



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

# RAPPORTO SOCIALE REGIONALE 2013

VOLUME 1



DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA,  
POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

Il Rapporto Sociale 2013 è stato realizzato dall'AREA POLITICHE SOCIALI,  
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E FAMIGLIA con la collaborazione dei  
diciannove Servizi Sociali dei Comuni della regione e dei quattro Osservatori  
Provinciali delle Politiche Sociali e col supporto di:



WELFARE DI COMUNITA'  
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA n. 2  
"Bassa Friulana – Isontina"  
**(Zuttion R., Petri C., Zaghis R., Zenarolla A.)**



FONDAZIONE GIACOMO BRODOLINI  
**(Merolla A., Aiza A., Chies L., Forte G.)**



ISTITUTO REGIONALE PER GLI STUDI  
DI SERVIZIO SOCIALE  
**(Beraldo C., Greco D., Tomasin P., Zanetti C.)**

Progetto ed impaginazione grafica:  
Ufficio stampa e comunicazione  
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Udine

Stampa:  
Centro stampa regionale, Servizio logistica, digitalizzazione  
e servizi generali - Trieste

luglio 2015

# RAPPORTO SOCIALE REGIONALE 2013 VOLUME 1



---

## SOMMARIO

PRESENTAZIONE	9
NOTA METODOLOGICA	11
PREMESSA	13
Tra complessità, frammentazione e differenziazione: il perimetro del Rapporto Sociale	13
PARTE PRIMA	21
Capitolo 1	23
Lo scenario di fondo: tra tendenze di lungo periodo e nuove emergenze	23
1.1 Il contesto demografico	23
1.1.1 Aumentano i grandi anziani e diminuiscono giovani e adulti	23
1.1.2 Famiglie più numerose e più piccole	26
1.1.3 Matrimoni in diminuzione	29
1.1.4 Cresce l'integrazione della popolazione straniera	30
1.2 Il contesto economico	33
1.2.1 Gli effetti della crisi sul tessuto economico-produttivo e sul lavoro	33
1.2.2 L'incremento della povertà	34
Capitolo 2	43
Il sistema integrato dei servizi e interventi sociali	43
2.1 Il Servizio sociale dei Comuni	44
2.2 Altri soggetti che concorrono al sistema integrato	51
2.3 L'accesso della popolazione al sistema integrato	53
2.4 La Pianificazione di Zona 2013-2015	56
2.4.1 L'integrazione sociosanitaria nei Piani di Zona	58
2.4.2 La partecipazione alla Pianificazione di Zona	61
2.4.3 Punti di forza e punti di debolezza della Pianificazione di Zona	65
2.5 Considerazioni d'insieme	66
Capitolo 3	71
Uno sguardo d'insieme: l'utenza del sistema integrato dei servizi sociali e del più ampio sistema di protezione sociale	71
3.1 Gli utenti presi in carico dal Servizio sociale dei Comuni	72
3.2 I beneficiari di servizi e interventi erogati da altri soggetti del sistema di protezione sociale	79
PARTE SECONDA	85
Capitolo 4	87
Servizi e interventi a favore della famiglia e dei minori	87
4.1 Servizi e interventi di carattere promozionale	89
4.1.1 La Carta famiglia	89
4.1.2 L'associazionismo familiare	91
4.1.3 L'assegno di natalità	94

---

4.1.4	I servizi educativi per la prima infanzia	94
4.1.5	I centri di aggregazione giovanile e gli Informagiovani	98
4.2	Servizi e interventi di sostegno a famiglie e minori in situazioni di disagio	102
4.2.1	Il servizio socio educativo	102
4.2.2	L'affido familiare	105
4.2.3	L'adozione	110
4.2.4	L'accoglienza dei minori in comunità	112
4.2.5	Interventi a favore di minori stranieri non accompagnati	116
4.2.6	Interventi a favore di minori e giovani con problematiche legate alla devianza	118
4.3	Considerazioni d'insieme	118
	Capitolo 5	121
	Servizi e interventi a favore delle persone adulte	123
5.1	Il nuovo disagio adulto e l'approccio dell'attivazione	123
5.2	Il sostegno economico e la logica del progetto	125
5.3	L'inserimento socio-lavorativo	129
5.4	Il contrasto alle situazioni di grave povertà ed emarginazione: la collaborazione con la Caritas	132
5.5	Considerazioni d'insieme	135
	Capitolo 6	139
	Servizi e interventi a favore delle persone anziane	139
6.1	Gli anziani come risorsa: la promozione dell'invecchiamento attivo	140
6.2	Il sostegno alla domiciliarità	142
6.3	L'accoglienza residenziale	150
6.4	Le sperimentazioni	154
6.5	Considerazioni d'insieme	155
	Capitolo 7	163
	Servizi e interventi a favore delle persone con disabilità	163
7.1	Mobilità, accessibilità e informazione	164
7.2	Il sostegno alla domiciliarità	167
7.3	L'accoglienza residenziale	170
7.4	L'inserimento lavorativo	170
7.5	L'Amministrazione di sostegno	172
7.6	Considerazioni d'insieme	174
	PARTE TERZA	179
	Capitolo 8	181
	Le risorse umane	181
8.1	Considerazioni d'insieme	186
	Capitolo 9	191
	Le risorse finanziarie del Sistema di Protezione sociale	191

---

9.1 La spesa sociale nel Friuli Venezia Giulia	193
9.1.1 La spesa regionale	194
9.1.2 La spesa comunale	198
9.1.3 Il contributo dell'utenza	199
9.2 La spesa dei SSC e degli Enti delegati alla gestione dei servizi per disabili	200
Capitolo 10	209
La spesa regionale per gli investimenti nel settore socioassistenziale e sociosanitario	209
PARTE QUARTA	213
Capitolo 11	215
Il Sistema Informativo dei Servizi Sociali	215
11.1 Considerazioni d'insieme	221
Capitolo 12	225
La formazione e l'aggiornamento degli operatori	225
CONCLUSIONI	229





## PRESENTAZIONE

Offrire un quadro del sistema regionale di protezione sociale dal quale trarre indicazioni utili per definire e attuare un piano di riforme capace di innovarlo e renderlo in grado di rispondere con maggior efficacia ai bisogni della popolazione regionale.

È questo l'obiettivo del Rapporto Sociale 2013 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, che intende proporsi come strumento con cui aiutare quanti operano nel sistema integrato di servizi e interventi sociali a rileggere l'insieme delle sue attività e risorse al fine di individuare i miglioramenti e le innovazioni che le trasformazioni sociali ed economiche in atto rendono necessario apportare.

La crisi epocale che la Regione Friuli Venezia Giulia sta attraversando, infatti, ha radicalmente modificato le esigenze della popolazione. Nuovi profili di povertà sono emersi andando ad aggiungersi e ad aggravare i già noti bisogni legati alla non autosufficienza e alla bassa natalità. Le persone che chiedono aiuto al sistema sono aumentate e presentano situazioni di disagio sempre più complesse perché caratterizzate dall'intreccio di molteplici problematiche che, senza adeguati interventi di contrasto, evolvono spesso verso un rapido peggioramento.

La consistenza di queste situazioni e il carattere di urgenza e gravità assunto da molte di esse impongono di procedere in tempi rapidi a un riordino complessivo del sistema che consenta di superare la sfida che le stesse pongono sul piano dell'efficacia, dell'equità e della sostenibilità dei servizi.

Il Rapporto sociale 2013 ha voluto fornire una base conoscitiva utile per individuare tali miglioramenti e innovazioni, presentando dati e informazioni relativi all'utenza, ai servizi erogati e alle risorse umane ed economiche impiegate dal sistema, ed evidenziando i suoi punti di forza e di debolezza.

Tre sono gli elementi caratterizzanti il sistema che l'analisi svolta ha consentito di cogliere: la sua complessità, legata alla pluralità di soggetti che lo compongono e alle loro molteplici relazioni; la sua frammentazione, dovuta ai diversi interventi attivati da tali soggetti a volte senza un adeguato coordinamento; la sua differenziazione, frutto della diversificazione che caratterizza il territorio regionale e gli stessi servizi dal punto di vista storico, geografico, istituzionale e organizzativo. Si tratta di elementi che apportano al sistema un'indubbia ricchezza, visibile dall'entità dell'attività svolta e delle risorse umane e finanziarie messe in campo che il rapporto ha cercato di ricostruire. Al tempo stesso però non si possono non riconoscere i limiti che essi comportano in termini di equità dei diritti garantiti e di omogeneità dei livelli assistenziali offerti. Su queste dimensioni pertanto sarà necessario lavorare.

Il Rapporto si compone di due volumi: col primo ci si è proposti di fornire un testo, funzionale alla lettura, che descrive e analizza i temi trattati, accompagnandoli dai principali dati di supporto; col secondo, invece, si sono voluti mettere a disposizione i dati che hanno costituito la base informativa di riferimento. In questo modo si è cercato di valorizzare il lavoro di quanti si impegnano per documentare la propria attività e alimentare il Sistema Informativo dei Servizi Sociali. A tutti loro va un sentito ringraziamento.

Maria Sandra Telesca

Assessore alla salute, integrazione  
socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia



---

## NOTA METODOLOGICA

Diverse sono le fonti dalle quali sono stati attinti i dati utilizzati per la stesura del Rapporto Sociale 2013. Le fonti principali sono state il Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) della Regione Friuli Venezia Giulia e gli Uffici amministrativi della Direzione Centrale salute, Integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Ad esse sono state affiancate le banche dati dell'ISTAT, dell'INPS, degli "Osservatori diocesani delle povertà e delle risorse" delle Caritas Diocesane di Gorizia, Pordenone, Trieste e Udine, e dell'Area Welfare di comunità dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2.

Attraverso il SISS è stato possibile ricavare i dati delle sue rilevazioni periodiche ossia, la "Rilevazione biennale sulle professioni sociali del Servizio sociale dei Comuni", la "Rilevazione regionale sui presidi residenziali socio-assistenziali", la "Rilevazione regionale sui centri diurni per anziani", la "Rilevazione sui centri diurni per disabili", la "Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia", la "Rilevazione sugli strumenti di sostegno all'inserimento socio-lavorativo in Friuli Venezia Giulia", la "Rilevazione regionale servizi prima infanzia" e la "Rilevazione regionale sui minori certificati e minori certificati ai fini scolastici".

Tramite il SISS, inoltre, si è attinto alla banca dati della Cartella Sociale Informatizzata (CSI) dalla quale provengono i dati utilizzati nei capitoli che presentano gli aspetti quantitativi dell'utenza dei servizi erogati a livello regionale. L'estrazione dei dati della CSI avviene attraverso il Business Object (BO), un software della categoria Business Intelligence (BI) che permette di creare direttamente analisi e reportistiche, nonché di eseguire il download dei dati elementari a partire dai quali produrre le analisi successive utilizzando appositi software.

Tutti i micro dati utilizzati per produrre i grafici e le tabelle commentati nel Rapporto sono stati scaricati nel periodo dal 01.01.2015 al 03.01.2015 utilizzando una query costruita in riferimento ai seguenti parametri del dato di flusso che utilizza come intervallo la data di inizio e fine dei tre anni di riferimento: per il 2011 dal 01.01.2011 al 31.12.2011; per il 2012 dal 01.01.2012 al 31.12.2012; per il 2013 dal 01.01.2013 al 31.12.2013. L'ulteriore parametro utilizzato è il periodo di validità che per il 2011 va dal 01.01.2011 ad oggi; per il 2012 va dal 01.01.2012 ad oggi e per il 2013 va dal 01.08.2013 ad oggi. Infine, nella query di estrazione sono stati utilizzati ulteriori due parametri: "ultima riga intervento=1" e "ultima riga profilo=1".

Attraverso questa procedura di download si sono ottenute tre matrici, una per anno, contenenti i micro dati degli utenti presi in carico. Le tre matrici sono state successivamente sottoposte a un processo di sistematizzazione e pulizia per poter essere trattate con appositi software di analisi. La banca dati della CSI ha permesso di utilizzare i dati di 18 dei 19 SSC della regione, in quanto per Trieste, che utilizza un proprio sistema di registrazione dell'utenza in dialogo con la CSI, il riversamento dei dati al momento dell'estrazione non era ancora completo. Per colmare la lacuna, l'Ufficio di Piano del Comune di Trieste ha fornito diretta-

---

mente i dati complessivi di utenza (genere, macro fascia età, disabili) e di alcune delle misure considerate nell'analisi (SAD, Pasti a domicilio, servizio socio educativo, servizio socio assistenziale per disabili).

Tuttavia, nel caso di alcuni dati commentati nel capitolo 3 e relativi al profilo degli utenti (condizione professionale, composizione nucleo familiare, diagnosi sociale, macro tipologia di intervento, cittadinanza e diagnosi sociale), si è dovuto procedere con delle stime effettuate a partire dagli ultimi dati disponibili per Trieste e presenti nella CSI, che risalgono a giugno 2012.

Ulteriori dati sono stati raccolti direttamente dalla "Direzione Centrale salute, Integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia regionali", dall'Area Welfare e dal Servizio sociale dei Comuni. Tali dati si riferiscono alla spesa sostenuta dalla Regione per finanziare le politiche sociali ricavate dalle proprie poste di bilancio, alla spesa sostenuta dai diciannove SSC ricavata attraverso i bilanci consuntivi, all'offerta residenziale per gli anziani, ai dati sulla disabilità e ai dati di monitoraggio dei Piani di Zona.

I dati relativi alla fonte ISTAT si riferiscono agli aspetti demografici, alla composizione delle famiglie, ai matrimoni divorzi e separazioni e al contesto economico-produttivo (attività economica, dati sul mercato del lavoro, ecc.), che sono stati ricavati dal datawarehouse I.Stat presente in rete (<http://dati.istat.it/>). Si è fatto uso inoltre dei micro dati ISTAT relativi alle rilevazioni annuali: "Rilevazione statistica sui presidi residenziali" e "Indagine sugli interventi e i Servizi sociali dei Comuni singoli o associati socio-assistenziali e socio-sanitari". L'elaborazione di questi micro dati ha permesso di redigere parte del capitolo sulle risorse umane (cap. 8) e parte del capitolo sulle risorse finanziarie (cap. 9).

---

## PREMESSA

### Tra complessità, frammentazione e differenziazione: il perimetro del Rapporto Sociale

Nel definire il “**perimetro**” di **trattazione del Rapporto sociale** si è preso come riferimento metodologico la definizione assunta dall’ISTAT per l’*Indagine sugli interventi e i Servizi sociali dei Comuni singoli o associati*, che per “servizi sociali” intende «tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario».

Si tratta quindi di un “perimetro” ampio che ha il suo focus sul **Servizio sociale professionale**, che effettua la “**presa in carico**” degli utenti ed è in capo alla gestione associata dei Comuni, ma che considera altresì i servizi e le “**prestazioni**” erogate dai Comuni (compresi gli asili nido e servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia) e l’**assistenza residenziale** in capo agli enti gestori delle strutture per minori, disabili e anziani.

La promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale vengono garantite dalla Regione Friuli Venezia Giulia attraverso un articolato sistema di servizi e interventi sociali che trova il suo principale riferimento normativo nella legge nazionale 8 novembre 2000, n. 328 «*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*» e nella legge attuativa regionale 31 marzo 2006 n. 6 «*Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*».

La normativa regionale assegna alla **Regione** le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo e attribuisce **al Comune la titolarità** della risposta ai bisogni di carattere sociale della popolazione attraverso l’esercizio delle funzioni di programmazione, amministrative e di erogazione dei servizi e delle prestazioni del sistema integrato. In particolare, la stessa prevede che **l’esercizio di tali funzioni** venga svolto dai **Comuni in forma associata**, attraverso il Servizio sociale dei Comuni (di seguito SSC), relativamente al servizio sociale professionale e segretariato sociale, al servizio di assistenza domiciliare e di inserimento sociale, agli interventi di assistenza economica, al pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari e ad altre competenze comunali eventualmente delegate.

La stessa normativa prevede inoltre che i Comuni possano individuare, sulla base di un’apposita convenzione, la **forma amministrativo-gestionale** con la quale realizzare il SSC scegliendola tra la delega a un Co-

---

mune, all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria, a un'Azienda Pubblica per i Servizi alla persona o altra forma associativa.

Al fine di assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni di salute della comunità, inoltre, la L.R. 6/2006 ribadisce la coincidenza dell'ambito territoriale relativo al Servizio sociale dei Comuni con l'area territoriale del Distretto sanitario.

Il processo di attuazione della L.R. 6/2006, a nove anni di distanza, evidenzia una **realtà regionale differenziata**. Sono operativi diciannove Servizi sociali dei Comuni di ambito distrettuale, organizzati in genere con un Responsabile, un Ufficio di direzione e programmazione, un'attività di segretariato sociale e la maggior parte degli operatori suddivisi in aree corrispondenti alle principali categorie di utenza: minori, adulti, anziani e disabili.

Tutti i SSC hanno un **territorio coincidente con quello del Distretto sanitario**, fatta salva la specificità della realtà triestina<sup>1</sup>.

Per quanto attiene le **forme di collaborazione sovra comunale** con le quali realizzare il SSC individuate dalla norma, **hanno trovato applicazione tutte le fattispecie proposte**, ossia la delega al Comune capofila, all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria (di seguito AAS), all'Azienda per i Servizi alla Persona, oltre alla realtà triestina che mantiene una propria specificità anche a questo riguardo, dal momento che il Comune non fa parte di una gestione associata intercomunale.

L'esercizio associato delle funzioni indicate dalla norma ha trovato realizzazione a eccezione dell'assistenza economica, affidata in tutti i casi all'ambito per la fase istruttoria ma trattenuta a livello comunale nella maggior parte degli ambiti per quanto concerne la fase di definizione e successiva erogazione. Inoltre, l'assegnazione facoltativa di ulteriori deleghe al SSC è avvenuta in modo differenziato a seconda dei contesti, portando il sistema ad assumere una **configurazione a geometria variabile**.

La gestione associata, peraltro, si regge prevalentemente sulla gestione dei fondi regionali e assume un rilievo differenziato a seconda degli ambiti distrettuali dal punto di vista dell'apporto economico dei Comuni e dell'assetto organizzativo che risulta ancora molto debole in alcuni casi, in quanto "centrato" sui livelli e sulle regolamentazioni comunali preesistenti e, in generale, sull'esercizio da parte dei singoli Comuni di numerose funzioni e sull'erogazione da parte degli stessi di molte "misure", con un notevole impiego di proprie risorse economiche, oltre che di provenienza regionale, e con l'assorbimento della maggior parte delle compartecipazioni dell'utenza al costo delle prestazioni.

---

<sup>1</sup> L'unica eccezione a tale impostazione è presente sul territorio triestino dove i tre territori di competenza del Servizio sociale dei Comuni di Muggia-San Dorligo, Trieste, Duino-Aurisina - Sgonico e Monrupino, si inseriscono in quattro aree distrettuali sanitarie. Tale sovrapposizione vede in particolare le diverse aree circoscrizionali del Comune di Trieste gravitanti su tutti e quattro ambiti distrettuali sanitari.

---

A livello **comunale**, infatti, vengono direttamente **erogate molte prestazioni**, in particolare diverse tipologie di contributi economici - da quelli relativi all'abbattimento dei canoni di locazione casa e del costo dell'energia elettrica, a quelli generici di sostegno al reddito, al bonus bebè, all'abbattimento rette negli asili nido -; viene effettuata la **gestione di numerosi servizi e interventi** a favore dei minori e giovani, delle famiglie e dei singoli in situazioni di povertà (assegnazione di alloggi, mense, lavanderia e pasti, trasporti, ecc.), nonché la **gestione delle strutture proprie** diurne e residenziali per anziani e per la prima infanzia.

Infine, i Comuni **sostengono un rilevante impegno finanziario relativo all'integrazione rette** dei propri residenti ospitati in strutture semiresidenziali e residenziali per gli anziani e per i disabili gestite dagli enti gestori preposti.

Il sistema integrato dei servizi sociali, inoltre, per sua natura vede i Comuni, sia singoli che associati, operare, in base al principio di sussidiarietà, di concerto con i **soggetti del terzo settore** presenti in regione in modo particolarmente ricco e diversificato (volontariato, associazionismo, cooperazione sociale, fondazioni) e con i soggetti privati.

Risulta pertanto evidente la **complessità del sistema dei servizi e interventi regionale**, sia sotto l'aspetto della gestione dei servizi sia sotto il profilo delle relazioni e degli assetti istituzionali e organizzativi.

La pluralità di modelli e di assetti gestionali individuata dalla normativa regionale ha consentito flessibilità e adattamento alle specificità dei diversi contesti locali ma, al tempo stesso, ha portato alla realizzazione di una pluralità di esperienze che tra loro si differenziano sotto molti aspetti e a una complessità di relazioni.

La complessità è, per molti versi, già insita nel settore sociale che, nel contesto di un ampio sistema di protezione sociale, oltre a vedere lo Stato - attraverso l'INPS - erogare le cosiddette pensioni assistenziali, la Social Card e l'indennità di disoccupazione, in base ai principi di sussidiarietà orizzontale e verticale, ha una governance multilivello e concorre col sistema sanitario all'offerta di servizi sociosanitari; nel caso regionale, la **pluralità di modelli organizzativo-gestionali e di esperienze** rappresenta una ricchezza per il sistema, ma allo stesso tempo, ne accresce la complessità dal punto di vista delle relazioni interne, facendo sì che l'oggettiva differenza di situazioni che ne consegue si traduca indubbiamente anche in termini di **frammentazione e diversificazione dei livelli assistenziali**.

Per assicurare la risposta ai bisogni dei soggetti anziani non autosufficienti, dei disabili, delle persone con problematiche legate alle dipendenze e alla salute mentale, e dei minori in condizione di forte disagio psico-sociale, il sistema dei Servizi sociali dei Comuni interviene in modo rilevante su **problematiche che richiedono un'alta integrazione sociosanitaria** e opera pertanto in modo integrato con le Aziende per l'Assistenza Sanitaria. Al proposito, la Regione Friuli Venezia Giulia registra un **oggettivo ritardo dato dalla mancata identificazione delle modalità attuative dei LEA sociosanitari** di cui ai due D.P.C.M. del 2001.

---

Il che lascia margini di incertezza sull'attribuzione delle funzioni e delle responsabilità e soprattutto sulla definizione della ripartizione dei relativi oneri economici, non omogenea sul territorio regionale.

Per la **disabilità** il sistema è ancora definito dalla L.R. 41/1996<sup>2</sup> (ante LEA sociosanitari) che attribuisce ai Comuni la titolarità della funzione e consente agli stessi di scegliere, per quanto concerne la gestione dei centri diurni, delle strutture residenziali e delle soluzioni abitative protette alternative all'istituzionalizzazione, tra la forma consortile, altre forme associative e la delega all'AAS. In questo settore, pertanto, la copertura della spesa è garantita dai Comuni e dalla Regione direttamente senza un intervento economico da parte delle Aziende sanitarie. Inoltre, numerose strutture di rilievo regionale vengono direttamente finanziate dalla Regione. Su questa materia intervengono anche le Province alle quali la norma di riferimento attribuisce funzioni di promozione e coordinamento.

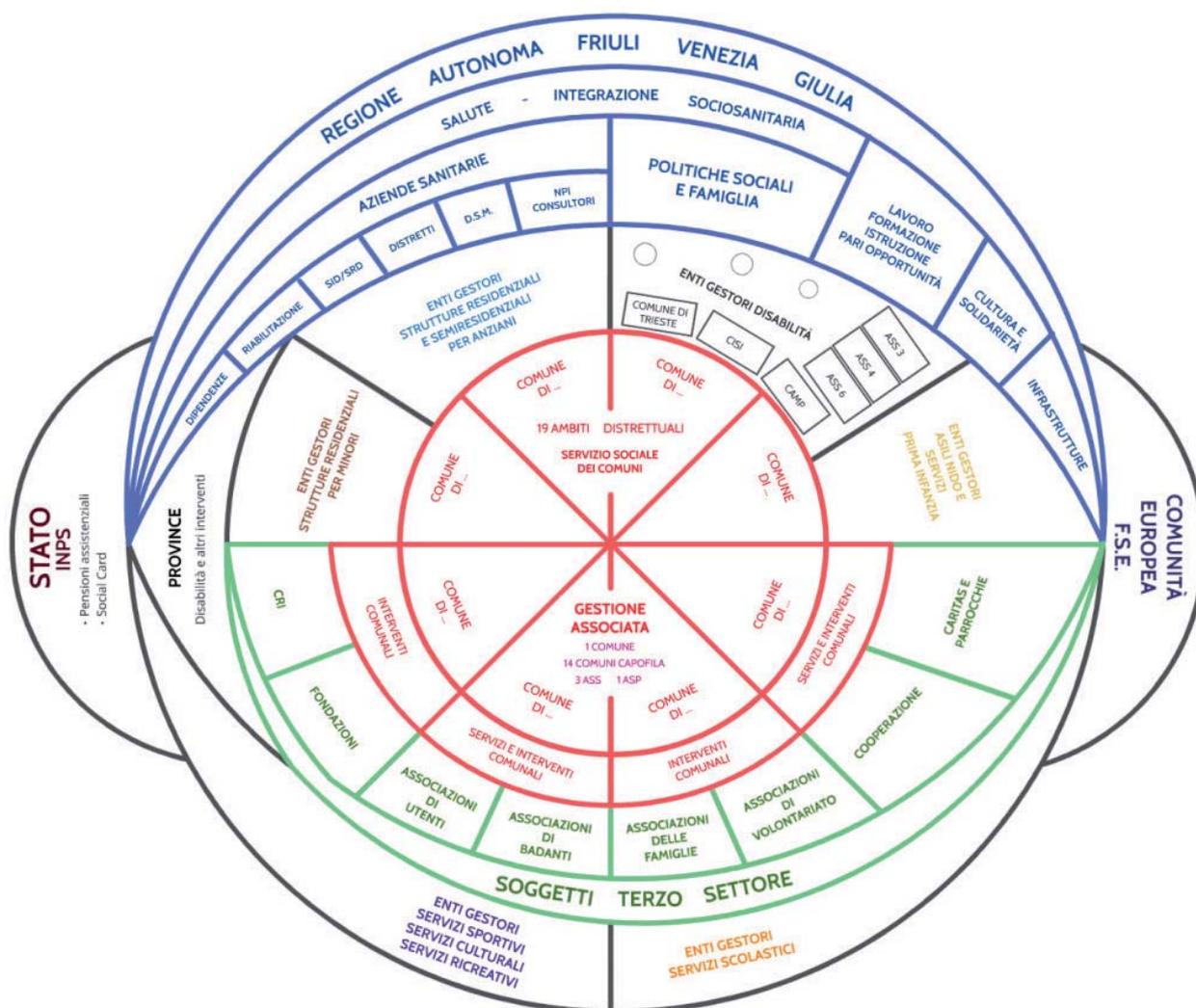
Anche in questo settore, pertanto, vi sono modelli gestionali diversi che hanno realizzato percorsi assistenziali differenziati, e questo, se rappresenta delle originali esperienze per un verso, per l'altro evidenzia un'ulteriore diversificazione nei livelli assistenziali.

La risposta al bisogno residenziale degli **anziani** non autosufficienti viene garantita da una pluralità di strutture residenziali e semiresidenziali la cui titolarità è diversificata tra diversi soggetti pubblici, privati e del privato sociale. I Comuni, come anticipato, intervengono coprendo i costi delle strutture a gestione diretta e, in generale, quelli della retta delle persone bisognose non in grado di sostenerla autonomamente. Le AAS, a fronte di specifiche convenzioni, concorrono alla copertura dei "soli" costi di carattere sanitario (pari a oltre 33 milioni annui), oltre alla Regione che interviene con 44,3 milioni annui per l'abbattimento retta in favore di persone non autosufficienti.

La risposta ai bisogni residenziali dei **minori in condizione di forte disagio psico-sociale**, infine, viene garantita attraverso un insieme di comunità di accoglienza la cui titolarità è nella quasi totalità dei casi di soggetti dell'associazionismo, dell'ambito religioso e della cooperazione sociale, ai quali il Servizio sociale dei Comuni corrisponde gli oneri relativi con il concorso non omogeneo delle AAS.

---

<sup>2</sup> Legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 «Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate"».



Questi elementi di complessità, frammentazione e differenziazione non hanno impedito al sistema regionale di interventi e servizi sociali di **dotarsi di un assetto e di raggiungere dei risultati particolarmente positivi che per molti aspetti rappresentano dei primati a livello nazionale.**

La gestione associata del Servizio sociale dei Comuni, infatti, costituisce la più importante esperienza concreta di gestione unitaria sovra comunale a livello regionale e rappresenta un elemento distintivo rispetto al contesto nazionale, che ha posto le premesse culturali per una visione sovra comunale delle politiche sociali dalla quale la recente legge regionale di riforma degli enti locali potrà sicuramente trarre vantaggi.

Altrettanto si può dire in merito alla coincidenza territoriale degli ambiti operativi dei Servizi sociali dei Comuni con i Distretti sanitari che risulta ancora poco presente nel panorama nazionale e costituisce un presupposto fondamentale per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, come ribadito anche dalla recente legge di riforma del sistema sanitario regionale.

La gestione associata si è sviluppata nel corso degli anni, dotandosi di una strutturazione organizzativa e di una strumentazione tecnica soprattutto contabile e informativa che, nonostante alcuni oggettivi limiti,

---

hanno contribuito a rafforzarla e a farle conseguire risultati apprezzabili in termini di esiti, prassi operative e modelli organizzativi.

Tali risultati si possono riconoscere nella presenza capillare del Servizio sociale professionale in tutti i Comuni e nella sua capacità di presa in carico di un'utenza sempre più numerosa e complessa; nel consolidamento del Piano di Zona quale strumento di programmazione e organizzazione dei servizi e interventi sociali a livello locale capace di far convergere attorno a obiettivi e azioni condivise una molteplicità di soggetti istituzionali e non istituzionali del territorio, di raccordarsi con la programmazione distrettuale/aziendale in materia sociosanitaria e di coordinarsi con i piani di settore di specifiche normative regionali quali quelle riferite alla famiglia, al lavoro, alla casa, alla formazione; nell'utilizzo da parte degli assistenti sociali di una Cartella Sociale Informatizzata in grado di alimentare in modo continuativo il Sistema Informativo Sociale regionale con dati riferiti a utenti e interventi; nell'investimento di una quota di risorse finanziarie regionale e comunale che consentono di garantire un livello di spesa sociale pro capite tra i più elevati a livello nazionale, sia sul fronte dei servizi sia su quello dei trasferimenti monetari.

Altrettanto evidenti però sono i **punti di debolezza connessi a tale complessità, frammentazione e differenziazione**. La mancanza di identità e autonomia giuridica del Servizio sociale dei Comuni è un primo elemento di criticità, che si traduce nella difficoltà del sistema di garantire la necessaria solidità istituzionale, contabile e organizzativa che nel caso di delega gestionale a un Comune porta a situazioni spesso precarie di equilibrio tra i Comuni singoli soggetti all'influenza delle loro dimensioni, alla rispettiva rilevanza politica e alle specifiche esigenze, nel caso di delega all'AAS introduce difficoltà burocratiche e amministrative legate ai differenti approcci organizzativi del sistema sociale e di quello sanitario, mentre nel caso della delega all'ASP aumenta ulteriormente la complessità delle relazioni introducendo un terzo soggetto accanto a Comuni e AAS.

Ulteriori elementi di debolezza si possono riscontrare nelle carenze di coordinamento e raccordo tra i numerosi soggetti che operano all'interno del perimetro del sociale che si traducono in: pluralità di porte d'accesso al sistema dei servizi non sempre tra loro integrate; risposte ai bisogni della popolazione fornite attraverso molti servizi e interventi talora sovrapposti e poco incisivi, caratterizzati da criteri di accesso, regolamentazione e contribuzione (da parte di Comuni singoli, associati e utenti) diversi; utilizzo non sempre omogeneo della Cartella Sociale Informatizzata; mancanza di un sistema gestionale condiviso e di sistemi informativi integrati tra le diverse organizzazioni.

Lungi dal rappresentare una ricchezza, la differenziazione rappresenta un elemento di debolezza e criticità quando si traduce in uno sbilanciamento nell'esercizio delle funzioni promozionali e di tutela, degli approcci professionali, dei modelli organizzativi e dei servizi erogati, non assicurando equità nei livelli assistenziali da garantire su tutto il territorio regionale. Oltre che all'assenza di chiari riferimenti nazionali e regionali in merito all'applicazione dei LEA, questi elementi di debolezza si devono attribuire anche alla mancanza di

---

un'adeguata programmazione sociale regionale e a una produzione normativa regionale in parte datata, poco coerente e armonica.

Molte norme, che nel passato hanno consentito di far raggiungere al sistema regionale risultati significativi in termini di risposta ai bisogni dei cittadini, non sono state aggiornate e ad esse si sono succedute molte disposizioni puntuali riferite soprattutto a singole "misure" anche di Assessorati diversi, accompagnate da complesse regolamentazioni, talora rigide e talora molto aperte ad integrazioni da parte delle Assemblee dei Sindaci negli ambiti distrettuali. In ogni caso produttrici di un notevole carico amministrativo per i SSC e per i Comuni.

Evidenti, quindi, sono i nodi da affrontare per riordinare il sistema in modo da consolidare gli elementi di ricchezza e positività che la complessità, la differenziazione e la frammentazione rilevate non hanno comunque impedito di raggiungere. Si tratta di nodi legati all'equità nell'accesso al sistema e alle sue misure, all'omogeneità dell'assistenza che esso offre, all'efficienza e all'efficacia dei modelli organizzativi e delle misure di cui deve dotarsi.

Questa premessa si è proposta di fornire sin dall'inizio, in forma concisa, una visione d'insieme e di fornire al contempo una chiave di lettura e di interpretazione con la quale addentrarsi tra le riflessioni e i dati di seguito proposti. Nei capitoli che seguono, dopo una breve presentazione dei principali elementi che caratterizzano il contesto demografico, sociale ed economico della regione, si entrerà nel dettaglio degli elementi che vanno a delineare la complessità e le criticità del sistema.



1

Lo scenario  
di FONDO: TRA  
Tendenze di Lungo  
Periodo e nuove  
emergenze



### Lo scenario di fondo: tra tendenze di lungo periodo e nuove emergenze

Nell'arco di pochi anni tanto l'economia quanto la società regionale sono state interessate da profonde trasformazioni economiche e sociali, sulla scorta di quanto sta avvenendo nel più ampio contesto internazionale. Bisogni e dinamiche che non si erano mai manifestati prima hanno fatto la loro comparsa anche tra la popolazione regionale, andandosi ad aggiungere a quelli già emersi o consolidati. Fenomeni quasi sconosciuti come quelli dell'impoverimento dei lavoratori e della disoccupazione di lunga durata sono venuti ad affiancarsi a processi in atto ormai da decenni come la denatalità e l'accentuato invecchiamento. Accade così che vecchie tendenze permangono accanto a nuove emergenze e l'acuirsi degli effetti delle prime accentua l'impatto delle seconde. Il capitolo che segue si sofferma su alcune delle principali emergenze e tendenze di medio-lungo periodo che stanno interessando il contesto regionale.

#### 1.1 Il contesto demografico

##### 1.1.1 Aumentano i grandi anziani e diminuiscono giovani e adulti

All'inizio del 2014 in Friuli Venezia Giulia risiedevano 634.673 donne e 594.690 uomini (per un totale di 1.229.363 persone, 93,3 uomini ogni 100 donne), con un rapporto lievemente inferiore ai valori nazionali (93,8).

Il FVG si conferma inoltre come una delle regioni dall'età media della popolazione più elevata (46,2 anni nelle previsioni per il 2014) dopo la Liguria (48 anni), dato che sottolinea il forte tasso d'invecchiamento. Infatti, il peso della popolazione con più di 65 anni sul totale della popolazione supera quello medio nazionale (24,5% contro il 21,2%).

Dal 2001 al 2014 a crescere sono soprattutto i grandi vecchi, ovvero gli ultra 85enni (+37%), che necessitano di una rete di sostegno molto consistente da parte dei Servizi sociali e sanitari e conseguentemente di risorse a loro disposizione. La popolazione regionale è cresciuta del 3,9% e al contempo la fascia sociale con un più marcato decremento è stata quella delle forze lavoro (15-64 anni: -3,1%).

La crescita robusta della popolazione anziana e la diminuzione della forza lavoro pongono interrogativi per certi versi preoccupanti alla società regionale ancora più rilevanti rispetto al livello nazionale. In assenza di un'inversione di tendenza dal lato demografico (aumento delle nascite), la sola popolazione immigrata,

---

cresciuta peraltro nell'ultimo periodo intercensuario del 154,1%, non riuscirà a garantire il ricambio demografico e quindi vi è l'oggettiva possibilità che non vi sia nel prossimo futuro abbastanza forza lavoro per mantenere l'attuale livello produttivo e per sostenere la sempre più numerosa popolazione inattiva (minori e anziani).

A conferma di quanto ora evidenziato va segnalato che nel decennio trascorso, tra i due ultimi censimenti (2001-2011), la popolazione di cittadinanza italiana è diminuita del 2% mentre quella straniera è aumentata del 4,3%. La provincia di Trieste è l'unica che registra un calo complessivo della popolazione residente (-4%), mentre quella di Pordenone mostra l'incremento più elevato (8,3%).<sup>3</sup>

Come si evince dal grafico 1.1, che riporta la piramide della popolazione regionale distribuita per età, gli ultrasessantacinquenni compensano l'assottigliarsi delle classi d'età più giovani e fino a 25 anni.

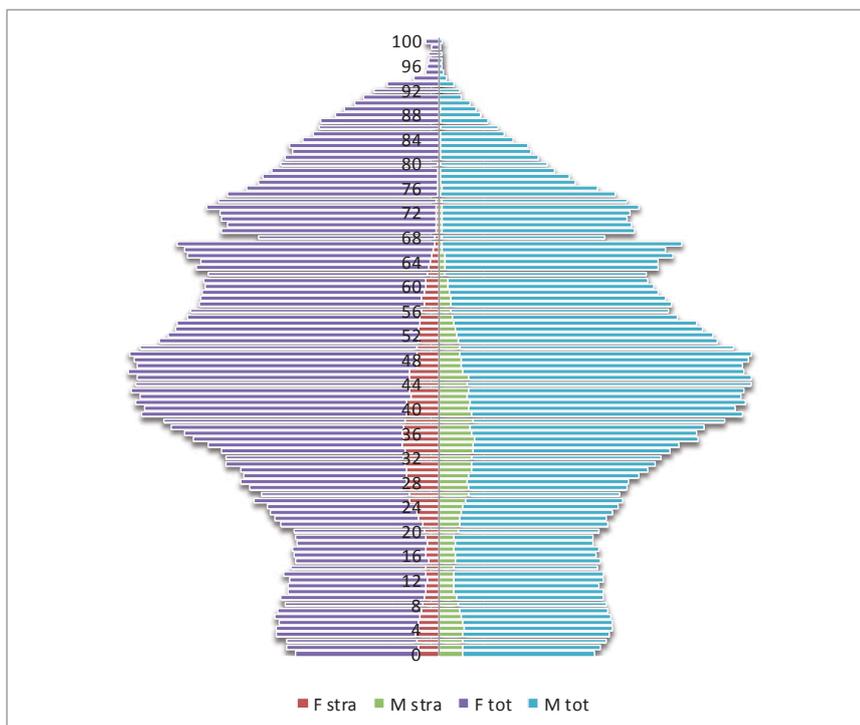
Nel caso della popolazione straniera, rappresentata dall'area più interna, la popolazione compare, invece, molto giovane e accompagnata in entità significativa da soggetti in minore età. In considerazione del fatto che le donne (specie le italiane) procreano in età sempre più avanzata e che i livelli di fecondità risultano molto bassi, in media 1,39 figli per donna (FVG), la riproduzione della popolazione non è più garantita, dato che il numero di figli per donna che consente alla popolazione di rimanere costante (esclusi i processi migratori) è, in media, di 2,1.

Si può pertanto ipotizzare un continuo calo della popolazione se i flussi immigratori tenderanno a contrarsi, come il caso di Trieste già dimostra.

---

<sup>3</sup> Per un dettaglio maggiore dei dati si faccia riferimento al volume contenente le tabelle e i dati utilizzati.

Grafico 1.1 – Struttura per età della popolazione italiana e straniera nel 2013 – regione FVG

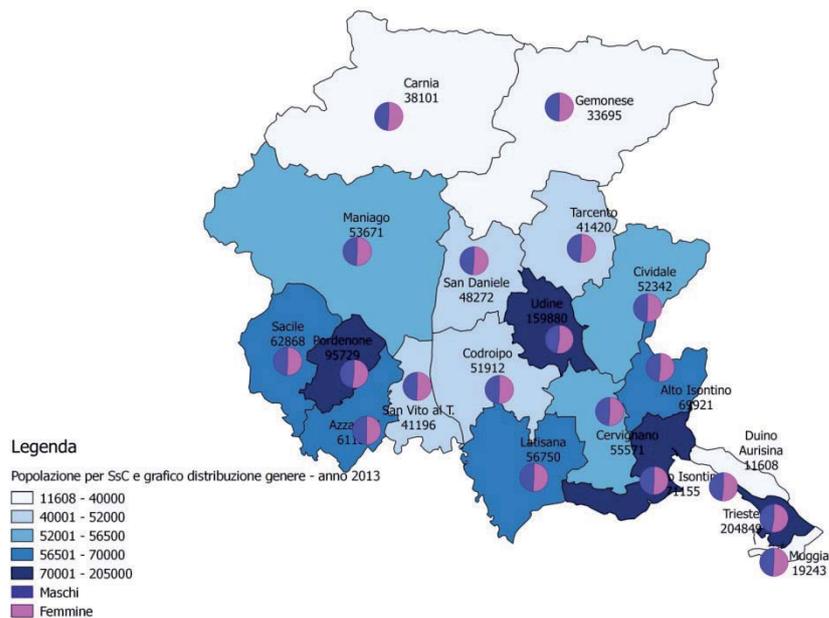


Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

La figura 1.2 mostra l'evidente sbilanciamento della popolazione femminile rappresentata dagli istogrammi (colorati in rosa con i dati per ambito riportati nell'etichetta), che indicano la composizione per genere in quelle aree in cui l'età media è più elevata (ambiti della provincia di Gorizia e di Trieste) e in tutti i capoluoghi di provincia. Contestualmente, i dati relativi alla densità della popolazione evidenziano il prevalere di contesti territoriali di ridotta densità demografica, a fronte di un numero elevato di Comuni.



Figura 1.2 – Struttura e densità della popolazione regionale per genere nel 2013 – Ambiti distrettuali FVG



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

### 1.1.2 Famiglie più numerose e più piccole

La frammentazione delle famiglie aumenta, infatti i dati relativi al numero delle famiglie evidenziano una tendenza alla crescita sempre più marcata (al 31.12.2013, i dati di bilancio demografico dell'ISTAT registrano in Friuli Venezia Giulia 561.120 famiglie, in netto aumento rispetto ai dati del Censimento che ne rilevavano solo 547.760, pur in lieve calo rispetto all'anno precedente). L'incremento del numero delle famiglie tra gli ultimi due censimenti è stato del 10% e dal 1971 addirittura di 102.174 unità (pari a +25,8%), a fronte di una diminuzione della popolazione del 2,1%.

