmazione sociale regionale promuoverà azioni dirette presso gli ADS:

- a. per il recepimento degli indirizzi e dei nuovi LEPS del PSN 2021-2023 nei rispettivi Piani distrettuali sociali e il rafforzamento dei servizi sociali locali, che vede proprio nella capacità di raggiungere gli standard nazionali del servizio sociale professionale (1/5000 ab. e lo standard ottimale 1/4000 per assistente sociale) e della interdisciplinarietà delle risorse umane per la valutazione del bisogno e la realizzazione degli interventi (risorse di tipo sociale, psicologico ed educativo) attraverso azioni di sistema di efficientamento e di accompagnamento rivolto agli ADS;
- b. azioni di formazione congiunta DAS-DSB che possono sicuramente migliorare il sistema locale dei servizi alla persona, in particolare nell'ambito sociosanitario, e rafforzare le capacità e le modalità di collaborazione professionale e dialogo tra servizi, che risultano essenziali nei processi di rete per la co-programmazione e la co-progettazione degli interventi.

Un intervento regionale è già in atto con il "Progetto Rebuilding" che prevede risorse in tal senso e che va rafforzato e integrato con azioni a valere sul Fondo Povertà.

Allegato 1B - Appendice normativa

- Regione Abruzzo, DGR 224 del 13.03.2007, Appendice E, "Sistema delle cure domiciliari. Linee guida";
- Regione Abruzzo, L.R. 10.03.2008, n. 5, "Un sistema di garanzie per la salute, Piano sanitario regionale 2008-2010";
- Ministero della Sanità, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", 2008;
- Regione Abruzzo, DGR n. 23 del 16.01.2012, "Approvazione della Cartella Domiciliare Integrata Regionale";
- Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 20.12.2013, Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- Regione Abruzzo, Decreti del Commissario ad acta sulle quote di partecipazione dell'utenza alle prestazioni sociosanitarie: Decreti n. 92-103-105/2014, n. 13/2015, n. 34/2016, n. 93/2016, n. 94/2016;
- Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 56 del 29.05.2015, Piano regionale di prevenzione 2014-2018;
- Regione Abruzzo, DGR n. 667 del 07.08.2015, "Programmazione sociale regionale. Definizione degli Ambiti territoriali sociali. Atto di indirizzo";
- Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 16 del 08.03.2016, "Art. 8, comma 1, D.Lgs 502/1992, Patto per la salute 2014-2016. Programmazione regionale in ordine all'istituzione e attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale e della pediatria di libera scelta";
- Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 08.03.2016, "Art. 8, comma 1, D.Lgs 502/1992, Patto per la salute 2014-2016. Programmazione regionale in ordine all'istituzione e attivazione delle Unità Complesse di Cure Primarie";
- Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 55 del 10.06.2016, "Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018";
- Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 65 del 29.06.2016, Piano regionale di prevenzione 2014-2018. Modifica e integrazione del Decreto del Commissario ad acta n. 56/2015 del 29.05.2015;
- Regione Abruzzo, DGR n. 438 del 30.06.2016, "Intesa rep. Atti 146/CSR del 30/07/2015 - progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso. Approvazione progetto regionale "Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne";
- DPCM 12.01.2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli indirizzi del D.M. 71/2022 sui modelli e standard dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale;
- Regione Abruzzo, DGR n. 43 del 07.02.2022 di approvazione del Piano Sociale Regionale 2022 - 2024 (che recepisce gli indirizzi e nuovi LEPS del PSN 2021-2023);
- Regione Abruzzo, DGR n. 707 del 17.11.2020 "Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti - Piano Locale per la Non Autosufficienza - PLNA 2019-2021" (recepimento PNA 2019-2021 ai sensi del DPCM 21.11.2019); il PNA 2022-2024 è in fase di redazione e sarà integrato come capitolo 4° al PSN 2021-2023;
- L.R. 43/2019 e il DPCM 20 ottobre 2020 "Criteri e modalità di utilizzo risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020";
- Regione Abruzzo, DGR n. 726 del 15.11.2016, "Atto di Indirizzo Applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari della disciplina prevista dal DPCM 159/2013 (Indicatore della situazione economica equivalente ISEE)" - Conferma del provvedimento già adottato con DGR n. 552/P del 25 agosto 2016;
- Regione Abruzzo, ASR Abruzzo, Agenzia Sanitaria Regionale, "Studio sulle cure domiciliari.