Si deve rilevare che tali variazioni sono il risultato di situazioni provinciali molto differenziate. Se nella provincia di Udine e Pordenone nel periodo considerato le famiglie aumentano più della media nazionale (13,2%), a Gorizia l'incremento è inferiore al valore regionale, mentre a Trieste la situazione risulta sostanzialmente invariata.

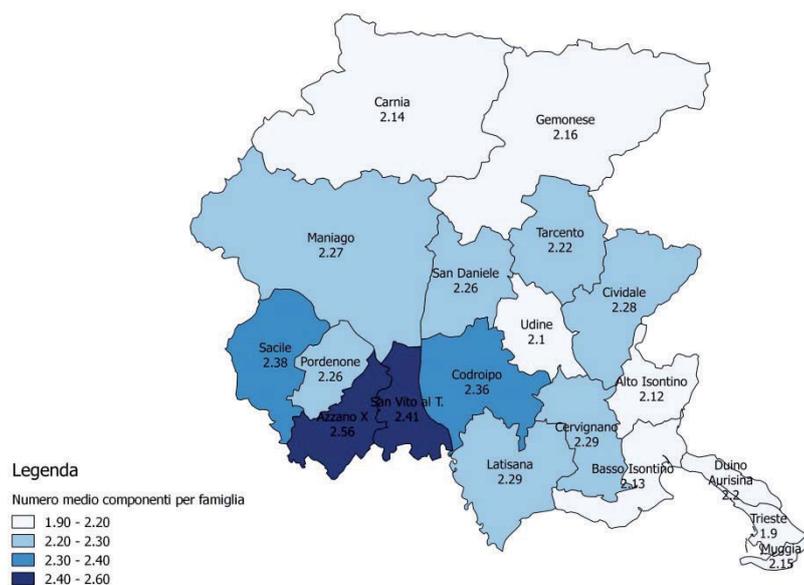
A una progressiva crescita del numero di famiglie fa riscontro un costante decremento della media dei componenti, che passa da 3,02 persone per famiglia nel 1971 a 2,21 nel 2011, per scendere poi al valore di 2,17 all'inizio del 2014.

Questi due fenomeni sono conseguenza di una pluralità di cause, quali la frammentazione dei nuclei familiari esistenti, per separazioni e divorzi o vedovanza, per l'afflusso di nuove famiglie immigrate, per la riduzione della natalità connessa all'innalzamento sia dell'età al matrimonio che di quella procreativa.

Il numero medio di componenti per famiglia a livello territoriale è minore sia di quello del Nord-Est (2,29) che di quello nazionale (2,34).

I valori minimi si hanno nella provincia di Trieste con 1,93, quelli massimi a Pordenone con 2,36, provincia che presenta un andamento di poco superiore a quello nazionale. Gorizia (2,13) e Udine (2,21) presentano valori di poco difformi da quello regionale. Più in generale, nelle province demograficamente "più giovani" e con maggiore potere di attrazione dei flussi migratori, si riscontra sia un considerevole aumento del numero di famiglie, sia una riduzione più contenuta della loro ampiezza media. La figura 1.3 rappresenta la distribuzione del numero medio di componenti per famiglia negli ambiti distrettuali.

Figura 1.3 – Numero medio di componenti per famiglia nel 2013 – Ambiti distrettuali FVG



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

Nel profondo cambiamento intervenuto tra i censimenti del 1971 e del 2011 incide pesantemente il raddoppio delle famiglie unipersonali (dal 16,9% al 35,6% del totale) e l'aumento meno rilevante (dal 24,7% al 29,5%) di quelle con due componenti. Questo comporta che circa due terzi (65,2%) dei residenti in regione

afferisce a nuclei familiari molto ristretti. Al contrario, è diminuita l'importanza dei nuclei numerosi: nel 1971 una famiglia su sette era formata da 5 o più componenti (15,2%), nel 2011 invece la quota relativa si è ridotta al 3,7%, un quarto rispetto al valore iniziale. Famiglie più piccole, quindi, che avranno sempre più bisogno di piani di intervento esterno, in considerazione delle caratteristiche che le contraddistinguono e che possono essere ricavate dallo schema 1.

Schema 1: Caratteristiche dei nuclei familiari in Friuli Venezia Giulia tra il 2011 e il 2012

Caratteristica	Valore assoluto	Quota
<b>Famiglia nucleare (coppia con o senza figli o monogenitore)</b>	349.000	63,3%
<b>Coppie con figli</b>	173.000	
<i>figlio unico</i>	96.015	55,5%
<i>due figli</i>	69.719	40,3%
<i>tre o più</i>	7.266	4,2%
<b>con figli minori (al 2001)</b>	97.136	55,0%
<b>Coppie senza figli</b>	123.000	
<b>Nuclei monogenitoriali</b>	53.000	
<i>di cui: con minori (al 2001)</i>	14.645	
<b>donne con figli</b>		81,3%
<i>di cui vedove</i>		47,1%
<b>Famiglie composte da una sola persona</b>	195.000	35,3%
<i>di cui donne</i>	116.025	59,5%
<i>donne con più di 60 anni</i>	79.594	68,6%
<b>Coppie di fatto (sul totale delle coppie)</b>	15.737	5,4%
<i>di cui con figli</i>	6.252	39,7%
<b>Nuclei familiari ricostituiti</b>	21.859	6,4%
<i>di cui: coppie non coniugate</i>	8.276	37,9%

Fonte: Indagine multiscopo delle famiglie italiane Istat

La progettazione degli interventi di sostegno alla famiglia ha bisogno anche di un maggiore approfondimento qualitativo che viene fornito da alcune rilevazioni campionarie condotte dall'ISTAT, l'Istituto Nazionale di Statistica. I risultati empirici mettono in luce per gli anni 2011-2012, che il 63,3% delle famiglie della regione - pari a circa 349.000 - è di tipo nucleare (coppia con o senza figli o monogenitore); tale percentuale appare abbastanza stabile e lievemente inferiore a quella nazionale (66,4%).

Per quanto riguarda i giovani con un'età compresa tra i 18 e i 30 anni che in un prossimo futuro potrebbero costituire nuovi nuclei, si rileva che su una popolazione di 146mila sono 95.000 i giovani celibi e nubili, che vivono insieme a uno o a entrambi i genitori. In particolare, nella classe d'età 18-24, vivono in famiglia 86,8

---

giovani su 100 di uguale età, mentre tra i 25 e 34 anni sono il 41,8%, pari a un valore medio per l'intera classe d'età giovanile del 57,1% contro il 61,2% nazionale.



### 1.1.3 Matrimoni in diminuzione

Una chiave di lettura importante per interpretare le trasformazioni dei comportamenti sociali in atto sul territorio regionale può essere rappresentata dalla tipologia di matrimoni celebrati e dal grado di instabilità della famiglia, dovuto a separazioni e divorzi.

Analogamente al resto d'Italia, ma in misura maggiore rispetto al Nord-Est, si evidenzia in regione una diminuzione del tasso di nuzialità da un valore quasi pari a 8‰ nei primi anni sessanta, a 4,8‰ all'inizio del nuovo millennio e all'attuale 3,1‰<sup>4</sup>. Tale riduzione è dovuta sia al differimento delle scelte matrimoniali dei giovani, sia alle convivenze senza il vincolo matrimoniale e, negli ultimi anni, al ridursi progressivo del numero di giovani adulti in "età da matrimonio", fenomeno che si accentuerà nei prossimi anni caratterizzati da un progressivo invecchiamento della popolazione.

Il calo del numero di matrimoni ha continuato il trend sfavorevole del periodo precedente e tra il 2005 e il 2012 ha segnato un -17,1%, cui si è associato un aumento continuo della quota dei matrimoni civili, che nel 2012 ha raggiunto il 57,2 % rispetto al totale dei matrimoni celebrati in regione. Rispetto agli anni '80 risultano, invece, più che dimezzati i matrimoni celebrati con rito religioso. Nello stesso periodo l'età media al primo matrimonio aumenta di circa due anni per entrambi i sessi, raggiungendo nel 2012 i 35,3 anni per i maschi e i 31,7 anni per le femmine. In merito alla cittadinanza degli sposi, in Friuli Venezia Giulia si evidenzia una maggior incidenza di matrimoni in cui almeno un componente è straniero (18,6%), rispetto al dato nazionale (14,8%), minore tuttavia rispetto alla ripartizione Nord-Est (21,1%).

Le seconde nozze che danno origine a famiglie ricostituite sono in lieve aumento e pari al 16,6% per i maschi e al 16,1% per le femmine, sul totale dei matrimoni celebrati nell'anno.

L'instabilità coniugale, oltre ad avere molteplici conseguenze sui membri della famiglia, è concausa dell'aumento statistico del numero di famiglie e della diminuzione della loro dimensione media.

Nel 2011, in regione sono state concesse 1.904 separazioni legali e pronunciate 1.206 sentenze di scioglimento e cessazione degli effetti civili del matrimonio (nel 2000 sono state rispettivamente 1.973 e 1.180).

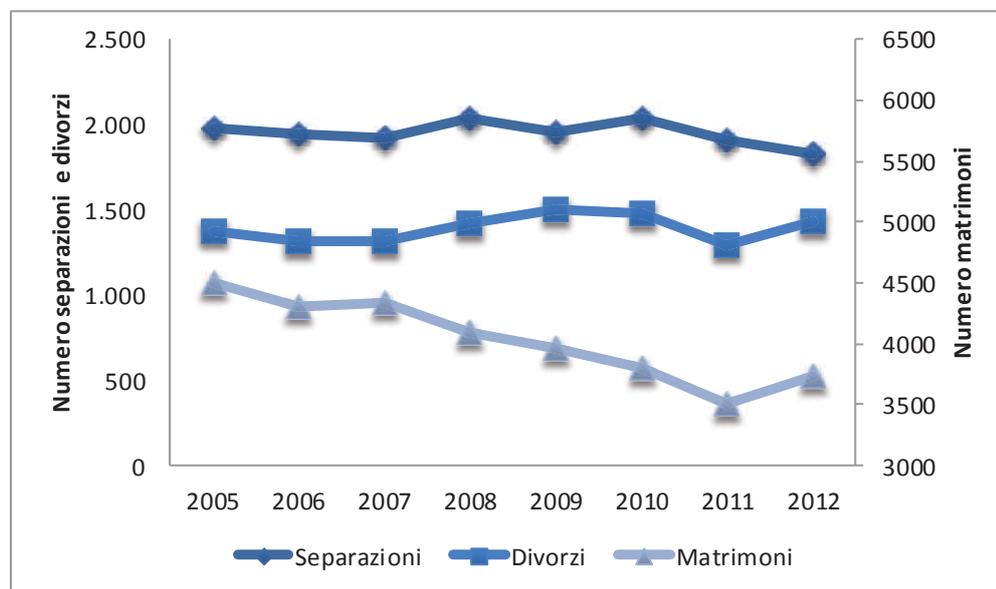
Più di una separazione su due ha interessato nuclei in cui sono presenti minori (1.566 pari al 55,1%). Nei casi di interruzioni del vincolo matrimoniale si possono creare all'interno della coppia e più in generale della

---

<sup>4</sup> L'ultimo dato disponibile si riferisce al 2012.

famiglia situazioni di disparità o di debolezza di uno o più membri. Queste aumentano se sono associate a difficoltà di tipo economico dovute al venir meno delle “economie di scala” possibili nella famiglia unita, o a concomitanti problemi di lavoro di uno o più componenti.

Fig. 1.4 - Matrimoni, separazioni e divorzi tra il 2000 e il 2012 in regione FVG



Fonte: elaborazione su dati Istat

#### 1.1.4 Cresce l'integrazione della popolazione straniera

Al 1° gennaio 2014 i cittadini stranieri residenti in regione sono 107.917; erano 38.379 all'inizio del 2002 e nel periodo 2002-2013 il loro numero è cresciuto con un tasso di incremento medio annuo costante del 10%, tranne negli anni 2010 e 2011, quando è stato pari al 3-4% a causa della crisi economica. Negli ultimi due anni, l'afflusso è stato minore: all'inizio del 2012 era il 7,5%, 5,4% nel 2013 e 5% nel 2014. Quasi quattro stranieri su dieci risiedono in provincia di Udine (39,0%), circa uno su tre in provincia di Pordenone (33,6%), il 16,5% a Trieste, il rimanente 10,9% a Gorizia. La componente femminile rappresenta il 52,5% del totale degli stranieri. I dati più recenti relativi al 2013 confermano le dinamiche demografiche sopra evidenziate.

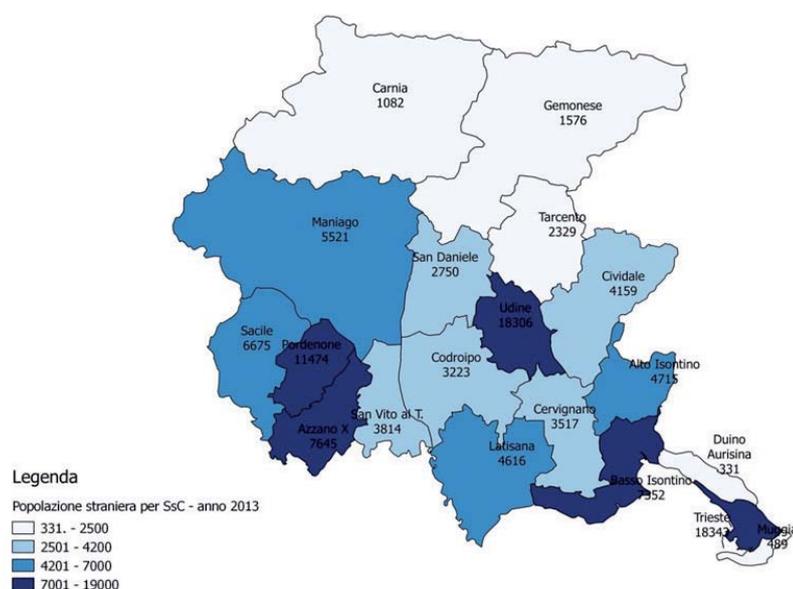
La struttura per nazionalità è un fattore importante per quel che attiene le politiche per l'integrazione che risultano più difficoltose per cittadini provenienti da culture molto lontane. In regione, tuttavia, una quota molto significativa di stranieri proviene dai paesi dell'Europa dell'Est: romeni (18,7%), albanesi (12,4%) e serbi (8,6%) costituiscono le prime tre componenti. Si noti, poi, che i minori residenti con cittadinanza non

italiana sono 22.446 e rappresentano il 12,2% della popolazione minorile regionale, ma oltre un quinto di quella straniera (21,9%).

Nel periodo considerato si è modificato il rapporto tra cittadini stranieri e italiani. Alla fine del 2002, l'incidenza di residenti stranieri sulla popolazione complessiva era pari a 3,2%, mentre all'inizio del 2013 raggiunge l'8,4%.

La distribuzione degli stranieri negli ambiti distrettuali è riportata nella figura 1.5, che mette in evidenza come essi si concentrino nei centri cittadini di Pordenone, Udine e Trieste e nell'ambito di Azzano X°, grazie alla presenza di un importante tessuto industriale. In molti degli ambiti distrettuali, inoltre la popolazione straniera è in maggioranza femminile.

Figura 1.5 - Distribuzione della popolazione straniera per sesso negli ambiti distrettuali FVG – Anno 2013



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

La giovane età degli stranieri si contrappone a quella degli italiani, infatti al 1° gennaio 2014 l'età media dei primi è di soli 32 anni e 2 mesi, ben inferiore al valore nella popolazione italiana che raggiunge i 46 anni e 8 mesi. L'incidenza maggiore di cittadini stranieri risulta quindi concentrata nelle fasce d'età spendibili sul mercato del lavoro: tre cittadini stranieri su quattro hanno un'età compresa tra i 18 e i 64 anni.

La tendenza all'incremento della popolazione straniera tra i censimenti 2001 e 2011 si concentra soprattutto nella fascia compresa tra i 40-64 anni (+182,4%, da 10.464 a 29.549) in particolare grazie alla componente femminile, ma anche la classe d'età più giovane in età 15-39 anni è cresciuta del 127,2. Tale risultato è dovuto all'effetto combinato dei ricongiungimenti familiari e delle nascite in Italia, eventi che denotano una fase di maturazione dell'immigrazione straniera in FVG.

La dimensione dei nuclei familiari stranieri è comunque ancora ridotta. I nuclei unipersonali costituiscono, infatti, il 49,7% del totale delle famiglie straniere. Non vi sono invece dati sulla loro dimensione media, ma il rapporto tra popolazione straniera e numerosità delle famiglie restituisce un valore simile a quello regionale.

Se, infine, si considerano i motivi di soggiorno degli stranieri in regione, si osserva come a fronte di un modesto aumento dei soggiornanti, si sia registrato un consistente incremento dei titolari di permesso di soggiorno a tempo indeterminato, cresciuti in un anno di oltre 6 mila unità (+14,1%). Al 1° gennaio 2013 oltre un extracomunitario su due (il 53,9%) in Friuli Venezia Giulia è in possesso di un permesso di soggiorno di lungo periodo (nel 2011 era pari al 48,5%), a testimonianza della continua tendenza alla stabilità e all'integrazione della presenza straniera.

Gli stranieri sono riusciti, infatti, a soddisfare i requisiti previsti dalla normativa vigente per ottenere i permessi di soggiorno per lungo periodo, vale a dire: la permanenza in Italia da almeno cinque anni, un reddito e un alloggio adeguati e, con l'introduzione della legge 15 luglio 2009, n. 94 «*Disposizioni in materia di sicurezza pubblica*», il superamento di un test di conoscenza della lingua italiana o quantomeno l'attestazione della padronanza della stessa.

L'aumento degli alunni e degli studenti appare continuo rispetto alla popolazione studentesca italiana e passa dal 2,3% nel 2000/01 all'11,2% nel 2011/12<sup>5</sup>. La maggior parte degli studenti stranieri presenti in regione frequenta la scuola primaria (6.088 alunni), i restanti si ripartiscono abbastanza equamente tra gli altri livelli formativi: 4.001 sono gli iscritti alla scuola dell'infanzia, 3.777 gli iscritti alla scuola secondaria di primo grado e 4.231 a quella di secondo grado.

Le seconde generazioni costituiscono una sfida per il sistema dell'istruzione, poiché presentano molto spesso problematiche legate all'apprendimento con conseguenti riflessi sulla programmazione della composizione delle classi, che in base alla circolare ministeriale 2/2010<sup>6</sup> non possono accogliere più del 30% di alunni/studenti con cittadinanza non italiana.

<sup>5</sup> Cfr. Annuario statistico sull'immigrazione del Friuli Venezia Giulia, 2013.

<sup>6</sup> MIUR, Dipartimento per l'Istruzione Direzione Generale per gli Ordinamenti scolastici e per l'Autonomia Scolastica, "Indicazioni e raccomandazioni per l'integrazione di alunni con cittadinanza non italiana".

## 1.2 Il contesto economico

### 1.2.1 Gli effetti della crisi sul tessuto economico-produttivo e sul lavoro

Negli ultimi due anni è proseguito il calo dell'attività economica iniziato nella seconda parte del 2011 e prolungatosi per tutto il 2012. In una regione caratterizzata da un'elevata apertura agli scambi internazionali, l'indebolimento sia della domanda interna che di quella estera e degli investimenti ha contribuito a una riduzione del prodotto interno lordo di 1,3 punti percentuali nel 2013. Al contempo va segnalato che non vi sono stati segnali evidenti di ripresa nel 2014.

Le esportazioni sono diminuite nella maggior parte dei settori di specializzazione, più marcate per mezzi di trasporto, macchinari, apparecchi elettrici (-8,8% in media nel 2012 e -0,6% nel 2013), in controtendenza con la media del Nord Est. Nemmeno il settore delle costruzioni private e quello delle opere pubbliche dimostra segnali di ripresa (-6,1%). Nel pordenonese la crisi ha coinvolto in particolare il settore degli elettrodomestici che ha visto dimezzare la sua dimensione tra il 2003 e il 2013. Il terziario ha segnato una flessione media di 0,6 punti percentuali, con alcune branche in particolare difficoltà, come il commercio (-1,9%), il trasporto su gomma (-1,3%) e il turismo (-3,8%).

In questo contesto prosegue la contrazione del numero delle imprese. Sono 1.500 quelle che hanno chiuso i battenti nel 2013 secondo i dati di Infocamere FVG, metà delle quali nel settore delle costruzioni e nel manifatturiero, mentre un terzo sono imprese agricole. Alla contrazione del lavoro autonomo si somma quella del lavoro alle dipendenze, soprattutto nell'industria in senso stretto e nelle costruzioni.

I dati di natura demografica riportati nel paragrafo iniziale sottolineano elementi di vulnerabilità e fragilità sociale che sono molto importanti nella crisi economica. Ad essi vanno affiancati quelli legati alla crisi del lavoro e all'acuirsi delle critiche condizioni socio economiche delle famiglie.

In base alla Rilevazione sulle forze di lavoro dell'Istat, nel 2013 il numero degli occupati (499.847 unità) è diminuito di un ulteriore 1,3% rispetto all'anno precedente, soprattutto nelle costruzioni e nel commercio, dopo essersi contratto di ben 4,3 punti percentuali dal 2007, pari a 22.348 lavoratori. Il tasso di occupazione è pari al 63%, 0,6 punti percentuali in meno di un anno prima. Tale diminuzione ha interessato sia gli uomini (-0,9%) che le donne (-1,8%) e le retribuzioni mensili che si sono ridotte in termini reali del 3,5% rispetto al 2008 e sono in media pari a € 1.311 (Banca d'Italia, 2014).

In questo contesto si osserva anche una continua riduzione degli avviamenti al lavoro, che in base ai dati amministrativi dell'Osservatorio sul Mercato del Lavoro della Regione FVG sono stati circa 167 mila (-5,3% nel 2013 rispetto al 2012). Sono i contratti di lavoro più labili a ridursi, come quelli di lavoro parasubordina-

to (- 18,9%) e quelli alle dipendenze anche a termine (-3,5%), mentre le forme contrattuali a tempo indeterminato riguardano solo il 10,7% delle assunzioni (erano 5 punti in più prima della crisi).

Le persone in cerca di occupazione nel 2013 sono pari a 42mila, in aumento di 5mila unità. Il tasso di disoccupazione a dicembre 2013 si attesta al 7,9% contro una media nazionale del 12,2%, aumentando di oltre un punto rispetto all'anno precedente: su base annua il tasso di disoccupazione è pari al 7,7%. Le donne, con un tasso di disoccupazione pari all'10,1% e i giovani (15-24enni) con un tasso del 24,2% (per la prima volta in diminuzione dal 2008 di ben 6 punti su base annua), accusano in maniera particolare gli effetti della crisi economica.

Un mercato del lavoro quindi che è ancora in profonda crisi, testimoniata dal continuo aumento della Cassa integrazione guadagni (CIG) (pari a 25 milioni di ore in aumento sul 2012 del 5,4%). Sono la componente straordinaria e in deroga ad aumentare di più e che continuano a crescere anche nei primi mesi del 2014. A preoccupare sono anche l'incremento continuo degli ingressi in mobilità, che hanno segnato a gennaio 2014 un incremento del 20% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

I lavoratori inseriti nelle liste di mobilità sono stati 71mila tra il 2000 e il 2012 e 2/3 di questi provenivano da licenziamenti individuali senza la corresponsione di alcuna indennità. Nel periodo della crisi 2008-12 le iscrizioni nelle liste sono mediamente raddoppiate rispetto al periodo pre-crisi.

Nonostante si continui a registrare una persistente contrazione delle assunzioni nelle imprese regionali (-7% rispetto al gennaio 2013), il tasso di cessazione contrattuale è rallentato, per cui il saldo delle assunzioni è risultato positivo per un migliaio di unità rispetto a gennaio 2013.

In un quadro economico piuttosto critico e in un mercato del lavoro in profonda crisi, gli strumenti di sostegno socio-lavorativo a favore delle persone svantaggiate sono rimasti comunque stabili. Sono circa 2.900 le persone beneficiarie negli ultimi due anni delle borse lavoro, con un incremento nell'uso dell'inserimento lavorativo rispetto al 2008 del 24,5%. In rapporto alla popolazione residente in età lavorativa le borse lavoro pesano in media per il 3,8‰, con un utilizzo più elevato nella provincia di Trieste (5,4‰) (si veda l'approfondimento nel capitolo 5).

### 1.2.2 L'incremento della povertà

I paragrafi precedenti evidenziano come la crisi economica sia stata più profonda in regione che non nell'area contigua del Nord-Est con un preoccupante cambiamento strutturale, che sta incidendo negativamente sulle condizioni di vita degli individui e delle famiglie e presenta pesanti ricadute sociali. In tal

senso sono segnali preoccupanti i significativi casi di disagio che si esprimono attraverso comportamenti autodistruttivi dovuti a problemi economici e lavorativi, o con richieste di aiuto economico rivolte ai Servizi sociali o alle istituzioni religiose. In definitiva, è aumentato il rischio di povertà e di esclusione sociale che ha colpito anche fasce di popolazione che fino a pochi anni fa potevano ritenersi al riparo da esso.

Le indagini svolte nel merito<sup>7</sup> evidenziano in Friuli Venezia Giulia una crescente situazione di deterioramento delle condizioni di vita e del tessuto sociale, anche se meno gravi della media nazionale. Le analisi sul reddito disponibile alla famiglia e quelle sulla disuguaglianza, dipingono un quadro a chiaro-scuro, in cui le famiglie della regione dispongono di redditi più limitati rispetto alla maggior parte delle regioni del Nord, ma con una minor sperequazione dei redditi, anche se in moderata crescita.<sup>8</sup>

Un ulteriore elemento di analisi che pone la regione Friuli Venezia Giulia in una situazione migliore rispetto a quella nazionale è la misura riferita alle famiglie in condizione di povertà relativa<sup>9</sup> che sono pari al 12% quindi ampiamente al di sotto della media italiana, pari a 18,2%, anche se superiore a quella del Nord-Est (9,6%) e del Nord-Ovest (11,1%). Tuttavia, a questo dato fa da contraltare la sua discreta crescita - circa quattro punti percentuali in più - nel periodo 2004-2010.

Il fenomeno della povertà, inoltre, può essere analizzato mediante il *poverty gap*<sup>10</sup>, che consente di quantificare quanto sia grave la condizione di povertà. Negli ultimi anni tanto nel Nord-Est quanto Nord-Ovest si rileva una tendenza crescente: nel Nord-Est passa dal 2,5% al 2,8% mentre nel Nord-Ovest dal 3,2% al 3,4%. Tale *gap* ha un effetto particolarmente marcato nel Friuli Venezia Giulia che passa dal 2,2% al 3,2%.

Agli indicatori di carattere monetario si aggiunge inoltre un altro metodo per misurare la povertà che si basa sull'impossibilità da parte delle famiglie di sostenere spese per determinati beni o servizi che viene definito "deprivazione materiale"<sup>11</sup>. In base a tale indicatore la percentuale di poveri in Friuli Venezia Giulia ri-

<sup>7</sup> Ci si riferisce all'indagine annuale sulle Condizioni di Vita delle Famiglie (IT-SILC 2004-2010) e a un'indagine campionaria, rivolta a un campione di 2.000 famiglie residenti in Friuli Venezia Giulia, realizzata nel corso del 2013. Entrambe le indagini sono contenute nel documento "Valutazione unitaria sull'andamento tendenziale della povertà e la caduta dei redditi familiari nella regione Friuli Venezia Giulia" a cura della Fondazione Giacomo Brodolini - vedi box scaricabile al seguente indirizzo web:

[http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAVFG/GEN/programmazione/FOGLIA21/allegati/20102014\\_L8\\_web.pdf](http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAVFG/GEN/programmazione/FOGLIA21/allegati/20102014_L8_web.pdf)

<sup>8</sup> Il dato più recente risale al 2010 e mostra un indice di Gini pari a 0,271 a fronte di una media italiana di 0,311. L'indice di Gini viene utilizzato per misurare la disuguaglianza nella distribuzione del reddito e varia da 0, valore che corrisponde ad una distribuzione equa del reddito, a 1, valore che corrisponde alla massima disuguaglianza dove una sola persona detiene tutto il reddito. Quindi, tanto più alto è il valore, tanto più disomogenea è la distribuzione del reddito.

<sup>9</sup> Sono definiti poveri, secondo le classificazioni usualmente adottate, coloro che hanno un reddito inferiore al 60% della mediana del reddito familiare equivalente.

<sup>10</sup> Si tratta di un indice che misura l'intensità della povertà in modo relativo ed esprime quanto il reddito o la spesa media equivalente della famiglia povera è al di sotto della linea di povertà.

<sup>11</sup> Questo indicatore permette di modulare l'intensità della povertà da un livello lieve di deprivazione, determinato dall'impossibilità di far fronte a una sola tipologia di spesa fra quelle indicate, a un livello di grave deprivazione, determinato dall'impossibilità di far fronte a tutte le tipologie di spesa indicate, passando per gradi intermedi a seconda del numero crescente di tipologie di spesa cui non si riesce a far fronte. Le tipologie di spesa della deprivazione materiale sono complessivamente nove: I) non riuscire a pagare l'affitto o le bollette; ii) non riuscire a tenere la propria casa sufficientemente riscaldata; iii) non riuscire ad affrontare spese impreviste di circa 700 euro; iv) non riuscire a mangiare carne, pesce o proteine ogni due giorni; v) non riuscire a

sulta pari a 4,0%, un valore ampiamente inferiore alla media italiana pari a 5,9% e peraltro stabile negli anni osservati. Nonostante ciò, questa percentuale risulta più alta di quella registrata nel Nord-Est (3,3%) e nel Nord-Ovest (3,5%).

Nel complesso contesto dei vari aspetti che contribuiscono al disagio e all'esclusione sociale risalta il fenomeno dei "working poor"<sup>12</sup>, ovvero coloro che, pur lavorando, hanno un reddito equivalente netto che li pone al di sotto della soglia di povertà. Questo fenomeno è in continuo aumento anche in Friuli Venezia Giulia se si osserva l'arco temporale che va dal 2004 al 2010, con un picco nel 2008, anno in cui i valori si posizionano leggermente al di sopra della media italiana, per poi mantenersi in linea con essa.

Considerando l'aspetto dinamico della povertà si evidenzia che in tutte le aree del territorio italiano la quota di individui che tra il 2006 e il 2009 sperimenta almeno un periodo con un reddito equivalente inferiore alla soglia di povertà relativa è ampiamente maggiore del tasso di povertà statico. La povertà è dunque un fenomeno con una certa dinamica, dato che, ogni anno, alcuni riescono a fuoriuscirne, mentre altri ne (ri)entrano. In Friuli Venezia Giulia questa dinamica ha portato il 25,9% di chi è uscito da una situazione di povertà a ricadervi per almeno un anno nel biennio successivo.

Se l'indagine annuale sulle Condizioni di Vita delle Famiglie (IT-SILC 2004-2010) consente di confrontare la situazione del Friuli Venezia Giulia con quella relativa al contesto nazionale e alle altre regioni italiane, i dati derivanti dall'indagine campionaria (vedi box "Indagine campionaria sulle condizioni economiche delle famiglie del Friuli Venezia Giulia"), realizzata nel 2013, permettono di dettagliare ancor di più il fenomeno della povertà, anche su base provinciale.

Considerando una lettura sintetica e congiunta delle diverse misure di disagio economico utilizzate nell'indagine campionaria sulla condizione delle famiglie effettuata nel 2013, che tengono conto del livello di povertà monetaria<sup>13</sup>, della deprivazione materiale e del disagio economico percepito<sup>14</sup>, emerge che il 70% circa delle famiglie non presenta alcuna forma di povertà, mentre il rimanente 30% presenta, con diverse combinazioni, almeno una forma di povertà tra quelle misurate.

In altre parole quasi una famiglia su tre subisce una qualche forma di povertà, sia essa tangibile e relativa ad aspetti monetari, sia percepita sulla base dei propri bisogni e delle proprie esigenze di vita quotidiana. La distribuzione a livello territoriale della povertà misurata nell'indagine campionaria 2013 mostra che sono soprattutto le famiglie residenti nella provincia di Udine a presentare i livelli maggiori, soprattutto per

---

trascorrere un week end di vacanza lontano da casa; vi) non riuscire ad acquistare una macchina; vii) non riuscire a comprare una lavatrice; viii) non riuscire a comprare una TV a colori; ix) non avere un telefono. Le famiglie che presentano almeno 4 di questi elementi sono considerate materialmente deprivate.

<sup>12</sup> I *working poor* hanno un reddito individuale netto da lavoro inferiore a una soglia, fissata al 60% della retribuzione mediana annua da lavoro.

<sup>13</sup> La soglia di povertà usata è calcolata a livello nazionale tramite l'indagine IT-SILC ed è pari a 9.617 euro annui.

<sup>14</sup> È stato elaborato nel questionario utilizzato per la ricerca tramite un apposito quesito che rileva il livello di difficoltà delle famiglie di arrivare a fine mese con le risorse economiche a disposizione.

quanto riguarda la povertà percepita e quella monetaria, mentre Trieste presenta il maggior numero di famiglie che lamentano problemi di deprivazione materiale.

Questa recente indagine ha messo in evidenza che la lunga fase recessiva ha generato cambiamenti rilevanti sui segmenti della popolazione, infatti circa la metà delle famiglie del Friuli Venezia Giulia ha visto diminuito il proprio patrimonio con i valori più alti che si delineano per coloro che si trovano in una condizione di povertà monetaria e percepita o di deprivazione materiale, ma con dei valori significativi (oltre il 44%) anche per coloro che non si trovano in condizioni di disagio. È inoltre aumentato l'indebitamento delle famiglie (14%) e la rinuncia ai beni durevoli (20%), nonché nel 46% dei casi è diminuito il reddito complessivo familiare e nel 48% sono peggiorate le condizioni economiche familiari. La disaggregazione territoriale rileva che la provincia che ha maggiormente risentito della diminuzione del reddito familiare e delle condizioni economiche è stata Gorizia dove si registra un peggioramento nel 51% delle famiglie.

Il peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie è dovuto principalmente sia a eventi che riguardano la fonte principale di sostentamento, in termini di perdita del lavoro o di riduzione del reddito, sia a modifiche nella struttura familiare. Nel corso del quinquennio considerato dall'indagine, nel 16% delle famiglie un componente ha perso il lavoro, nel 26% uno o più componenti ha registrato una diminuzione dell'intensità lavorativa e nel 20% sono intervenuti cambiamenti nella composizione familiare.

Tutti eventi che hanno determinato in qualche misura il peggioramento delle condizioni economiche della famiglia, ma che non hanno spinto a un elevato ricorso a programmi di aiuto da parte dei Servizi sociali. La quota massima di famiglie intervistate che hanno beneficiato di aiuti è stata pari al 4%. Gli aiuti sono costituiti per lo più in contributi di tipo economico, di forme di sostegno alla disabilità e di ricorso ai servizi dei centri per l'impiego.

Le famiglie in condizioni di povertà hanno usufruito mediamente in misura maggiore delle tipologie di aiuto, mentre a beneficiare dei servizi a sostegno della maternità e dell'infanzia, come le rette per l'asilo nido, sono state le famiglie non in condizione di povertà. Tale elemento è legato al carattere endogeno della condizione di povertà rispetto alle scelte riproduttive delle famiglie: esse pianificano la nascita di un figlio se non sono povere e i relativi servizi risultano pertanto erogati in misura maggiore a famiglie non in condizione di povertà.

Il quadro sulla condizione economica delle famiglie in Friuli Venezia Giulia, dunque, presenta una situazione non ancora drammatica, ma non certo ideale e i segnali rilevati non sono incoraggianti. L'indagine, infatti, mette in luce che il grado di fiducia nel breve termine (12 mesi) delle famiglie del Friuli Venezia Giulia non è elevato e solamente l'8% ritiene che le proprie condizioni miglioreranno.

I più pessimisti sul futuro sono le persone più anziane (over 55), quelle con una bassa scolarizzazione e con una professione autonoma. Non ci sono significative differenze di genere e le famiglie che temono il futuro sono quelle formate da uno o due componenti e quelle senza minori.

***Indagine campionaria sulle condizioni economiche delle famiglie del Friuli Venezia Giulia***

*L'indagine campionaria sugli effetti della recessione sulle condizioni economiche delle famiglie del Friuli Venezia Giulia è stata realizzata dalla Fondazione G. Brodolini nell'ambito delle attività di valutazione unitaria nel corso del 2013 e risulta parte integrante del rapporto di ricerca "Valutazione unitaria sull'andamento tendenziale della povertà e la caduta dei redditi familiari (lotto 8)". L'indagine è stata realizzata con tecnica CATI somministrando un questionario composto prevalentemente da domande "chiuse" a un campione rappresentativo della popolazione di riferimento composto da 2.000 famiglie residenti sul territorio regionale e ha misurato le condizioni economiche familiari non solamente in termini monetari – tramite informazioni sul reddito – ma anche con indicatori di tipo percettivo e informazioni sugli stili di vita.*

*L'indagine ha anche avuto l'obiettivo di individuare le principali determinanti dei differenti effetti della crisi economica sui comportamenti e sulle percezioni delle famiglie del Friuli Venezia Giulia e di comprendere se eventuali interventi regionali abbiano avuto conseguenze positive sulla percezione delle difficoltà economiche dovute alla recessione. Gli esiti mettono in luce in primo luogo una fotografia delle condizioni economiche delle famiglie del Friuli Venezia Giulia nel 2013 tramite la raccolta di informazioni sul reddito medio familiare, sulla condizione di povertà monetaria, sul possesso di beni durevoli, sul fenomeno della privazione materiale e sulla percezione di disagio economico. In secondo luogo nell'indagine si analizzano informazioni di tipo dinamico, sia retrospettive che prospettive, studiando nel dettaglio le eventuali variazioni delle condizioni economiche, del patrimonio posseduto, del reddito familiare e della qualità della vita causate dalla crisi economica. Inoltre, sono presentati i risultati di analisi che mirano a comprendere le principali determinanti del peggioramento delle condizioni economiche familiari e il legame tra eventuali contributi in denaro o servizi erogati dalla Regione e la percezione di difficoltà economiche delle famiglie. Infine, la ricerca si dedica a un tema particolarmente rilevante per le analisi sulle difficoltà economiche, quello dell'abitazione.*





## il sistema integrato dei servizi e interventi sociali



---

## Capitolo 2

### Il sistema integrato dei servizi e interventi sociali

Come illustrato in premessa, il “perimetro” del sistema integrato dei servizi sociali è ampio, composito e articolato. Si estende, infatti, su un’area vasta e comprende una molteplicità di soggetti collocati per ruolo e funzioni su livelli diversi. Copre, infatti, una pluralità di target d’utenza – minori, adulti, anziani, persone con disabilità, ecc. – e di ambiti d’intervento – sociale e sociosanitario – e vede operare una pluralità di attori: Stato, Regione, Comuni singoli e associati, Aziende per l’Assistenza Sanitaria, organismi privati (in prevalenza non profit) impegnati a gestire servizi e a erogare prestazioni a un’ampia tipologia di utenza.

Il sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali si rivolge a una pluralità di situazioni diversamente caratterizzate, quali:

- ***l’esclusione conclamata***, cui rispondere mediante l’assistenza e la tutela nei confronti di singoli individui e di famiglie con patologie sociali o psico-sociali in atto, in connessione a fenomeni di disadattamento, devianza, emarginazione, abusi, maltrattamento, ecc.;
- ***il disagio diffuso***, contrastato tramite azioni di prevenzione nei confronti di gruppi di popolazione a rischio di emarginazione, quali anziani soli e famiglie mononucleari senza riferimenti protettivi, adolescenti e giovani a rischio di devianza, persone isolate in difficoltà psico-relazionali, nuclei familiari con gravi carichi assistenziali (disabilità, patologie comportamentali, ecc.);
- ***i problemi nella normalità***, affrontati attraverso la promozione di azioni positive al fine di migliorare la qualità della vita di tutti i cittadini, tutelando il diritto al *ben-essere* sociale e ciò in relazione ai diversi cicli vitali dell’individuo e delle famiglie, ai loro bisogni lungo l’arco dell’intera vita, alla presenza di responsabilità familiari o all’esigenza di conciliare queste ultime con quelle lavorative.



### **Finalità del Sistema integrato**

*Le principali finalità desumibili dalla produzione normativa regionale in ambito sociale possono essere sintetizzate nei seguenti aspetti:*

- *il rispetto e la valorizzazione della persona e della sua dignità civile e umana, con riferimento a tutto l'arco della vita;*
- *la promozione dell'agio offrendo risposta ai bisogni "diffusi" delle persone, delle famiglie e delle comunità;*
- *il riconoscimento del valore e del ruolo della famiglia quale ambito di relazioni significative per lo sviluppo, la cura e il benessere della persona;*
- *la valorizzazione della comunità locale intesa come sistema di relazioni tra persone, famiglie, espressioni di solidarietà e istituzioni, ciascuna impegnata secondo le proprie responsabilità e competenze nella promozione di una convivenza solidale e pacifica;*
- *la promozione di interventi tesi alla rimozione delle condizioni di disagio e di esclusione sociale connesse a problematiche di ordine economico, ambientale, culturale, psicologico e sociale;*
- *l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni, dei servizi e delle strutture, secondo modalità che garantiscano la libertà personale, l'uguaglianza di trattamento a parità di bisogno e la garanzia di interventi diversificati in relazione alle specifiche esigenze;*
- *la promozione della partecipazione attiva dei cittadini e delle organizzazioni di rappresentanza sociale e di tutela degli utenti alle scelte strategiche e gestionali operate dalla Regione e dalle altre istituzioni presenti nel territorio regionale.*

Il capitolo che segue, in coerenza col focus del Rapporto, descrive l'assetto istituzionale e organizzativo nonché le principali caratteristiche assunte in regione dal sistema integrato dei servizi e interventi sociali previsto dalla L. R. 6/2006.

## **2.1 Il Servizio sociale dei Comuni**

L'attuale assetto istituzionale e organizzativo del sistema integrato, in attuazione della L.R. 6/2006 vede oggi la diffusione capillare e significativa del **Servizio sociale dei Comuni** (SSC) che, pur gestito in forma associata a livello di ambito distrettuale, garantisce un presidio professionale in tutti i Comuni della regione ed evidenzia una significativa capacità di presa in carico, dell'utenza che nel corso degli anni è divenuta progressivamente più numerosa e complessa.

Il SSC accanto a finalità assistenziali o riparative si propone e realizza finalità attinenti alle dimensioni della prevenzione e della promozione sociale. In tal senso, esso si rivolge sia alle singole persone nei diversi momenti della loro vita, sia alle famiglie lungo il ciclo temporale della loro esistenza e infine alle diverse aggregazioni sociali, quali risorse positive per la vita e lo sviluppo della comunità. Da un punto di vista operativo, va sottolineato che spesso interventi assistenziali e azioni promozionali vengono realizzati congiuntamente, in modo da evitare la dipendenza assistenziale dei singoli o dei nuclei familiari e sollecitare o so-

---

stenere le capacità e le competenze residue attraverso processi di accompagnamento e di positiva inclusione sociale. Vanno in questa direzione le azioni finalizzate a:

- promuovere e sostenere le capacità genitoriali e di solidarietà familiari;
- favorire la domiciliarità delle persone pur in condizione di accentuata fragilità;
- sostenere i processi di aggregazione, socializzazione e inclusione di chi si trova ai margini della vita sociale e lavorativa per i motivi più vari;
- promuovere le condizioni di autonomia nelle sue diverse dimensioni;
- sviluppare e sostenere le risorse sociali presenti nelle comunità per aumentarne e qualificarne il capitale sociale;
- incidere sui percorsi educativi e formativi delle giovani generazioni;
- alimentare processi culturali finalizzati ad accrescere le dimensioni valoriali della vita di relazione nei contesti comunitari, sostenendo comportamenti solidali e di “cittadinanza attiva”;
- favorire rapporti tra le diverse generazioni al fine di qualificare il tessuto sociale della comunità.

Tali attività vengono svolte dai professionisti del SSC non in un’ottica di separatezza burocratico-gestionale ma attraverso la costruzione di sinergie con le diverse risorse sociali, sanitarie e formative presenti sul territorio, sviluppando processi di integrazione tra servizi, pur appartenenti a istituzioni differenti.

Tale approccio conferma l’indirizzo verso cui il sistema dei servizi sociali tende, ovvero lo sviluppo di una protezione sociale attiva, che favorisca il superamento delle azioni e degli interventi con carattere esclusivamente riparativo. Ciascuno dei servizi e degli interventi messi in atto dai SSC, infine, si dispiega in una pluralità di prestazioni rivolte sia alla generalità della popolazione, sia, in modo mirato, a specifiche fasce sociali, che presentano particolari bisogni e problemi (minori e famiglie, adulti e anziani, adolescenti e giovani, portatori di disabilità, gruppi e comunità). Spesso, inoltre, a queste ultime si associano azioni di promozione e di prevenzione gestite in collaborazione con le risorse sociali locali.<sup>15</sup>

La L.R. n. 6/2006 riserva alla Regione le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo in materia di interventi e servizi sociali e conferisce al SSC un ruolo strategico per il “governo” del sistema a livello locale, in quanto accanto alla responsabilità gestionale dei Servizi sociali ritenuti essenziali e precisamente definiti dalla normativa regionale, attribuisce la titolarità della funzione di programmazione locale del sistema integrato attraverso la promozione e la realizzazione del **Piano di Zona (PDZ)**.

In questo contesto, si evidenzia che la gestione e la programmazione di tutti gli interventi e dell’insieme delle prestazioni sociali di competenza del SSC rappresenta un importante obiettivo organizzativo finalizzato a dare compiutezza e organicità al sistema dei servizi sociali locali, facendo anche riferimento alle ulteriori istituzioni presenti sul territorio aventi funzioni dedicate al benessere della popolazione. Tale esi-

---

<sup>15</sup> In allegato l’elenco dei servizi e delle prestazioni generalmente erogate dal sistema locale dei servizi sociali.



---

genza diviene ancor più significativa a fronte dell'attuazione delle recenti leggi regionali dedicate al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale (L.R. 17/2014<sup>16</sup>) e del sistema Regione-Autonomie locali (L.R. 26/2014<sup>17</sup>).

In particolare, l'articolo 6 della L.R. 6/2006 definisce i servizi e le prestazioni essenziali che il sistema integrato fornisce in modo omogeneo sul territorio regionale (comma 1) e specifica che vanno comunque garantiti in ogni ambito territoriale i seguenti servizi e interventi (comma 2):

- servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- servizio di assistenza domiciliare e di inserimento sociale;
- servizi residenziali e semiresidenziali;
- interventi di assistenza economica;
- pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari.

Inoltre, i servizi sopra citati possono essere integrati da altre competenze sociali comunali eventualmente delegate dal lato gestionale.

A livello organizzativo, per l'esercizio dei suddetti compiti, la normativa regionale prevede:

- **l'esercizio associato delle funzioni e dei servizi** tramite approvazione di una convenzione da parte dei Comuni presenti in uno specifico ambito distrettuale;
- **la presenza della pianta organica aggiuntiva** per ciascun SSC;
- **l'operatività di un responsabile e di un ufficio di direzione e programmazione** di ambito distrettuale quale struttura tecnica di supporto.

---

<sup>16</sup> Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 «*Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*».

<sup>17</sup> Legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 «*Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative*».

### **L'iter legislativo del sistema integrato.**

*L'attuale sistema dei servizi sociali è l'esito di un lungo percorso normativo e professionale, iniziato con la L.R. 35/1981 «Promozione e riordino di servizi e interventi in materia socio-assistenziale» e, successivamente, con l'approvazione della L.R. 33/1988 «Piano socio-assistenziale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia», in cui accanto alle finalità del Sistema dei servizi socio-assistenziali venivano indicati i soggetti attuatori, i destinatari e la strutturazione del citato Sistema a livello locale e nella più ampia dimensione regionale. A livello locale, la gestione era attribuita alla forma associata dei Comuni.*

*Successivamente alle succitate leggi di sistema, alcuni problemi istituzionali e organizzativi, specie con riferimento al funzionamento dell'assetto dei servizi a livello locale, hanno trovato soluzione in norme successive<sup>18</sup> che hanno portato nel 2006 all'approvazione della L.R. 6/2006 dal significativo titolo «Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale».*

*I contenuti di questa legge regionale sono stati "ispirati" oltre che dall'evoluzione dei processi istituzionali e organizzativi avvenuti lungo il tempo nel contesto regionale, anche dalle indicazioni provenienti dalla legge 328/2000 che, nonostante la successiva approvazione della legge costituzionale n. 3/2001 «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», rappresenta tuttora un fondamentale riferimento per i diversi livelli dell'ordinamento locale nell'ottica di favorire un assetto dei servizi sociali maggiormente rispondente ai bisogni della popolazione.*

La L.R. 6/2006 nell'individuare il SSC quale organismo che dà compimento alle funzioni e ai servizi da gestire in forma associata, ribadisce **la coincidenza, su tutto il territorio regionale, dell'ambito territoriale relativo al SSC con l'area territoriale su cui insiste il Distretto sanitario**. Unica eccezione a tale impostazione è il territorio triestino, dove a fronte della presenza di quattro distretti sanitari sussistono tre SSC<sup>19</sup>. A prescindere da questa specificità territoriale, tale organizzazione permette di assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni di salute della comunità.

La recente riforma dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale (L.R. 17/2014) conferma ulteriormente tale impostazione prevedendo che l'area di competenza del Distretto sanitario coincida con uno o più ambiti del Servizio sociale dei Comuni (art. 19).

L'assetto istituzionale previsto dalla L.R. 6/2006 **valorizza a livello locale la funzione dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale che viene così a configurarsi quale organo di indirizzo e di alta amministrazione del Servizio sociale dei Comuni**. Ad essa quindi la normativa attribuisce fondamentali responsabilità

<sup>18</sup> Si fa particolare riferimento a:

- Legge regionale 30 giugno 1993, n. 51 «Disposizioni finanziarie per favorire l'attuazione del Piano regionale socio-assistenziale e integrazioni e modifiche a normative del settore».
- Legge regionale 26 aprile 1995, n. 20 «Disposizioni in materia socio-assistenziale».
- Legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 «Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria».
- Legge regionale 9 settembre 1997, n. 32 «Modifica dell'assetto del dipartimento dei servizi sociali di cui alla legge regionale 1 marzo 1988, n. 7 e altre norme in materia di sanità ed assistenza».
- Legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 «Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale».

<sup>19</sup> I tre territori di competenza dei Servizi sociali dei Comuni di Muggia-San Dorligo, Trieste, Duino –Aurisina – Sgonico e Monrupino, si inseriscono nelle quattro aree distrettuali sanitarie. Tale sovrapposizione vede in particolare le diverse aree circoscrizionali del Comune di Trieste, gravitanti su tutti e quattro ambiti distrettuali sanitari.

pianificatorie verso il sistema integrato, interagendo con il sistema sanitario locale per quanto di sua competenza.

Come in precedenza indicato, **le caratteristiche della collaborazione tra i Comuni presenti nel medesimo ambito distrettuale sono definite in una *convenzione*, sottoscritta dai rispettivi Sindaci.**

In base alla normativa (art. 18 della L.R. 6/2006), la convenzione disciplina la durata della gestione associata, le funzioni e i servizi da svolgere in forma associata, nonché i criteri generali relativi alle modalità di esercizio, i criteri e le procedure di nomina del Responsabile del Servizio sociale dei Comuni di cui all'art. 21, nonché la costituzione, le competenze e le modalità di funzionamento dell'Ufficio di direzione e programmazione di ambito distrettuale, i rapporti finanziari, le modalità di informazione ai Consigli comunali sull'andamento annuale della gestione del Servizio sociale dei Comuni.

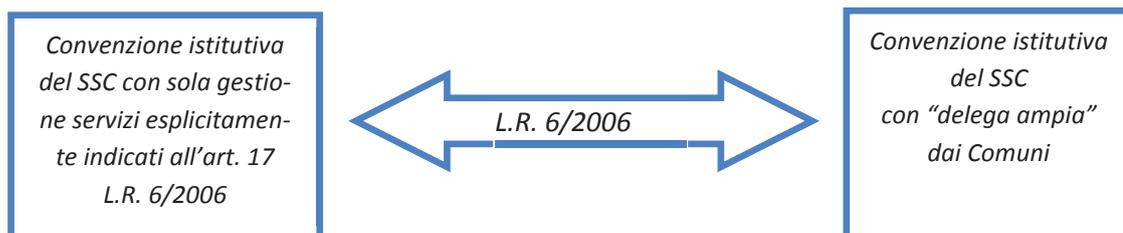
Per quanto riguarda le funzioni e i servizi oggetto della convenzione, la normativa stessa stabilisce che siano esercitate in forma associata la funzione di programmazione locale del sistema integrato, la gestione dei servizi di cui all'articolo 6, comma 2, lettere a), b), d) ed e), le attività relative all'autorizzazione, vigilanza e accreditamento di specifici servizi e altre funzioni attribuite da leggi regionali di settore.

Inoltre, i Comuni di uno stesso ambito distrettuale possono individuare in autonomia ulteriori materie di propria competenza da delegare alla gestione associata.

In proposito va rilevato che mentre la normativa regionale prevede in tutto il territorio un assetto istituzionale e organizzativo uniforme del SSC, la possibilità da parte dei Comuni di estendere i contenuti della delega in relazione a scelte strategiche locali insieme all'esigenza di dare soluzione a particolari problemi territoriali accompagnata dai diversi orientamenti delle singole Amministrazioni comunali determina delle oggettive diversità negli assetti di funzionamento dei vari SSC.

Sul piano concreto, ciò si traduce in uno **spettro più o meno ampio delle deleghe gestionali concesse dai Comuni ai singoli SSC** (Fig. 2.1), che disegnano un sistema sociale regionale complesso ed estremamente differenziato.

Figura 2.1 – Esempificazione grafica delle tipologie di convenzioni istitutive dei SSC ai sensi della L. R. n. 6/2006



Il lato sinistro del Fig. 2.1 rappresenta i contesti in cui i Comuni continuano a gestire singolarmente gli interventi che la L. R. n. 6/2006 non attribuisce esplicitamente alla gestione associata (ad esempio i SSC 2.1 Alto Isontino).

Caso esemplificativo in tal senso è quello delle prestazioni socio-economiche tradizionalmente di competenza dei singoli Comuni di cui pur mantenendo la titolarità gestionale viene richiesto al SSC l'esecuzione di prestazioni professionali valutative necessarie per la definizione della successiva erogazione da parte del Comune stesso.

Il lato destro della Fig. 2.1 identifica invece le situazioni in cui, oltre agli interventi di cui all'art. 17 - L.R. 6/2006, il SSC di riferimento gestisce tutti gli interventi di area sociale di competenza dei singoli Comuni.<sup>20</sup>, rinforzando in tal modo la funzione pianificatoria del sistema locale dei Servizi sociali (ad esempio i SSC 5.1 Cervignano, SSC 5.2 Latisana).

Tra i due poli si situano i SSC (e sono la maggioranza) che hanno ricevuto l'incarico di gestire parti più o meno numerose di competenza comunale. Una situazione particolare è quella del Comune di Trieste dove le specificità demografica e geografica hanno fatto sì che gli interventi e le prestazioni realizzate comprendano quelle tipiche del SSC ma anche quelle esclusivamente comunali.

Quanto fino ad ora riportato, restituisce un'immagine eterogenea delle diverse articolazioni territoriali, del sistema dei servizi sociali che contribuisce a rendere permeabili i confini del "sociale", tanto più che le azioni di sua specifica competenza interagiscono spesso anche con determinazioni di altre politiche (per esempio istruzione, abitative, sanitarie).

Questo quadro si ripercuote anche su un ulteriore aspetto, connesso strettamente alla gestione economica del sistema associato. Infatti, l'assetto della delega può influenzare anche le modalità di partecipazione dei singoli Comuni al bilancio della gestione associata, poiché la diversa entità delle materie delegate determina anche differenti dotazioni finanziarie dei SSC e l'adozione di vari criteri per regolarne i rapporti finanziari. Va inoltre messo in risalto che la partecipazione dei singoli Comuni al bilancio della gestione associata è influenzata da logiche più o meno solidaristiche, oppure da approcci maggiormente sbilanciati verso un'ottica di riconoscimento economico prettamente prestazionale.

A questi elementi di complessità si aggiunge quello derivante dall'individuazione tramite **convenzione dell'ente gestore del SSC** per quanto riguarda l'aspetto amministrativo-organizzativo. La normativa (art. 18-19, L.R. 6/2006) contempla tre possibilità: la gestione diretta ovvero la *delega ad un Comune capofila*,

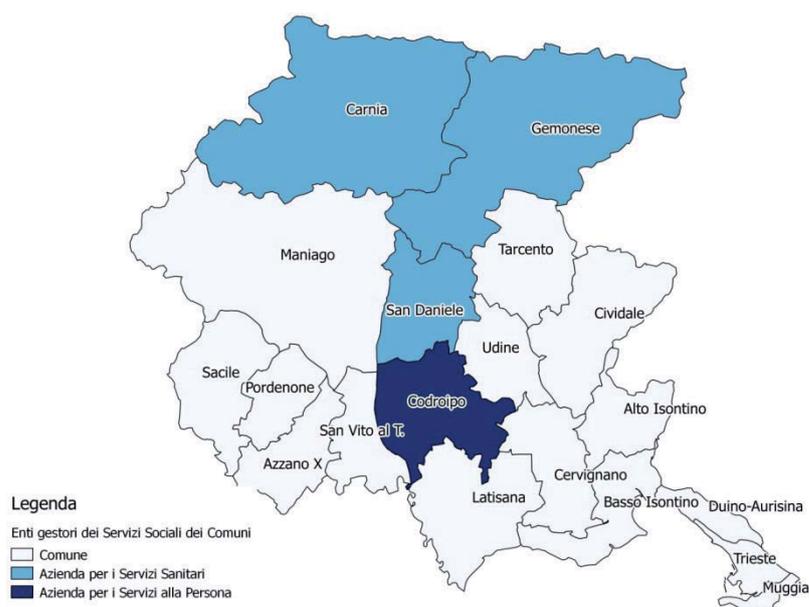
<sup>20</sup> Si citano in proposito: interventi a sostegno della famiglia e della genitorialità quali la carta famiglia, contributi per il superamento e l'eliminazione di barriere architettoniche di cui alla L.R. 41/1996, art. 16, contributo comunale a integrazione rette per asili nido, gestione del fondo per il sostegno e l'accesso alle abitazioni in locazioni- legge 431/1998; L.R. 6/2003, sussidi economici per persone indigenti, attività ricreative e socio-culturali, gestione delle strutture proprie per anziani e per la prima infanzia, autorizzazioni e verifiche idoneità a strutture socio assistenziali-educative ecc.).

la delega all'Azienda per i servizi sanitari (ASS) di riferimento ed infine la delega a un'Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP). Sul territorio regionale, risultano presenti tutte e tre le forme, con una netta prevalenza della delega diretta al Comune capofila (14 SSC).

Tre SSC hanno invece come ente gestore l'AAS (SSC 3.1 Gemona, SSC 3.2 Carnia, 4.1 San Daniele), mentre un SSC ha come ente gestore un'ASP (SSC 4.4 Codroipo). Il Comune di Trieste, come già rilevato, stante l'ampio numero di abitanti e la complessità orografica del suolo triestino, gestisce direttamente e in esclusiva il SSC.

In questo contesto, l'interazione tra le diverse Assemblee dei Sindaci e i soggetti gestori del SSC è frutto anche di modalità e prassi che si sono consolidate nel tempo e che pertanto variano nelle diverse realtà territoriali. Infatti, come accennato in precedenza, le scelte dei singoli Comuni influenzano le dinamiche organizzative e gestionali dei SSC, impattando anche sull'erogazione dei servizi ai cittadini.

Figura 2.2 – Rappresentazione grafica dell'assetto delle deleghe nei 19 SSC



---

## 2.2 Altri soggetti che concorrono al sistema integrato

È proprio per “rendere effettivi i diritti di cittadinanza sociale”, così come enunciato nel c. 1 dell’art. 1 della L.R. 6/2006 che rientra tra gli impegni del SSC la valorizzazione dei **diversi attori istituzionali e non istituzionali** presenti nelle comunità di riferimento, coinvolgendoli anche attraverso la pianificazione di zona in azioni coordinate aventi lo scopo di migliorare la qualità della vita della popolazione locale.

Nella definizione dell’assetto del Sistema integrato di interventi e servizi sociali, infatti, non vi è solo il SSC nelle forme sopra descritte, ma ricoprono un ruolo significativo anche tutti quei servizi organici agli **enti locali** (servizi per infanzia, giovani, anziani, servizi per l’impiego, ecc.), alle **Aziende per l’Assistenza sanitaria (AAS)**, alle **Aziende pubbliche di Servizi alla persona** o agli stessi **Ministeri** (Giustizia, Istruzione, Interno, ecc.)<sup>21</sup> che normalmente si relazionano con i Servizi sociali e/o sanitari e che usualmente vedono i loro rappresentanti partecipare alla predisposizione e realizzazione dei Piani di Zona.

La natura pluridimensionale di molte problematiche di salute e di disagio personale e/o sociale induce a collaborazioni sempre più frequenti tra professionisti e servizi appartenenti a istituzioni diverse. È per tale ragione che i SSC e le articolazioni professionali degli stessi si raccordano in forma prevalente con i servizi delle AAS.

Sono coinvolti principalmente il *Consultorio familiare* per le problematiche minorili e familiari, il *Centro di salute mentale* e il *Servizio per le dipendenze* per le situazioni sociali connesse al disagio psichico o alle diffuse e varie forme di dipendenza, le *Unità operative dedicate ai bambini e agli adolescenti*, le *Neuropsichiatrie infantili* per quanto concerne le problematiche personali e genitoriali relative ai disturbi del comportamento o alla disabilità dei minori, i *servizi per l’handicap adulto* per la gestione condivisa delle persone adulte con forme di disabilità, il *servizio infermieristico o riabilitativo distrettuale* per la coordinazione dell’assistenza domiciliare integrata, ecc.

Il raccordo con questi e altri servizi delle AAS non riguarda esclusivamente aspetti logistici ma attiene sia alla valutazione multidimensionale delle specifiche situazioni attraverso le varie forme di Unità di valutazione multiprofessionale (UVM), sia la definizione di adeguati progetti personalizzati d’intervento con finalità assistenziale, educativa, riabilitativa e di inclusione sociale, che rimandando a precisi impegni professionali propri della *mission* dei Servizi sociali e sanitari coinvolti e dei professionisti in essi operanti.

Inoltre, secondo la legislazione regionale, le responsabilità, per ciò che concerne il sistema dei servizi e degli interventi sociali, sono diffuse e non limitate ai servizi istituzionali consolidati.

---

<sup>21</sup> Questi, pur non essendo esplicitamente citati, sono richiamati dalla stessa definizione di sistema integrato di interventi e servizi sociali che comprende i servizi socioassistenziali, socioeducativi e sociosanitari.



I **soggetti non istituzionali** partecipano, infatti, ciascuno secondo le proprie specificità, alla programmazione e/o progettazione, attuazione, erogazione e, qualora non fornitori di servizi e interventi, alla valutazione dell'efficacia degli interventi e dei servizi del sistema integrato.

***I soggetti non istituzionali che concorrono alla realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali:***

- Singolo cittadino, che gode del diritto-dovere di partecipare attivamente alla ricerca delle soluzioni per il soddisfacimento dei propri bisogni e di quelli a lui circostanti;
- Famiglia, alla quale è assicurata la piena valorizzazione delle risorse di solidarietà in esse presenti; il loro coinvolgimento è promosso dagli enti pubblici (L.R. 11/2006 e L.R. 7/2010);
- Enti e istituzioni appartenenti al settore privato sociale e operanti senza finalità di lucro (onlus, imprese sociali, ONG, regolate rispettivamente dal D.Lgs. 460/1997; D.Lgs. 155/2006; legge 49/1987);
- Cooperative sociali e i loro organismi rappresentativi (legge 381/1991 e L.R. 20/2006);
- Organizzazioni di volontariato (legge 266/1991 e L.R. 23/2012);
- Associazioni di promozione sociale (legge 383/2000 e L.R. 23/2012);
- Fondazioni; enti di diritto privato che comprendono sia le fondazioni di origine bancaria (legge 218/1990; D.Lgs. 153/1999) definite "fondazioni di erogazione", sia le fondazione operative (Codice civile, libro I, titolo II);
- Istituti di patronato e di assistenza sociale (legge 152/2001);
- Enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese;
- Organizzazioni sindacali;
- Soggetti privati a scopo di lucro operanti nel settore sociale, sociosanitario e socioeducativo.

Proprio per definire le modalità di coinvolgimento e di intervento dei diversi soggetti partecipanti a ciascun livello di pianificazione, così pure per indicare le scelte di metodo qualificanti i processi di governance del sistema dei servizi, la Giunta regionale ha emanato l'*Atto di indirizzo riguardante le modalità di affidamento dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali* (D.G.R. n. 1032/2011), quale strumento per favorire la qualità nella progettazione e nella programmazione dei servizi alla persona. Tale documento rappresenta un contributo concreto al processo di sviluppo delle politiche regionali in materia di servizi sociali.

In linea di massima, rientrano nel campo di applicazione degli indirizzi regionali tutti i servizi e gli interventi che possono essere esternalizzati e che sono stati inseriti nei piani di zona, evidenziando comunque forme di affidamento che mirano alla creazione di rapporti di *partnership* con i soggetti privati. In tal modo le forme di affidamento non si limitano alla creazione di rapporti contrattuali di tipo gestorio ma, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, favoriscono sinergie operative tra la pubblica amministrazione e i soggetti privati e gestione congiunta e partecipata della funzione sociale pubblica.

### ***Affidamento dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali***

*La D.G.R. n.1032/2011 ha come finalità:*

- a) stabilire indirizzi omogenei per l'affidamento dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali;*
- b) assicurare adeguati livelli di qualità nell'ambito della gestione dei servizi alla persona;*
- c) fornire alle amministrazioni criteri uniformi per valutare l'offerta economicamente e qualitativamente più vantaggiosa;*
- d) favorire l'utilizzo di procedure di aggiudicazione di contratti pubblici o altre procedure alternative che consentano la piena espressione della capacità progettuale e organizzativa dei soggetti affidatari;*
- f) valorizzare il ruolo del terzo settore nell'ambito della realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;*
- g) favorire forme di coinvolgimento attivo dei soggetti del terzo settore e di altri soggetti privati per sviluppare rapporti che diano concreta attuazione al principio della sussidiarietà e che possano consentire la loro effettiva partecipazione all'esercizio della funzione sociale.*

## **2.3 L'accesso della popolazione al sistema integrato**

L'accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal sistema locale rappresenta un diritto garantito a ciascun cittadino, in relazione ai bisogni rilevati. Il riconoscimento di tale diritto comporta l'esercizio di significative azioni relativamente all'informazione, all'ascolto, all'orientamento e all'accompagnamento delle persone in difficoltà. È per tale motivo che il **Segretariato sociale, per il tramite del servizio sociale professionale**, ricopre una valenza strategica fondamentale di **qualificato punto di accesso alla rete degli interventi e dei servizi sociali**, pur in collegamento con eventuali ulteriori punti informativi presenti sul territorio.

Inoltre, in alcune realtà, sono presenti i **Punti unici di accesso (PUA)**, la cui gestione è condivisa tra **SSC e Distretto sanitario**. Accanto all'informazione e all'orientamento rispetto all'offerta delle prestazioni e dei servizi delle aree sociali, sociosanitarie e sanitarie, questi assicurano l'eventuale valutazione multidimensionale del bisogno e la correlata presa in carico in forma integrata delle persone.

Per quanto attiene il significato attribuito sia al servizio di Segretariato sociale sia al Punto unico di accesso e alle modalità organizzativo-professionali adottate da parte dei 19 SSC, si registra una significativa disomogeneità.

Nello specifico, il **Segretariato sociale è presente in tutti gli ambiti territoriali**. Il modello più frequente prevede una sede in ogni Comune dell'ambito distrettuale dove un'assistente sociale riceve l'utenza settimanalmente o bi-settimanalmente in orari prefissati.

In genere l'estensione maggiore o minore dell'orario di apertura dipende dal numero dei residenti nei diversi Comuni. Inoltre, nelle realtà urbane di Trieste e Udine si segnala la presenza di sportelli di segretariato a livello di circoscrizione (SSC 4.5 Udine) e di Unità Organizzativa Territoriale (SSC 1.2 Trieste).



---

Tuttavia in alcuni SSC, la geografia degli sportelli di segretariato sociale risulta condizionata da esigenze riferibili all'assetto amministrativo dei Comuni associati (SSC 1.1 Duino-Aurisina) o alla conformazione del territorio (SSC 3.1 Gemona, SSC 3.2 Tolmezzo, SSC 4.3 Cividale). In questi casi, pur non essendo presente uno sportello in ogni Comune, l'accesso in tutta l'area dell'ambito viene garantito al bisogno accogliendo le esigenze degli utenti e appoggiandosi alle strutture comunali. In generale, infine, è frequente che le aperture degli sportelli di segretariato sociale vengano organizzate per aree di utenza: questo elemento testimonia come il servizio sia interpretato in modo differente nei diversi territori.

Per quanto riguarda il PUA, si riscontrano anche in questo caso delle disomogeneità: in alcuni territori è presente e "fisicamente" definito; in altri, si configura come una modalità operativa pur non identificandosi in uno spazio definito. Per quanto riguarda la prima modalità, nell'area triestina, il PUA è presente in tutti e tre i SSC ed è organizzato per aree di utenza, con una particolare attenzione per gli anziani<sup>22</sup>.

A Tolmezzo (SSC 3.2) sono presenti quattro Punti Salute, al cui interno è operativo anche il servizio sociale. Altri territori in cui è presente il PUA sono quelli di Codroipo (SSC 4.4 dove prende la denominazione di PUI- Punto Unico Integrato, e si rivolge da un lato a minori e famiglie e dall'altro ad adulti e persone con disabilità), di Tarcento e dei SSC della Bassa Friulana (SSC 5.1 Cervignano e SSC 5.2 Latisana).

In questi ultimi due casi, la presenza di una sede fisica è comunque accompagnata da un'attività diffusa di rete, modalità adottata anche nei restanti territori dove il PUA viene inteso come presa in carico degli utenti condivisa tra Servizi sociali e sanitari.<sup>23</sup> Inoltre la strutturazione integrata e in rete del PUI è costituita anche da tutti i punti di contatto e di accesso sanitario/sociale presenti sul territorio.

---

<sup>22</sup> Nel SSC 1.2 Trieste la realtà del PUI assume un ruolo predominante rispetto al segretariato sociale, tantoché gli utenti PUI di questo territorio rappresentano più del 50% del totale regionale dell'utenza PUI.

<sup>23</sup> Un caso particolarmente significativo è quello del SSC 4.1 San Daniele che ha codificato tali prassi nella SUFI (Segreteria Funzionale Unitaria Integrata).

### **Segretariato Sociale e Punto Unico di Accesso**

*Secondo la definizione data dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, la funzione del Segretariato Sociale (s.s.) è quella di “rispondere all’esigenza primaria dei cittadini di avere informazioni complete rispetto ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi, di conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita. In particolare, l’attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire:*

- unitarietà di accesso;
- capacità di ascolto;
- funzione di orientamento;
- capacità di accompagnamento;
- funzione di filtro;
- funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse”.

*Ne consegue che il s.s. viene identificato come uno strumento che supporta i cittadini nell’accesso al sistema universalistico dei servizi, informando questi ultimi sulle risorse a loro disposizione nel territorio di competenza. Affiancato al servizio sociale professionale, il s.s. rappresenta così il primo livello della struttura dei Servizi sociali, laddove il primo ha il compito di aiutare e supportare le famiglie e i singoli nella risoluzione di situazioni problematiche complesse, utilizzando in questo percorso anche le informazioni a disposizione. Diversamente il s.s. utilizza le informazioni come strumento principale per orientare e guidare gli utenti nell’accesso ai servizi, qualificando il percorso di accesso e accoglienza.*

*Per quanto riguarda il Punto Unico di Accesso, a livello nazionale l’ultimo riferimento formale è l’accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 definisce “la costituzione in ambito territoriale dei Punti Unici di Accesso (PUA) per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, dei MMG, dei familiari, dei Servizi sociali, dell’utente stesso”. In sintesi, il PUA dovrebbe semplificare l’informazione/accesso ai servizi, promuovere l’integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, sviluppare la presa in carico integrata attraverso le unità di valutazione. Anche a livello regionale, la D.G.R. 465/2010 definisce il PUA come uno strumento organizzativo che costituisce “un’interfaccia unitaria del sistema” sociosanitario, a garanzia dell’effettivo accoglimento delle persone che intendono accedere alla rete dei servizi sanitari e sociali. Esso è finalizzato quindi a migliorare l’integrazione sociosanitaria a livello gestionale e professionale. Dal punto di vista di chi si rivolge ai servizi, la sua attività è preliminare alla erogazione di specifiche e adeguate prestazioni, che una volta individuate sono esigibili dagli utenti. Ulteriori riferimenti inoltre si trovano nell’art. 24 L.R. 17/2014.*

Va ulteriormente segnalato che, a livello regionale, dal 2011 opera un Servizio informativo di riferimento unico per sociale e salute gestito da Televita S.p.A. (*call center* SIOSS 848.448.884 - +39 0434223522) che ha sostituito, includendo le sue originarie funzioni, il Punto Unico di accesso gratuito dedicato all’informazione sui servizi sociali presenti sul territorio regionale e operante nel triennio 2007-2010.

L’attuale servizio di *call center* fornisce in tutti i giorni della settimana e per tutto il territorio regionale orientamento e informazioni sui principali interventi, sulle varie risorse e sulle diverse prestazioni attinenti ai servizi sociali. Inoltre, per la sanità, esso eroga informazioni ed eventuali prenotazioni rispetto alle prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate dal servizio sanitario regionale. Nel 2013 il SIOSS ha risposto a 13.480 richieste di informazioni provenienti da tutto il territorio regionale.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Fonte: Televita.

---

## 2.4 La Pianificazione di Zona 2013-2015

La significatività strategica che nel corso degli anni è venuta ad assumere l'integrazione con i soggetti istituzionali e non istituzionali ricordata nel paragrafo 2.4 ha trovato nella pianificazione di zona ai sensi della L.R. 23/2004<sup>25</sup> e dell'art. 24 della L.R. 6/2006 la sua sede privilegiata. Tale normativa, infatti, individua nel Piano di zona (PDZ) lo *strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali*.

Il PDZ si raccorda con la programmazione distrettuale/aziendale (Piano Attività Territoriale) in materia sociosanitaria e si coordina con le politiche di settore riferite alla famiglia, al lavoro, alla casa, alla formazione e attivate a diversi livelli. Per dare rilevanza al tema dell'integrazione sociosanitaria a livello locale, le due leggi regionali citate (c.5-art.11, L.R. 23/2004; c.9-art. 24, L.R. 6/2006) riaffermano, sia per il PAT che per il PDZ, il vincolo della coincidenza delle attività sociosanitarie previste in ciascuno dei due strumenti pianificatori di ambito distrettuale.

Il percorso che ha portato all'attuale assetto della pianificazione di zona ha trovato una prima significativa esperienza nel triennio 2006-2008 quando è stato dato avvio alla prima esperienza pianificatoria territoriale a livello regionale. In quel contesto, i PDZ sono stati realizzati in attuazione alle Linee guida di cui al D.G.R. n. 3236/2004, che riguardavano sia i PDZ che i PAT di competenza dei distretti sanitari.

Questo primo impegno pianificatorio ha avuto un carattere sperimentale, che ha comunque fornito agli organi politici e tecnici della Regione e degli Enti locali territoriali importanti indicazioni. La Regione, infatti, nonostante i ritardi nella predisposizione del suddetto Piano regionale, ha ritenuto non rinviabile la scelta di dotare il territorio di uno strumento permanente di pianificazione e programmazione, dando avvio a una seconda pianificazione per il triennio 2013-2015.

Nell'ambito di quest'ultima sessione pianificatoria, nel marzo 2012 sono state emanate delle apposite Linee guida per la predisposizione dei PDZ (allegato D.G.R. n. 458/2012) che hanno impegnato in primo luogo i SSC e i Distretti sanitari, nonché le altre organizzazioni locali coinvolte in ambito sociale, qualificando il PDZ quale *piano regolatore del sistema locale dei servizi alla persona*. Gli impegni previsti nel PDZ e connessi a tale finalità erano indicati come segue:

- verifica e valutazione delle risorse umane, finanziarie e materiali, impiegate da parte di tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del sistema integrato dei servizi negli ambiti distrettuali con la predisposizione di strumenti adeguati di rilevazione;

---

<sup>25</sup> Trattasi della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 «Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatici e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale».

- promozione dell'integrazione a livello locale delle scelte regionali inerenti le politiche di welfare, favorendo il coordinamento del PDZ con gli interventi e i programmi di settore previsti da specifiche normative regionali quali quelle riferite alla famiglia, al lavoro, alla casa, alla formazione;
- attuazione di una programmazione unitaria delle azioni inerenti le aree sociosanitarie, tramite il raccordo tra PDZ e Programmazione distrettuale (PAT) e di AAS (Piano attuativo locale-PAL);
- sviluppo della governance sociale intesa come coinvolgimento e valorizzazione delle diverse risorse organizzative o più generalmente associative o anche personali, favorendo la formazione di reti relazionali proiettate verso la condivisa individuazione e realizzazione di azioni a favore della comunità.

La rilevanza strategica assegnata alla pianificazione di zona è stata declinata nelle Linee guida attraverso l'individuazione di dieci obiettivi regionali, con relativi sub-obiettivi, che i SSC di ambito distrettuale sono stati chiamati a perseguire nei propri territori definendo le macro-azioni con cui realizzarli e declinandole annualmente nel Programma attuativo annuale (PAA). Attraverso i PAA, infatti, si è voluto coniugare la dimensione maggiormente strategica di durata triennale con quella più operativa di durata annuale. I dieci obiettivi hanno riguardato i seguenti aspetti:

- la ***governance sociale***, ovvero il coinvolgimento delle varie espressioni della comunità nella realizzazione del sistema integrato di servizi e interventi sociali a livello locale;
- le ***azioni per il consolidamento del governo del sistema integrato***, per quanto concerne i diversi aspetti organizzativi caratterizzanti il funzionamento del SSC e la stessa attuazione del PDZ;
- la ***stabilizzazione e il consolidamento dei livelli di prestazione***, avendo come riferimento gli interventi e le prestazioni di cui all'art. 6 della L.R. 6/2006 (cfr. par. 2.1);
- l'***integrazione sociosanitaria***, a livello di sistema e per ciascuna fase del processo di aiuto;
- l'***integrazione sociosanitaria***, declinata specificatamente per le aree materno-infantile, disabilità e anziani;
- l'***inserimento lavorativo*** per i soggetti che presentano problematiche connesse alla disabilità, alla dipendenza e alla salute mentale;
- le ***misure di contrasto alla povertà***, in relazione a interventi miranti al reinserimento socio-lavorativo in un'ottica di promozione dell'autonomia della persona;
- gli ***interventi dedicati alla famiglia***, con riferimento alle diverse fasi del suo ciclo di vita e ai relativi compiti con particolare attenzione a quelli genitoriali. Questo macro obiettivo oltre a indicare specifici interventi esplicitamente definiti dalla relativa normativa regionale, sottolineava un'attenzione più generale alle tematiche familiari.

---

Per ciascun obiettivo, inoltre, sono stati individuati risultati attesi e indicatori di risultato, da monitorare attraverso apposite schede trimestrali e da valutare a fine triennio. Con lo scopo di inquadrare la pianificazione triennale nel contesto delle reali esigenze della popolazione, le Linee guida prevedevano l'analisi del contesto locale, che aveva lo scopo di fornire gli elementi utili per la programmazione dei servizi e degli interventi, anche tramite la predisposizione e l'aggiornamento nel triennio del "profilo di comunità" che ha approfondito tutti gli elementi ritenuti esplicitamente o indirettamente connessi alla costruzione e realizzazione del PDZ.

Nello specifico, sono stati presi in considerazione gli aspetti demografici, le caratteristiche del tessuto economico-produttivo, le dinamiche del mercato del lavoro e le ulteriori condizioni socio-ambientali di interesse per la popolazione. Altra componente di quest'analisi ha riguardato l'approfondimento dei bisogni della popolazione rilevabili sia dalla domanda esplicita di chi si rivolge ai Servizi sociali e sociosanitari, sia attraverso la domanda inespressa da specifiche situazioni sociali che non hanno coinvolto direttamente i servizi ma la cui problematicità viene intercettata attraverso altri canali (testimoni privilegiati, informazioni documentali o da mass media).

#### **2.4.1 L'integrazione sociosanitaria nei Piani di Zona**

La scelta regionale di dare valore all'integrazione sociosanitaria nelle sue diverse componenti (istituzionale, gestionale e professionale) nel contesto della pianificazione di zona non deriva solo da determinazioni normative nazionali e regionali<sup>26</sup> e da ulteriori documenti statali e regionali di pianificazione sanitaria e sociosanitaria, ma soprattutto dalla diffusa convinzione della natura multidimensionale di gran parte dei problemi di disagio esistenziale e di salute vissuti dalle persone e dalla persuasione che l'ambito distrettuale (Distretto sanitario e SSC) rappresenta il contesto organizzativo e operativo che meglio consente di governare i processi integrati tra istituzioni, servizi e professioni, gestendo unitariamente le diverse fonti di risorse in campo.

Per questi motivi le Linee guida per la realizzazione dei PDZ prevedevano, come sottolineato, l'attuazione di una programmazione unitaria nelle aree sociosanitarie, tramite il rafforzamento del raccordo tra PDZ e Programmazione distrettuale/aziendale in materia sociosanitaria (PAT e PAL), inerente sia gli aspetti organizzativo-professionali sia le progettualità relative alle diverse aree di intervento.

A questo proposito le Linee guida per la predisposizione dei PDZ e contestualmente le Linee di gestione per il Servizio sanitario regionale annuali (a partire dal 2012) hanno stabilito che i contenuti della pro-

---

<sup>26</sup> D.Lgs. 502/1992; D.Lgs 517/1993; D.Lgs 229/1999; legge 328/2000; D.P.C.M. 14 febbraio 2001; D.P.C.M. 29 novembre 2001; L.R. 12/1994; L.R. 49/1996; L.R. 23/2004; L.R. 6/2006; L.R. 17/2014.

grammazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria venissero elaborati congiuntamente dai Servizi sociali dei Comuni e dall'Azienda per i servizi sanitari/Distretti sanitari e che, in ciascun territorio, il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale e il Direttore generale dell'Azienda per l'Assistenza sanitaria sottoscrivessero formale intesa con l'impegno delle parti alla realizzazione della programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria.

In questo modo i medesimi documenti di programmazione hanno trovato diretta corrispondenza nel PDZ 2013-2015, nei PAA annuali e nei Piani attuativi locali (PAL) delle Aziende per i servizi sanitari, assicurando la preventiva convergenza di orientamento dei due comparti interessati – sociale e sanitario –, nonché l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure. Una parte degli obiettivi regionali è correlata agli aspetti organizzativo-professionali dell'integrazione sociosanitaria che possono essere sintetizzati come segue:

- miglioramento del *sistema di accesso integrato* ai servizi sociosanitari;
- sviluppo e qualificazione delle *Unità di valutazione multiprofessionale* in tutte le aree di integrazione sociosanitaria;
- *utilizzo sistematico della valutazione multidimensionale* correlata alla progressiva adozione di strumenti uniformi e standardizzati;
- impegno a programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del *progetto personalizzato di intervento* o del piano di assistenza/intervento;
- definizione o aggiornamento della *descrizione dell'offerta dei servizi e degli interventi sociosanitari disponibili per i cittadini* in ciascun territorio di riferimento;
- miglioramento dei livelli organizzativi ed operativi di integrazione sociosanitaria finalizzati alla *presa in carico integrata assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio/domicilio, tra diversi tipi di servizi sanitari e tra servizi sanitari e servizi sociali*, in modo particolare per i minori nel momento del passaggio all'età adulta.

Come precedentemente indicato, inoltre, il PDZ individua quattro specifiche aree tematiche di integrazione sociosanitaria per ognuna delle quali vengono indicate le seguenti priorità operative:

- *Area materno infantile, infanzia e adolescenza*: con riferimento alla promozione della permanenza dei minori in famiglia, al potenziamento e qualificazione del processo di sostegno e allontanamento dei minori nonché del sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine;
- *Area disabilità*: con la previsione dell'avvio di un percorso di riqualificazione dei centri diurni per persone con disabilità finalizzato a diversificare il sistema semiresidenziale per adulti disabili con offerte adattabili alle esigenze dei soggetti, assieme alla promozione di soluzioni innovative

---

alternative o integrative dei centri diurni maggiormente in grado di promuovere, in continuità educativa con la scuola e la famiglia, percorsi di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari.

- *Area anziani*: con l'impegno alla realizzazione di interventi di promozione della salute e di prevenzione della disabilità, dello sviluppo della domiciliarità, del sostegno alle famiglie, della qualificazione del lavoro di cura degli assistenti familiari e della sperimentazione di soluzioni innovative di risposta residenziale;
- *Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo*: con il compito di favorire lo sviluppo di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate nell'ambito di nuovi accordi pubblico-privato, di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale.

Per dare attuazione alla prevista integrazione sociosanitaria, nell'ambito dei vari percorsi di *governance* locale che hanno portato alla costruzione e all'implementazione del PDZ 2013-2015, si sono costituite delle "cabine di regia" tra i SSC e i Distretti sanitari, intese come luoghi di condivisione delle linee di intervento e di programmazione da attuare nel triennio.

Oltre alla sperimentazione di una migliore qualità delle collaborazioni in atto tra SSC e Distretti sanitari, la funzione di tali organismi è di porsi come riferimento per gli ulteriori soggetti significativi per la pianificazione locale quali l'Amministrazione Provinciale, i rappresentanti locali del Ministero della Giustizia, i delegati della Caritas e degli organismi del Terzo settore, i responsabili dei Consorzi per l'handicap, ecc.