- **Analisi delle nuove linee guida**, pubblicato sul sito istituzionale in data 22.09.2015;
- Conferenza Stato Regioni, Intesa rep. 82/CSR del 10 luglio 2014, **Patto per la salute 2014-2016**;
- Regione Abruzzo, Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 43, **“Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)”**;
- DPCM del 12.01.2017 sui **Livelli essenziali di assistenza** (nuovi LEA);
- Lavoro del luglio 2021 predisposto da **AGENAS** su **Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale**, nel quale ci sono spunti interessanti e indicazioni sulle équipe multiprofessionali;
- **PNRR e le azioni complementari di riforma**: Riforma 1.1. legge disabilità e Riforma 1.2 interventi per la non autosufficienza;
- **Piano dell’Assistenza territoriale della Regione Abruzzo** in corso di redazione e pubblicazione da parte del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo in collaborazione con l’AGENAS e la cui parte relativa ai fabbisogni sociali e l’integrazione sociosanitaria è stata redatta in collaborazione con il Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Lavoro-Sociale.

Allegato 2B – Convenzione integrazione sociosanitaria - PSR 2022 - 2024

Schema tipo della Convenzione per l’integrazione sociosanitaria

CONVENZIONE SOCIO SANITARIA
per l’organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria
TRA
l’Ambito Distrettuale Sociale e l’Azienda USL

(luogo e data; indicazione e qualifica dei sottoscrittori)

PREMESSO CHE

- il Piano Sociale Regionale 2022-2024, approvato con deliberazione n., tra le diverse misure per l’attuazione dell’integrazione sociosanitaria, prevede anche il ricorso necessario allo strumento della Convenzione tra l’Ambito Distrettuale Sociale e l’Azienda USL, per la definizione concordata delle modalità organizzative e gestionali relative allo svolgimento delle funzioni di integrazione sociosanitaria nel territorio dell’Ambito Distrettuale Sociale
- l’oggetto specifico della Convenzione è stato approvato dalla Conferenza dell’Ambito distrettuale e dal DSB competente in coerenza con le previsioni programmatiche del Piano sociale distrettuale e del Programma delle attività territoriali del Distretto sanitario;
- che la Convenzione stipulata costituisce allegato al Piano distrettuale sociale e ne condiziona l’efficacia, costituendo uno dei presupposti per la positiva verifica di compatibilità con il Piano Sociale Regionale;
- (altre indicazioni generali: riferimenti normativi, iter formativo della Convenzione, eventuale partecipazione delle Zone di gestione sociale, ecc.)

TUTTO CIÒ PREMESSO

Art. 1 Oggetto

1. L’Ambito Distrettuale Sociale rappresentato da e l’Azienda USL rappresentata da, stipulano la presente Convenzione sociosanitaria, in attuazione di quanto previsto dal Piano Sociale Regionale 2022-2024, allo scopo di disciplinare su base comune l’esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione operativa in forma associata dei servizi e delle attività a elevata integrazione sociosanitaria.
2. La Convenzione disciplina, in particolare:
 - a. le responsabilità di gestione delle materie oggetto della Convenzione;
 - b. i processi di organizzazione e di partecipazione;
 - c. il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
 - d. le risorse finanziarie impiegate per l’attuazione delle attività programmate;
 - e. l’esercizio delle funzioni integrate tra l’ECAD e il DSB della Convenzione, che fanno capo all’ufficio di coordinamento sociosanitario istituito presso il PUA dei distretti sanitari di base.
3. La Convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti, concernenti le modalità organizzative e gestionali di esercizio dell’integrazione sociosanitaria, riferito alle materie sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, ex art. 3septies, commi 2 e 4 del D. Lgs. 502/1992, e del Piano di Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo, che individua gli indirizzi programmatori e operativi in ambito sanitario e socio-sanitario in riferimento ai LEA, di cui al DPCM 12 gennaio 2017, e agli indirizzi del sistema sanitario nazionale, di cui al D.M. 71/2022, e applica gli indirizzi sociosanitari del PSN 2021-2023, del PSR 2022/24 e della nuova programmazione sociosanitaria prevista dal PNRR e REACT-EU, comunque nel rispetto della programmazione regionale di settore;
4. I servizi, le attività e gli interventi sociosanitari oggetto della Convenzione fanno riferimento

agli indirizzi delle Linee guida sull'integrazione sociosanitaria, di cui il presente documento è parte integrante e sostanziale, e riportate nel Piano distrettuale sociale dell'ADS, nel quale sono dettagliatamente descritti lo sviluppo delle attività organizzative e operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato.

Art. 2 Funzioni di gestione

1. Le funzioni di raccordo operativo territoriale delle attività convenzionate per la gestione associata e integrata sono affidate all'Ufficio di coordinamento integrato ADS/DSB, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate.
2. Gli enti sottoscrittori adottano le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena funzionalità dell'Ufficio, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione, per quanto di competenza in ambito sanitario a livello distrettuale e sociale facente capo all'ADS di riferimento.
3. La funzione di coordinamento operativo delle attività convenzionate è affidata al Responsabile dell'Ufficio di cui al comma 1, nominato dall'ente di appartenenza.
4. Indicazioni sulle modalità di definizione delle soluzioni organizzative: documento allegato alla Convenzione, Protocollo operativo previsto.