Operativamente l'intensità del livello di integrazione tra i diversi soggetti - e in particolare tra SSC e Distretto - dipende molto da una serie di elementi (prassi collaborative più o meno consolidate nel tempo, specifiche situazioni organizzative determinate dalla tipologia dell'ente gestore, ecc.) che definiscono significative diversità tra i diversi territori. Infatti, sulle problematiche attinenti l'integrazione sociosanitaria, accanto a realtà contraddistinte da cabine di regia PDZ di esclusivo ambito distrettuale, sono state sperimentate *cabine di regia inter-ambito distrettuale*, esito del confronto dei professionisti degli Uffici di direzione e programmazione dei SSC e dei Distretti sanitari operanti nel territorio di una medesima Azienda per l'Assistenza sanitaria.

Tale raccordo è stato sperimentato negli ambiti della provincia di Trieste (SSC 1.1 Duino, SSC 1.2 Trieste e SSC 1.3 Muggia), di Gorizia (SSC 2.1 Alto Isontino, SSC 2.2 Basso Isontino), della montagna udinese (SSC 3.1 Gemona, SSC 3.2 Tolmezzo), nei territori della Bassa friulana (SSC 5.1 Cervignano, SSC 5.2 Latisana) e in quelli della provincia di Pordenone (SSC 6.1 Sacile, SSC 6.2 San Vito, SSC 6.3 Azzano, SSC 6.4 Maniago e SSC 6.5 Pordenone).

In generale, tutte queste esperienze hanno prodotto degli interessanti momenti di confronto tra i responsabili dei servizi e delle strutture degli Enti coinvolti nella pianificazione, permettendo il più delle volte, anche se con esiti diversi, di consolidare e mettere a sistema delle prassi informalmente già operative nei singoli territori, frutto di esperienze e *modus operandi* consolidati nel tempo tra i vari servizi.

Dal punto di vista degli obiettivi e delle attività, invece, si può notare come alla concreta declinazione nei diversi territori delle indicazioni date dalle Linee guida regionali, nei vari ambiti distrettuali si siano aggiunte originali e autonome iniziative che hanno dato vita a una moltitudine di azioni progettuali (circa 100 per ambito distrettuale) comprendenti le attività e gli interventi tradizionalmente di competenza del SSC, che incidono a 360 gradi sulle problematiche sociali presenti in ciascun territorio, dando vigore agli approcci di *welfare* comunitario, partecipativo e generativo, ovvero promotore di capitale sociale e di benessere per il territorio.

## 2.4.2 La partecipazione alla Pianificazione di Zona

I soggetti che concorrono con il SSC e l'AAS alla realizzazione del PDZ sono molteplici. Tale coinvolgimento è peraltro previsto anche dal lato normativo (c.1, art. 24, L.R. 6/2006) che infatti definisce il PDZ come *uno strumento di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali*.

Nel primo ciclo pianificatorio (2006-2008) è stata registrata la partecipazione di 981 soggetti, di cui 314 istituzionali e 667 non istituzionali (IRES, 2009)<sup>27</sup>. Anche alla luce di una valutazione complessiva del processo di partecipazione avvenuta in quel triennio, le nuove *Linee guida per la predisposizione del Piano di Zona* hanno ribadito l'importanza di valorizzare le risorse sociali presenti sul territorio e definito le modalità organizzative della *governance sociale*.

Stante la rilevanza assegnata a questo aspetto risulta interessante fornire alcune informazioni su come è stato raggiunto nei vari territori l'obiettivo n°1/2012 *Governance del processo di pianificazione* previsto dalle citate Linee Guida, prendendo in esame due aspetti: le modalità di coinvolgimento attivate dai SSC per la predisposizione dei PDZ e dunque le forme di realizzazione della *governance sociale* e la numerosità e varietà degli attori coinvolti, nei 19 ambiti distrettuali, nella fase di predisposizione del processo di pianificazione avviata nel 2012<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione centrale salute e protezione sociale, PIANI DI ZONA E PARTECIPAZIONE IN FRIULI VENEZIA GIULIA, a cura di IRES FVG, Trieste, giugno 2009.

<sup>28</sup> L'analisi è relativa alla data di sottoscrizione degli accordi di programma e quindi non affronta la partecipazione dei soggetti all'implementazione degli obiettivi del PdZ durante gli anni successivi.

---

Per quanto riguarda il primo aspetto, le modalità organizzative impiegate per consentire la partecipazione dei soggetti non istituzionali sono raggruppabili nelle seguenti forme, usate in momenti e con scopi diversi:

- 1) Convocazione di *assemblee o conferenze pubbliche di informazione*. Tale modalità di partecipazione, aperta anche alla cittadinanza, può essere considerata la forma più estesa di partecipazione; in alcuni territori (ad esempio, SSC 1.2 Trieste, SSC 4.2 Tarcento, SSC 6.3 Azzano Decimo) è stata resa possibile anche un'informazione puntuale e interattiva sul web (attivazione di forum, newsletter, ecc.).
- 2) Convocazione di rappresentanze dei soggetti per la consultazione, realizzata attraverso *tavoli tematici*<sup>29</sup>. In alcuni casi (ad esempio, SSC 2.1 Alto Isontino, SSC 5.1 Cervignano del Friuli, SSC 5.2 Latisana, SSC 6.2 San Vito al Tagliamento) l'attivazione dei soggetti non istituzionali è avvenuta con la pubblicazione di un avviso per raccogliere la manifestazione di interesse a partecipare al processo pianificatorio.
- 3) Realizzazione di *conferenze di concertazione*, in particolare con le rappresentanze sindacali e del terzo settore, che in alcuni territori sono state realizzate in due momenti (una all'avvio e una a conclusione del processo).
- 4) *Sottoscrizione dell'accordo di programma (AdP)*. La sottoscrizione dell'AdP costituiva la modalità finale di partecipazione al processo che formalizzava l'impegno per l'implementazione del piano profuso nelle fasi precedenti e in cui i diversi soggetti si impegnavano nella realizzazione delle azioni previste nella pianificazione con proprie risorse sia finanziarie, sia non finanziarie (ad esempio, risorse umane, strumentali ecc.). Per questo motivo, alcuni AdP sono stati sottoscritti oltre che da soggetti istituzionali anche da soggetti del terzo settore, altri AdP sono stati invece sottoscritti solo da soggetti istituzionali (SSC 5.1 Cervignano, SSC 5.2 Latisana e SSC 6.1 Sacile). In alcuni casi, inoltre, è stata prevista anche una forma di condivisione e adesione agli obiettivi del PDZ manifestando semplice interesse. Questo secondo livello da parte del SSC 1.3 Muggia è stato esplicitato all'interno dell'art. 4 dell'AdP, in altri casi in altri casi (SSC 2.1 Alto Isontino, SSC 2.2 Basso Isontino, SSC 3.1 Gemona, SSC 4.2 Tarcento, SSC 4.4 Codroipo, SSC 4.5 Udine, SSC 6.1 Sacile) il testo di partecipazione non fa parte dell'AdP, ma si configura come dichiarazione separata (dichiarazione di condivisione, adesione al PDZ, condivisione della carta degli impegni o accordo di partenariato) o allegato all'AdP. Inoltre, l'SSC 2.2 Basso Isontino ha promosso la sottoscrizione di un accordo di valorizzazione da parte del terzo settore<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> La metodologia di conduzione e gestione degli incontri dei tavoli è stata definita autonomamente dai SSC e non viene trattata in questa sede. Tuttavia, si rileva che ad Azzano Decimo, per esempio, è stata sperimentata la metodologia dei *word café* per i gruppi di lavoro maggiormente numerosi.

<sup>30</sup> Successivamente (nel 2013 e 2014) anche i SSC di Latisana e San Daniele del Friuli hanno elaborato documenti simili.

- 5) *Attivazione di tavoli di co-progettazione*. questo livello di partecipazione è stato attivato solo in alcuni territori prima della sottoscrizione dell'AdP<sup>31</sup>, mentre nella maggior parte è stato demandato agli anni successivi per dare attuazione degli obiettivi individuati nel PDZ.

Calcolare la numerosità e la varietà delle organizzazioni coinvolte, a vario titolo e secondo le diverse modalità sopra illustrate, durante il processo pianificatorio è stata un'operazione piuttosto complessa<sup>32</sup> che ha richiesto una pulizia dei dati forniti dai SSC<sup>33</sup>.

Il dato sulla partecipazione più affidabile è sicuramente quello che contabilizza i sottoscrittori dell'accordo di programma (AdP) del PDZ. Sommando le firme in calce a tutti gli accordi di programma sottoscritti si ottiene il valore di 880 sottoscrizioni (Fig. 2.3). Mediamente si è trattato di 46 soggetti equamente suddivisi tra istituzionali e non istituzionali, anche se in 3 AdP questi ultimi non compaiono affatto. Come evidenziato precedentemente, accanto alla sottoscrizione dell'AdP è stata adottata anche una *adesione* all'AdP, per favorire in particolare la partecipazione dei soggetti non istituzionali: tale modalità è stata adottata da 9 SSC. Complessivamente le adesioni sono state 204 (Graf. 2.1), di cui 14 soggetti istituzionali e 190 non istituzionali. La somma tra soggetti sottoscrittori e aderenti all'AdP ammonta complessivamente a 1.084 unità.

Il numero complessivo delle sottoscrizioni inerente l'insieme degli AdP, depurato dalle ripetizioni dei soggetti che agendo su più di un ambito distrettuale hanno anche sottoscritto più di un accordo di programma, si riduce a 744 organizzazioni, di cui 376 enti istituzionali e 368 soggetti non istituzionali.

In sintesi, si evidenzia che il secondo ciclo regionale di pianificazione dei PDZ ha visto una partecipazione di soggetti numericamente inferiore a quella del ciclo precedente (in particolare è diminuito il numero dei soggetti non istituzionali), ma al contempo ha registrato un'integrazione sociosanitaria sicuramente più operativa e la sperimentazione di modalità più formalizzate di coinvolgimento, consultazione e concertazione.

<sup>31</sup> Il SSC di Sacile ha predisposto un'istruttoria di co-progettazione.

<sup>32</sup> In particolare per la non completa omogeneità delle fonti e per la modalità di denominazione dei soggetti coinvolti.

<sup>33</sup> Gli elenchi forniti non utilizzano tutti la medesima identificazione dei soggetti: in alcuni casi compaiono unità organizzative che sono articolazioni dipartimentali o territoriali di altri soggetti (come nel caso del Sert, SIL, DSM, tutte unità organizzative dell'AAS), in altri le stesse organizzazioni riportano denominazioni differenti. In particolare sono state eliminate le doppie presenze, risultanti in qualche caso, a partire da più elenchi disponibili per territorio. Per quanto riguarda il calcolo totale a livello regionale sono state invece eliminate le presenze plurime dello stesso soggetto su più territori; le sezioni locali di alcuni enti, dotate di una certa autonomia decisionale, sono state considerate come unità autonome.

Figura 2.3 - Sottoscrizioni degli accordi di programma dei PDZ 2013-2015 per ambito distrettuale, suddivisi tra istituzionali e non istituzionali<sup>34</sup>

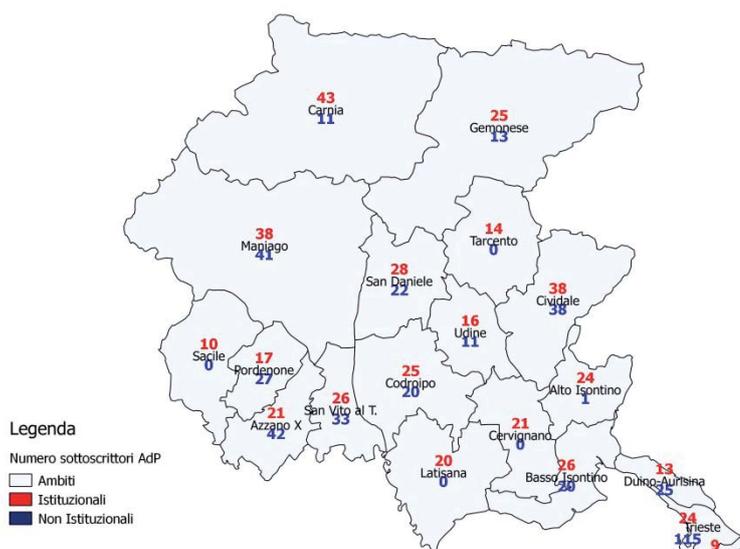
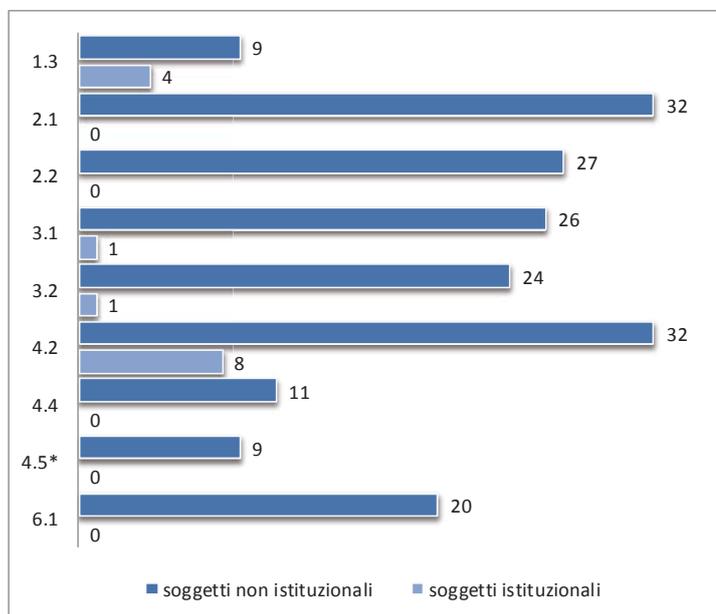


Grafico 2.1 - Adesioni agli accordi di programma dei PDZ 2013-2015 per ambito distrettuale, suddivisi tra istituzionali e non istituzionali



\*Nel conteggio sono compresi esclusivamente i soggetti non già sottoscrittori dell' AdP

<sup>34</sup> Tra i soggetti istituzionali sono state considerate le Assemblee dei sindaci di ambito distrettuale

### 2.4.3 Punti di forza e punti di debolezza della Pianificazione di Zona

Un'esperienza di pianificazione locale così poderosa e significativa che terminerà alla fine del 2015 (per riprendere in una nuova triennalità nel 2016) non poteva non incontrare qualche difficoltà e non evidenziare alcune criticità, pur limitate a una esigua parte dell'insieme delle azioni poste in campo. Dai monitoraggi trimestrali dei PAA compilati dai SSC dei vari territori emerge che tali criticità sono principalmente ascrivibili a:

- problemi organizzativo/logistici inizialmente non prevedibili o ritardi amministrativi specie da parte dell'ente gestore;
- imprevista carenza di personale o di risorse finanziarie;
- momentanee incomprensioni nel raccordo tra organismi istituzionali, specie in alcune aree come quella della disabilità in cui la diversificazione dei soggetti è notevole;
- elevata complessità di coordinamento quale conseguenza della numerosa adesione alla pianificazione locale di organismi sociali del territorio;
- variazione di amministrazioni locali ad esito di elezioni;
- attesa di determinazioni regionali su questioni rilevanti che richiedono primariamente un intervento su scala regionale.

Di norma tali difficoltà hanno comportato un rinvio temporale dell'operatività riguardo a specifiche azioni o una momentanea sospensione in attesa di conoscere dati e informazioni al fine di approntare una decisione definitiva di prosieguo o di rinuncia; raramente si è proceduto a un abbandono definitivo di un'azione.

Il considerevole coinvolgimento della pluralità delle risorse, istituzionali e non istituzionali, presente a livello territoriale che l'esperienza della pianificazione di zona sta determinando, qualifica l'approccio sussidiario e di *governance* sociale che da tempo, ormai, contraddistingue l'impegno pianificatorio dei 19 SSC operanti sul territorio regionale.

Le azioni in atto programmate da ogni PDZ danno, infatti, evidenza del fatto che in ciascun ambito distrettuale i servizi e le prestazioni di competenza del SSC, insieme a quelli del Distretto e a molte altre attività coinvolgenti ampie fasce di popolazione locale gestite anche da parte di una pluralità di organizzazioni appartenenti dell'arcipelago *non profit*, costituiscono ormai parte integrante della pianificazione locale. Tale assetto testimonia la tensione, da parte dei servizi del territorio, al superamento del tradizionale approccio prestazionale che ha caratterizzato fino a non molti anni fa l'implementazione delle politiche sociali sul territorio regionale. A beneficiare di questo "nuovo corso" dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie

---

è certamente l'intera popolazione regionale, intesa sia come utenza effettiva (ovvero già in carico ai servizi), sia come utenza potenziale.

## 2.5 Considerazioni d'insieme

Il quadro appena descritto mette in evidenza i principali punti di forza e di debolezza del sistema integrato di servizi e interventi sociali che concorrono a determinare la sua complessità, frammentazione e differenziazione. Si è visto, infatti, che **la gestione associata del SSC**, se rappresenta un indubbio punto di forza in quanto costituisce la più importante esperienza concreta di gestione unitaria sovra comunale a livello regionale e distingue la Regione FVG a livello nazionale, costituisce al tempo stesso un elemento di debolezza essendo affidata, mediante una convenzione, a un soggetto non dotato di una propria identità e autonomia giuridica.

In particolare, la soluzione istituzionale della delega a un Comune è risultata alla prova dei fatti debole ed insufficiente a garantire la necessaria solidità istituzionale, contabile e organizzativa. Il meccanismo della delega da parte dei Comuni alla gestione associata fa sì che la solidità e la forza di tale gestione siano frutto di un equilibrio tra Comuni che risulta tutt'altro che scontato e sempre soggetto all'influenza di diversi fattori che vanno dalla dimensione dei Comuni, alla loro rilevanza politica, alle loro specifiche esigenze.

La delega all'AAS ha agevolato l'integrazione sociosanitaria sia a livello istituzionale che organizzativo, ma non è risultata immune da difficoltà burocratiche e amministrative, con qualche criticità tra l'esercizio del ruolo del coordinatore socio sanitario dell'AAS e quello del responsabile del SSC; quest'ultimo, peraltro, con una doppia referenza verso il vertice Aziendale e verso gli amministratori comunali.

Anche la delega all'Azienda Pubblica per i Servizi alla Persona, nata con l'obiettivo di aumentare le attività in capo alla gestione associata e le sinergie, introducendo un soggetto terzo accanto ai Comuni ha reso più complessa la dinamica dei rapporti con un responsabile del SSC inserito nell'assetto organizzativo di tipo gerarchico dell'ASP, caratterizzato dalla presenza di un presidente e di un direttore, ma che nello stesso tempo dipende dalle decisioni dall'Assemblea dei Sindaci.

Il SSC garantisce una presenza professionale **pressoché in tutti i Comuni** della Regione, assicurando un'elevata capacità di presa in carico di un'utenza sempre più numerosa e complessa, ma presenta **assetti organizzativi, dotazioni di risorse economiche e umane, modalità di funzionamento, approcci metodologici diversi tra le diciannove realtà di ambito distrettuale e all'interno delle stesse tra un Comune** e l'altro, in particolare dal punto di vista della compartecipazione alla spesa da parte dei Comuni e degli stessi utenti e

---

dal punto di vista dei criteri di accesso alle prestazioni, essendo pochi i contesti in cui sono stati definiti regolamenti di gestione dei servizi condivisi da tutti i Comuni di un medesimo ambito distrettuale.

La coincidenza territoriale dei SSC con i Distretti sanitari, se costituisce un indubbio elemento di forza in quanto presupposto per **l'integrazione sociosanitaria**, dall'altro non risulta sufficiente a garantirne l'effettiva realizzazione. Essa, infatti, fa ancora fatica a tradursi in processi di presa in carico in cui le risorse e le professionalità provenienti dai due sistemi riescano ad esprimere una risposta realmente unitaria alla persona.

Il Piano di zona **è stato consolidato quale strumento per la programmazione e l'organizzazione dei servizi e interventi sociali a livello territoriale**, ma non è in grado di compensare la mancanza di un'adeguata programmazione sociale regionale, la disarticolata applicazione dei LEA sociosanitari nazionali, la mancata definizione regionale dei livelli essenziali per il settore sociale, la presenza di normative ormai superate e la carenza di coordinamento dei sistemi informativi operanti in ciascuno dei diversi soggetti che concorrono alla realizzazione del sistema sociale e sociosanitario a livello locale.





# 3

uno SGUARDO  
D'insieme:  
L'utenza DEL  
sistema INTEGRATO  
DEI servizi  
sociali e DEL PIÙ  
ampio sistema  
DI PROTEZIONE  
sociale



---

## Capitolo 3

### Uno sguardo d'insieme: l'utenza del sistema integrato dei servizi sociali e del più ampio sistema di protezione sociale

La pluralità di organizzazioni che, con mandati istituzionali e ruoli diversi, rientra nell'ampio "perimetro" del sistema integrato dei servizi sociali si rivolge a una vasta e differenziata platea di utenti attraverso canali di accesso e modalità di intervento diverse e spesso tra di loro poco coordinate. Sono numerosi, infatti, gli interlocutori ai quali il cittadino può rivolgersi per richiedere un aiuto entrando così per molte vie nel sistema assistenziale: da quella statale, a quella del SSC, a quella del singolo Comune, a quella di uno dei molteplici soggetti del terzo settore impegnati in questo ambito.

Questa pluralità di soggetti e di ingressi al sistema, peraltro, è priva di un sistema informativo in grado di ricondurre allo stesso utente i diversi interlocutori ai quali si rivolge e i vari benefici di cui fruisce. Diventa pertanto alquanto difficile rilevare in modo preciso l'utenza del sistema integrato, evitando di conteggiare più volte la stessa persona o, viceversa, di non prenderla in considerazione.

Il computo però può essere fatto con un buon grado di precisione e attendibilità attraverso sommatorie successive che mettano insieme, senza confondere e depurando di eventuali doppioni noti, i beneficiari dei diversi interventi. Nel fare tale conteggio, inoltre, altrettanta attenzione deve essere posta a distinguere tra l'utenza presa in carico e quella che beneficia esclusivamente di una prestazione assistenziale.

Nel primo caso, infatti, il servizio predispose per la persona un progetto assistenziale, che parte da una diagnosi sociale e giunge all'individuazione di obiettivi da perseguire attraverso la composizione di più interventi. Nel secondo caso, invece, il servizio si limita a verificare il possesso dei requisiti richiesti per usufruire del beneficio e ad erogare lo stesso.

I paragrafi che seguono si propongono di fornire una **descrizione approfondita dell'utenza presa in carico dal SSC gestito in forma associata dai Comuni della regione e una quantificazione complessiva dei beneficiari delle "prestazioni" erogate dai Comuni e degli ospiti accolti nelle strutture residenziali per minori, disabili e anziani in capo agli enti gestori.**



---

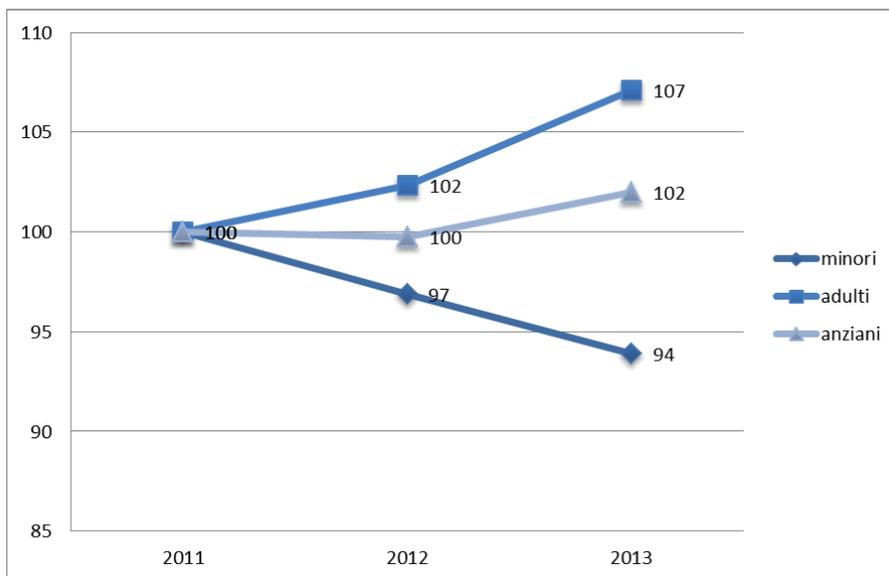
### 3.1 Gli utenti presi in carico dal Servizio sociale dei Comuni

Gli utenti del SSC che beneficiano degli interventi e delle prestazioni gestite in forma associata vengono monitorati attraverso l'applicativo informatico della Cartella Sociale Informatizzata che, pur con alcuni limiti legati alla non sempre omogenea e puntuale registrazione, consente comunque di quantificare l'utenza con un buon livello di approssimazione e di descriverla dal punto di vista del profilo socio-anagrafico, delle problematiche e degli interventi e servizi di cui fruisce. Questa descrizione fa emergere alcune tendenze e caratteristiche particolarmente significative.

Il primo aspetto che va segnalato è rappresentato dal **costante aumento** dell'utenza presa in carico dai SSC. Nel corso del 2013, infatti, è stata pari a 53.643 unità, corrispondente al 4,4% della popolazione residente. Considerando il suo andamento nel corso dell'ultimo triennio però, se ne può cogliere il persistente incremento sia in termini assoluti sia in termini di incidenza sulla popolazione di riferimento. L'utenza complessiva del SSC, infatti, ammontava a 52.100 unità nel 2011 e saliva a 52.321 unità nel 2012 (il 4,28% della popolazione in entrambe gli anni). In termini generali **dal 2011 in FVG l'utenza è aumentata in valori assoluti di 1.543 unità e in valori percentuali di 3 punti.**

Un secondo aspetto particolarmente significativo è rappresentato dal **profondo cambiamento in atto nella sua composizione e nel suo profilo.** Osservando i dati socio anagrafici e quelli relativi alle problematiche espresse, si può cogliere come l'utenza attuale del SSC sia profondamente cambiata rispetto a quella tradizionalmente presa in carico dal SSC. Mentre quest'ultima era caratterizzata in prevalenza da anziani, minori e adulti con problematiche legate al disagio sociale, all'emarginazione e all'handicap, l'utenza attuale è caratterizzata soprattutto da **adulti, anziani e in minor misura minori.** Particolarmente significativo risulta infatti il confronto nell'ultimo triennio fra le tre classi d'età, dove emerge la variazione più consistente, pari al 7% dell'utenza adulta con età 18-64 anni (1.584 unità) rispetto alla variazione del 2% dell'utenza anziana >64 anni (435 unità) e al calo del 6% dell'utenza 0-17 anni (-476 unità).

Grafico 3.1 – Variazioni delle classi d'età degli utenti in carico al SSC, anni 2011, 2012 e 2013 (anno base 2011=100)



Fonte: CSI

Nel 2013 **la fascia adulta rappresenta il 44,4%** di tutta l'utenza, con una prevalenza soprattutto della componente di età compresa tra i 35 e i 64 anni che copre il 32,9%, mentre i giovani adulti di 18-34 anni rappresentano l'11,5% dell'utenza in carico. Tutta la **fascia anziana comprende il 41,9%** dell'insieme dell'utenza ed è composta per lo più da grandi anziani con un'età di 75 anni e oltre che rappresentano il 33,8% del totale, mentre la fascia 65-74 anni è pari all' 8,1% di tutta l'utenza. Infine, ci sono i **minori che sono il 13,7%** del totale.

In termini assoluti **dal 2011** si registra un calo soprattutto nella fascia dei minori (-476), mentre si rileva un **aumento particolarmente sostanzioso dell'utenza della fascia 35-64 (1205)** e più contenuto nelle fasce di utenza 18-34 (379), 65-74 (37) e >75 (398). Fino ai 74 anni di età l'utenza femminile e quella maschile si equivalgono, salvo leggere differenze, dai 75 anni in poi, in ragione della maggior longevità delle donne, la componente femminile supera nettamente (72,1%) quella maschile (27,9%).

Rispetto allo stato civile si registra una maggiore incidenza sul totale degli utenti celibi/nubili (38,8%) seguita dai coniugati e coabitanti con il coniuge (26,8%) e dai/dalle vedovi/e (22,6%). Solo una piccola minoranza riguarda i/le divorziati/e (4,4%), i/le legalmente separati/e (4,1%) e i/le coniugati/e che non coabitano con il coniuge (2,4%).

Come conseguenza dell'incremento dell'utenza adulta si può notare l'aumento, nei valori percentuali e assoluti, dei coniugati e delle coppie conviventi, a fronte di una diminuzione dei celibi e nubili e dei vedovi/e.



Per quanto riguarda la condizione professionale, anche in considerazione della composizione per età sopra descritta, gli utenti che si rivolgono ai SSC si trovano **in prevalenza nella condizione di “ritirato dal lavoro” (32,4%) seguita da quella di disoccupato (17,3%).**

Gli studenti, gli occupati e le persone non attive rappresentano tra l'11,1% e il 12,0% dell'utenza. In numero minore sono presenti casalinghe (5,8%), persone non in età da lavoro (7,9%) e persone in ricerca della prima occupazione (2,1%).

**In termini assoluti dal 2011 al 2013 c'è stato un considerevole aumento delle persone disoccupate che si rivolgono ai servizi (1638 utenti, il 21,5% in più),** anche a causa del perdurare del periodo di recessione economica che sta caratterizzando questi anni. Un lieve aumento ha interessato anche le casalinghe (5,7%) e le persone in cerca di prima occupazione (3,2%). Mentre c'è stato un calo per tutte le altre condizioni professionali più evidente in termini assoluti per gli occupati (-237 utenti) e gli studenti (-93 utenti).

Tabella 3.1 – Utenti in carico al SSC per condizione professionale, anni 2011, 2012 e 2013 (valori assoluti)

	2011	2012	2013	Diff 2011-2013	Diff % 2011-2013
<b>Altro inattivo</b>	5.953	5.975	5.977	24	0,4
<b>Casalinga</b>	2.962	3.047	3.131	169	5,7
<b>Disoccupato</b>	7.625	8.468	9.263	1.638	21,5
<b>In cerca di prima occupazione</b>	1.100	1.133	1.135	35	3,2
<b>Non in età di lavoro</b>	4.299	4.138	4.238	- 61	-1,4
<b>Occupato</b>	6.679	6.192	6.442	- 237	-3,5
<b>Ritirato dal lavoro</b>	17.296	17.329	17.366	70	0,4
<b>Studente</b>	6.174	6.027	6.081	- 93	-1,5
<b>Valore nullo</b>	12	12	10	- 2	-16,7
<b>Totale</b>	52.100	52.321	53.643	1.543	3

Fonte: CSI

In merito alla condizione familiare sono soprattutto le persone sole (33,0%) e quelle che vivono in coppia con figli a carico (27,9%) a rivolgersi ai Servizi sociali. Sommate coprono quasi i due terzi dell'utenza complessiva. A queste due situazioni familiari segue la condizione di monogenitore convivente con i figli (13,4%). In subordine ci sono gli utenti in coppia senza figli (8,9%), coloro che risultano risiedere in situazioni abitative con più nuclei familiari conviventi (8,6%) o appartenenti ad altre tipologie familiari non specificate (8,1%). Gli utenti appartenenti a **famiglie con figli a carico, indipendentemente se monogenitore o coppia, rappresentano il 41,3% del totale.** Nel corso dei tre anni considerati si registra un leggero aumento percentuale degli utenti che vivono in coppia con dei figli, di quelli che vivono in situazioni monogenitoriali con figli e di quelli che vivono in coppia senza figli.

Viceversa, si rileva una diminuzione percentuale degli utenti in situazioni di convivenza e delle persone sole. **In termini assoluti le persone in carico che vivono in famiglie con figli (coppie e monogenitori) aumentano di 1.096 unità in tre anni, dal 2011 al 2013; un aumento di 307 utenti riguarda coloro che vivono in coppia senza figli, mentre le persone sole e i nuclei familiari conviventi diminuiscono di poco, rispettivamente di 13 e 52 unità.** Trova pertanto conferma la particolare vulnerabilità dei nuclei con figli, sia quando sono presenti entrambi i genitori sia nei casi in cui è presente uno solo.

Tabella 3.2 – Utenti in carico al SSC per tipologia familiare, anni 2011, 2012 e 2013 (valori assoluti)

	2011	2012	2013	Diff 2011- 2013	Diff % 2011- 2013
<b>Altre tipologie</b>	4.132	4.116	4.342	210	5,1
<b>Coppia con figli</b>	14.118	14.288	14.954	836	5,9
<b>Coppia senza figli</b>	4.486	4.614	4.793	307	6,8
<b>Monogenitore con figli</b>	6.947	6.983	7.207	260	3,7
<b>Nuclei familiari conviventi</b>	4.670	4.669	4.618	- 52	-1,1
<b>Persona sola</b>	17.740	17.645	17.727	- 13	-0,1
<b>Valore nullo</b>	7	6	2		
<b>Totale</b>	52.100	52.321	53.643	1.543	3

Fonte: CSI

Analizzando la composizione dell'utenza del SSC, infine, non si può non notare il costante incremento della componente straniera che nel corso dell'ultimo triennio passa dal 12,8% pari a 6.659 unità del 2011, al 13,6% corrispondente a 7.127 unità del 2012, al 14,5% pari a 7.794 unità del 2013. L'incidenza dell'utenza straniera e italiana sulle proprie popolazioni di riferimento mette in luce un valore quasi doppio a favore della prima, inoltre, mentre l'incidenza dell'utenza italiana rimane costante nel tempo (4,1% nel 2011; 4,0% nel 2012; 4,1% nel 2013), quella dell'utenza straniera aumenta in maniera costante (6,8% nel 2011; 6,9% nel 2012; 7,2% nel 2013).

Il cambiamento lungo gli anni nel profilo dell'utenza del SSC si accompagna al **cambiamento delle problematiche** ad essa associate. Dall'analisi delle diagnosi registrate nella CSI, infatti, si può cogliere come le problematiche legate alla **non autosufficienza coinvolgano il 39,2%** degli utenti, ossia 21.030 persone, che sono in prevalenza donne anziane, ultra settantacinquenni e sole. Seguono le problematiche legate al **reddito** che raggiungono il 27,7% dell'utenza, pari a 14.868 persone. Se a queste si aggiungono le persone con diagnosi legata al **lavoro**, che rappresentano il 9,5% del totale ossia 5.084 utenti, e quelle con diagnosi legate alla **casa**, che sono il 4,3% pari a 2.307 utenti, si riscontra che il 41,5% degli utenti del SSC presentava problematiche proprie della popolazione adulta giunta al SSC soprattutto a causa delle conseguenze della perdita o riduzione del lavoro dovuta alla crisi economica e produttiva ancora in corso.

Entrando nel dettaglio di queste problematiche si rileva che quelle relative al reddito riguardano soprattutto le persone che vivono in famiglia con figli (sia in coppia sia monogenitore) e che ricadono nella fascia d'età produttiva della popolazione (18-64 anni). La maggior parte di queste persone, inoltre, si trova in una situazione sia di disoccupazione sia di occupazione ma evidentemente con un reddito non sufficiente alle proprie necessità. I problemi di reddito riguardano quasi in un caso su tre cittadini stranieri e fra l'utenza straniera l'insufficiente reddito è la diagnosi più frequente. I problemi della sfera lavorativa sono rappresentati quasi esclusivamente da difficoltà di inserimento e mantenimento del lavoro e da situazioni di disoccupazione sia di lunga che di breve durata.

Le problematiche legate alla famiglia coinvolgono il 20,3% dell'utenza, pari a 10.911 persone e fanno riferimento in particolare a inadeguatezza del ruolo genitoriale e a difficoltà di gestione dei compiti di accudimento e assistenza nei confronti dei figli. Le diagnosi legate alla salute interessano 8.755 utenti, pari al 16,3% del totale, rappresentati soprattutto da persone con disabilità e problemi psichiatrici. Percentuali più contenute vengono raggiunte dall'utenza interessata dalle restanti problematiche relative a socialità (2,8%), istruzione (2,5%), dipendenze (2,2%) e devianza (1,1%).

Tabella 3.3 – Utenti in carico al SSC per macro diagnosi nel corso del 2013 (valori assoluti e percentuali)

Macro diagnosi	N utenti	%
<b>Autosufficienza</b>	21.030	39,2
<b>Reddito</b>	14.868	27,7
<b>Famiglia</b>	10.911	20,3
<b>Salute</b>	8.755	16,3
<b>Lavoro</b>	5.084	9,5
<b>Casa</b>	2.307	4,3
<b>Socialità /relazioni</b>	1.486	2,8
<b>Istruzione /Scuola</b>	1.340	2,5
<b>Dipendenze</b>	1.161	2,2
<b>Devianza /Controllo</b>	583	1,1
<b>Totale FVG*</b>	53.643	

Fonte: CSI

\*Il totale regionale riguarda il numero complessivo degli utenti che non coincide con la somma degli utenti presenti nelle diverse diagnosi in quanto ogni persona può avere più di una diagnosi sociale. Lo stesso vale per il dato in percentuale.

Prendendo in esame gli interventi erogati dai SSC con riferimento alle macrotipologie proposte dalla CSI si evidenzia come nel 2013, ma anche negli anni precedenti, la maggior parte abbia riguardato gli interventi del servizio sociale professionale (62,0%), ossia la valutazione sociale e integrata, il trattamento e la consu-

---

lenza psicosociale degli utenti. Si tratta di interventi fondamentali per il processo di presa in carico e pertanto non sorprende che quasi i due terzi dell'utenza ne abbia usufruito.

Oltre a questi interventi un cospicuo numero di utenti ha beneficiato di interventi economici (37,0%), caratterizzati soprattutto dal Fondo per l'Autonomia possibile, dal Fondo di solidarietà e altri contributi economici di sostegno al reddito. A questo proposito si rileva la complessiva diminuzione, nel corso del triennio 2011-2013, dell'utenza che beneficia di prestazioni riferite alla macro categoria degli interventi economici sia per motivi legati all'impossibilità delle persone di accedere ad alcune misure (es. Fondo di solidarietà) dopo averne beneficiato usufruendo anche della proroga, sia per le diverse modalità e criteri di accesso stabiliti dai singoli SSC al fine di rendere più equo ed efficace l'utilizzo delle misure.

Agli utenti che hanno fruito di queste due categorie di intervento seguono quelli che hanno usufruito di interventi per la domiciliarità (23,4%), in leggero calo rispetto i due anni precedenti. Tra questi spiccano, in particolare, gli utenti del SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e i fruitori di pasti a domicilio, che generalmente sono persone anziane.

I minori beneficiano soprattutto di interventi di carattere socio educativo e assistenziale. I fruitori di interventi residenziali e semiresidenziali, come gli inserimenti in struttura e gli interventi presso i centri diurni, sono rispettivamente il 7,4% e il 5,0% dell'utenza. Il 13,7% dell'utenza, inoltre, risulta aver utilizzato il servizio informativo e di orientamento fornito dal segretariato sociale e dal punto unico di accesso<sup>35</sup>.

Una minoranza degli utenti, infine, in misura costante nel triennio, risulta aver usufruito di interventi per la casa e il lavoro (3,0%), contraddistinti prevalentemente da erogazioni di borse lavoro, da interventi del Servizio di Integrazione Lavorativa per disabili - SIL - o da assegnazione di alloggi a titolo assistenziale per persone con problemi abitativi. Il numero limitato di questi ultimi è legato al fatto che si tratta di interventi gestiti a livello di Comune singolo, che vengono registrati in CSI solo quando rientrano nel piano assistenziale individualizzato predisposto dal SSC.

---

<sup>35</sup> Il dato in questo caso è sottostimato in quanto la registrazione in cartella sociale delle persone che hanno usufruito del servizio di accesso (segretariato, punto unico, ecc.) avviene prevalentemente per coloro ai quali vengono erogati anche altri servizi/interventi. Rimangono esclusi dalla registrazione la grande maggioranza delle persone che si recano presso gli sportelli di segretariato solamente per informazioni e altri supporti da parte del SSC che non prevedono la presa in carico e la conseguente erogazione di interventi.

Tabella 3.4 – Utenti in carico al SSC per tipologia di intervento erogato, nel corso del 2011, 2012 e 2013 (valori assoluti e percentuali)

	2011	%	2012	%	2013	%
<b>Interventi casa - lavoro</b>	1.583	3,0	1.598	3,1	1.610	3,0
<b>Interventi di servizio sociale professionale</b>	28.597	54,9	31.274	59,8	33.278	62,0
<b>Interventi economici</b>	21.008	40,3	20.248	38,7	19.831	37,0
<b>Interventi per l'accesso</b>	6.514	12,5	6.445	12,3	7.354	13,7
<b>Interventi per la domiciliarità</b>	13.066	25,1	13.045	24,9	12.570	23,4
<b>Interventi residenziali</b>	4.343	8,3	4.161	8,0	3.954	7,4
<b>Interventi semi residenziali</b>	3.259	6,3	2.901	5,5	2.682	5,0
<b>Totale FVG*</b>	52.100	100,0	52.321	100,0	53.643	100,0

Fonte: CSI

\*Il totale regionale riguarda il numero complessivo degli utenti che non coincide con la somma degli utenti presenti nelle diverse diagnosi in quanto ogni persona può avere più di una diagnosi sociale. Lo stesso vale per il dato in percentuale.

Un altro aspetto particolarmente significativo che emerge dall'analisi dell'utenza del SSC registrata nella CSI è rappresentato dalla sua forte differenziazione a livello territoriale. Considerando la distribuzione complessiva nei diciannove territori del SSC, infatti, si possono cogliere numerose e rilevanti differenze tra i SSC relativamente a molte dimensioni. Se si considera il rapporto tra utenti e popolazione residente, ad esempio, si rileva come ci siano SSC come Gemona, Tarcento, San Daniele, Pordenone, Trieste e Muggia con un'incidenza di utenti su residenti compresa tra il 4,7% e il 5,8%, SSC come Maniago, Latisana, Cervignano, San Vito al T., Basso Isontino, Cividale e Alto Isontino dove l'incidenza è compresa tra i 3,9% e i 4,5%, SSC come Udine, Sacile, Azzano X°, Codroipo e Carnia dove l'incidenza degli utenti è compresa tra il 3,3% e il 3,8% della popolazione e SSC come Duino Aurisina con più di 6 utenti ogni cento abitanti.

Altrettanta variabilità emerge considerando l'incidenza delle fasce d'età di utenza sul totale. In questo caso emerge soprattutto il dato relativo ai minori del SSC di Duino Aurisina che presenta un'incidenza del 36,7% e il dato di San Vito al T. pari a 21,0% a fronte di un dato regionale del 13,7% e di un range di variabilità degli altri diciassette SSC di poco più di tre punti percentuali in più o in meno del valore regionale.

Si tratta di differenze in gran parte connesse ai diversi criteri con cui gli assistenti sociali dei SSC registrano l'utenza nella CSI. Pur disponendo di un manuale metodologico e di indicazioni condivise, le prassi adottate dagli assistenti sociali non sono omogenee né vi è piena condivisione tra di essi in merito all'interpretazione delle categorie utilizzate per codificare le voci da registrare in CSI. Accade così che non solo l'applicativo non viene sempre puntualmente aggiornato dagli operatori, ma anche le informazioni relative a utenti e interventi vengono interpretate e registrate in modo diverso. Questo anche in ragione di prassi di presa in carico e di gestione degli interventi non omogenee tra i diversi SSC.

Il dato relativo ai minori di Duino Aurisina sopra riportato, ad esempio, si spiega in quanto, diversamente dagli altri territori, in questo caso vengono registrati in CSI anche i minori di età 0-17 che frequentano servizi per la prima infanzia come gli asili nido, i servizi integrativi e i centri di aggregazione. Depurato da questo target, il valore si allinea con quello degli altri SSC.

Analoga variabilità si rileva considerando la tipologia di utenti e di interventi che evidenzia, infatti, differenze notevoli tra i diversi SSC a seconda dell'approccio metodologico adottato, delle competenze professionali sviluppate ma anche dell'evoluzione storica che li ha visti adattarsi ai diversi eventi di carattere naturale, amministrativo, organizzativo che si sono succeduti nel corso del tempo.

Considerando, ad esempio, l'incidenza dell'utenza adulta si può notare come vi siano SSC come Latisana, Tarcento e Pordenone dove raggiunge rispettivamente il 49,2%, il 53,8% e il 55,7%, rispetto al 44,5% del livello regionale, in conseguenza della particolare attenzione ad essa dedicata. Allo stesso modo SSC come San Daniele, Carnia, Muggia, Cervignano e Udine vedono un'incidenza dell'utenza anziana compresa tra il 48,2% e il 58,1% rispetto al valore regionale che si attesta sul 41,9%.

Un altro esempio si può avere considerando gli interventi per la domiciliarità che comprendono prevalentemente l'assistenza domiciliare, i servizi socio educativi e socio assistenziali, i pasti a domicilio e i trasporti. Questi caratterizzano prevalentemente i territori del Gemonese, di Azzano X°, della Carnia e di Cervignano, con una percentuale di utenza raggiunta che va dal 31,6% al 40,1%; valori nettamente superiori al dato regionale che si attesta al 23,4%. Trieste, invece, pur essendo la città più vecchia a livello regionale presenta il SSC con la più bassa incidenza percentuale di utenti (10,3%) sul totale che beneficia di questa categoria di interventi.

### 3.2 I beneficiari di servizi e interventi erogati da altri soggetti del sistema di protezione sociale

Allargando lo sguardo al resto dello spazio delimitato dal "perimetro" del sistema dei servizi, si possono osservare altri gruppi di fruitori delle diverse tipologie di interventi e prestazioni erogati dai soggetti che lo compongono.

**Un primo gruppo è rappresentato dai beneficiari di interventi statali.** Si tratta, in particolare, dei fruitori di assegni di invalidità, di assegni di accompagnamento e di pensioni sociali erogati e monitorati dall'INPS che al 1° gennaio 2014 ammontano a 61.599, pari al 12,21% del totale dei beneficiari INPS, per un importo complessivo annuo di 326,40 milioni di euro, che assorbe il 5,15% del totale della spesa annua dell'INPS

per il FVG, pari a 6,35 miliardi di euro. Si tratta di prestazioni di importo modesto, liquidate a fronte di una situazione di bisogno indipendentemente dal versamento di contribuzione. Tra queste grande importanza assumono quelle destinate agli invalidi civili. Tali prestazioni in regione sono costituite da pensioni e indennità erogate a chi abbia una invalidità superiore al 74%. Le pensioni vengono erogate in presenza, oltre che dei requisiti sanitari, anche di un reddito inferiore ai limiti stabiliti per legge e hanno un importo assai modesto. Le indennità, invece, sono erogate indipendentemente da requisiti reddituali e hanno importi più elevati. L'indennità più frequentemente erogata è quella di accompagnamento che viene concessa quando l'invalidità raggiunge il 100%.

Tabella 3.5 - Prestazioni agli invalidi civili vigenti al 1<sup>a</sup> gennaio 2014 in Friuli Venezia Giulia per categoria

	Pensione		Indennità		Totale	
	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile	Numero	Importo medio mensile
<b>Trieste</b>	2.058	€ 272,20	6.167	€ 485,40	8.225	€ 432,05
<b>Gorizia</b>	1.388	€ 264,71	4.813	€ 479,96	6.201	€ 431,78
<b>Pordenone</b>	2.737	€ 267,44	8.098	€ 483,67	10.835	€ 429,04
<b>Udine</b>	5.756	€ 271,24	19.183	€ 488,91	24.939	€ 438,67
<b>Totale</b>	11.939	€ 269,77	38.261	€ 486,11	50.200	€ 434,66

Fonte: INPS, Bilancio sociale Friuli Venezia Giulia, anno 2013, p. 90

La distribuzione per classi di età delle indennità mostra che, mentre per gli uomini viene liquidato un numero maggiore di prestazioni nell'età giovanile e in quella adulta, alle donne questa prestazione viene liquidata con maggior frequenza durante la vecchiaia.

Tabella 3.6 - Pensioni e assegni sociali vigenti al 1<sup>a</sup> gennaio 2014

	Numero pensioni/assegni	Importo medio mensile
<b>Udine</b>	5.389	€ 403,14
<b>Gorizia</b>	1.197	€ 415,58
<b>Trieste</b>	2.502	€ 441,52
<b>Pordenone</b>	2.311	€ 409,12
<b>Totale</b>	11.399	€ 414,08

Fonte: INPS, Bilancio sociale Friuli Venezia Giulia, anno 2013, p. 92

La distribuzione per sesso evidenzia che pensioni e assegni sociali vengono erogati a donne nel 70% dei casi, ma che l'importo medio mensile loro erogato è inferiore a quello liquidato agli uomini, per il fatto che molto spesso le beneficiarie sono titolari anche di una pensione di reversibilità di importo molto modesto.

Ogni individuo può essere beneficiario di una o più prestazioni, per cui il numero di pensioni e il numero di pensionati non sono coincidenti, ma il primo è sempre superiore al secondo: in Friuli Venezia Giulia ogni pensionato percepisce in media 1,44 pensioni. Il totale dei pensionati ammonta a 372.999, pari al 31% della popolazione residente. Nella maggior parte dei casi essi hanno un'età superiore ai 60 anni, ma si registra una percentuale del 4% di età inferiore ai 50 anni, costituiti essenzialmente da invalidi o superstiti di assicurato o pensionato che percepiscono mediamente una sola prestazione di importo molto modesto in quanto calcolata su una base contributiva esigua.

I beneficiari delle pensioni e indennità di invalidità e delle pensioni sociali erogate dall'INPS si possono ritenere per buona parte coincidenti con gli anziani non autosufficienti e i disabili in carico al SSC e con gli anziani e i disabili ospiti delle strutture residenziali ai quali si farà riferimento nei seguenti capitoli. Tra le prestazioni assistenziali grande importanza assumono anche le pensioni e gli assegni sociali che vengono erogati a chi abbia un'età superiore ai 65 anni e un reddito inferiore a determinati limiti, oltre ad altri requisiti relativi alla cittadinanza e alla residenza. Complessivamente, le pensioni e gli assegni sociali erogati in Friuli Venezia Giulia al 1 gennaio 2014 sono 11.399. A questi utenti beneficiari di pensioni e assistenziali si devono poi aggiungere per lo stesso anno i 3.741 beneficiari della Social Card o Carta acquisti finanziata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per 40 euro mensili e integrata con ulteriori 60 euro mensili dalla Regione, di cui si parlerà più ampiamente di seguito.

**Il secondo gruppo più rilevante di fruitori di prestazioni erogate dal sistema sociale è rappresentato dai beneficiari degli interventi gestiti direttamente dai Comuni singoli**, come i contributi economici, i contributi per l'abbattimento dei canoni di locazione o l'assegnazione di alloggi a titolo assistenziale, gli assegni di natalità e quelli di studio, la Carta Famiglia. Si tratta di una platea molto consistente che, come anticipato, in buona parte usufruisce di questi benefici in quanto ne ha diritto pur non trovandosi in condizioni di disagio che richiedono la presa in carico da parte del SSC. L'intervento nei loro confronti, pertanto, è di tipo burocratico e viene svolto prevalentemente da personale amministrativo. Una parte invece coincide con utenti presi in carico dal SSC per i quali è stato predisposto un progetto assistenziale individualizzato che prevede l'integrazione di questi interventi. I contributi economici rappresentano spesso per i Comuni un impegno finanziario rilevante che grava sulle proprie risorse di bilancio; tali contributi vengono erogati in casi di difficoltà economiche straordinarie o quando i finanziamenti regionali attivati non riescono a fronteggiare la situazione di disagio.

I beneficiari di questi contributi ammontano a circa 5.100 utenti che rientrano nel computo dell'utenza del SSC in quanto il SSC ha operato l'istruttoria o gestisce su delega completa da parte dei Comuni, ai quali si

---

deve aggiungere una quota non esattamente quantificabile che riceve il contributo direttamente dal Comune singolo. Un discorso analogo può essere fatto a proposito dei contributi per l'abbattimento del canone di locazione e per quelli a favore di proprietari pubblici o privati che mettono a disposizione alloggi a favore di locatari meno abbienti che vengono erogati dai Comuni attingendo a finanziamenti statali, regionali e, in alcuni casi, anche propri. Si tratta di interventi che consentono di soddisfare tutte le domande dei proprietari, che sono state molto contenute e hanno inciso entro un range compreso tra il 21% e il 35 % rispetto a quelle dei locatari che sono state, viceversa, molto numerose.

**Un terzo gruppo ancora è costituito dai beneficiari degli interventi e dei servizi attivati da enti e organizzazioni del terzo settore.** Si tratta di una quota piuttosto ampia ma soprattutto non facile da quantificare perché non sempre adeguatamente rilevata dagli stessi soggetti erogatori delle prestazioni. La sua rilevanza, comunque, si può cogliere considerando ad esempio l'utenza delle Caritas diocesane che, disponendo di un proprio sistema di rilevazione, sono in grado di quantificarla in 3.099 persone nel corso del 2011, 2.991 nel corso del 2012 e 2.939 nel corso del 2013. Come anticipato, alcune di queste persone usufruiscono solo degli interventi di supporto messi in atto dalla Caritas, mentre altre vengono seguite con specifici percorsi di accompagnamento che vengono realizzati in alcuni casi in collaborazione col SSC che prende in carico la persona che diventa pertanto anche un loro utente. Quanti siano questi casi, stante l'attuale sistema informativo, non è dato di sapere. Si tratta di un'utenza composta in prevalenza da uomini (più del 54% nel triennio), stranieri (più del 60% nelle triennio), di età compresa tra 30 e 50 anni e disoccupati (il 60% tra gli stranieri e più del 50% tra gli italiani). Le problematiche economiche e quelle lavorative sono quelle prevalenti: le prime riguardano oltre l'85% degli utenti e le seconde quasi il 60%. A queste si affiancano quelle legate all'abitazione che coinvolgono circa il 20% dell'utenza. **Un quarto gruppo, peraltro molto consistente, è rappresentato dagli ospiti delle strutture residenziali per anziani, disabili e minori.** Mentre questi ultimi rientrano nel computo degli utenti del SSC, i disabili e gli anziani vi rientrano solo in minima parte. Vengono, infatti, registrati solo quelli inseriti in struttura nell'anno in corso, ma non quelli già presenti in struttura, che però rappresentano la maggioranza dei circa 9.500 utenti delle strutture per anziani e dei circa 1.500 utenti delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili.

Ci sono poi i **fruitori dei nidi e servizi per la prima infanzia** che non rientrano nell'utenza dei Servizi sociali in senso stretto ma, in quanto beneficiari di contributi erogati dalla Regione sul bilancio del settore sociale, si possono far rientrare nel sistema sociale. Il loro numero è stato di 6.192 bambini nel 2011, 6.042 bambini nel 2012 e 5.905 bambini nel 2013. Infine, vi sono alcune **specifiche categorie di utenza**, assistite in strutture dedicate, la cui spesa è sostenuta prevalentemente dalla Regione e in parte dai Comuni: i minori stranieri non accompagnati, che nel 2013 sono stati 305, e le donne vittime di violenza accolte nei Centri Anti-violenza che, sempre nel 2013, sono state 1.058 e quelle accolte nelle case rifugio che sono state 82 con 66 bambini.





# 4

servizi e  
interventi a  
FAVORE DELLA  
famiglia e dei  
minori



---

## Capitolo 4

### Servizi e interventi a favore della famiglia e dei minori

L'intervento della Regione a sostegno della famiglia e dei minori trova origine in una politica complessiva, ispirata da una logica promozionale e da un approccio comunitario, che è stata esplicitata nella legge regionale 7 luglio 2006, n. 11, «*Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità*» e nella legge regionale 18 agosto 2005, n. 20 «*Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia*».

In attuazione della L.R. 11/2006, in particolare, nell'ottobre del 2012, la Regione ha approvato il *Piano regionale degli interventi per la famiglia 2012-2014*, comprendente tutte le azioni e le specifiche misure messe in atto e programmate dalla Regione a favore delle famiglie e a sostegno della genitorialità in forma diretta o indiretta.

Tra le azioni dedicate alla famiglia, a seguito di questi atti normativi e pianificatori, si evidenziano quelle rivolte all'istituzione e diffusione della *Carta famiglia*, alla promozione dell'*associazionismo familiare* e dei progetti realizzati dalle famiglie.

Questi interventi si affiancano e integrano con un'altra ampia gamma di interventi attivati dal Servizio sociale dei Comuni al fine di promuovere il benessere e prevenire le situazioni di disagio e di rischio in cui possono incorrere le famiglie e i minori.

La consapevolezza delle pesanti ricadute che tali situazioni possono avere su soggetti in età evolutiva e del contributo che, al contrario, esperienze familiari e sociali positive possono portare alla loro crescita e maturazione hanno portato l'insieme del Sistema di servizi e interventi e in particolare il Servizio sociale dei Comuni a promuovere e attuare interventi di carattere promozionale e di tipo preventivo. Esaurito il rilevante contributo dato all'approccio promozionale dalla legge nazionale 28 agosto 1997, n. 285 «*Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*» che ha riscosso grande attenzione a livello regionale, tale impostazione ha continuato ad essere mantenuta dai Servizi sociali dei Comuni dapprima grazie all'investimento di risorse regionali finalizzate a dare continuità alle iniziative attivate con i piani legge 285/97 e successivamente con risorse dei singoli Comuni e con finanziamenti regionali dedicati alle politiche familiari. Da qui l'attivazione di un'ampia gamma di progetti e interventi alquanto diversificati, che coinvolgono numerosi bambini e ragazzi e che vengono realizzati in stretta collaborazione con le risorse del territorio, a cominciare dalla scuola, che rappresenta il partner privilegiato col quale si sono instaurate le collaborazioni più strutturate, alle famiglie, alle associazioni familiari, alle associazioni sportive e ricreative, alle parrocchie.

---

Quando l'intervento di carattere promozionale e preventivo non è sufficiente a sostenere la famiglia in quanto al suo interno si registrano scarse o inadeguate risorse economiche, bassa competenza comunicativa ed educativa unitamente a gradi relativamente elevati di isolamento sociale, diventa necessario mettere in atto un intervento di carattere assistenziale o riparativo nonché di tutela nei confronti di eventuali minori. A tal fine vengono attivati dal Servizio sociale dei Comuni servizi socio educativi, interventi di affidamento familiare, adozioni, inserimenti dei minori in comunità, nonché specifici interventi per i minori stranieri non accompagnati e per quelli con problematiche legate alla devianza.

Il capitolo si propone di descrivere i principali interventi e servizi messi in campo a favore della promozione del benessere delle famiglie e dei minori e in supporto alle situazioni di loro disagio.



---

## 4.1 Servizi e interventi di carattere promozionale

### 4.1.1 La Carta famiglia

La Carta famiglia (CF) è una misura regionale prevista dall'art. 10 della L.R. 11/2006 e definita da un regolamento attuativo specifico<sup>36</sup>. L'avvio operativo di tale misura risale al 2008/09. La CF si rivolge alle famiglie residenti in regione rispondenti ad alcune caratteristiche, tra cui le principali sono: ISEE del nucleo familiare inferiore a € 30.000, presenza di almeno un figlio a carico, residenza in regione da un minimo di 24 mesi di almeno uno dei genitori.

Essa permette di ottenere sconti e benefici su beni di utilizzo quotidiano, come la fornitura di energia elettrica e l'acquisto di beni presso punti vendita convenzionati, previa esibizione della tessera "cartafamigliafv" in corso di validità.

La CF può essere richiesta in qualsiasi momento dell'anno, dura 12 mesi, è rinnovabile e necessita della presentazione di una richiesta al Comune o al Servizio sociale dei Comuni di residenza da parte di uno dei due genitori del nucleo familiare<sup>37</sup>. È strutturata per fasce: in base al numero di figli a carico è assegnata la fascia d'intensità del beneficio (bassa a chi ha un solo figlio, media a chi ne ha due, alta a chi ne ha tre o più). La fascia di appartenenza determina la misura dell'agevolazione: maggiore è il numero dei figli, maggiore sarà il beneficio.

Il ristoro parziale dei costi sostenuti per il consumo domestico di energia elettrica o similare (EE) dal 2008/9 ad oggi costituisce, come anticipato, il principale beneficio erogato<sup>38</sup>.

Dal momento dell'avvio della misura, la Regione si è impegnata in una campagna d'informazione per permettere ai cittadini di conoscere il beneficio ed aderirvi. Nel tempo, il numero di domande presentato presso i Comuni è andato aumentando: se nel 2008 sono state presentate circa 25.000 richieste di contributo, nel 2014 il dato definitivo evidenzia quasi 45.500 pratiche inerenti tutto il territorio regionale (tabelle 4.1 e 4.2).

---

<sup>36</sup> D.P.Reg. 0347/ 2007 e ss.mm.

<sup>37</sup> Alcuni Comuni gestiscono la misura in forma associata (SSC 2.1, 5.1, 5.2), così come previsto dalle singole convenzioni di attività del SSC, pertanto in questo caso la procedura amministrativa fa capo al Comune ente gestore del SSC.

<sup>38</sup> Nel periodo definito da ciascun ente erogatore, la domanda di ristoro EE deve essere presentata annualmente dai cittadini presso il proprio Comune o SSC di residenza, allegando anche i dati relativi alle spese sostenute.

Tabella 4.1 - Riepilogo bonus Energia per fascia di intensità e provincia richieste nell'anno 2014

Province FVG	Alta intensità	Media intensità	Bassa intensità	Totale
<b>Gorizia</b>	761	2.669	2.575	6.005
<b>Pordenone</b>	1.748	5.870	4.384	12.002
<b>Trieste</b>	928	3.646	3.226	7.800
<b>Udine</b>	2.479	9.203	7.970	19.652
<b>Totale</b>	5.916	21.388	18.155	45.459

Fonte: elaborazione di AW su dati estratti da Software Carta famiglia - Assegno di natalità; anno 2014

Tabella 4.2 – Bonus Energia elettrica presentati nel 2014 a ristoro dei consumi 2013 per fascia d'intensità e scaglione ISEE

Scaglione Isee	Alta intensità	%	Media intensità	%	Bassa intensità	%	Totale	%
<b>0-5.000</b>	1.358	23%	2.268	39%	2.164	37%	5.790	13%
<b>5.000,01-10.000</b>	1.793	18%	4.365	45%	3.538	36%	9.696	21%
<b>10.000,01-15.000</b>	1.161	11%	5.097	49%	4.066	39%	10.324	23%
<b>15.000,01-20.000</b>	856	9%	4.875	51%	3.902	41%	9.633	21%
<b>20.000,01-25.000</b>	476	7%	3.177	48%	2.957	45%	6.610	15%
<b>25.000,01-30.000</b>	272	8%	1.606	47%	1.528	45%	3.406	7%
<b>TOTALE</b>	5.916	13%	21.388	47%	18.155	40%	45.459	100%

Fonte: elaborazione AW su dati estratti da Software Carta famiglia - Assegno di natalità; anno 2014

Oltre ai benefici di livello regionale, fino al 2012/13 era previsto un fondo regionale per il finanziamento dei cosiddetti “benefici locali CF”, ovvero contributi che potevano essere pensati e gestiti dai singoli Comuni/SSC, in base alle specifiche esigenze espresse dal territorio.

Tramite tali fondi, infatti, gli Enti locali garantivano il sostegno di ulteriori azioni rispetto ad EE, ad esempio la riduzione di tariffe di servizi pubblici o agevolazioni sulle tasse locali. Alcuni Comuni hanno inoltre sperimentato modalità alternative di utilizzo del finanziamento, anche integrandolo con fondi propri, attivando ad esempio convenzioni per l'accesso a strutture di svago o servizi, oppure predisponendo *voucher* per gli acquisti. Attualmente questa linea non è finanziata.

Va poi segnalata la presenza della linea di intervento regionale “Carta famiglia-convenzioni non onerose”, sviluppo della già esistente Carta Famiglia FVG. Tale misura prevede uno sconto minimo del 5% sulla spesa, previa esibizione di una card presso gli esercizi commerciali convenzionati.

L'attività operativa è partita nel 2013 con il rilascio delle card a tutti coloro che avevano diritto a Carta famiglia FVG, attraverso la spedizione a casa o il ritiro presso il Comune di residenza. Sono state attivate

contestualmente le attività di convenzionamento con gli esercizi commerciali e particolare risalto è stato dato ai beni alimentari, anche grazie all'adesione di due importanti organismi della grande distribuzione come Aspiag service srl (sigle Despar, Eurospar e Interspar) e Coopca.

Degno di nota anche l'alto interesse del Centro Commerciale Città Fiera di Martignacco (UD) che ad oggi presenta molti negozi convenzionati con questa misura. Complessivamente a fine 2013 risultavano convenzionati oltre 90 sigle commerciali presenti su tutto il territorio regionale, soprattutto nelle province di Pordenone e di Udine. Va precisato inoltre che la convenzione con Coopca prevede il coinvolgimento di 23 punti vendita; quella con il gruppo Aspiag service srl, invece, di 66 (5 Interspar, 38 Eurospar, 23 Despar). A fine 2014, i punti vendita coinvolti risultavano circa 190.

Nel 2014 è stato realizzato il monitoraggio delle iniziative già in corso con l'obiettivo di verificare possibili miglioramenti della misura e l'impatto degli sconti applicati in vista di ulteriori iniziative da avviare a partire dal 2015.

#### 4.1.2 L'associazionismo familiare

La promozione dell'associazionismo familiare è un'ulteriore azione messa in campo dalla Regione con l'obiettivo di sostenere progetti dedicati a iniziative autorganizzate relative agli ambiti educativi, alla cura e allo scambio sociale tra famiglie.

##### ***L'associazionismo familiare***

*Per associazionismo familiare, si intendono quelle esperienze in cui diversi nuclei familiari si relazionano tra loro attraverso forme associative con lo scopo di attuare interventi rivolti alle famiglie che vengono così coinvolte in modo diretto, divenendo protagoniste. Viene così promossa una solidarietà di tipo familiare che è legata sia al quotidiano, sia al supporto in momenti di eccezionale bisogno.*

*Intervenendo su bisogni di diversa natura, l'associazionismo familiare agisce in primis sulle relazioni e sulle competenze familiari, attraverso interventi tesi al loro rafforzamento. L'associazionismo familiare, inoltre, consente al "soggetto famiglia" di diventare un vero hub nella rete locale dei servizi e delle risorse del territorio, attraverso la promozione e la condivisione di progettualità comuni. Viene così incoraggiato un ruolo innovativo della famiglia nella società: essa diventa promotrice, in prima persona, del benessere sociale e di nuove forme di relazione basate sullo scambio e la reciprocità. Fondamentale risulta inoltre la capacità dei nuclei familiari coinvolti nell'esperienza associativa di relazionarsi con altri soggetti sociali, nella condivisione e nell'attuazione di specifiche progettualità rivolte al benessere della comunità. L'associazionismo familiare è un fenomeno che sta generando, negli ultimi anni, molto interesse sia da parte degli studiosi sia da parte delle amministrazioni pubbliche che lo riconoscono sempre più come un'importante risorsa per la collettività. Nel contesto regionale, la L.R. 11/2007, e in particolare il Capo VI, costituisce la normativa di riferimento sul tema.*

---

Per dar seguito all'intento di valorizzare le risorse di solidarietà e le iniziative promosse dalle famiglie nel febbraio 2012 è stato emanato il primo bando<sup>39</sup> di finanziamento per progetti finalizzati a sostenere le responsabilità familiari attraverso l'avvio di nuovi servizi o l'innovazione di servizi già esistenti. I contenuti del bando rispecchiavano l'intenzione di valorizzare la famiglia, stimolando la partecipazione attiva dei suoi componenti, la creazione di reti sociali e di collaborazione con altri soggetti del territorio e l'apporto di lavoro volontario. Per favorire la creazione di sinergie operative, infatti, il bando incentivava l'attivazione di collaborazioni progettuali tra i destinatari beneficiari del contributo e altri soggetti (for profit e no profit) del territorio. Non esistendo ancora un registro regionale delle associazioni familiari (previsto dalla L.R. 11/2006, art. 17), potevano concorrere al bando di finanziamento associazioni riconosciute o non riconosciute e cooperative sociali con finalità statutarie comprendenti la gestione delle attività cui si riferiva il contributo.

Il bando aveva identificato due finalità d'intervento finanziabili:

- Finalità A: a favore dell'auto-organizzazione di servizi a sostegno dei compiti familiari, educativi e di cura, con priorità data ai progetti di carattere educativo rivolti a minori;
- Finalità B: a favore della rete di scambio sociale fra le famiglie, anche attraverso iniziative di mutuo aiuto e di gestioni associate per l'acquisto di beni e servizi per fini solidaristici, con priorità data a iniziative di mutuo aiuto, come banche del tempo e altre forme di scambio sociale tra famiglie.

Su 123 progetti finanziati, 120 sono stati realmente avviati e 119 rendicontati. Con riferimento alle due finalità individuate, 98 progetti riguardavano la finalità A e 25 quella B.

Rispetto alle attività realizzate, i progetti prevedevano principalmente l'organizzazione di doposcuola, pre/post accoglienza scolastica, centri estivi sulla Finalità A, e la creazione di banche del tempo e di gruppi di acquisto per quanto concerne la Finalità B. Inoltre, su entrambe le Finalità, hanno trovato spazio anche iniziative di informazione e formazione proposte a completamento e supporto delle attività principali.

Su 119 progetti conclusi, 7 sono stati realizzati in provincia di Gorizia, 33 a Pordenone, 19 a Trieste e 60 a Udine. L'insieme di tutti i progetti ha visto quasi 8.000 famiglie beneficiare delle attività messe in campo. Il contributo regionale erogato è stato pari a oltre 2,4 milioni di euro e il cofinanziamento con fondi propri delle associazioni è stato di oltre 1 milione di euro.

A queste risorse economiche vanno certamente aggiunti anche i contributi di natura non economica (volontariato) di cui i progetti hanno beneficiato grazie al sostegno sia dei soci familiari che di altri soggetti

---

<sup>39</sup> "Bando per la selezione ed il finanziamento dei progetti delle famiglie". Maggiori dettagli circa l'iter che ha condotto alla formulazione del bando e al sistema di selezione e valutazione dei progetti sono disponibili nel report "Con le, per le famiglie. L'associazionismo familiare in Friuli Venezia Giulia", pubblicato nel maggio 2014 e realizzato da Area Welfare di Comunità in collaborazione con Centro Di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia, Università Cattolica Milano.

---

esterni. Il monitoraggio quali-quantitativo delle attività ha portato all'individuazione di buone pratiche e alla diffusione dell'iniziativa a livello nazionale.

Ad agosto 2014 è stato emanato il secondo bando la cui selezione si è conclusa a dicembre 2014. Per questa seconda tornata, il fondo regionale disponibile è stato inferiore al precedente, ovvero pari a 600.000 euro indirizzati a progetti rivolti a:

A) favorire l'auto-organizzazione di servizi a sostegno dei compiti familiari, educativi e di cura mediante progetti di auto-organizzazione di attività educative e ricreative a integrazione dell'offerta scolastica e per i periodi di vacanza;

B) promuovere la rete di scambio sociale tra le famiglie anche favorendo iniziative di mutuo aiuto e di gestioni associate per l'acquisto di beni e servizi per fini solidaristici mediante progetti afferenti iniziative, tra cui banche del tempo e gruppi di acquisto, volte allo sviluppo e alla messa in rete delle risorse della comunità.

In questa seconda tornata, sono state presentate complessivamente 159 domande valutabili, di cui ne sono state finanziate 69. Di queste, 50 erano afferenti alla tipologia A e 19 alla tipologia B. Anche in questo caso tutte le province sono state rappresentate: Udine con 40 domande, Pordenone con 17, Trieste con 8 e Gorizia con 4. Nella seconda edizione del bando, tra i requisiti delle associazioni partecipanti è stato inserito il vincolo del raccordo con i Servizi sociali dei Comuni (SSC) di riferimento, in relazione alle attività svolte.

Si è trattato di una scelta finalizzata ad armonizzare il più possibile le attività progettate finanziate dal bando con le iniziative dei Piani di Zona, come indicato dall'obiettivo n. 10 delle Linee Guida regionali.

La lettura dei progetti ha messo in risalto come circa un quarto di questi abbia un'estensione sovracomunale e che sono oltre 500 le ulteriori organizzazioni (private e pubbliche) interessate ad essere partner attivi nelle iniziative. I progetti, alcuni avviati e altri in corso di avvio, termineranno nel 2015 o, al più tardi, nella prima metà del 2016.

---

### 4.1.3 L'assegno di natalità

Ulteriore misura prevista dalla L.R. 11/2006 è l'assegno di natalità, conosciuto anche come "Bonus Bebè" la cui definizione è affidata a un regolamento attuativo specifico<sup>40</sup>. L'avvio operativo di tale misura risale al 2008/09, con raccolta delle domande riferite ai nati nell'anno 2007. Condizioni e informazioni similari a quelle per l'ottenimento della Carta famiglia risultavano necessarie per l'accesso al beneficio regionale, richiedibile una tantum presso gli sportelli degli enti locali in occasione della nascita o dell'adozione di minori.

Anche in questo caso, gli importi del beneficio attribuibile venivano stabiliti di anno in anno con deliberazione della Giunta regionale. Per l'anno 2013 sono stati previsti i seguenti benefici: 600,00 euro per il primo figlio, 810,00 euro per figlio successivo al primo e 750,00 euro per ogni figlio nel caso di nascita di gemelli o adozione contemporanea di più figli.

Dal 2008/2009, il numero delle richieste è aumentato progressivamente, arrivando, nel 2013, a toccare quota 6.052, ovvero poco più della metà delle nascite in Regione. L'importo investito dalla Regione nel medesimo anno di riferimento è stato di oltre 4,3 milioni di euro.

### 4.1.4 I servizi educativi per la prima infanzia

La disponibilità di servizi educativi per la prima infanzia, adeguati e accessibili, è certamente un elemento che, oltre a favorire positivi processi di socializzazione per i bambini, favorisce la genitorialità, consentendo ai genitori e in particolare alle donne, di lavorare, anche in assenza di supporti familiari significativi. Inoltre, la permanenza al lavoro della componente femminile, anche dopo la nascita dei figli, consente di limitare la perdita di reddito del nucleo familiare, in particolare per le madri sole; è pur vero che nell'attuale contesto di crisi anche per le coppie a doppio reddito è più frequente, rispetto al passato, incorrere in periodi di disoccupazione che coinvolgono il partner.

---

<sup>40</sup> D.P.Reg. 149/ 2009 e ss.mm..

### **Servizi educativi per la prima infanzia**

*I servizi per la prima infanzia costituiscono un servizio socio-educativo volto ad assicurare un equilibrato sviluppo psico-fisico del bambino, con l'intento di integrare il ruolo educativo della famiglia aiutando i genitori. Essi inoltre contribuiscono a favorire l'equilibrio tra attività professionale e vita familiare, facilitando il reinserimento lavorativo femminile dopo la maternità. Infatti, le difficoltà di conciliazione rappresentano un problema strutturale che sussiste in particolare per le madri lavoratrici. L'importanza di tali servizi è stata ribadita anche nella Strategia di Lisbona che stabiliva la necessità, per tutti gli Stati membri, di rimuovere i disincentivi alla partecipazione femminile al mercato del lavoro anche attraverso la presenza di servizi per la prima infanzia in modo da coprire, entro il 2010, almeno il 33% dei bambini sotto i 3 anni. Tali obiettivi sono ribaditi anche nella strategia Europa2020.*

*A livello regionale, è la L.R. 20/2005 a definire i servizi per la prima infanzia. Negli art. 3,4 e 5 essa infatti afferma:*

*il nido d'infanzia è un servizio educativo e sociale di interesse pubblico, rivolto alle bambine e ai bambini di età compresa fra tre mesi e tre anni, che: a) offre opportunità di formazione, socializzazione e cura per il raggiungimento del benessere psicofisico e dell'armonico sviluppo delle potenzialità cognitive, affettive e relazionali dei bambini; b) sostiene le capacità educative dei genitori e favorisce la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro; c) concorre alla prevenzione delle situazioni di svantaggio psicofisico e sociale e contribuisce a integrare le differenze ambientali e socio-culturali;*

*i servizi integrativi con finalità educative, aggregative e sociali, ampliano l'offerta formativa dei nidi d'infanzia garantendo risposte differenziate e flessibili attraverso soluzioni diversificate sotto il profilo strutturale e organizzativo, in risposta alle esigenze delle famiglie e dei bambini;*

*i soggetti pubblici, del privato sociale e privati, al fine di rispondere a specifiche esigenze presenti sul territorio, possono promuovere e istituire servizi socio-educativi sperimentali per la prima infanzia, con caratteristiche strutturali e organizzative diverse da quelle dei nidi d'infanzia e dei servizi integrativi.*

*Da un punto di vista organizzativo, le attività relative alle autorizzazioni e alla vigilanza (nonché le verifiche a campione verso i servizi) sono state fino al 2008 svolte dai Comuni in forma associata nei SSC, essendo fino a settembre 2008 la competenza in materia di Sistema integrato dei servizi per la prima infanzia in capo alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali. L'apporto dei Servizi sociali dei Comuni, specie a seguito dello svolgimento dell'istruttoria dei procedimenti svolta dai previsti Organismi Tecnici, ha quindi posto le basi per la definizione della rete delle risorse finalizzata alla realizzazione del sistema integrato dei servizi per la prima infanzia, a partire dai territori di ambito distrettuale fino a giungere all'intera regione. Tale risultato è stato esito del costruttivo confronto tra le diverse realtà territoriali che ha portato alla costruzione di criteri e di modalità omogenee di sostegno dei servizi per "fornire quelle risposte unitarie e coerenti alla complessità dei bisogni delle bambine e dei bambini e delle loro famiglie" obiettivi propri della L.R. 20/2005 (art. 3).*

*Con il passaggio della delega della competenza relativa ai servizi prima infanzia all'Assessorato regionale all'Istruzione e Famiglia, a partire dalla fine del 2008, l'attuazione della L.R. 20/2005 è uscita dalla sfera di competenza della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e quindi dal sistema organizzativo e direzionale disciplinato dalla L.R. 6/2006. Questa nuova collocazione ha messo in discussione la competenza dei SSC nello svolgimento delle sopra citate attività. Il richiamo da parte della Direzione regionale competente a quanto previsto dal D.P.Reg. 230/2011 non è stato ritenuto sufficiente da diverse Assemblee dei Sindaci di ambito distrettuale che, allo scadere della validità degli Organismi tecnici inerenti le proprie realtà territoriali, non hanno proceduto al loro rinnovo. Con l'entrata in vigore della L.R. 7/2010 di modifica della L.R. 20/2005 e il passaggio dal regime autorizzatorio a quello delle SCIA la competenza di verifica e quella di controllo a campione è rimasta in capo ai singoli Comuni che hanno la facoltà di avvalersi del relativo SSC, nel caso sia ancora costituito l'Organismo Tecnico. Con il ritorno della competenza dell'attuazione della L.R. 20/2005 alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e Famiglia avvenuto nella primavera 2013, si intende provvedere a ripristinare il sistema in precedenza già avviato al fine della generale messa in rete e del relativo consolidamento del sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia.*

---

Sul territorio regionale l'offerta generale dei Servizi educativi dedicati alla prima infanzia è sicuramente ampia: complessivamente nel 2013<sup>41</sup> si contavano 263 strutture tra nidi (178) e servizi integrativi<sup>42</sup> (78) cui si aggiungono 7 servizi sperimentali per un totale di 5.905 bambini accolti (Tabella 4.3), il 4,9% dei quali stranieri. L'offerta complessiva di posti nei servizi è pari a 7.103: essa risulta quindi superiore di 1.198 rispetto ai bambini effettivamente inseriti. Rapportandola, inoltre, con il numero dei potenziali utenti (30.026 bambini 0-2 anni residenti sul territorio regionale al 1.1.2013<sup>43</sup>), la copertura è pari al 24%, con una punta più alta in provincia di Trieste (35%) che raggiunge e supera il parametro indicato dall'Unione Europea per il 2010 (33%). Sul totale dei potenziali fruitori risulta quindi nel 2013 la percentuale di bambini che si avvale effettivamente di un servizio educativo per la prima infanzia è pari al 19,7%. Relativamente alla tipologia di servizio utilizzato si evidenziano i seguenti aspetti:

- il 42,4% dei bambini accolti usufruisce di uno dei 70 nidi pubblici,
- il 38,3% di uno dei 108 nidi privati,
- il 10,4% di uno dei 29 servizi integrativi pubblici,
- il 6,6% di uno dei 49 servizi integrativi privati,
- lo 0,7% dell'unico servizio sperimentale pubblico,
- l'1,6% nei 6 servizi sperimentali privati.

Lo sguardo ai singoli territori provinciali, sempre con riferimento al 2013, evidenzia che sui 5.905 bambini accolti nei servizi (pubblici e privati), il 27,9% fa riferimento al territorio triestino, il 13,3% al goriziano, il 31,7% all'udinese e infine il 27,1% al pordenonese. Nello specifico:

- il territorio triestino registra 1.002 bambini nei 30 servizi pubblici (25 nidi, 5 servizi integrativi) e 648 bambini nei 28 servizi privati (20 nidi, 4 servizi integrativi, 4 servizi sperimentali);
- il territorio goriziano conta 651 bambini nei 20 servizi pubblici (13 nidi, 6 servizi integrativi, 1 servizio sperimentale) e 134 bambini nei 10 servizi privati (4 nidi, 6 servizi integrativi);
- il territorio udinese vede 856 bambini nei 33 servizi pubblici (20 nidi, 13 servizi integrativi) e 1.018 bambini nei 72 servizi privati (48 nidi, 22 servizi integrativi, 2 servizi sperimentali);
- il territorio pordenonese registra 651 bambini nei 17 servizi pubblici (12 nidi, 5 servizi integrativi) e 945 bambini nei 53 servizi privati (36 nidi, 17 servizi integrativi).

---

<sup>41</sup> Fonte: SISR/CRDA FVG.

<sup>42</sup> I servizi integrativi comprendono i seguenti servizi: Centro bambini e genitori, Spazio gioco, Servizio educativo domiciliare, Servizio di baby sitter locale.

<sup>43</sup> Fonte: Istat.

La distribuzione dei 292 bambini stranieri presenti nei servizi per la prima infanzia mostra una loro maggiore presenza nel territorio udinese (110); seguono le province di Trieste (102), di Pordenone (62) e di Gorizia 18. Per quanto riguarda la tipologia di servizi, l'80,8% di bambini non italiani è inserito in strutture pubbliche. L'andamento delle strutture e dell'utenza nel triennio 2011-2013 (Tabella 4.3, Tabella 4.4) evidenzia a livello regionale un fenomeno contraddittorio: infatti, da un lato vi è un aumento complessivo dell'offerta di strutture, dall'altro una diminuzione della domanda, dovuta probabilmente a un insieme di fattori legati alle difficoltà economiche delle famiglie e alla contrazione del mercato del lavoro femminile che ha investito in particolare le donne più giovani in età fertile, dovute alla situazione di crisi socio-economica che grava da alcuni anni anche nella nostra regione.

Tale tendenza trova conferma soprattutto nelle realtà provinciali di Udine, Gorizia e Pordenone che, pur a fronte di una stabilizzazione o un aumento delle strutture, evidenziano una diminuzione dell'utenza (tabella 4.5). Il territorio triestino, invece, è in controtendenza rispetto alle altre province, evidenziando un aumento sia delle strutture che dell'utenza. A tal proposito è intenzione della Regione anticipare la corresponsione alle famiglie del contributo per le spese da loro affrontate, sostenendo così economicamente l'accesso ai servizi che comunque si intende ampliare aumentando la loro flessibilità oraria per incidere sulle mutate caratteristiche della domanda.

Nello specifico, l'andamento delle strutture nel triennio 2011-2013 (Tabella 4.4) riguarda i nidi pubblici e i servizi integrativi privati, a fronte di una leggera diminuzione dei nidi privati e dei servizi integrativi pubblici a cui si aggiunge una sensibile diminuzione dei servizi sperimentali privati. Quest'ultima è dovuta essenzialmente alla conclusione per molti di questi servizi del periodo di sperimentazione e alla conseguente loro trasformazione in nidi o in servizi integrativi, in applicazione della normativa (D.P.Reg. 230/2011).

Tabella 4.3 - Utenti e Strutture prima infanzia – Regione FVG (2011-2012-2013)

	2011		2012		2013	
	n. strutture	n. utenti	n. strutture	n. utenti	n. strutture	n. utenti
<b>nidi pubblici</b>	64	2.429	68	2.531	70	2.503
<b>nidi privati</b>	111	2.418	109	2.292	108	2.260
<b>s. integrativi pubblici</b>	32	858	27	769	29	614
<b>s. integrativi privati</b>	35	330	37	333	49	390
<b>s. sperimentali pubblici</b>	-	-	1	8	1	43
<b>s. sperimentali privati</b>	12	157	7	109	6	95
<b>Totale</b>	254	6.192	249	6.042	263	5.905

Fonte: Elaborazione dati da SISR/CRDA FVG

Tabella 4.4 - Strutture prima infanzia per provincia - FVG (2011-2012-2013)

	2011				2012				2013			
	Ts	Go	Ud	Pn	Ts	Go	Ud	Pn	Ts	Go	Ud	Pn
<b>nidi pubblici</b>	21	13	21	9	23	13	20	12	25	13	20	12
<b>nidi privati</b>	17	5	49	40	18	5	48	38	20	4	48	36
<b>s. integrativi pubblici</b>	5	7	17	3	4	7	13	3	5	6	13	5
<b>s. integrativi privati</b>	4	5	15	11	4	5	18	10	4	6	22	17
<b>s. sperimentali pubblici</b>	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
<b>s. sperimentali privati</b>	2	2	4	4	3	1	3	-	4	-	2	-
<b>Totale - province</b>	49	32	106	67	53	31	102	63	58	30	105	70
<b>Totale - regione</b>	<b>254</b>				<b>249</b>				<b>263</b>			

Fonte: Elaborazione dati da SISR/CRDA FVG

Tabella 4.5 - Utenti prima infanzia per provincia - FVG (2011-2012-2013)

	2011				2012				2013			
	n. utenti				n. utenti				n. utenti			
	Ts	Go	Ud	Pn	Ts	Go	Ud	Pn	Ts	Go	Ud	Pn
<b>nidi pubblici</b>	881	445	721	382	934	457	660	480	952	451	631	469
<b>nidi privati</b>	438	120	955	905	461	98	907	826	515	80	912	753
<b>s. integrativi pubblici</b>	172	250	298	138	124	175	235	235	50	157	225	182
<b>s. integrativi privati</b>	49	38	52	191	39	28	92	174	51	54	93	192
<b>s. sperimentali pubblici</b>	-	-	-	-	8	-	-	-	-	43	-	-
<b>s. sperimentali privati</b>	43	7	26	81	61	10	38	-	82	-	13	-
<b>Totale - province</b>	1.583	860	2.052	1.697	1.627	768	1.932	1.715	1.650	785	1.874	1.596
<b>Totale - regione</b>	<b>6.192</b>				<b>6.042</b>				<b>5.905</b>			

Fonte: Elaborazione dati da SISR/CRDA FVG

#### 4.1.5 I centri di aggregazione giovanile e gli Informagiovani

Per quanto riguarda le esperienze territoriali più significative rivolte alle nuove generazioni di cittadini, di seguito viene dato conto delle esperienze regionali relative a due servizi dedicati alle fasce più giovani della popolazione: i Centri di Aggregazione Giovanile e l'Informagiovani. Questi servizi rappresentano punti di riferimento importanti nella rete del territorio; anch'essi infatti, a fronte dei cambiamenti sociali odierni che generano bisogni emergenti, sono chiamati a fare la loro parte nel complesso delle politiche di *welfare* locale rivolte alla fascia più giovane della popolazione.