Art. 3 Partecipazione

1. Gli enti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali allo svolgimento delle attività oggetto della Convenzione, in attuazione delle disposizioni normative e programmatiche, sia nazionali sia regionali, vigenti in materia e in riferimento alle nuove riforme complementari sulla disabilità e non autosufficienza del PNRR (Riforma 1.1. e Riforma 1.2), anche attraverso l'azione di informazione e comunicazione sociale sulle scelte adottate.
2. Indicazioni sulle eventuali modalità specifiche di partecipazione adottate.

Art. 4 Coordinamento interprofessionale e multidisciplinare

1. Gli enti sottoscrittori provvedono ad assicurare l'integrazione e il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario, finalizzati a realizzare gli obiettivi individuati dalla programmazione di settore, anche in relazione ai percorsi assistenziali specifici di ciascuna area di integrazione.
2. Attraverso il coordinamento interprofessionale, gli enti sottoscrittori promuovono in particolare la più ampia integrazione operativa dei percorsi assistenziali secondo i processi di:
 - a. accesso al sistema;
 - b. presa in carico integrata multidisciplinare;
 - c. Piano assistenziale o educativo individualizzato e budget di progetto;
 - d. attivazione delle prestazioni assistenziali e sociosanitarie;
 - e. verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti;
 - f. indicazioni sulle modalità specifiche di coordinamento adottate.

Art. 5 Definizione dei processi di integrazione operativa e programmatica

1. In attuazione della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a definire:
 - a. a livello operativo, i processi e le modalità di valutazione multidimensionale del bisogno, della presa in carico integrata attraverso il progetto assistenziale/educativo individualizza-

- to e il budget di progetto;
- b. a livello di sistema e di programmazione integrata, le previsioni annuali e pluriennali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie oggetto della Convenzione stessa;
- c. a livello programmatico, le modalità di integrazione operativa tra le azioni del Piano distrettuale sociale (PDS) in capo agli ADS e del Piano di attività territoriale (PAT) in capo ai DSB e altri servizi territoriali della ASL (in applicazione degli indirizzi del Piano di assistenza territoriale della Regione Abruzzo e del D.M. 71/2022).

Art. 6 Organo comune della Convenzione

1. L'organo comune per l'esercizio delle funzioni ai sensi della Convenzione è l'Ufficio di coordinamento sociosanitario integrato ADS/DSB, con il compito specifico di coordinare l'organizzazione e lo svolgimento delle attività previste e di monitorare e gestire i flussi informativi e i dati riferiti alla valutazione e presa in carico dei servizi e interventi a elevata integrazione sociosanitaria.
2. Il funzionamento dell'Ufficio di coordinamento di cui al comma 1 è disciplinato da apposito regolamento adottato dall'ECAD/DSB, con la previsione di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

Art. 7 Obbligo di informazione reciproca

1. Gli enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dall'Ufficio di coordinamento sociosanitario del PUA, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.
2. Gli atti dei singoli enti che interessano le materie oggetto della Convenzione sono comunicati tempestivamente all'Ufficio di coordinamento sociosanitario (all'interno del PUA), da parte dei competenti uffici.

Art. 8 Durata

1. La Convenzione ha durata triennale, soggetta a rinnovo, in coerenza con gli atti di programmazione da cui trae origine, e deve essere integrata e aggiornata in riferimento all'evoluzione normativa e delle disposizioni in materia sociale e sociosanitaria emanate a livello nazionale e regionale (PSN, PNA, FIS, PSR, FSE/FSC, PNRR/REACT EU, Piano Povertà e altre misure settoriali).

Art. 9 Controversie

1. La soluzione di eventuali controversie derivanti dall'interpretazione della Convenzione o da inadempienze e inosservanze degli impegni assunti, è demandata a un collegio arbitrale costituito da tre rappresentanti, nominati dall'Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale, dall'Azienda USL e dalla Regione Abruzzo.

Nota: il presente atto dovrà essere aggiornato in relazione agli indirizzi e alle disposizioni normative e programmatiche nazionali e regionali (del Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Lavoro-Sociale) e che seguono una programmazione integrata e modulare, con particolare riferimento al PSN 2021-2023, al Piano Povertà 2021-2023, al PNA 2022-2024 (in fase di redazione), alle azioni del FSE e FSC 2021-2027 e altre misure progettuali e complementari del PNRR e REACT EU, che fanno capo al coordinamento e alla regia della Regione Abruzzo attraverso l'organismo interno di pilotaggio "Abruzzo Prossimo" per il prossimo decennio 2021-2030.