I Centri di Aggregazione Giovanile (CAG) sono stati ridefiniti dalla legge regionale 22 marzo 2012, n. 5 «Legge per l'autonomia dei giovani e sul Fondo di garanzia per le loro opportunità» che ha come finalità

generali la promozione della cittadinanza attiva dei giovani e il sostegno delle loro capacità progettuali e creative.

Nel dettaglio, la presente legge (art. 24, comma 3) ridefinisce i CAG come spazi, anche nella struttura di centri polifunzionali, destinati allo svolgimento di attività integrate di tipo educativo, ricreativo, sportivo, artistico, culturale e musicale rivolte ai giovani. Sono gestiti dai seguenti soggetti (art. 24, comma 1):

- enti locali o altri enti pubblici;
- associazioni giovanili iscritte al registro di cui all'articolo 11 (nuova fattispecie istituita con questa legge);
- parrocchie e altri enti privati senza fine di lucro<sup>44</sup>.

I CAG dunque si configurano come spazi aperti ai giovani dove questi possono trascorrere, slegati dal contesto familiare, parte del proprio tempo libero tra coetanei, socializzando e impegnandosi in attività ricreative che incontrino la soddisfazione delle loro richieste di svago. I CAG sono strutture dove i ragazzi hanno la possibilità di esercitare esperienze di solidarietà e di positiva convivenza. In questo senso, i CAG rappresentano degli importanti punti di riferimento nel territorio in quanto supportano le famiglie e i giovani nello sviluppare positivi percorsi di crescita relazionale e di inclusione sociale. Le Province sostengono i CAG con contributi economici annuali, ai sensi della dell'art. 26 della L.R. 24/2006<sup>45</sup> e dell'art. 16 della L.R. 5/2012<sup>46</sup>.

Gli Informagiovani sono degli sportelli dove vengono fornite, in forma gratuita, informazioni orientative e di supporto utili ad affrontare nel modo più consapevole possibile le scelte inerenti il proprio percorso formativo e professionale. A livello nazionale<sup>47</sup> l'Informagiovani viene definito come un servizio pubblico che promuove l'informazione, l'orientamento e la partecipazione attraverso un piano integrato di comunicazione multicanale finalizzato alla crescita socio culturale delle nuove generazioni. In sintonia con la legislazione nazionale, la già citata L.R. 5/2012 promuove e sostiene la creazione e la qualificazione degli Informagiovani su tutto il territorio regionale (art. 30, comma 1). Inoltre, sempre secondo quanto previsto dalla normativa (art. 30, comma 4) gli Informagiovani hanno il compito di mettere a disposizione le informazioni, attivando collegamenti con le Università, le istituzioni scolastiche i COR, i CPI, le associazioni imprenditoriali e con gli altri soggetti del territorio che operano nei settori di interesse.

<sup>44</sup> In modo più analitico la precedente legge (L.R. 12/2007), ora abrogata, all'articolo 16, (commi 2 e 3), definiva i CAG come: "spazi, ivi compresi oratori e ricreatori dove vengono svolte attività di tipo educativo, ricreativo, sportivo, artistico e culturale rivolte ai giovani; spazi dove le attività sono gestite in forma pubblica, privata o autogestita da organizzazioni giovanili a prevalente partecipazione attiva dei giovani; spazi in cui le attività sono realizzate senza fini di lucro, con continuità, in sedi aperte al pubblico e senza alcuna discriminazione".

<sup>45</sup> Legge regionale 27 novembre 2006, n. 24 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli Enti locali in materia di agricoltura, foreste, ambiente, energia, pianificazione territoriale e urbanistica, mobilità, trasporto pubblico locale, cultura, sport».

<sup>46</sup> Legge regionale 22 marzo 2012 «Legge per l'autonomia dei giovani e sul Fondo di garanzia per le loro opportunità».

<sup>47</sup> Cfr. Coordinamento nazionale Informagiovani (a cura di), INFORMAGIOVANI.

---

Accanto a questa importante funzione di coordinamento e raccordo tra le risorse del territorio alcuni Informagiovani presenti in regione<sup>48</sup> hanno recentemente acquisito l'autorizzazione ministeriale ad esercitare attività di intermediazione tra domanda e offerta di lavoro (art. 6 del D.Lgs. 276/2003).

Gli sportelli Informagiovani del Friuli Venezia Giulia sono attivati dai Comuni (o dalle Comunità Montane) e in qualche caso da soggetti privati (Cooperativa Cramars a Tolmezzo e Ampezzo, Casa per l'Europa per Gemona).

Sono gestiti direttamente dalle Amministrazioni comunali (con proprio personale) o affidati per la gestione a cooperative sociali di tipo A<sup>49</sup>. Le attività fornite dagli sportelli di solito afferiscono ai servizi delle politiche giovanili comunali o sovracomunali (come il caso della Comunità Montana del Friuli Occidentale). Sono limitati i casi in cui l'Informagiovani afferisce al Servizio sociale dei Comuni (SSC 5.1 Cervignano del Friuli e 4.2 Tarcento). La Provincia di Udine (Servizio Politiche Sociali) ha istituito il Coordinamento provinciale degli Informagiovani tramite la stipula, nel 2001, di un Protocollo d'Intesa rivolto agli enti locali (17 Comuni)<sup>50</sup> che sul territorio provinciale hanno attivato un servizio Informagiovani. Il Coordinamento è l'organo di indirizzo per l'attuazione della rete provinciale degli Informagiovani e ha il compito di armonizzare gli interventi sul territorio provinciale, condividendo scelte, modalità e prassi. Strategicamente esso ha l'obiettivo di valorizzare le iniziative permanenti di informazione, promozione, raccordo e collaborazione con le agenzie del territorio.

Va segnalata inoltre la presenza di un coordinamento nazionale degli Informagiovani, promosso dall'ANCI, costituito a partire dal maggio 2007 in relazione alla Convenzione tra ANCI e Dipartimento per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive della Presidenza del Consiglio dei Ministri (art. 2)<sup>51</sup> che pubblica una guida sul tema.

Una fotografia aggiornata della diffusione territoriale dei CAG e degli Informagiovani è data dal PORTALE GIOVANI FVG, presente nel sito web della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia<sup>52</sup>, dove è presente una "mappa giovani" che riporta le sedi aggiornate di tutta una serie di servizi dedicati ai giovani.

Al 31/12/2014, sul territorio regionale risultano operativi 260 CAG con una diffusione piuttosto diversificata nei 19 ambiti distrettuali. L'unico territorio che non ha un CAG è quello di Duino Aurisina: tale mancanza risulta probabilmente giustificata dalle dimensioni ridotte del territorio dell'ambito e dalla vicinanza del territorio ad altri centri (Trieste). Alla medesima data risultavano invece operativi 54 sportelli Informa-

---

<sup>48</sup> Si tratta degli Informagiovani dei Comuni di: Cordenons (Go), Pasian di Prato (Ud), Pordenone, Prata di Pordenone (Pn), San Vito al Tagliamento (Pn).

<sup>49</sup> In particolare si segnala la Cooperativa sociale Codess FVG che gestisce ben 8 Informagiovani (7 in provincia di Udine e 1 in provincia di Gorizia). Per maggiori informazioni si rinvia al sito internet: [www.codessfvg.it](http://www.codessfvg.it)

<sup>50</sup> Fonte: Comune di Udine, <http://goo.gl/JpwzVs> (dicembre 2014).

<sup>51</sup> [www.informagiovani.anci.it](http://www.informagiovani.anci.it) (dicembre 2014)

<sup>52</sup> Portale Giovani FVG, <http://www.giovanifvg.it/mappa.php> (dicembre 2014)

giovani, concentrati perlopiù nelle province di Pordenone (16) e Udine (29) e, anche in questo caso, con una diffusione piuttosto diversificata nei 19 ambiti distrettuali. Sempre il territorio di Duino Aurisina risulta sprovvisto di tale servizio, probabilmente in virtù delle ragioni sopra citate.

Figura 4.1 - Rappresentazione cartografica della distribuzione territoriale degli sportelli Informagiovani

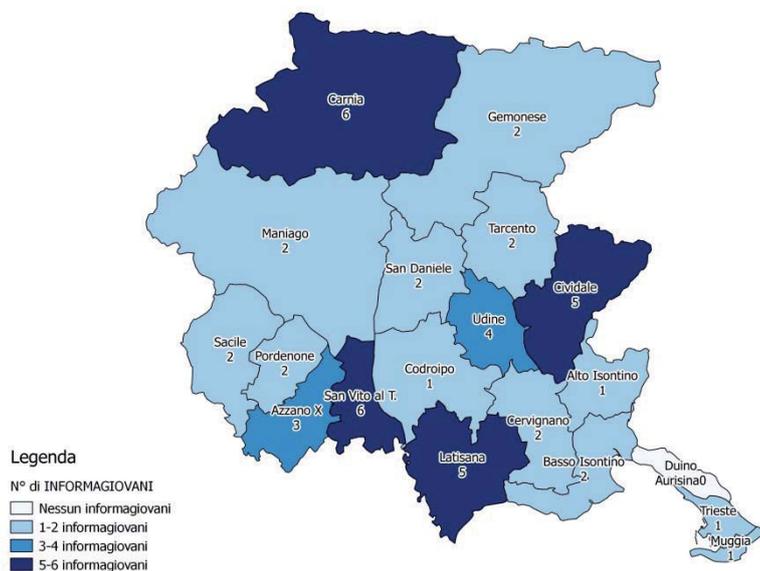
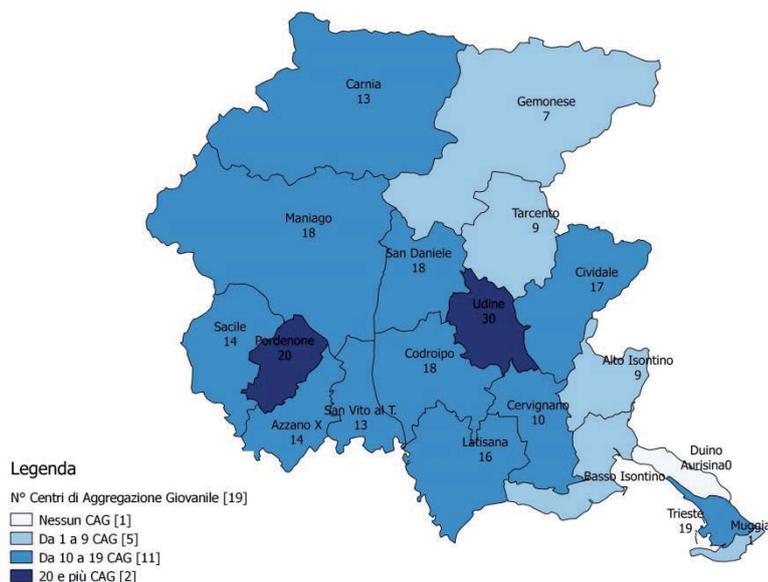


Figura 4.2 - Rappresentazione cartografica della distribuzione territoriale dei CAG



---

## 4.2 Servizi e interventi di sostegno a famiglie e minori in situazioni di disagio

Anche nei confronti delle famiglie e dei minori in situazioni di disagio la Regione interviene con un articolato insieme di servizi e interventi sociali e sociosanitari. Le funzioni di tutela dei minori, infatti, sono in capo al Servizio sociale dei Comuni che, per le parti ad alta integrazione sociosanitaria, interviene in modo integrato con i servizi sanitari dedicati. Complessivamente **i minori nei confronti dei quali il SSC è intervenuto con una presa in carico sono stati 7.818 nel corso del 2011, 7.575 nel corso del 2012 e 7.342 nel corso del 2013. Nel 2013 essi rappresentano circa il 13,7% dell'utenza complessiva in carico al Servizio sociale e circa il 4% della popolazione minorile regionale.**

### 4.2.1 Il servizio socio educativo

Come anticipato, al fine di meglio operare nei confronti dei minori, i Servizi sociali generalmente “specializzano” alcuni dei propri assistenti sociali in merito alle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza e spesso lavorano in équipe dedicate ai minori avvalendosi in molti casi anche del contributo di psicologi e/o pedagogisti. Le équipe multidisciplinari svolgono un ruolo fondamentale soprattutto nelle situazioni che richiedono l'attivazione di interventi di prevenzione e tutela.

Tra gli interventi di prevenzione rientra in particolare il servizio socio-educativo. Si tratta di un servizio che si propone di sostenere i minori in condizioni di disagio personale e familiare affiancandoli nel loro percorso di crescita con operatori con funzioni educative affinché riescano a sviluppare le loro potenzialità e a maturare modalità relazionali adeguate ai diversi contesti di vita.

L'intervento dell'educatore si rivolge ai minori ma anche ai loro genitori, proponendosi di garantire il diritto basilare del minore a essere educato nella propria famiglia.

Il target di riferimento è rappresentato in prevalenza da minori in condizioni di disagio personale, familiare sociale, minori a rischio di disadattamento ed emarginazione, minori che vivono in situazioni di conflittualità genitoriale e/o in condizioni di separazione/divorzio, minori con disabilità, certificati ai sensi della legge 104/92, minori in condizione di disagio personale, familiare e sociale che necessitano di attività integrative di valenza socio-educativa sia per l'integrazione scolastica che in ambito extra-scolastico e a domicilio, e laddove previsto, anche minori destinatari di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

Il servizio prevede due macro tipologie di interventi: quelli di carattere assistenziale con azioni di supporto a percorsi individuali di integrazione sociale, scolastica e ricreativa rivolta a minori e disabili (intervento socio-assistenziale in ambito scolastico), e quelli di natura educativa con azioni pedagogiche e culturali a so-

---

stegno dei ruoli genitoriali, dei processi di socializzazione con i pari e di scolarizzazione che può riguardare un singolo minore o un gruppo e può avvenire in contesto scolastico o domiciliare (intervento socio-educativo di gruppo, intervento socio-educativo in ambito scolastico e intervento socio-educativo individuale per minori).

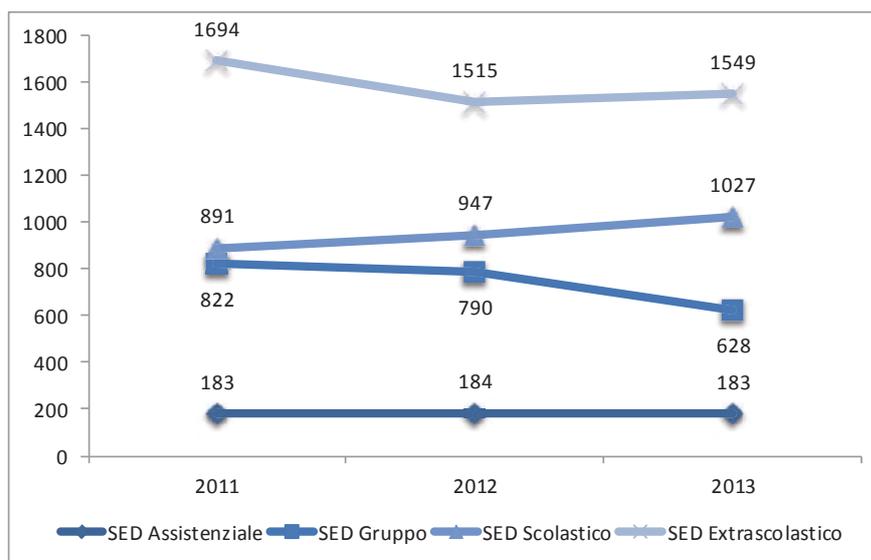
Gli interventi vanno dal supporto scolastico, al monitoraggio dei comportamenti di cura ed educativi presenti nel nucleo familiare, al supporto alla socializzazione, al sostegno allo sviluppo dell'autonomia personale, alla mediazione dei rapporti familiari. La figura professionale impiegata per gli interventi di carattere assistenziale è quella dell'operatore socio assistenziale, mentre quelli di carattere educativo vedono l'impiego dell'educatore che può intervenire in famiglia, a casa del minore, a scuola a sostegno dell'integrazione in classe, in spazi collettivi con azioni educative di gruppo, oltre che in strutture e centri di aggregazione attivi nella comunità del minore.

La flessibilità e la personalizzazione delle azioni sono gli aspetti più qualificanti di questo intervento che, oltre al progetto di presa in carico del minore elaborato dall'assistente sociale, prevede anche la definizione di una progettualità ad hoc di tipo educativo, condivisa con la famiglia, la scuola, le istituzioni ed eventuali altri soggetti della comunità.

In regione **i minori che hanno usufruito di questo tipo di interventi sono stati 2.949 nel corso del 2011, 2.849 nel corso del 2012 e 2.806 nel corso del 2013.** Il servizio mostra quindi un modesto calo di utenza nel corso del triennio. La tipologia d'intervento prevalente è quella domiciliare che ha interessato 1.694 minori nel corso del 2011, 1.515 minori nel corso del 2012 e 1.549 minori nel corso del 2013.

Seguono per numerosità di minori coinvolti, l'intervento socio-educativo in ambito scolastico di cui hanno usufruito 891 minori nel corso del 2011, 947 minori nel corso del 2012 e 1.027 minori nel corso del 2013, e l'intervento socio-educativo di gruppo che ha interessato 822 minori nel corso del 2011, 790 minori nel corso del 2012 e 628 minori nel corso del 2013. L'intervento socio assistenziale, infine, ha interessato 183 minori nel corso del 2011, 184 nel corso del 2012 e 183 nel corso del 2013.

Grafico 4.1 – Utenti in carico al SSC per tipologia di intervento socio educativo e anno di riferimento – Dato di flusso 2011, 2012, 2013



Fonte:CSI

Come anticipato, il servizio socio educativo di carattere assistenziale interviene a supporto dei minori con disabilità in contesto extrascolastico e scolastico. In quest'ultimo caso, l'intervento è inserito all'interno di una progettualità in genere molto significativa con gli istituti scolastici che, nel corso degli ultimi tre anni, hanno registrato una crescita degli alunni certificati ai sensi della L. 104/92. Nell'anno scolastico 2011/12 gli alunni certificati iscritti nelle scuole statali e non statali di ogni ordine e grado della Regione sono stati 2.938, nell'anno scolastico successivo sono stati 3.019 e nell'anno scolastico 2013/2014 sono stati 3.195, con un aumento dal 2011/2012 al 2013/14 di 257 unità. La quota più consistente, nel 2012/13 e nel 2013/14 riguarda gli alunni della scuola primaria e secondaria, che rappresentano rispettivamente il 2,24% e il 2,72% degli alunni certificati nel 2012/13 e il 2,36% e il 2,94% degli alunni certificati nel 2013/14.

In tutti gli ambiti distrettuali la gestione del servizio socioeducativo è affidata a soggetti esterni al Servizio sociale dei Comuni afferenti al settore della cooperazione sociale. Il personale educativo in essi impiegato pertanto è quasi completamente in carico a questi soggetti (97% nel 2013). Come verrà descritto nel capitolo 8, nella maggior parte dei casi (73% nel 2013) si tratta di personale con titoli diversi da quello di laurea in educazione professionale<sup>53</sup>. Questa situazione da tempo è oggetto di attenzione da parte della Regione a fronte dell'esigenza di pervenire a una definizione dei profili professionali e dei livelli formativi in capo agli operatori che svolgono funzioni educative e di animazione sociale non solo in ragione di quanto richiesto

<sup>53</sup> La disciplina di riferimento del combinato disposto del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e del Decreto del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520, individua in maniera specifica la figura dell'“educatore professionale” prescrivendo il possesso del relativo diploma universitario abilitante rilasciato da corsi realizzati attraverso la facoltà di medicina e chirurgia in collegamento con le facoltà di psicologia, sociologia e scienza dell'educazione.

---

dall'art. 36 della L.R. 6/2006 ma anche per le ripercussioni che questa differenziazione ha in termini di qualità dell'intervento e di inquadramento contrattuale e relativo trattamento economico di chi svolge queste funzioni. A livello domiciliare, nei confronti di minori che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale legate alla cura della persona e/o di monitoraggio, il SSC interviene anche col servizio di assistenza domiciliare. Si tratta, in genere, di situazioni limitate a pochi casi che nel 2013 sono stati pari a 21.

#### 4.2.2 L'affido familiare

Introdotta dalla legge 4 maggio 1983, n. 184 «*Diritto del minore ad una famiglia*», che individua nell'affidamento a una famiglia, possibilmente con figli minori o a una persona singola o a una comunità di tipo familiare, minori temporaneamente privi di una famiglia idonea alla loro crescita. La successiva legge 149/2001<sup>54</sup>, che ha modificato la legge 184/1983, ha poi indicato il 31 dicembre 2006 come data ultima per la chiusura degli istituti per minori ribadendo il diritto del minore a una famiglia, identificata in via prioritaria con quella di origine e, nel caso in cui questo non sia possibile, con un'altra in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione e le relazioni affettive di cui necessita.

L'affido è una forma di intervento ampia e duttile che si configura, oltre che come garanzia educativa per il minore, come l'aiuto alla famiglia del minore nel superamento di un periodo di difficoltà nell'esercizio delle responsabilità educative. Si tratta di un intervento che dovrebbe essere di breve e medio periodo. Il suo esito naturale, infatti, dovrebbe essere il rientro in famiglia del minore, ma, a seconda delle situazioni, dei contesti, delle fasi del progetto di affidamento, si possono avere livelli diversi di riunificazione familiare. L'affido si declina in una pluralità di forme al fine di poter rispondere alle differenziate intensità di bisogno e di tempo, in modo flessibile e modulare, in relazione all'evoluzione delle condizioni dei minori e delle loro famiglie (vedi Box).

Titolare dell'affido è il Servizio sociale dei Comuni che interviene supportato dai servizi specialistici dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria, in primis il Consultorio familiare ed, eventualmente, dall'associazionismo specificamente dedicato.

Complessivamente in Friuli Venezia Giulia il numero dei minori in affido è cresciuto nel corso degli ultimi tre anni, passando dai 393 minori affidati nel corso del 2011, ai 411 nel corso del 2012 ai 436 nel corso del 2013.

Si tratta di minori affidati in prevalenza nella modalità tradizionale di affido, ovvero di presa in carico a tempo pieno del minore da parte della famiglia affidataria, ai quali però si deve aggiungere un numero si-

---

<sup>54</sup> Legge 28 marzo 2001, n. 149 «*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*».

gnificativo di minori affidati con la modalità dell'affido leggero, qualificato per una presa in carico del minore da parte della famiglia affidataria per una parte della giornata. I minori affidati con la modalità tradizionale sono stati 211 nel corso del 2011, 196 nel corso del 2012 e 241 nel corso del 2013. L'affido "leggero" invece ha interessato 182 minori nel 2011, 215 nel 2012 e 195 nel 2013. Quest'ultima modalità a livello regionale viene praticata in modo particolarmente rilevante dall'ambito di Trieste che realizza più del 70 % degli affidi di questo tipo.

#### **Tipologia di affido**

*A seconda dei bisogni dei bambini, del tipo e dell'intensità dei problemi familiari che ne sono all'origine, l'affidamento familiare assume forme diverse, da quelle più "leggere", che non implicano la separazione del bambino dalla sua famiglia essendo finalizzate a prevenirla, a quelle più "pesanti", che implicano invece la separazione temporanea e il collocamento/accoglienza del bambino in una famiglia affidataria. Tra le prime rientrano:*

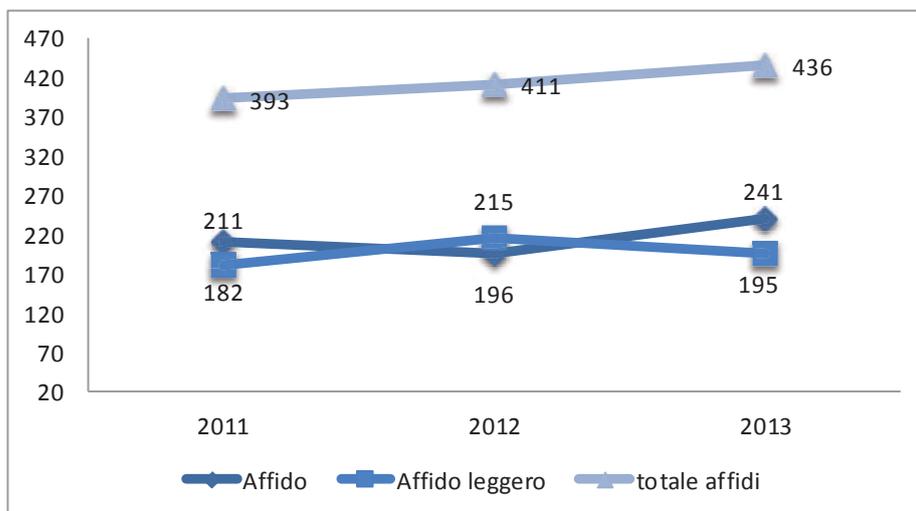
- *l'affido diurno o semiresidenziale, quando il bambino trascorre solo parte della giornata con gli affidatari, in ragione di esigenze di sostegno educativo e risocializzante, orientato all'accompagnamento nel contesto territoriale e allo sviluppo di abilità sociali e relazionali del bambino e dei suoi genitori;*
- *a tempo parziale, quando il bambino trascorre solo un periodo definito con gli affidatari (qualche giorno la settimana, un breve periodo nell'anno) per offrire un sostegno volto a evitare, per quanto possibile, l'allontanamento.*

*Tra le forme cosiddette "pesanti" rientra invece l'affido residenziale che prevede la permanenza stabile del minore con gli affidatari al fine di poter sperimentare relazioni ed esperienze che favoriscono l'individualizzazione, la consapevolezza di sé e anche l'appartenenza alla propria famiglia, per quanto in difficoltà, in vista della riunificazione.*

*Dal punto di vista del rapporto tra le due famiglie l'affido si distingue in affido intra-familiare, che avviene presso parenti e si connota come espressione di solidarietà connessa a un vincolo stretto di rapporto primario, e affido eterofamiliare che consiste invece nell'accoglienza nella propria casa di uno o due minorenni, da parte di una famiglia affidataria senza vincoli di parentela.*

Complessivamente in Friuli Venezia Giulia il numero dei minori in affido è cresciuto nel corso degli ultimi tre anni, passando dai 393 minori affidati nel corso del 2011, ai 411 nel corso del 2012 ai 436 nel corso del 2013. Si tratta di minori affidati in prevalenza nella modalità tradizionale di affido, ovvero di presa in carico a tempo pieno del minore da parte della famiglia affidataria, ai quali però si deve aggiungere un numero significativo di minori affidati con la modalità dell'affido leggero, qualificato per una presa in carico del minore da parte della famiglia affidataria per una parte della giornata. I minori affidati con la modalità tradizionale sono stati 211 nel corso del 2011, 196 nel corso del 2012 e 241 nel corso del 2013. L'affido "leggero" invece ha interessato 182 minori nel 2011, 215 nel 2012 e 195 nel 2013. Quest'ultima modalità a livello regionale viene praticata in modo particolarmente rilevante dall'ambito di Trieste che realizza più del 70 % degli affidi di questo tipo. Nel corso del triennio però l'affido leggero ha iniziato a diffondersi anche in altri ambiti distrettuali come quelli dell'Alto e del Basso Isontino, di Azzano X, Maniago, Pordenone, della Carnia e di San Daniele.

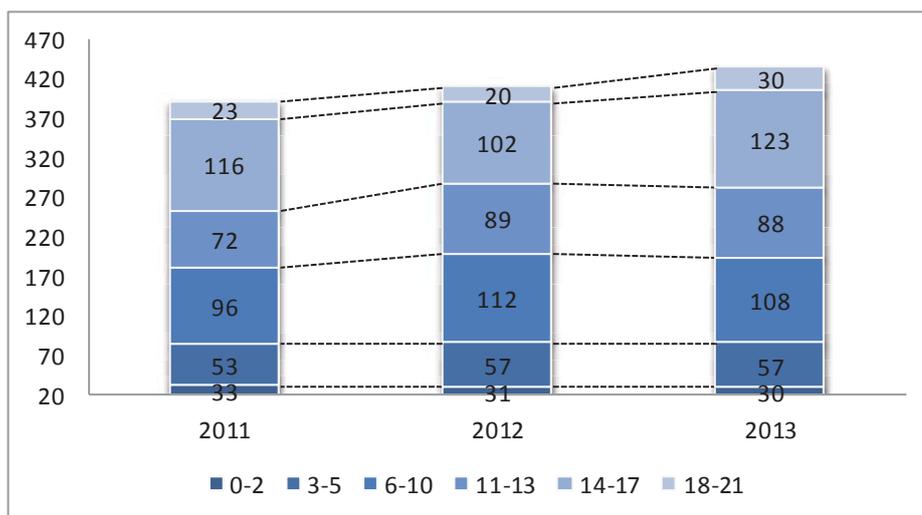
Grafico 4.2 – Utenti in Affidamento familiare secondo tipologia e anno di riferimento – Dato assoluto 2011, 2012, 2013



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

In regione, i minori in affidamento sono in prevalenza italiani e distribuiti pressoché equamente tra maschi e femmine. I minori stranieri, invece, rappresentano una quota contenuta, che però mostra una leggera crescita nell'ultimo triennio, passando da 41 minori nel 2011 a 50 nel 2013. Dal punto di vista dell'età prevalgono gli adolescenti (14-17 anni) che rappresentano il 37-39 % dei minori in affidamento. Seguono i preadolescenti (11-13 anni) e i bambini di 6-10 anni che in entrambi i casi si attestano intorno al 22%.

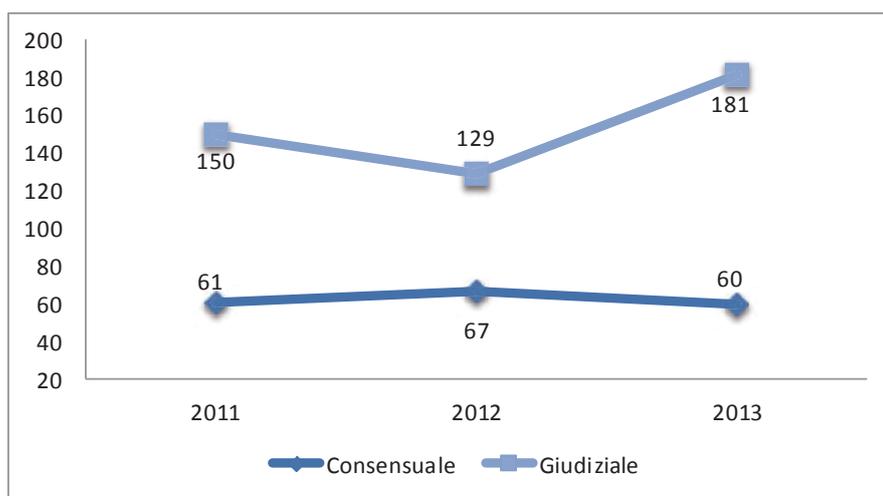
Grafico 4.3 – Utenti in Affidamento familiare per fascia d'età e anno di riferimento – Dato assoluto 2011, 2012, 2013



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

L'affido etero-familiare coinvolge un numero di minori leggermente superiore all'affido di tipo parentale. Entrambe le tipologie però vedono prevalere la modalità giudiziale su quella consensuale a conferma della conflittualità che caratterizza la maggior parte di queste situazioni: nel 2011 gli affidi giudiziali rappresentavano il 71% del totale e nel 2013 il 75%.

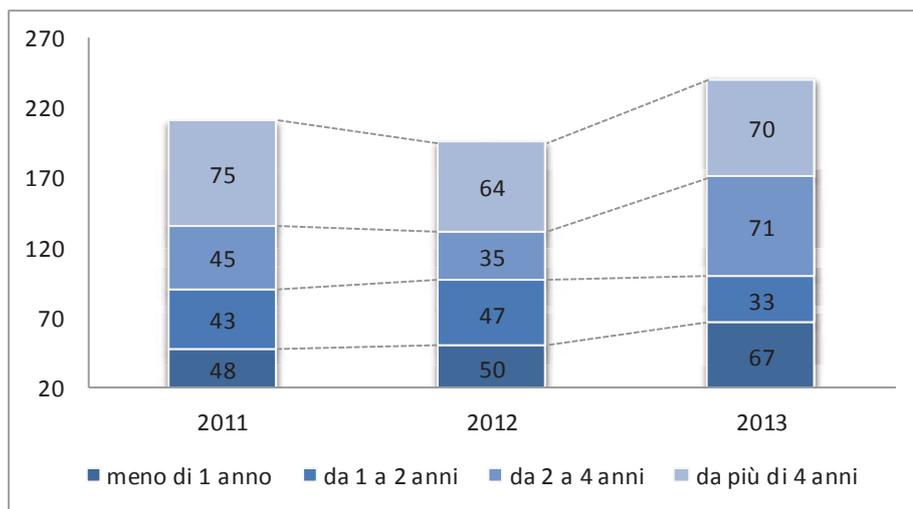
Grafico 4.4 – Utenti in Affidato familiare per modalità (consensuale o giudiziale) e anno di riferimento – Dato assoluto 2011, 2012, 2013



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

Contrariamente allo spirito della norma, gli affidi hanno una durata in prevalenza lunga: in circa il 30% dei casi, infatti, si prolungano oltre i quattro anni.

Grafico 4.5 – Utenti in Affidato familiare per durata e anno di riferimento – Dato assoluto 2011, 2012, 2013



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

Come anticipato, in assenza di indirizzi regionali comuni, nel corso degli anni l'affido è stato praticato in modo diverso dai SSC, in base alle esigenze e risorse familiari espresse dal territorio, alle disponibilità professionali ed economiche presenti negli stessi SSC e nei Consultori oltre che al livello di integrazione e collaborazione tra di essi. Diverse, quindi, sono le modalità organizzative e operative con le quali i SSC stanno praticando questo tipo di intervento, da quelle più strutturate e integrate con equipe dedicate composte da professionisti afferenti ai Servizi sociali e a quelli sanitari – come, ad esempio, nel caso di Trieste e Latisana - a quelle meno strutturate ma comunque integrate tra sociale e sanitario che riguardano la maggior parte dei SSC, a quelle che in alcuni contesti prevedono il ricorso a collaborazioni con professionisti esterni per un maggior supporto nella parte sanitaria.

L'assetto organizzativo, unitamente ai fattori contestuali di disagio dei minori e alla disponibilità di famiglie affidatarie, contribuisce a spiegare la diversa diffusione che l'affido mostra tra gli ambiti distrettuali. Dai dati sopra illustrati, infatti, si può notare come vi siano alcuni contesti che nel corso del triennio analizzato registrano un utilizzo piuttosto consistente di questo strumento - ad esempio, i SSC di Trieste, Azzano X, Pordenone, della Carnia e del Gemonese - e altri che invece l'hanno impiegato di meno - ad esempio, i SSC di Duino, Muggia, dell'Alto Isontino e del Basso Isontino -, così come si possono individuare SSC in cui si registra un aumento - come quelli di Latisana, Sacile e San Vito - e SSC dove invece si rileva un calo, come quello di Maniago.

L'affido, infine, si caratterizza per un forte coinvolgimento della comunità locale che trova espressione nelle associazioni che sorgono sul territorio con l'obiettivo di diffondere la sensibilità all'accoglienza dei minori e delle loro famiglie. A livello regionale sono operative sette associazioni: *Aiko* e *Anfaa* di Trieste, *Sulla soglia* di Villotta di Chions (Azzano X), *Famiglie per l'accoglienza* e *Par vivi in famee* di Udine, *Il Focolare* di Gorizia,

---

// *Noce* di Casarsa. Si tratta di associazioni che in molti casi collaborano con i SSC attraverso convenzioni in cui vengono specificati i termini della collaborazione che può andare dalla sola diffusione e informazione sul tema, alla formazione delle famiglie, al supporto nelle fasi di selezione e di accompagnamento nella realizzazione del percorso di affido.

### 4.2.3 L'adozione

Al fine di sostenere le coppie che hanno fatto la scelta dell'adozione la Regione è intervenuta con provvedimenti di sostegno economico, cogliendo le disposizioni date dalla legislazione nazionale sul tema, con particolare riferimento a quella internazionale. Tale sostegno è gestito dai SSC, secondo quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 11/1996 successivamente regolamentato con il D.P.Reg. **181/2012** «*Regolamento per la determinazione dei criteri di riparto, della misura, delle modalità e dei criteri per la concessione dei benefici da destinare al sostegno delle famiglie per adozioni e affidamento familiare di cui all'articolo 13, comma 3, lettera b) e comma 4, lettere b) e c) della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11*».

La Regione si è fatta inoltre promotrice della stesura e dell'approvazione di un Protocollo in materia di adozioni internazionali, firmato il 18 marzo 2011 da una pluralità di soggetti pubblici e privati impegnati nella positiva gestione dei percorsi adottivi e finalizzato a promuovere un'efficace azione di sostegno e accompagnamento ai minori che cercano una famiglia e alle coppie che fanno domanda di adozione. In tal senso il Protocollo definisce in forma precisa compiti e responsabilità di ciascuna organizzazione coinvolta nei percorsi adottivi (Regione FVG, il Tribunale per i minorenni, la Procura della Repubblica presso il TM, le AAS-Consultori familiari, le associazioni *I Fiori semplici Onlus*, *International adoption - Associazione per la famiglia* e *Adozioni senza frontiere-Onlus* in qualità di Enti autorizzati, l'Ufficio scolastico regionale per il FVG).

Nel triennio 2011-2013 (Tabella 4.6), i minori adottati sono stati 217, di cui 186 stranieri. A prevalere sono i maschi (59,0%) e, con riferimento all'età, i minori della fascia 0-5 anni (53,0%); significativa appare anche la percentuale di minori adottati con età compresa tra i 6 e i 10 anni, corrispondente al 38,7% del totale degli adottati.

Tabella 4.6 - Minori entrati in famiglia per finalità adottive in Friuli Venezia Giulia nel corso del triennio 2011-2013

Contesto territoriale	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	Totale	di cui stranieri	
	MF	MF	MF	MF	MF		MF	MF
<b>Prov. TS</b>	19	19	19	2	1	60	52	86,7
<b>Prov. GO</b>	4	5	9	1	-	19	18	94,7
<b>Prov. UD</b>	23	20	32	6	1	82	69	84,1
<b>Prov. PN</b>	8	17	24	7	-	56	47	83,9
<b>Totale FVG</b>	54	61	84	16	2	217	186	85,7

Fonte: Elab. SISS su dati ASS (Consultori)

4

Tabella 4.7 - Numero complessivo di adozioni per contesto territoriale e per anno di riferimento

Contesto Territoriale	2011		2012		2013	
	MF	di cui stranieri	MF	di cui stranieri	MF	di cui stranieri
<b>Prov. TS</b>	26	24	16	13	18	15
<b>Prov. GO</b>	10	10	5	4	4	4
<b>Prov. UD</b>	33	27	29	26	20	16
<b>Prov. PN</b>	18	14	21	17	17	16
<b>Totale FVG</b>	87	75	71	60	59	51

Fonte: Elab. SISS su dati ASS (Consultori)

Le tabelle 4.6 e 4.7 mettono in evidenza l'andamento quantitativo delle adozioni per ciascun ambito provinciale, nel corso del triennio 2011-2013, con riferimento alle fasce d'età dei minori adottati e alla particolare significatività della provenienza straniera degli stessi

Ulteriore dato interessante è il numero di famiglie che annualmente formulano al Tribunale dei Minorenni la domanda di adozione: nel 2011 sono state registrate 121 richieste, nel 2012 148 e nel 2013 145. Mediamente solo l'11% delle domande è riferito esclusivamente ad adozioni nazionali.

Come precedentemente evidenziato, la gestione dei percorsi adottivi coinvolge, oltre ai SSC, i consultori familiari, che secondo quanto prescrive l'art. 5 della L. R. n. 11/2006 sono impegnati nello svolgimento delle funzioni inerenti *l'informazione e lo studio psicosociale rivolto alle coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale, nonché il sostegno nel periodo di affidamento preadottivo.*

---

#### 4.2.4 L'accoglienza dei minori in comunità

Quando l'affido familiare non è praticabile, l'articolo 2, comma 2 della legge 149/2001 prevede che il minore venga inserito in una comunità di tipo familiare, ossia caratterizzata da un'organizzazione e da rapporti interpersonali analoghi a quelli presenti in una famiglia. In genere, ciò avviene quando non si riesce a trovare una famiglia adatta ai bisogni del minore (l'affidamento è richiesto ma non c'è la famiglia affidataria) oppure quando il minore, a seguito di esposizione a gravi esperienze sfavorevoli, tra le quali anche situazioni di abuso e maltrattamento, ha bisogno di trovare accoglienza in un contesto diverso da una famiglia (l'affidamento non è opportuno perché, anche in presenza di famiglie disponibili e capaci, la situazione del minore è così compromessa da richiedere l'intervento di contesti specializzati con personale professionalmente preparato ad accogliere ed elaborare i vissuti del minore).

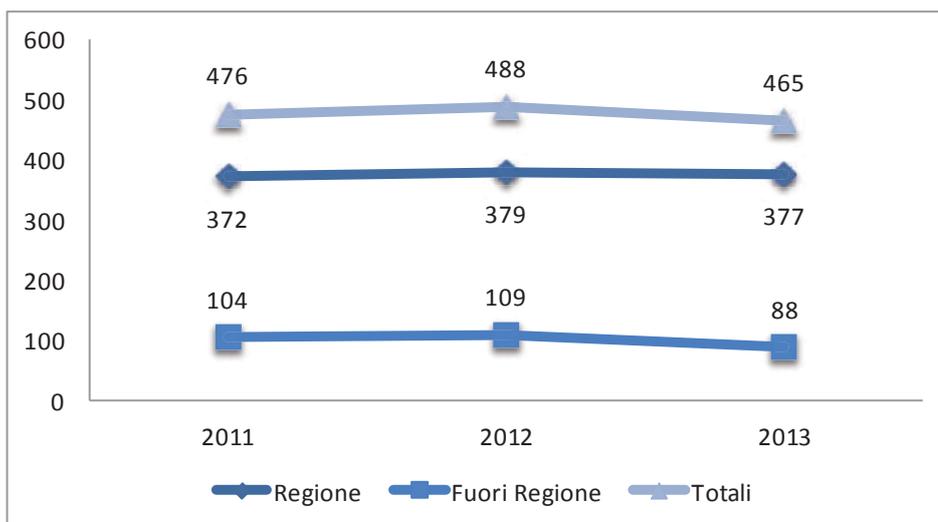
Anche l'accoglienza in comunità, come l'affido, è stata oggetto di una revisione normativa, seppur parziale e non ancora ultimata. La legge 149/2001, infatti, prevedendo all'art. 2 comma 4 il superamento, entro il 31.12.2006, degli istituti educativo-assistenziali, ha promosso la costituzione di comunità educative che però non ha definito dal punto di vista della tipologia e dei requisiti. Ad oggi pertanto, a livello nazionale, manca l'individuazione di standard minimi e omogenei per l'intero territorio in merito alle tipologie, alle professionalità, ai modelli organizzativi, al numero di minori accolti e alla stessa denominazione. Di conseguenza si registra ancora notevole difformità tra le regioni.

Su questo tema il Friuli Venezia Giulia non si è dotato di una normativa specifica, anche se è stato avviato un processo di revisione del regolamento che attualmente disciplina tale materia - 083/1990 - al fine di predisporre uno che individui la tipologia delle strutture di accoglienza dei minori, i requisiti minimi strutturali e organizzativi, i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento.

I minori per i quali i SSC della Regione hanno effettuato un inserimento in comunità evidenziano una lieve tendenza alla diminuzione nel corso dell'ultimo triennio: erano 476 nel 2011, 488 nel 2012 e 465 nel 2013. Circa il 20% di loro viene accolto in comunità fuori regione: 104 nel 2011, 109 nel 2012 e 88 nel 2013. La generale tendenza alla diminuzione riguarda solo il ricorso alle comunità fuori regione e non l'inserimento in comunità della regione che si mantiene sostanzialmente invariato nel corso del triennio: 372 minori nel 2011, 379 nel 2012, 377 nel 2013.



Grafico 4.6 - Numero Minori in comunità per contesto territoriale di collocazione (in regione FVG e fuori regione FVG) e per anno di riferimento- dato assoluto 2011, 2012, 2013



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

Si tratta in prevalenza di minori italiani. I minori stranieri, infatti, rappresentano una quota contenuta che però cresce, dal 22,3% del 2011 al 31,2% del 2013, segnalando la rilevanza che le problematiche di questa componente dei minori stanno assumendo.

La distribuzione tra maschi e femmine è pressoché eguale, mentre dal punto di vista dell'età, i minori più numerosi sono gli adolescenti con età 14 - 17 anni e i ragazzi con età 6 - 10 anni, seguiti dai preadolescenti con età 11 - 13 anni. Considerando il ricorso dei SSC a questo tipo di intervento si può notare come, nel corso del triennio, il numero dei minori inseriti in comunità della regione e fuori regione si sia mantenuto sostanzialmente stabile e alto negli ambiti distrettuali di Trieste, dell'Alto Isontino, di Cervignano, di Latisana e in quelli della provincia di Pordenone, sia aumentato nell'ambito distrettuale del Gemonese e sia invece diminuito considerevolmente – dimezzato – in quello della Carnia.

Come anticipato il ricorso a comunità fuori regione riguarda circa il 20% degli inserimenti e mostra una lieve tendenza alla diminuzione. Nella maggior parte dei casi si tratta di inserimenti che avvengono in comunità di tipo educativo-assistenziale e in misura più contenuta in comunità di tipo terapeutico riabilitativo. Mentre il ricorso alle prime diminuisce passando da 79% nel corso del 2011 al 61% nel corso del 2013, il ricorso alle seconde sale dal 14,4% del 2011 al 34,0% del 2013. Gli inserimenti nelle comunità di tipo educativo-assistenziale vengono svolti in circa la metà dei casi dai Servizi sociali della provincia di Pordenone. Si tratta, pertanto, di una parte di inserimenti motivati da ragioni di prossimità delle comunità - in genere, infatti, sono del Veneto - rispetto al servizio inviante e dalla conseguente relazione che si instaura con esse.

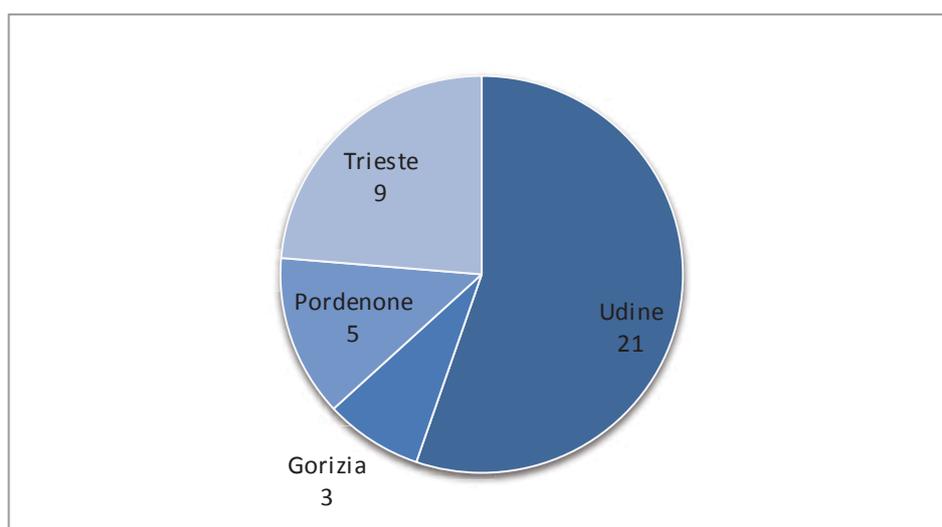
La parte rimanente, invece, riguarda inserimenti effettuati dai Servizi sociali delle altre provincie e fa riferimento talvolta alla necessità di assicurare una certa distanza territoriale all'allontanamento e talvolta alla maggior adeguatezza dell'intervento fornito da alcune comunità fuori regione.

Gli inserimenti nelle comunità di tipo terapeutico-riabilitativo, invece, sono legati alla carenza in Friuli Venezia Giulia di comunità di questo tipo ed evidenziano una distribuzione un po' più articolata: nel 2011 e 2012 per metà dei casi riguardavano i Servizi sociali della provincia di Pordenone e per metà riguardavano i Servizi sociali della provincia di Trieste e di Gorizia; nel corso del 2013, invece, dieci inserimenti riguardavano i Servizi sociali del pordenonese, dieci quelli della provincia di Trieste, sei quelli della provincia di Gorizia e quattro i Servizi sociali della provincia di Udine.

Gli inserimenti nelle "comunità mamma con bambino" avvengono nella maggior parte dei casi in comunità della regione e hanno riguardato un numero di minori in costante crescita nel corso del triennio: 74 nel corso del 2011, 84 nel corso del 2012 e 99 nel corso del 2013. Una parte rilevante dei minori accolti è straniera: il 36,5% nel 2011, il 51% nel 2012 e il 49,5% nel 2013. Coerentemente con la tipologia di queste strutture, la maggior parte dei minori accolti ha un'età compresa tra 0 e 2 anni (38%), mentre i restanti appartengono alle fasce d'età immediatamente successive, ossia 3-5 anni (28,5%) e 6-10 anni (28,5%).

Le comunità presenti in regione, al 31.12.2013, erano 38, per un totale di 41 moduli<sup>55</sup>. La loro distribuzione sul territorio regionale vede 21 comunità in provincia di Udine (23 moduli), 9 in provincia di Trieste, 5 in provincia di Pordenone e 3 in provincia di Gorizia (4 moduli).

Grafico 4.7 – Distribuzione delle comunità sul territorio regionale- dato assoluto al 31.12.2013



Fonte: SISS

<sup>55</sup> Per modulo si intende un'unità operativa di massimo 15 posti. Due moduli appartengono alla comunità La provvidenza, due a Villa Russiz. Nel computo è stata compresa anche Madre Santa Speranza sebbene non avesse alcun ospite.

Dal punto di vista della tipologia le comunità esistenti possono essere ricondotte a: due comunità mamma e bambino e tre comunità educative in provincia di Pordenone; cinque comunità mamma e bambino, tre comunità per l'alta autonomia, dodici comunità educative e una comunità familiare in provincia di Udine; due comunità madre con bambino e una comunità educativa (articolata in due moduli) in provincia di Gorizia; due comunità mamma con bambino e sette comunità educative in provincia di Trieste.

Complessivamente i posti potenziali a disposizione sono 241 nelle comunità di tipo socio-educativo, 132 nelle comunità di tipo "mamma con bambino" e 11 negli alloggi ad alta autonomia. La loro distribuzione sul territorio regionale vede 22 posti in comunità di tipo socio-educativo e 22 posti in comunità di tipo "mamma con bambino" in provincia di Pordenone, 138 posti in comunità di tipo socio-educativo, 58 posti in comunità di tipo "mamma con bambino" e 11 posti in alloggi ad alta autonomia in provincia di Udine, 16 posti in comunità di tipo socio-educativo e 30 in comunità di tipo "mamma con bambino" in provincia di Gorizia e, infine, 65 posti in comunità di tipo socio-educativo e 22 in comunità di tipo "mamma con bambino" in provincia di Trieste.

I soggetti gestori fanno riferimento alla cooperazione sociale (8), a enti religiosi (6), all'associazionismo (6), in due casi si tratta di fondazioni e in un caso di un'Azienda pubblica per i Servizi alla Persona (ASP). Il personale che opera in queste comunità è rappresentato in modo quasi esclusivo dalla figura dell'educatore. Al 31.12.2012, infatti, gli operatori che fanno riferimento a questa figura sono complessivamente 162 di cui 74 con titolo di educatore professionale e 88 con titoli diversi da quello di educatore professionale (ad es. la qualifica di secondo livello conseguita con corsi promossi dalla Regione FVG con D.G.R. n. 280/1998 e 1644/1988 o altri titoli di studio). La figura dello psicologo è presente solo in un numero limitato di comunità (9 comunità) e un numero ancor più ridotto (3 comunità) se ne avvale attraverso collaborazioni esterne.

Nel corso dell'ultimo triennio il settore ha mostrato una significativa dinamicità. Orientamenti di presa in carico da parte dei servizi sempre più rivolti a prevenire l'allontanamento dei minori dalla propria famiglia e a ridurre l'inserimento in comunità hanno portato alcuni cambiamenti nella tipologia di offerta presente sul territorio regionale. Il primo cambiamento ha riguardato la diffusione delle comunità di accoglienza del tipo mamma con bambino che hanno registrato una crescita significativa dei posti disponibili. La diffusione di questo tipo di comunità ha riguardato soprattutto le province di Udine e Pordenone.

Tra le comunità per preadolescenti e adolescenti invece si è assistito alla chiusura di alcune comunità operative già da anni e all'apertura di nuove. Questa dinamica si è verificata soprattutto nella provincia di Trieste, dove all'inizio del 2012 si è registrata la chiusura di due comunità e di un modulo per adolescenti e nel 2013 la chiusura di un ulteriore modulo per adolescenti, e nella provincia di Pordenone dove nel 2012 è avvenuta l'apertura di una comunità per adolescenti e nel 2013 la chiusura di una per preadolescenti.

---

I minori accolti in queste comunità, al 31.12.2011, erano 226, di cui 7 maggiorenni accolti negli alloggi ad alta autonomia, al 31.12.2012 invece erano 239, di cui 6 maggiorenni accolti negli alloggi ad alta autonomia. Da un confronto tra i dati riferiti all'affido e quelli riferiti all'inserimento in comunità si può cogliere la diversa diffusione che questi strumenti hanno tra i SSC.

Vi sono, infatti, SSC come Trieste e Latisana dove si registra un numero elevato tanto di affidi quanto di inserimenti in comunità, SSC dove il numero degli affidi risulta costante o in aumento mentre quello dell'inserimento in comunità rimane stabile o comunque non diminuisce, SSC dove i dati portano a riconoscere un utilizzo alternativo dei due strumenti, per cui al basso numero di affidi corrisponde un alto numero di inserimenti in comunità, come nel caso dell'Alto Isontino, oppure dove all'alto numero di affidi corrisponde una consistente riduzione degli inserimenti in comunità, come nel caso del SSC della Carnia.

Come anticipato, le ragioni sono legate a diversi aspetti che possono riguardare sia le prassi in uso nei diversi contesti, sia l'accessibilità dei due strumenti, sia le condizioni di problematicità del contesto.

#### 4.2.5 Interventi a favore di minori stranieri non accompagnati

Il minore straniero non accompagnato è quel minore non avente cittadinanza italiana o di altro Paese dell'Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova in Italia privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano<sup>56</sup>. Oltre ai minori completamente soli rientrano in tale definizione anche i minori che vivono con adulti diversi dai genitori (inclusi parenti entro il quarto grado), che non ne siano tutori o affidatari in base a un provvedimento formale, in quanto questi minori sono comunque privi di rappresentanza legale in base alla legge italiana (Linee Guida del Comitato per i minori stranieri del 2003 aggiornate nel 2013 dalla Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione<sup>57</sup>). A tutti i minori stranieri presenti in Italia sono riconosciuti il diritto all'istruzione, all'assistenza sanitaria e a tutte le tutele applicate ai minori italiani in materia di lavoro - fra cui l'ammissione al lavoro solo dopo il compimento del sedicesimo anno di età e dopo aver adempiuto agli obblighi scolastici - oltre che particolari misure giuridiche, di protezione e assistenza, fra cui l'accoglienza in luogo sicuro, la non espulsione, il diritto a un permesso di soggiorno per minore età e la possibilità di far ricorso agli istituti giuridici della tutela e dell'affido familiare.

---

<sup>56</sup> Regolamento concernente i compiti del Comitato per i Minori Stranieri (D.P.C.M. del 9 dicembre 1999, n. 535).

<sup>57</sup> La legge 7 agosto 2012, n. 135 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 Luglio 2012 n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini», all'art. 12 "Suppressione di Enti e Società" ha determinato la soppressione del Comitato Minori Stranieri e trasferito le sue funzioni alla Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione presso lo stesso Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

In base ai dati raccolti dal SISS presso i SSC, i minori stranieri non accompagnati accolti in regione hanno assistito a una considerevole crescita nel corso del triennio (+17%), passando da 245 nel corso del 2011, a 216 nel corso del 2012 a 305 nel corso del 2013. Il territorio più interessato dal fenomeno è sempre stato quello della provincia di Udine con 140 minori stranieri non accompagnati nel corso del 2011, 121 nel corso del 2012 e 150 nel corso del 2013. Segue, per numerosità, la provincia di Trieste dove si registra un significativo incremento nel corso del 2013: i minori stranieri non accompagnati presenti nel corso dell'anno, infatti, passano dagli 81 del 2011 ai 137 del 2013.

All'interno dei territori provinciali, tuttavia, la presenza dei minori stranieri non accompagnati non è omogenea ma riguarda alcuni contesti più di altri. Nella provincia di Udine, in particolare, risultano interessati da questa presenza soprattutto il territorio dell'ambito di Udine e quello dell'ambito di Cividale del Friuli. Nel 2013 tuttavia anche il territorio dell'ambito del Gemonese registra un incremento significativo del fenomeno, con la presenza di 50 minori nel corso dell'anno.

Considerando l'andamento dei rimborsi effettuati dalla Regione ai Comuni relativamente agli anni 2011-2013, si può osservare che a partire dalle prime due annualità è iniziato un trend sensibilmente in calo rispetto ai costi sostenuti nell'anno precedente.

In particolare, nel 2011, i Comuni sotto i 15.000 hanno richiesto e ottenuto dall'Amministrazione regionale un rimborso pari a € 548.346,27, mentre quelli superiori ai 15.000 abitanti hanno sostenuto una spesa di € 906.552,09, di cui 815.896,89 sono stati successivamente rifiutati dalla Regione. Il costo medio giornaliero in questa annualità è stato di € 57,17 (le rette delle strutture di accoglienza variavano infatti da un minimo di 48 € ad un massimo di 117).

Nel 2012 invece, i Comuni con una popolazione inferiore ai 15.000 abitanti hanno speso € 241.864,23, coperti totalmente dalla Regione; i Comuni superiori ai 15.000 abitanti hanno invece speso € 834.330,90, di cui € 750.897,81 sostenuti dall'Amministrazione regionale.

Nel 2013 i valori sono invece tornati a crescere - tendenza che sembra essere confermata anche da una prima stima relativa all'anno 2014 - andando a raggiungere gli ordini di grandezza riscontrati nel 2010: € 918.224,32 sostenuti dai Comuni sotto i 15.000 abitanti (erano € 1.019.964,97 nel 2010) ed € 1.603.273,34 spesi dai Comuni oltre i 15.000 abitanti, per un totale di contributo regionale pari a € 1.442.946,01 (rispettivamente € 1.690.356,71 ed € 1.521.321,04 nel 2010). Nel 2013 il costo medio giornaliero delle strutture di accoglienza era di € 63 (da un minimo di € 60 a un massimo di € 110).

Oltre a Trieste e Udine, i capoluoghi di provincia che risultano spendere di più per l'accoglienza dei MSNA (rispettivamente 207.800 € e 98.780 € nel 2013), anche Cividale del Friuli e Tarvisio presentano alti costi, in questo caso interamente sostenuti dall'amministrazione regionale (rispettivamente 439.306 € e 269.422,11 € nel 2013): se nel primo caso sembrano incidere fattori geografici di vicinanza al confine, per

---

quanto riguarda Cividale, sicuramente influisce la presenza nel comune di una delle più importanti strutture di formazione e accoglienza per stranieri, verso cui è lecito ritenere che molti MSNA consapevolmente si dirigano una volta giunti in Italia.

#### 4.2.6 Interventi a favore di minori e giovani con problematiche legate alla devianza

A favore dei **minori e giovani al di sotto dei 25 anni con problematiche legate alla devianza**, infine, la Regione interviene principalmente con l'attivazione di interventi nel campo educativo, formativo e del tempo libero e di collaborazione tra realtà scolastiche ed extrascolastiche finalizzati a contrastare il disagio adolescenziale e il fenomeno del bullismo, ai sensi dell'art. 4, c. 69 della L.R. 1/2007 e in conformità al Regolamento D.P.Reg. 4 luglio 2012, n. 0146/Pres.. Nel periodo dal 2011 al 2013, la Regione ha stanziato annualmente 825.000,00 euro, per un totale di 2.475.000,00 euro nel triennio, suddivisi in parti uguali tra fondi dedicati a progetti in favore degli adulti e progetti in favore dei minori. Nel 2013, le progettualità messe in campo per persone di età inferiore a 25 anni sono state 50 e hanno raggiunto 268 beneficiari<sup>58</sup> (di cui 11 detenuti).

#### 4.3 Considerazioni d'insieme

Quanto illustrato nei paragrafi precedenti evidenzia, da un lato, la buona capacità dei SSC di far fronte a problematiche complesse e delicate come quelle del disagio intrafamiliare e di soggetti in età evolutiva e, dall'altro, lo sforzo che questi Servizi sociali stanno compiendo per realizzare processi di presa in carico volti a contenere e ridurre l'istituzionalizzazione dei minori in favore di una presa in carico di tipo domiciliare che si rivolga non solo al minore ma anche ai suoi genitori.

Si tratta di uno sforzo di non poco conto che per la complessità dei bisogni da affrontare, richiede, in primo luogo, un'integrazione molto forte tra Servizi sociali dei Comuni e Servizi sanitari, in primis Consultori e Neuropsichiatria Infantile.

Se a livello regionale questa integrazione risulta formalmente presente, sul piano dell'operatività mostra ancora evidenti disomogeneità: in alcuni contesti, infatti, si sono individuate modalità organizzative (ad esempio equipe multidisciplinari minori) e procedure che assicurano una presa in carico integrata adeguata nei tempi e nelle modalità; in altri contesti, invece, si registrano difficoltà nella definizione e nella conse-

---

<sup>58</sup> Ogni persona può aver beneficiato di più attività.

---

guente assunzione delle rispettive responsabilità tanto nella fase di valutazione del caso quanto nella successiva attivazione e realizzazione dei necessari interventi, con conseguenti ritardi e discontinuità nei processi di presa in carico sia dei minori che dei loro genitori.

La difficoltà di realizzare interventi integrati e contestuali sul minore e sui suoi genitori concorre a determinare sia l'allontanamento del minore dalla famiglia di origine, sia l'eccessiva durata della successiva permanenza fuori famiglia.

Si rende pertanto necessario ridefinire l'intero processo di presa in carico del minore e dei suoi genitori, individuando modalità più efficaci e integrate tra Servizi sociali dei Comuni e Servizi sanitari di conduzione dello stesso, sia nell'intervento di primo livello, come quello del servizio socio-educativo, sia nell'intervento di secondo livello come quello dell'affido e dell'inserimento in comunità.

La complessità delle problematiche, infatti, è tale da non poter essere affrontata in modo settoriale, focalizzandosi sui singoli interventi, ma solo assumendo un approccio globale e unitario che abbia come riferimento il minore e il suo contesto familiare e relazionale. In tale prospettiva l'intervento socio-educativo, l'affido e l'inserimento in comunità non possono essere considerati come strumenti alternativi, tali per cui il potenziamento dell'uno porta necessariamente alla riduzione dell'altro. In particolare nella scelta tra affidamento familiare e inserimento in comunità, il criterio guida deve essere quello della valutazione preliminare rispetto al bisogno del bambino e al contesto più appropriato per lui.

La discriminante, infatti, non è quella tra "affido o comunità", sebbene la legge sottolinei la priorità da dare all'affido rispetto alla comunità laddove possibile, ma tra "adeguati affidi" e "adeguate comunità", individuati in base a un attento e preliminare lavoro di diagnosi-prognosi sul quale è necessario investire. In entrambi i casi, poi, si dovrebbe perseguire la riduzione della durata degli interventi al tempo minimo necessario per il benessere del minore.

Per quanto attiene all'affido sono state approvate specifiche Linee guida regionali volte a offrire ai servizi un quadro di riferimento comune rispetto a principi, contenuti e metodologie operative con l'intento di incentivarne l'utilizzo e di elevare la qualità degli interventi.

Per quanto attiene all'inserimento in comunità, invece, è in corso una revisione congiunta tra l'area sociale e sociosanitaria, del regolamento che porterà a prevedere comunità ad alta intensità assistenziale, nonché moduli abitativi per l'autonomia, e a definire la compartecipazione della retta a carico dei Servizi sociali e del Sistema sanitario.



5

servizi e  
interventi a  
FAVORE DELLE  
PERSONE ADULTE



---

## Capitolo 5

### Servizi e interventi a favore delle persone adulte

Come evidenziato nel paragrafo 3.1, l'incremento dell'utenza adulta rappresenta uno degli aspetti più rilevanti emersi dall'analisi degli utenti del SSC. Si tratta di una variazione legata soprattutto alla grave e persistente crisi economica che, come descritto nel primo capitolo, continua a interessare il FVG con effetti anche in termini di impoverimento della popolazione.

#### 5.1 Il nuovo disagio adulto e l'approccio dell'attivazione

**Gli adulti tradizionalmente in carico al SSC** tendenzialmente si caratterizzano per la presenza di situazioni di disagio legate a condizioni di grave povertà, emarginazione, devianza e disadattamento, oltre che di salute, quali la disabilità, la malattia mentale e le dipendenze. In genere si tratta di situazioni complesse e molto spesso difficilmente superabili, pertanto questa tipologia di utenza tende a rimanere in carico al SSC per periodi molto lunghi. A questo *target* di popolazione già conosciuto ai SSC, **nel corso degli ultimi tre anni si è aggiunta una nuova platea di persone che in prevalenza vive situazioni di precarietà o di accentuata povertà economica causate dal venir meno delle principali fonti di reddito in seguito alla perdita del lavoro o anche per modificazioni del proprio nucleo familiare, dovute per esempio a separazione, che rendono ancor più pesante e complesso l'aiuto.**

Soprattutto nei confronti di questo nuovo target di utenza, l'approccio del Servizio sociale è quello di intervenire con una logica di attivazione ed *empowerment* della persona, fornendo un supporto rivolto in via prioritaria al recupero e/o allo sviluppo delle sue competenze, coniugando misure passive di sostegno al reddito con misure attive di inserimento/reinserimento lavorativo o comunque di inclusione sociale. Solo in ultima istanza l'aiuto è indirizzato alla mera assistenza attraverso apposite misure di integrazione monetaria al reddito.

Questa nuova fascia di utenza esprime nuovi bisogni a cui ora i SSC sono chiamati a rispondere con interventi e competenze adeguati. In particolare, l'attenzione dei SSC è rivolta all'individuazione di modalità diversificate di presa in carico e di valutazione dell'utenza (anche in forma congiunta con i servizi locali del "sistema lavoro"), che vanno correlate alla tipologia e al grado di svantaggio delle persone, nonché allo sviluppo di adeguati percorsi di accompagnamento e di sostegno professionale.

---

L'obiettivo è di accompagnare i soggetti che presentano requisiti di occupabilità all'inserimento o al reinserimento lavorativo e di intervenire sui soggetti più deboli per contribuire a sviluppare in loro maggiori capacità con riferimento particolare ai pre-requisiti e alle competenze trasversali necessari per un eventuale inserimento lavorativo.

Per le situazioni più compromesse e con insufficienti margini di recuperabilità al lavoro, si tratta invece di attivare percorsi di integrazione socio-assistenziale. Spesso si rivolgono al SSC persone con valide competenze ed esperienze in ambito lavorativo, per le quali è importante agevolare, nel contesto di un mercato del lavoro assai frastagliato, l'orientamento all'utilizzo delle risorse informative e dei sostegni offerti dai servizi preposti a facilitare l'inserimento lavorativo (Centri per l'impiego, Centri per l'orientamento, servizi per la formazione, ecc.).

Giungono inoltre ai SSC situazioni di adulti in possesso di competenze non aggiornate e inadeguate alle richieste provenienti dagli ambiti produttivi e quindi a rischio di esclusione lavorativa prolungata con gravi conseguenze non solo di tipo economico, ma anche di tipo psicologico. Per queste persone l'aiuto si concretizza mediante l'avvio in percorsi di formazione e riqualificazione in grado di facilitare l'acquisizione di nuove competenze e quindi un nuovo ricollocamento lavorativo.

L'azione professionale degli operatori sociali deve perciò affrontare una duplice esigenza: quella di sostenere i singoli e i nuclei familiari mediante l'erogazione di risorse economiche con cui far fronte alle imprescindibili necessità esistenziali e quella di sostenere il rientro nel mercato del lavoro delle persone, per evitare il prolungamento e l'aggravamento delle condizioni di disagio personale e familiare. Per ciascuna situazione, e soprattutto per coloro con maggiori difficoltà di reinserimento lavorativo, il SSC esercita azioni professionali dedicate al sostegno, all'orientamento e all'accompagnamento per permettere alle persone seguite di definire un proprio progetto di vita.

Per queste ragioni, la **"presa in carico" effettuata dal SSC prevede la realizzazione di progetti personalizzati che coniugano misure passive di sostegno economico e misure attive di inserimento/reinserimento negli ambiti lavorativi e di inclusione sociale.**

Va rilevato anche che tale impegnativa attività professionale non può che esprimersi in un investimento entro l'intero sistema integrato di servizi e interventi sociali con il più ampio coinvolgimento delle comunità locali nel contesto delle quali dare vita a reti di collaborazione con le imprese, con gli organismi del terzo settore e con le ulteriori forze sociali.



---

## 5.2 Il sostegno economico e la logica del progetto

Gli strumenti a disposizione dei SSC per il contrasto dei fenomeni di povertà e di disagio sociale sono molteplici come descritto nel paragrafo precedente. È importante a questo proposito, proprio per il suo carattere di misura di sostegno monetario e sociale, citare anche la precedente esperienza del “Reddito di base per la cittadinanza”, misura originariamente prevista dall’articolo 59 della L.R. 6/2006 che prevedeva una sperimentazione della durata quinquennale, ma che è stata successivamente abrogata dalla L.R. 9/2008 (Assestamento del bilancio 2008 e del bilancio pluriennale per gli anni 2008-2010) istitutiva del “Fondo di solidarietà regionale”.<sup>59</sup>

La principale misura regionale attualmente in vigore e dedicata al sostegno economico nelle situazioni di povertà è rappresentata dal “Fondo di solidarietà regionale”. Tale misura, introdotta dalla L.R. 9/2008, ha l’obiettivo di fornire alle persone un aiuto per prevenire, superare o ridurre le condizioni di bisogno temporaneo, nonché per promuovere l’inserimento sociale favorendo il progressivo e attivo coinvolgimento del beneficiario ed, eventualmente, del nucleo familiare di riferimento.

Si tratta infatti di un intervento che, oltre all’erogazione del contributo economico, prevede che la persona presa in carico concordi con il SSC i contenuti di un progetto personalizzato che tiene conto delle sue risorse e potenzialità. Il progetto definisce l’utilizzo dell’intervento economico, i reciproci impegni, gli obiettivi, i tempi di realizzazione e di verifica delle azioni concordate in una prospettiva di recupero e di reintegrazione sociale e di eventuale inserimento lavorativo; in caso di mancato rispetto degli impegni assunti dal destinatario il beneficio economico può essere revocato.<sup>60</sup>

Il “Fondo di solidarietà regionale” è stato istituito con l’obiettivo di sostenere i Comuni impegnati nel dar risposta ai fenomeni di povertà e disagio sociale presenti nei rispettivi territori. È previsto che nei rispettivi ambiti distrettuali di competenza le Assemblee dei Sindaci possano individuare specifici indirizzi gestionali relativi alle modalità di attuazione della misura pur nel rispetto dei limiti definiti dalla normativa regionale. Questo margine di autonomia, che tiene conto delle particolari esigenze locali, spiega, almeno in parte, la diversificazione riscontrata nell’applicazione della misura sul territorio regionale.

---

<sup>59</sup> La misura, disciplinata dal D.P.Reg. 278/2007, ha trovato applicazione lungo il periodo novembre 2007 - agosto 2008.

<sup>60</sup> Va precisato che l’intervento si configura come temporaneo in quanto la durata è fissata in massimo sei mesi, eventualmente prorogabili per altri 6 mesi. L’accesso alla misura è determinato dalla situazione reddituale del nucleo familiare definita con lo strumento ISEE e la soglia di accesso stabilita era, per il 2013, pari o inferiore a € 8.189,40.. Per quanto riguarda l’ammontare mensile massimo della misura, questo è pari a un dodicesimo della differenza tra il valore della situazione reddituale per l’accesso all’intervento e il valore della situazione reddituale del richiedente e può essere aumentato di 100 euro al mese per ogni figlio a carico.

---

Complessivamente per questa misura per il triennio 2011- 2013 la Regione ha stanziato a bilancio € 34.500.000,00, che sono stati ripartiti tra i 19 enti gestori dei SSC, con una somma complessiva annuale pari a € 11.500.000,00.

Dai dati presenti nelle CSI, si rileva che i beneficiari della misura sono stati complessivamente 5.697 nel 2011, 6.050 nel 2012 e 5.320 nel 2013. Soffermandosi su tali numeri si può osservare che, dopo un significativo aumento dell'utenza dal 2011 al 2012 pari a 353 unità (+6,2%), nel 2013 si assiste a un decremento di 730 unità pari a 12,1 punti percentuali che fa diminuire i beneficiari su valori di poco inferiori a quelli del 2011. Si tratta di un calo legato in parte all'impossibilità per le persone di accedere alla misura dopo averne beneficiato usufruendo anche della proroga, in parte a criteri di accesso stabiliti dai singoli SSC al fine di rendere più equo ed efficace l'utilizzo di questo intervento.

Come si può cogliere dalla tabella 5.1, i beneficiari della misura sono stati soprattutto adulti in età lavorativa. Nel 2011 l'utenza adulta che si è rivolta ai servizi per ottenere degli aiuti economici ha registrato un'incidenza sul totale dei beneficiari del fondo di solidarietà pari al 85,4%, un dato che aumenta nel corso del tempo arrivando al 91,4% del 2013, passando per l'89,5% del 2012.

Per quanto riguarda le condizioni occupazionali, si registra che sono soprattutto i disoccupati ad accedere al beneficio, seguiti dai *working poor*, persone che lavorano ma che non riescono a far fronte alle proprie necessità economiche. Rispetto alla composizione dei nuclei beneficiari, le famiglie che accedono al fondo sono soprattutto coppie con figli a carico, la cui incidenza è in notevole aumento, seguite dalle persone che vivono da sole e dalle famiglie mono-genitore.

Come illustrato nella tabella 5.1, tra i beneficiari del fondo si devono segnalare i cittadini stranieri che nei casi di difficoltà economica non possono contare su una rete familiare di sostegno per far fronte alle problematiche contingenti e di conseguenza si rivolgono ai Servizi sociali. La loro quota tra i beneficiari vede una crescita rilevante, passando dal 7,3% dell'utenza nel 2011 al 38,4% nel 2013. Si tratta di una crescita consistente e costante che interessa quasi tutto il territorio regionale, eccetto i territori di Duino Aurisina e Muggia. I picchi più rilevanti si registrano negli ambiti distrettuali che presentano una maggior incidenza di popolazione straniera: Pordenone e Azzano Decimo (58,8% il primo e 52,7% il secondo).

Un motivo di incremento dell'utenza straniera è sicuramente costituito dalla pronuncia della Corte Costituzionale<sup>61</sup> che ha giudicato illegittime le norme regionali<sup>62</sup>, che limitavano l'accesso a una serie di interventi sociali, tra cui il Fondo di solidarietà regionale, sulla base di requisiti di cittadinanza e di permanenza nel territorio regionale per un determinato periodo minimo di tempo.

---

<sup>61</sup> Sentenza della Corte Costituzionale n. 222/2013.

<sup>62</sup> Legge regionale 30 novembre 2011, n. 16 «Disposizioni di modifica della normativa regionale in materia di accesso alle prestazioni sociali e di personale».

Tabella 5.1 – Principali caratteristiche dei beneficiari del Fondo di solidarietà – fascia d'età, condizione professionale, composizione nucleo familiare, cittadinanza, anni 2011, 2012, 2013, valori percentuali sul totale dei beneficiari

	2011	2012	2013
<b>35-64</b>	70,7%	70,8%	71,1%
<b>18-34</b>	14,7%	18,7%	20,3%
<b>65-74</b>	8,2%	5,8%	4,7%
<b>Disoccupato</b>	41,3%	41,5%	44,9%
<b>Occupato</b>	20,2%	25,9%	26,7%
<b>Coppia con figli</b>	22,1%	34,2%	40,8%
<b>Persona sola</b>	38,7%	28,7%	23,9%
<b>Monogenitore con figli</b>	22,1%	19,2%	17,7%
<b>Italiano</b>	92,7%	72,2%	61,6%
<b>Straniero</b>	7,3%	27,8%	38,4%

Fonte: CSI

Un'ulteriore risorsa per il contrasto della povertà è rappresentata dai **contributi economici periodici o una tantum erogati dai Comuni**. Si tratta di sostegni economici che vengono erogati nei casi in cui non siano attivabili altre risorse o quando quelle attivate risultano inadeguate rispetto alla gravità o urgenza della situazione da affrontare. Nonostante gli interventi di assistenza economica siano inclusi tra le materie di competenza del SSC (c.1. art. 17, L.R. 6/2006), in molti territori i Comuni singoli continuano a concedere i contributi in modo autonomo. Nella maggior parte dei territori la valutazione professionale dei casi è affidata comunque ai SSC, mentre l'effettiva erogazione dei contributi ai cittadini è effettuata dal Comune.

In alcuni territori, invece, l'attribuzione come pure la quantificazione dei contributi continua ad essere totalmente gestita a livello di Comune singolo. Ovviamente la concessione di contributi monetari in assenza di una valutazione professionale da parte degli operatori sociali rischia di innescare processi assistenzialistici opposti al principio di attivazione dei beneficiari perseguito dai Servizi sociali e implica una notevole disomogeneità dei trattamenti, anche all'interno di uno stesso ambito distrettuale.

Dalla CSI è possibile risalire al numero di beneficiari di contributi economici per i quali il SSC ha curato l'intero procedimento di concessione dei fondi o la sola istruttoria. Si tratta perciò di un dato sottostimato in quanto non comprende coloro che hanno beneficiato dell'erogazione diretta da parte dei singoli Comuni. I beneficiari di contributi economici registrati in CSI sono stati 5.194 nel 2011, 5.479 nel 2012 e 5.118 nel 2013. Come si può cogliere dalla tabella 5.2 di seguito riportata, si tratta in prevalenza di utenti della fascia adulta 18-64 anni, disoccupati ma anche in una situazione di occupazione lavorativa. Fra le categorie di famiglie a beneficiare di questi contributi economici sono soprattutto le coppie e i mono-genitori con

figli a carico, seguiti dalle persone sole. Infine, circa un utente su quattro con altri contributi economici è un cittadino straniero, un dato in leggera ripresa rispetto al 2012 ma inferiore rispetto al 2011.

*Tabella 5.2 – Principali caratteristiche dei beneficiari dei contributi economici erogati dai Comuni singoli – fascia d'età, condizione professionale, composizione nucleo familiare, cittadinanza, anni 2011, 2012, 2013, valori percentuali sul totale dei beneficiari*

	2011	2012	2013
<b>35-64</b>	68,7%	68,6%	71,4%
<b>18-34</b>	17,4%	17,1%	16,4%
<b>65-74</b>	7,9%	8,7%	8,1%
<b>Disoccupato</b>	40,0%	40,8%	44,4%
<b>Occupato</b>	20,6%	19,7%	19,8%
<b>Coppia con figli</b>	27,5%	26,4%	27,3%
<b>Persona sola</b>	37,6%	38,2%	37,2%
<b>Monogenitore con figli</b>	17,4%	17,8%	17,6%
<b>Italiano</b>	69,9%	73,9%	72,7%
<b>Straniero</b>	30,1%	26,1%	27,3%

Fonte: CSI

**Complessivamente, quindi, il fondo di solidarietà e i contributi economici per disagio generico, nel 2013, hanno permesso di raggiungere 9.281 persone** che ne hanno beneficiato singolarmente o in coppia. Tale entità risulta in leggera diminuzione rispetto al 2012 (9.907) e in aumento rispetto al 2011 (9.079).

Un ulteriore elemento che a livello regionale insiste sullo sviluppo di azioni di sistema volte a favorire l'integrazione sociale e lavorativa delle persone con svantaggio e/o a rischio di povertà e di esclusione sociale è rappresentato dalla pianificazione di zona. Le Linee guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona 2013-2015, emanate con D.G.R. n. 458 del 22 marzo 2012, hanno definito uno specifico obiettivo (n. 9.1) orientato a: "Promuovere misure di contrasto alla povertà che, accanto agli interventi di integrazioni economiche, prevedano l'utilizzo di strumenti di re-inserimento lavorativo e sociale secondo una logica di attivazione che miri all'autonomia della persona".

Per il perseguimento di questo obiettivo la programmazione locale ha dato vita a numerose esperienze con modalità diversificate di presa in carico, anche in forma congiunta tra servizi locali del "sistema lavoro" e servizi sociali, in relazione alla tipologia e al grado di svantaggio delle persone.

Dai monitoraggi relativi alla realizzazione dei Piani di Zona nei vari ambiti distrettuali emerge che non solo sono in corso importanti esperienze per quanto riguarda il raccordo tra i SSC e i CPI, ma pure per il significativo coinvolgimento delle risorse sociali presenti nelle rispettive comunità locali, con riferimento partico-

---

lare agli organismi del terzo settore e delle stesse realtà imprenditoriali. I Piani di Zona danno inoltre risalto a interessanti attività connesse allo sviluppo di percorsi di innovazione sociale, con particolare attenzione alla promozione dell'economia sociale e delle imprese sociali.

In proposito va segnalata l'originale esperienza di collaborazione in atto nell'area pordenonese tra i SSC e l'Amministrazione provinciale, finalizzata all'utilizzo di un particolare strumento di valutazione "della capacità lavorativa" delle persone che permette di comprendere le eventuali difficoltà all'inserimento lavorativo e, conseguentemente, di individuare il "percorso di avvicinamento" ritenuto più idoneo.

Da ultimo va ricordato che la Regione integra con risorse proprie e con la cifra di € 60 mensili quanto erogato dallo Stato (€ 40/mese) ai residenti sul territorio regionale titolari della Carta acquisti (Social Card) portando il valore complessivo della Carta a 100 euro mensili.<sup>63</sup> Le persone che a livello regionale in quanto beneficiari della Social Card hanno ricevuto il contributo aggiuntivo sono state 3.792 nel 2011, 3.712 nel 2012 e 3741 nel 2013; la cifra complessiva messa a disposizione dalla Regione per tale azione è stata nel 2013 pari ad € 2.252.420,30.

La complessità dei bisogni presentati dalle persone e dai nuclei familiari in situazione di povertà e di accentuato disagio sociale ha comportato per i SSC la messa in atto di opportune riorganizzazioni delle misure di sostegno economico attivabili in tali contesti.

Per riuscire a sostenere le persone con un approccio d'aiuto complessivo e per periodi non troppo limitati nel tempo stante la persistenza e la gravità della crisi economica, i SSC hanno cercato di attivare e coordinare la pluralità degli interventi messi in campo dai vari soggetti del rispettivo territorio.

A proposito, particolare attenzione è stata posta al sostegno abitativo attraverso non solo la concretizzazione degli interventi regionali inerenti la copertura dei costi per l'abitazione (utenze e canoni di locazione) ma favorendo la messa a disposizione di alloggi con carattere assistenziale, operando in collaborazione con i Comuni titolari di alloggi e con i vari organismi del terzo settore operanti localmente.

### 5.3 L'inserimento socio-lavorativo

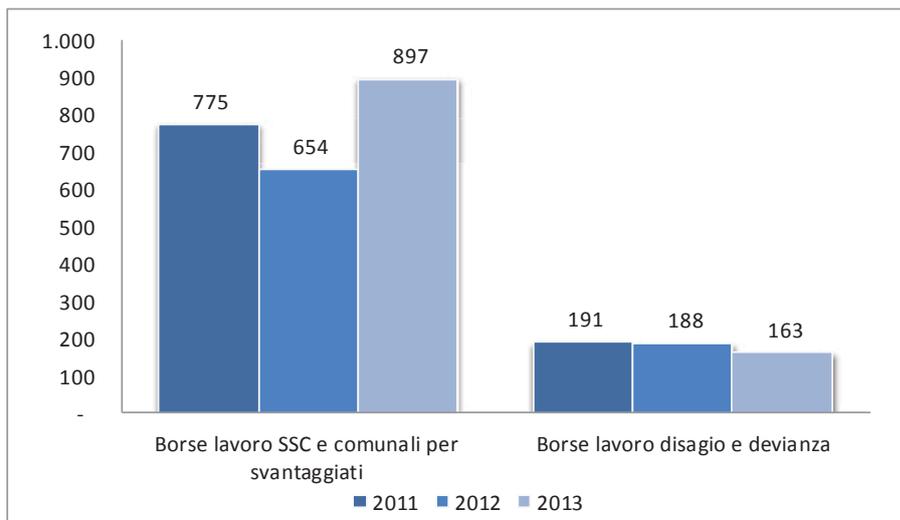
Un ulteriore intervento di contrasto alla povertà che coniuga l'erogazione di un contributo economico con l'attivazione di un percorso lavorativo è rappresentato dalla cosiddetta "borsa lavoro". Si tratta di una modalità di sostegno utilizzata per diverse situazioni di svantaggio, dall'handicap al disagio mentale alla devianza e alla povertà, che prevede anche una tipologia **specificata di intervento da parte del SSC o dai Co-**

---

<sup>63</sup> La norma istitutiva di tale contributo è la L.R. 17/2008 (Finanziaria 2009), art. 10, commi da 78 a 80.

muni singoli a favore di persone in situazioni di forte svantaggio sociale<sup>64</sup> o in una condizione di disagio e devianza. Questo specifico tipo di “borsa lavoro” ha coinvolto 966 persone nel 2011, 842 nel 2012 e 1.060 nel 2013. Tra le borse lavoro erogate ci sono soprattutto quelle indirizzate ai soggetti svantaggiati, che risultano in notevole crescita (775 nel 2011, 654 nel 2012 e 897 nel 2013), meno utilizzate invece sono quelle relative ai soggetti che presentano situazioni di disagio e devianza, che registrano un calo nel triennio considerato (191 nel 2011, 188 nel 2012 e 163 nel 2013).

Grafico 5.1 - Persone in “Borsa lavoro” sociale nel triennio per macro-tipologia di strumento utilizzato.



Fonte: SISS provinciali - rilevazione sugli strumenti di sostegno all’inserimento socio-lavorativo in Friuli Venezia Giulia

Le quote provinciali fanno registrare qualche variazione nel triennio, se nel 2011 il 33,9% (327) risulta in provincia di Udine, 318 (32,9%) in provincia di Pordenone, 289 (29,9%) in provincia di Trieste e 32 (3,3%) in provincia di Gorizia, mentre nel 2013 le quote relative sono rispettivamente del 40,8% a Udine, del 34,8% a Pordenone, del 22,6% a Trieste e del 1,8% a Gorizia, con un aumento a Pordenone e soprattutto a Udine e una diminuzione a Trieste e Gorizia.

<sup>64</sup> Si tratta delle cosiddette “Borse lavoro SSC per svantaggiati” erogate con Fondi L.R. 6/2006, Fondo di solidarietà regionale di cui alla L.R. 9/2008 art. 9 c. 9 D.P.Reg. 38/2009 e altre fonti di finanziamento regionale, e gestite direttamente dal Servizio sociale dei Comuni sulla base di regolamenti interni o di linee guida/direttive approvate dall’Assemblea dei Sindaci; delle cosiddette “Borse lavoro comunali per svantaggiati” erogate con fondi comunali (utilizzo del fondo sociale L.R. 6/2002 e di fondi comunali propri) gestite direttamente dai singoli Comuni, in modo differenziato, talvolta secondo regolamenti comunali, talvolta in coerenza con la regolamentazione del SSC e talvolta ancora in assenza di linee guida; delle cosiddette “Borse lavoro devianza” erogate con finanziamenti di progetti a favore di persone a rischio di esclusione sociale, o detenute ed ex detenute ai sensi art. 4, cc. 69-74 L.R. 1/2007, – applicazione artt. 44, 50 e 51 della L.R. 6/2006, dal Servizio sociale dei Comuni e, nel caso di adulti detenuti, ex detenuti e in esecuzione penale esterna anche da soggetti del terzo settore in accordo con l’Ufficio Esecuzione Penale Esterna.

Le tipologie prevalenti dei beneficiari delle borse lavoro sociali nell'anno 2013 hanno visto la prevalenza dei maschi (604; 57%) e, per ambo i sessi, delle persone di età compresa tra i 35 e i 64 anni (620; 58,5%). I giovani-adulti con età compresa tra i 18 e i 34 anni risultano complessivamente 295, con una equa distribuzione tra maschi e femmine (149 vs 143), mentre i minori sono la minoranza (145; 13,7%) e in prevalenza maschi (79).

La spesa complessiva per "borse lavoro" a favore delle persone in situazioni di svantaggio e di devianza erogate dal SSC e dai Comuni singoli registrata a livello regionale nel periodo 2011-2013 ammonta a circa 5,4 milioni di euro, comprensivi degli importi percepiti dai borsisti e dei costi per le coperture assicurative. Notevole è la variabilità registrata negli importi mensili erogati ai borsisti, sia con riferimento ai diversi servizi e tipologie di strumenti utilizzati, sia, in alcuni casi, per la stessa tipologia di strumento. Tale disomogeneità si evidenzia in particolare per le borse rivolte allo svantaggio di SSC e dei Comuni, che presentano sul territorio importi molto differenziati a parità di ore lavorative.

La maggior parte delle realtà che accolgono persone in borsa lavoro sono imprese o ditte private (39,9%). Le cooperative sociali nel 2013 hanno accolto circa un quarto dei borsisti (26,2%), mentre gli Enti Pubblici inseriscono circa il 24,8% degli assistiti. Il 6% circa degli inserimenti si avvale di Associazioni/Enti ecclesiastici. Infine, risultano meno coinvolte altre realtà che raccolgono insieme 27 casi, pari al 2,5% del totale.

Osservando le finalità delle borse lavoro a livello regionale quella assistenziale riguarda nella media del triennio 2011-2013 il 40% di tutti gli interventi, richiamando un forte bisogno di protezione sociale di soggetti "fragili" che trovano difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro e che hanno bisogno di un sostegno, che in alcuni casi rischia di generare situazioni di "cronicizzazione".

Mentre la finalità formativa risulta nel triennio in costante crescita, passando dal 14% di tutte le borse sociali del 2011 al 31% del 2013, la finalità di inserimento lavorativo vede una progressiva diminuzione passando dal 33% del 2011 al 12% del 2013. Rimangono costanti le borse lavoro con finalità di tipo educativo che nel triennio coprono il 14%-15% di tutte le borse sociali e del tutto marginali risultano quelle con finalità di tipo terapeutico/riabilitativo, che nel 2013 riguardavano il 3% delle borse sociali.

A questo insieme di interventi si devono, infine, aggiungere gli interventi e **le azioni a favore di persone a rischio di esclusione sociale nonché di persone detenute ed ex detenute** di cui all'art. 4, c. 69 della L.R. 1/2007 e Regolamento D.P.Reg. 4 luglio 2012, n. 0146/Pres. citati in precedenza con riferimento ai minori. Nel corso del 2013, infatti, le progettualità realizzate in tale ambito a favore di persone **adulte con più di 25 anni** sono state 47 e hanno coinvolto 409 persone, di cui 227 detenuti<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> Ogni persona può aver beneficiato di più attività.

---

#### 5.4 Il contrasto alle situazioni di grave povertà ed emarginazione: la collaborazione con la Caritas

Come anticipato, **il contrasto ai processi di impoverimento causati dalla crisi economica ha portato il SSC a rafforzare la collaborazione con gli organismi del terzo settore** e con quelli appartenenti agli ambiti religiosi impegnati su questo fronte. Tra questi, in particolare, **le Caritas** che con i propri centri di ascolto diocesani e con la collaborazione delle parrocchie intercettano molte persone in situazioni di povertà che difficilmente raggiungono il SSC e attivano nei loro confronti interventi di aiuto sia contingente sia continuativo.

Le situazioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, infatti, hanno da sempre trovato una prima e immediata risposta nell'aiuto offerto dalle istituzioni ecclesiali e religiose attraverso le loro molteplici e diverse espressioni e articolazioni. Si tratta di risposte all'insegna della solidarietà in grado di individuare situazioni di povertà spesso nascoste, talvolta incapaci o restie a cercare l'aiuto dei Servizi sociali, talvolta giunte ormai ai livelli più estremi dell'impoverimento e dell'esclusione sociale.

Il loro aiuto costituisce una preziosa risorsa per il SSC che, in molti casi, collabora attivamente e formalmente con esse per la presa in carico di diverse situazioni.

Il carattere informale di molte di queste risorse impedisce di render conto adeguatamente del loro contributo. Lo si può però fare rispetto alle Caritas diocesane di Concordia-Pordenone, Gorizia, Udine e Trieste.

Esse, infatti, non hanno solo organizzato il proprio intervento - attraverso centri di ascolto diocesani e parrocchiali e servizi e interventi di accoglienza e di supporto all'inserimento lavorativo e abitativo - ma si sono anche dotate di un sistema per monitorarlo e documentarlo, gli Osservatori delle povertà e delle risorse che si avvalgono di un proprio sistema informativo denominato Os.Car che raccoglie le anagrafiche, le problematiche, le richieste e le risposte relative alle persone che si rivolgono ai loro centri di ascolto.

Dal 2007, attraverso uno specifico protocollo, gli Osservatori delle Caritas collaborano col SISS della Regione permettendo di integrare le informazioni a sua disposizione rispetto a una fascia di utenza che in buona parte va ad aggiungersi a quella in carico al SSC.

I centri di ascolto della Caritas sono servizi a bassa soglia, che non prevedono quindi alcun requisito d'accesso e offrono interventi di ascolto e orientamento. Le persone che si sono rivolte ad essi sono state 3.099 nel corso del 2011, 2.991 nel corso del 2012 e 2.991 nel corso del 2013. Si tratta in genere di uomini (rappresentano più del 54% nelle tre annualità considerate) e stranieri (superano il 60% nelle tre annualità considerate).



La preponderanza di utenza straniera dipende dalla maggior vulnerabilità di questa fascia di popolazione, ma anche dal fatto che alcuni centri di ascolto diocesani sono nati proprio per rispondere alle esigenze della popolazione immigrata e questa connotazione originaria continua tuttora a caratterizzarli e a esercitare anche un effetto frenante nei confronti dell'utenza italiana. Effetto, tuttavia, che si è venuto ad affievolire nel corso degli ultimi anni in conseguenza della crisi economica che ha portato a registrare un incremento dell'utenza italiana.

Sia l'utenza italiana che quella straniera sono composte in prevalenza da adulti, tra i 30 e i 50 anni: la fascia da 31 a 40 anni e quella tra 41 e 50 anni raccolgono, infatti, oltre il 26% degli utenti. Accanto agli adulti, tra gli stranieri prevalgono i giovani tra 18 e 30 anni mentre tra gli italiani gli adulti di 51-60 anni.

L'utenza italiana è caratterizzata soprattutto da persone sole (oltre il 30%), mentre quella straniera principalmente da coppie con figli (oltre il 33%) affiancate da una quota significativa di persone sole (oltre il 17%).

Dal punto di vista della posizione lavorativa, tanto tra gli italiani quanto tra gli stranieri prevalgono i disoccupati che superano il 56%, con valori che per gli stranieri si attestano attorno al 60%, mentre tra gli italiani passano dal 48,4% del 2011 al 56,6% del 2013. Le problematiche economiche e quelle lavorative, in conseguenza, sono quelle più diffuse: le prime vengono evidenziate da oltre l'85% degli utenti e le seconde da quasi il 60%. A queste si affiancano quelle legate all'abitazione che riguardano circa il 20% dell'utenza.

Le risposte fornite dalla Caritas sono state in prevalenza (quasi il 40% dei casi) beni e servizi materiali, in poco più del 30% dei casi sono consistite in sussidi e finanziamenti e in poco più del 20% dei casi in segretariato e consulenze. Rilevante, inoltre, è stato il sostegno abitativo offerto dalle Caritas attraverso l'accoglienza in strutture proprie o di soggetti della rete ecclesiale. Si è trattato, infatti, di 754 persone nel corso del 2011 e di 701 nel corso del 2013.

Oltre al primo ascolto delle persone in situazione di disagio e povertà fornito dai centri di ascolto diocesani e parrocchiali, le Caritas promuovono anche l'attivazione di servizi e interventi volti ad affrontare specifiche problematiche o bisogni delle persone più povere. Tra queste, diverse sono state rivolte a contrastare il disagio abitativo, attraverso una pluralità di strutture che offrono un'accoglienza di tipo diversificato.

Accanto alle Caritas e in collaborazione con esse - anche perché in alcuni casi sono state promosse dalle stesse Caritas -, operano le Agenzie sociali per la casa, presenti in tutte le province della Regione e tra loro coordinate nel Coordinamento Agenzie Sociali per l'Abitare in Friuli Venezia Giulia. Si tratta dell'Agenzia Sociale per la Casa *Associazione Betlem Onlus* di Gorizia, l'Agenzia Sociale per la casa *Nuovi vicini* gestita dalla Cooperativa Sociale *Abitamondo* di Pordenone, dell'Agenzia sociale per la Casa *Pronto Casa* di Trieste gestita dalla cooperativa *Lybra*, dell'Agenzia sociale per la Casa *Associazione Vicini di Casa Onlus* di Udine.

---

La loro attività, non ancora disciplinata da una normativa nazionale, fa riferimento alla legge regionale 4 marzo 2005, n. 5 «*Normativa di accoglienza e integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri*», abrogata nel 2008, e viene attualmente sostenuta annualmente tramite uno specifico Programma immigrazione regionale che comprende un'ampia gamma di iniziative che spaziano dall'informazione, consulenza e orientamento alle locazioni, alla ricerca delle locazioni, al microcredito, alla mediazione post-contrattuale, alla gestione immobiliare integrata, ossia accoglienza temporanea di singoli o nuclei, locazione di alloggi a canoni calmierati, portierato sociale e mediazione condominiale.

Sorte generalmente per rispondere alle problematiche abitative legate all'immigrazione e quindi all'utenza straniera, le Agenzie Sociali per l'Abitare hanno registrato un progressivo e persistente cambiamento dell'utenza e delle problematiche presentate dalla stessa. L'utenza, infatti, è sempre più spesso italiana e le problematiche riguardano sempre meno l'abitazione in senso stretto e sempre più l'abitare in senso ampio, ossia all'insieme di condizioni lavorative, personali e relazionali che permettono la piena autonomia e inclusione sociale della persona. Per questo le Agenzie Sociali, oltre a intervenire per affrontare problemi di tensione ed emergenza abitativa, svolgono sempre più di frequente funzioni sociali, non sostitutive di quelle assicurate dai Servizi sociali ma funzionali alla prevenzione e al superamento di situazioni di disagio legate a fattori personali e sociali che hanno una conseguente ricaduta sulla dimensione abitativa.

Nel corso del 2011 le quattro Caritas e le Agenzie sociali per la casa della regione hanno avviato una collaborazione volta ad approfondire l'analisi del disagio e del fabbisogno abitativo che affluisce ai loro servizi al fine di pervenire a una lettura comune del fenomeno e delle modalità con cui affrontarlo.

#### ***La Caritas e il disagio abitativo***

*Le Caritas diocesane del Friuli Venezia Giulia cercano di rispondere al disagio abitativo con interventi di accoglienza e per-corsi di accompagnamento che possono contare sulle seguenti strutture: nella diocesi di Gorizia il dormitorio mons. Faidutti con 19 posti letto, 15 posti letto dei 4 appartamenti del progetto Sprar sorto per volontà congiunta della Provincia di Gorizia, della Caritas di Gorizia e del Consiglio Italiano Rifugiati per l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati, 8 appartamenti chiamati "alloggi parcheggio" messi a disposizione della Caritas dall'Agenzia Territoriale per l'Edilizia Residenziale e gestiti poi dall'Agenzia sociale Betlem per famiglie in situazione di emergenza abitativa; nella diocesi di Pordenone la Casa del lavoratore San Giuseppe con 24 posti, Palazzo De Lorenzi-Brinis con quattro appartamenti e Casa Porta Naonis con due appartamenti, tutte gestite dall'Agenzia sociale "Nuovi Vicini"; nella diocesi di Trieste la casa di accoglienza "La madre" con 13 posti, la casa di accoglienza "Il teresiano" con 69 posti e la casa di accoglienza Betania con 14 posti; nella diocesi di Udine l'asilo notturno "Il Fogolar", tre alloggi per complessivi 23 posti per l'accoglienza di donne italiane e straniere, attivati nell'ambito del progetto "Percorsi di libertà" sorto ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs 286/98 per le donne vittime di tratta, due strutture per complessivi 10 posti nel progetto di accoglienza diffusa di singoli e famiglie in situazione di disagio abitativo denominato "Grani", quattro strutture per complessivi 30 posti per donne e uomini con problematiche legate in particolare all'uso di alcol gestite dall'Opera diocesana "Betania".*

---

Nel corso del 2011 nelle strutture della Caritas le persone accolte sono state 754 e quelle dimesse sono state 566, nel corso del 2012 invece le persone ammesse sono state 701 e quelle dimesse sono state 526.

Si tratta non solo di persone tradizionalmente considerate "senza dimora" in quanto in condizione di povertà estrema, ma anche di persone prive di un alloggio per motivi legati in prevalenza a situazioni di disoccupazione e di assenza di reddito causati dalla crisi economica in atto o da altre circostanze quali situazioni di disagio sociale causato da dipendenze da sostanze, da disturbi mentali, problemi con la giustizia, oppure da problematiche connesse alla migrazione, alla condizione di rifugiato politico o al fenomeno della tratta a fini di prostituzione.

Le Agenzie sociali per la casa, invece, hanno accolto ai loro sportelli 1.003 persone nel corso del 2011, 1014 nel corso del 2012 e 1.102 nel corso del 2013<sup>66</sup>. In circa il 70% dei casi si tratta di famiglie e nei restanti di utenti singoli. L'utenza inviata da Servizi sociali e sanitari si colloca tra il 50% e il 40% del totale.

## 5.5 Considerazioni d'insieme

Il capitolo ha cercato di mettere in luce, da un lato, l'incremento e la composizione dell'utenza adulta del SSC e, dall'altro, la molteplicità di strumenti e misure rivolte a sostenere le diverse difficoltà che tale utenza può incontrare dal punto di vista reddituale, lavorativo e abitativo unitamente allo sforzo compiuto dal SSC per comporre questa molteplicità di risorse all'interno di progetti personalizzati che consentano di accrescerne l'efficacia.

La presenza di molte misure in capo a più soggetti erogatori - SSC e Comuni singoli -, differenziate rispetto al problema - reddito, casa, lavoro -, ma anche rispetto ai criteri di accesso e alla durata del beneficio rende difficoltoso armonizzare il loro utilizzo in coerenza con un progetto complessivo volto ad affrontare in modo unitario i diversi aspetti delle molte situazioni di difficoltà. D'altra parte è solo da una prospettiva globale che un problema così complesso come la povertà può essere affrontato con qualche probabilità di efficacia.

La distribuzione così frammentata delle misure, tende inoltre a favorire comportamenti opportunistici da parte degli utenti, rende difficile ricostruire l'insieme dei benefici di cui fruisce una persona e moltiplica il carico amministrativo già di per sé elevato che la loro erogazione comporta stanti i numerosi accertamenti che richiede per poterne beneficiare.

---

<sup>66</sup> Dati ricavati dalle slide presentate al convegno "Dalla casa alla dimora. Nuovi percorsi per l'abitare" del 3 febbraio 2014 a Udine.



# 6

servizi e interventi  
a FAVORE DELLE  
PERSONE anziane



---

## Capitolo 6

### Servizi e interventi a favore delle persone anziane

Il ruolo fondamentale delle persone anziane per la comunità e il contributo indispensabile delle relazioni familiari e comunitarie per il loro benessere sono sempre stati riconosciuti dalla Regione che, al fine di rendere effettiva la loro valorizzazione, ha definito ampie e articolate politiche e strategie volte a favorire la permanenza degli anziani nel proprio contesto di vita. Il Friuli Venezia Giulia, infatti, è stata una delle prime Regioni in Italia a istituire un servizio di assistenza domiciliare e negli ultimi decenni ha ulteriormente rafforzato il proprio impegno per promuovere la permanenza degli anziani nel proprio domicilio attraverso la valorizzazione della famiglia come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero, l'organizzazione di un'ampia e qualificata gamma di servizi e interventi, ad alta integrazione sociosanitaria e a forte collaborazione col volontariato e l'associazionismo e l'assegnazione di risorse destinate a sostenere economicamente le famiglie impegnate nell'assistenza agli anziani.

Specifici interventi normativi hanno accompagnato lo sforzo compiuto dalla Regione per andare in questa direzione: dalla legge regionale 18 maggio 1998, n. 10 «*Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali*» che si proponeva, in particolare, il riordino in senso integrato della normativa in materia di tutela della salute degli anziani, l'istituzione e l'organizzazione di un qualificato sistema di servizi ad alta integrazione sociosanitaria, in grado di rispondere ai bisogni assistenziali complessi delle persone anziane, nonché il coordinamento e l'integrazione degli interventi programmatici nei settori della casa, dei trasporti, delle attività turistico-ricreative, della cultura e della formazione, al fine di favorire la promozione sociale della persona anziana e di prevenire il rischio di emarginazione, alla L.R. 6/2006 che all'articolo 41 istituisce il 'Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine', rivolto a persone residenti in regione che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri, alla Delibera di Generalità n. 238 del 7 febbraio 2014 con la quale viene ribadito l'obiettivo strategico di ridurre l'istituzionalizzazione delle persone anziane e di favorire la loro permanenza a domicilio, sia attraverso interventi che riguardano l'assetto e le regole del complessivo sistema sociosanitario che mediante azioni specificatamente rivolte a migliorare le risposte ai bisogni delle persone anziane, alla recente legge sull'invecchiamento attivo che consente di ricollocare tutti gli interventi attuati all'interno di un più ampio approccio volto a valorizzare il ruolo e la partecipazione attiva degli anziani alla vita sociale, civile, economica e culturale della regione.



## 6.1 Gli anziani come risorsa: la promozione dell'invecchiamento attivo

Il 2012 è stato l'anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni, indetto dall'Unione Europea al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica di tutti gli Stati membri a valorizzare il contributo che le persone anziane possono dare alla società e, in particolare, alle generazioni più giovani. Indubbiamente, l'UE ha dimostrato lungimiranza nel promuovere un percorso di sensibilizzazione e valorizzazione su questo tema, suggerendo modalità, scelte condivise e politiche di supporto adeguate. Grazie a tale iniziativa, nel corso del 2012, in Italia numerose sono state le iniziative promosse, a livello nazionale e locale, dalle istituzioni e dal mondo del volontariato e del sociale, col comune obiettivo di sensibilizzare la popolazione in merito a una cultura condivisa sull'argomento.

### ***L'invecchiamento attivo***

*Secondo l'OMS l'invecchiamento attivo (Active Ageing) è un processo per ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza, al fine di migliorare la qualità della vita delle persone nel corso del loro naturale processo di invecchiamento. Questo tema è divenuto particolarmente attuale negli ultimi decenni a fronte del progressivo aumento dell'età media della popolazione e del conseguente incremento del livello delle aspettative di vita. L'OMS, riconoscendo l'importanza dell'argomento, ha delineato una strategia di intervento identificando tre pilastri fondamentali sui cui basare le attività che rientrano in questa sfera d'azione. Salute, Partecipazione e Sicurezza rappresentano per l'OMS i frame concettuali su cui basare la composizione delle nuove politiche per gli anziani, che non devono più essere considerati soggetti passivi, bensì persone attive nel contesto sociale, ancora in grado di partecipare alla vita della comunità apportando, secondo le proprie possibilità ed esperienze, il proprio valevole contributo al benessere sociale. Orientare le attività per gli anziani verso l'invecchiamento attivo significa, dunque, favorire la loro partecipazione alla vita sociale attraverso attività lavorative, di aggregazione e di volontariato (specie in ambito familiare), o permettere alla terza età di vivere il più possibile in autonomia anche grazie all'ausilio di infrastrutture e tecnologie informatiche e domotiche.*

In linea con quanto promosso dall'UE, l'impegno della Regione FVG su questo tema è noto: esso infatti è già stato espresso tramite il sostegno a organismi associativi e culturali da tempo attivi in tal senso su tutto il territorio regionale ma non solo. L'Amministrazione regionale, infatti, si è impegnata a livello "formale" con la L.R. 11/2006 (art. 7 e 7.1), prevedendo il coinvolgimento nell'ambito della programmazione locale di Regione e soggetti pubblici e privati, in azioni volte allo sviluppo e alla promozione dei rapporti intergenerazionali. In particolare, l'art. 7.1 dispone la valorizzazione di questi, specie nella conciliazione dei tempi di lavoro e cura dei genitori, prevedendo la partecipazione delle persone anziane in attività rivolte ai minori.

---

Nel marzo 2012 le già citate *Linee Guida regionali per la predisposizione del PDZ* hanno ripreso questi impegni nelle progettualità riferite all' *Area Anziani* (Obiettivi regionali sociosanitari 7.1 e 7.2)<sup>67</sup>.

Da un'analisi preliminare delle macroazioni previste dagli ambiti in questi due obiettivi, è possibile individuare due filoni di intervento a cui ricondurre le azioni previste:

- prevenzione sanitaria e attività di promozione di corretti stili di vita: vengono proposti momenti formativi di educazione alimentare, prevenzione degli incidenti domestici, azioni a supporto di una vita sana e attiva;
- azioni di carattere "sociale", finalizzate alla promozione del benessere complessivo dell'anziano, attraverso attività creative e relazionali. In questo caso, al di là del seppur importante aspetto "sanitario", le azioni fanno maggiormente perno su una visione olistica del benessere dell'anziano, ricalcando quanto affermato dall'OMS rispetto alla tematica dell'invecchiamento attivo.

Sempre nell'ambito della pianificazione di zona, la promozione dei rapporti intergenerazionali viene ripresa anche dal già citato obiettivo regionale n. 10, lettera d), il cui fine è quello di collegare gli interventi sociali e sociosanitari programmati nel PDZ con specifiche azioni inerenti l'area famiglia e genitorialità.

Nello specifico, nell'intento di supportare le famiglie e le progettualità genitoriali, l'obiettivo prevedeva anche attività di promozione dei rapporti intergenerazionali e il coinvolgimento delle persone anziane in attività di cura dei minori nell'ambito della conciliazione dei tempi di lavoro dei genitori.

A seguito delle indicazioni date dalle già citate *Linee Guida per la predisposizione del PDZ* nei diversi ambiti distrettuali del territorio regionale si è sviluppata una pluralità di iniziative formative e informative, aggregative, ricreative, di animazione sociale, di mutuo aiuto, di assistenza e vigilanza dei minori, di laboratori sociali di scambio intergenerazionale realizzati in ambito scolastico e non scolastico, anche valorizzando "l'approccio autobiografico" e delle "storie di vita". Si tratta di iniziative che si sono aggiunte a quelle già esistenti sul territorio e che testimoniano la sensibilità verso questa tematica.

A ulteriore sostegno delle progettualità sopra evidenziate, il Consiglio regionale ha approvato la legge regionale 14 novembre 2014, n. 22 «*Promozione dell'invecchiamento attivo*», il cui fine è quello di valorizzare il ruolo delle persone anziane nella comunità e di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale, facilitando percorsi di autonomia e di benessere sia fisico che mentale e sociale. L'aspetto più innovativo di questa legge risiede nell'approccio trasversale e integrato col quale si intende affrontare il tema e nel conseguente sforzo che viene richiesto a tutte le Direzioni Centrali della Regione

---

<sup>67</sup> Obiettivo regionale sociosanitario 7.1- Promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano. Obiettivo regionale sociosanitario 7.2 - Sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale per ampliare le possibilità anche di coloro che necessitano di assistenza e cure di vivere in contesti di vita non istituzionalizzati.



---

per ri-orientare in forma integrata le proprie politiche e i propri interventi in funzione della promozione dell'invecchiamento attivo.

La legge, infatti, prevede che la Giunta regionale definisca le strategie in materia di invecchiamento attivo e approvi il programma triennale degli interventi con cui perseguirle, con la collaborazione di tutte le Direzioni Centrali e tramite il coordinamento della Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale.

L'operatività chiama in causa la molteplicità di soggetti istituzionali del territorio interessati al tema, tra i quali i Comuni, le AAS, le ASP, le istituzioni scolastiche e le Università delle LiberEtà e della Terza Età, le forze sociali e le associazioni di rappresentanza, così come le associazioni di tutela dei diritti dei consumatori e degli utenti, gli enti e le organizzazioni private e del privato sociale.

Tra gli interventi promossi spiccano, in particolare, il supporto alla famiglia impegnata nel favorire la permanenza degli anziani a domicilio, il contrasto all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione degli anziani, la promozione del volontariato e dell'associazionismo, la formazione finalizzata in particolare allo scambio intergenerazionale, al trasferimento di competenze e tradizioni alle nuove generazioni e a ridurre il gap tecnologico, la promozione di soluzioni abitative che valorizzano la co-residenza degli anziani, anche attraverso la sperimentazione di modelli abitativi intergenerazionali.

## **6.2 Il sostegno alla domiciliarità**

Parlare di domiciliarità significa parlare di un articolato sistema composto da una pluralità di servizi e interventi che richiedono di essere tra loro integrati al fine di poter fornire una risposta efficace e completa a bisogni di carattere globale riferiti non solo alla persona da assistere ma anche alla sua famiglia.

La permanenza degli anziani a domicilio, infatti, è possibile solo attraverso una presa in carico capace di coniugare rispetto alle specifiche esigenze della persona e della sua famiglia l'apporto differenziato di più interventi e risorse di carattere istituzionale, comunitario e familiare. In tal senso, la Regione nel corso degli anni ha investito sia nella messa in rete di un complesso di servizi, di carattere sociale e sanitario, sia nel sostegno economico alle famiglie impegnate nell'assistenza. Il fulcro di questo sistema può essere considerato il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) realizzato dai Comuni associati che si integra per la presa in carico delle situazioni più complesse, col servizio infermieristico domiciliare (SID) e col servizio riabilitativo domiciliare (SRD) realizzati dalle AAS, col sostegno economico del Fondo per l'Autonomia Possibile e con altri interventi di supporto alla quotidianità. Il SAD è un servizio complesso, articolato in un insieme di interventi di natura socio-assistenziale, come l'assistenza diretta alla persona, e di tipo integrativo come la fornitura di pasti, le pulizie, i trasporti finalizzati.

---

Sorto negli anni '70 in assenza di una normativa nazionale sui Servizi sociali, a partire da uno sforzo di innovazione che vede il Friuli Venezia Giulia e la Liguria tra le prime regioni italiane a emanare, rispettivamente nel 1972 e nel 1974, leggi specifiche in proposito, il servizio nel corso degli anni si è progressivamente diffuso e consolidato su tutto il territorio regionale.

Da servizio con funzioni principalmente di sostegno alla quotidianità, di governo della casa e di contrasto alla solitudine degli anziani soli, il SAD si è progressivamente modificato in ragione delle trasformazioni dei bisogni degli utenti spostatisi a poco a poco su problematiche legate alla salute e in particolare alla non autosufficienza. Oggi pertanto è focalizzato prevalentemente sull'assistenza e sul supporto diretto alla persona attraverso prestazioni di tipo igienico sanitario e di aiuto diretto allo svolgimento delle attività primarie (aiuto all'alzata/rimessa a letto, movimentazione della persona, aiuto nella vestizione/svestizione, aiuto nella preparazione del pasto), nonché di sostegno ai familiari e agli assistenti privati impegnati nell'assistenza dell'utente.

A livello regionale gli utenti del servizio<sup>68</sup> sono stati complessivamente 7.198 nel 2011, 7.076 nel 2012 e 6.932 nel 2013. Di questi, gli anziani rappresentano la maggior parte: l'87% nel 2011, l'84% nel 2012 e l'85% nel 2013. Rispetto al 2011 gli utenti nel 2013 registrano un calo di 266 unità riferito soprattutto agli ambiti distrettuali di Trieste, Udine, Alto Isontino, San Vito al Tagliamento, Basso Isontino, Latisana e Cervignano. L'incidenza sulla popolazione anziana (65 anni e oltre) residente a livello regionale è del 22,8‰ nel 2013. Notevole però è la variabilità a livello territoriale, per cui si passa da valori che oscillano dai livelli più elevati dell'ambito distrettuale del Gemonese (66,0 ‰) a quelli più bassi dell'ambito distrettuale di Trieste (4‰), passando per quelli che si collocano molto al di sopra del valore regionale come l'ambito distrettuale di Azzano X (42,8‰), della Carnia (33,1‰), di San Daniele (33,1‰), di Cervignano (29,5‰) e di Udine (29,8‰) e per quelli che, invece, si trovano particolarmente al di sotto del livello regionale come Duino-Aurisina (13,1‰), l'Alto Isontino (14,8‰), il Basso Isontino (16,0‰) e Pordenone (17,0‰).

Si tratta di differenze che dipendono da molti fattori, tra i quali il diverso ruolo che il servizio ha avuto nei singoli contesti territoriali e il conseguente modo in cui l'utenza lo ha percepito e utilizzato, nonché le diverse caratteristiche organizzative e gestionali che ha assunto a livello locale in seguito alle trasformazioni che lo hanno interessato nel corso degli ultimi anni.

Il cambiamento delle prestazioni legato alla modificazione dei bisogni dell'utenza, infatti, ha richiesto una maggior professionalizzazione del servizio, ottenuta attraverso la progressiva qualificazione del personale impiegato.

---

<sup>68</sup> I dati riferiti al SAD raggruppano gli interventi di assistenza domiciliare, di assistenza domiciliare integrata e di pronta assistenza domiciliare. Gli interventi di assistenza domiciliare costituiscono la parte più rilevante; l'assistenza domiciliare integrata è una modalità operativa che registra prese in carico a forte problematicità anche sanitaria presente solo in alcuni Ambiti e coinvolge circa un centinaio di utenti; la pronta assistenza domiciliare è una modalità operativa specifica che riguarda praticamente solo l'Ambito di Trieste e quello di Cervignano.



---

Con un notevole investimento da parte della Regione, appositi percorsi formativi sono stati organizzati per far acquisire agli operatori impiegati nel servizio senza qualifica o con la qualifica di Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari (ADEST), rispettivamente il livello formativo delle “competenze minime” e la qualifica di Operatore Socio Sanitario. Come si avrà modo di vedere nel capitolo dedicato alle risorse umane, attualmente gli operatori in possesso della qualifica di OSS impiegati, con rapporto di dipendenza e di collaborazione, sono 395, quelli in possesso delle competenze minime sono 231, quelli con titoli superati (ADEST, OTA o altri titoli) sono 225, mentre gli operatori senza qualifica sono 80.

Il processo di qualificazione del personale è avvenuto contestualmente a quello di esternalizzazione che, come in altri settori pubblici, ha portato ad affidare un’ampia parte di questo servizio a organismi della cooperazione sociale. Complessivamente, infatti, gli operatori di assistenza impiegati nei servizi erogati dal SSC sono per il 70% personale dei soggetti esterni. A livello regionale la modalità di gestione prevalente del servizio è quella dell’affidamento tramite appalto a soggetti della cooperazione sociale. Due soli contesti - gli ambiti dell’Alto Isontino e del Basso Isontino - hanno adottato l’accreditamento, che attualmente è in fase di sperimentazione anche nell’ambito di Pordenone.

L’accesso al servizio è gratuito per le persone in situazione di povertà o di grave precarietà economica mentre per le altre prevede una compartecipazione proporzionata al reddito, a fronte di soglie minime e massime differenziate tra i SSC.

Pur gestito in forma associata, infatti, il servizio vede modalità di compartecipazione alla spesa da parte dei Comuni e degli utenti diverse tra i SSC, ma anche tra Comuni all’interno di uno stesso ambito distrettuale. In alcuni ambiti, come quello di Duino ad esempio, il servizio è gratuito per tutti gli utenti, in altri la compartecipazione dell’utenza è molto bassa, in altri invece più elevata, in altri ancora diversa da Comune a Comune. Lo stesso vale per la contribuzione da parte dei Comuni che, in alcuni casi, è la stessa a livello di ambito, in altri è differenziata in base al numero degli utenti e in altri ancora si diversifica anche in base al livello di servizio che i singoli Comuni vogliono garantire ai propri cittadini.

Pur affidato a soggetti esterni, il SAD vede ancora la funzione di regia del SSC che continua a svolgere funzioni di definizione, monitoraggio e valutazione del progetto assistenziale individualizzato (PAI) previsto per la sua erogazione. In alcuni contesti le stesse modalità di organizzazione del servizio vengono condivise tra SSC e soggetti gestori attraverso gli strumenti della progettazione condivisa, mentre nei contesti che utilizzano ancora personale interno per favorire l’omogeneità degli interventi vengono svolti percorsi formativi condivisi con gli operatori del soggetto esterno. Come anticipato, l’utenza prevalente è rappresentata dagli anziani che coprono più dell’80% degli utenti complessivi. Si tratta nella maggior parte dei casi di anziani con patologie croniche e invalidanti causate dal progressivo invecchiamento, ma sempre più numerosi sono anche gli adulti con handicap fisici invalidanti provocati da traumi seguiti a incidenti o da malattie neurologiche di tipo degenerativo e da tumori.

In tal senso il suo intervento risulta sempre più sbilanciato a supportare la risposta a bisogni di carattere sociosanitario se non addirittura sanitario. È, infatti, all'interno del più ampio progetto di presa in carico globale della persona definito per l'attivazione del SAD che riescono a trovare un'efficace collocazione gli interventi di cura e riabilitazione a domicilio garantiti dal SID e dal SRD. L'attivazione del SAD, infatti, avviene in base alla definizione di un progetto assistenziale elaborato dall'assistente sociale a seguito di una valutazione del caso che, nelle situazioni più complesse, viene svolta in modo integrato col servizio infermieristico del Distretto.

Il PAI prevede la messa in rete di tutte le risorse familiari, istituzionali e informali a disposizione della persona e il monitoraggio degli interventi da parte del SSC che mantiene la regia del progetto. La permanenza a domicilio, infatti, risulta possibile solo integrando una pluralità di risorse e competenze. Seppur finalizzato a contrastare l'emarginazione e l'isolamento, il SAD si caratterizza prevalentemente come servizio feriale e diurno, in grado di occupare poche ore della giornata, con un intervento settimanale che non supera mediamente le quattro ore. Richiede pertanto di essere affiancato non solo dall'intervento specialistico di tipo infermieristico o riabilitativo fornito dalle AAS tramite il SID e dal SRD, ma anche da altri interventi legati alla gestione della quotidianità della persona, quali la **fornitura di pasti, il trasporto, il monitoraggio, attivati dai Comuni singoli o associati spesso in collaborazione col volontariato, e il Telesoccorso-Telecontrollo** attivato dalla Regione per fornire un'assistenza a distanza, 24 ore su 24, che consenta agli anziani di contattare personale qualificato pronto a intervenire in qualsiasi situazione di bisogno o di emergenza.

#### ***Il Telesoccorso - Telecontrollo***

*Il Telesoccorso – Telecontrollo è un servizio introdotto in via sperimentale in regione ai primi anni '90 in attuazione della legge regionale n. 35/1992 "Istituzione del servizio di Telesoccorso-Telecontrollo" e reso istituzionale con la legge regionale n. 26/1996 «Disciplina del servizio del Telesoccorso-Telecontrollo». I positivi risultati conseguiti dall'intervento portano ad arricchirlo di ulteriori prestazioni quali la custodia chiavi, il pronto intervento, la consegna farmaci a domicilio, e ad annoverarlo tra gli strumenti dell'area ad alta integrazione socio-sanitaria con la L.R. 10/1998. La L.R. 6/2006, infine, lo presenta quale risorsa funzionale alla vita indipendente delle persone anziane/fragili e soprattutto quale sostegno alla domiciliarità (art. 45). Il servizio di Telesoccorso permette di ottenere aiuto in caso di malessere attraverso un piccolo apparecchio portatile, costituito da un pulsante connesso al telefono di casa, che consente di contattare e parlare viva voce con gli operatori delle centrali operative regionali che, in base alla necessità rilevata e al grado di urgenza, attivano tempestivamente le risorse e i soccorritori più opportuni. Si tratta di un servizio erogato in forma gratuita o semigratuita, in relazione alle condizioni economiche del richiedente o del suo nucleo, previa richiesta al Distretto sanitario di residenza. Il Telesoccorso non si occupa solo di gestire le eventuali emergenze nelle 24 ore, ma prevede anche altri interventi tra i quali il Telecontrollo che garantisce il monitoraggio periodico e il contatto telefonico costante tra operatori delle centrali e utenti.*



---

Agli utenti complessivi del SAD sopra ricordati, pertanto, vanno affiancati quelli del SID, del SRD e del Tele-soccorso - in quanto non disponendo di un sistema informativo in grado di ricondurre allo stesso utente tutti gli interventi di cui fruisce è possibile che gli utenti registrati da questi servizi coincidano con alcuni di quelli registrati come utenti del SAD - e vanno aggiunti quelli del servizio pasti e del servizio trasporti. Il **SID** ha raggiunto complessivamente 34.748 persone nel corso del 2011, 35.328 nel corso del 2012 e 35.931 nel corso del 2013<sup>69</sup>. Gli anziani di 65 anni e oltre costituiscono l'utenza prevalente. La loro incidenza sugli utenti totali, infatti, si attesta intorno all'88% in ognuno dei tre anni considerati, con 30.581 anziani seguiti nel 2011, 31.292 nel 2012 e 31.989 nel corso del 2013. In ognuno dei tre anni considerati, l'utenza anziana raggiunta dal servizio è pari al 10-11% del totale della popolazione anziana.

Il **SRD**, invece, ha registrato 51.572 accessi nel 2011, 52.719 accessi nel 2012 e 53.041 accessi nel corso del 2013 e ha raggiunto 11.967 utenti nel 2011, 12.037 utenti nel 2012 e 12.386 utenti nel 2013. Anche in questo caso, gli utenti prevalenti sono anziani di 65 anni e oltre: la loro incidenza sul totale dell'utenza del servizio di attesta intorno all'87-88% nei 3 anni considerati, con 10.416 anziani seguiti nel 2011, 10.531 nel 2012 e 10.927 nel 2013. In ognuno dei 3 anni considerati, il servizio ha raggiunto circa il 4% del totale della popolazione anziana.

Gli utenti del **servizio pasti**, invece, sono stati 2.327 nel corso del 2011, 2.466 nel corso del 2012 e 2.420 nel corso del 2013, mentre quelli del **servizio di trasporto e accompagnamento** sono stati 1.208 nel corso del 2011, 1.220 nel corso del 2012 e 1.069 nel corso del 2013. I fruitori del **servizio di Telesoccorso - Telecontrollo** infine sono stati 4.256 nel corso del 2011, 4.361 nel corso del 2012 e 4.363 nel corso del 2013.

A questi vanno aggiunti anche gli allarmi - in genere di carattere medico, legati a cadute o patologie - ricevuti e gestiti urgenti dagli operatori delle centrali, che sono stati 1.882 nel corso del 2011, 2.084 nel 2012 e 1.960 nel 2013, e gli interventi di monitoraggio e contatto con gli anziani attraverso 171.000 telefonate nel corso del 2011, 176.900 telefonate nel 2012 e 180.000 telefonate nel 2013.

Senza la collaborazione di parenti, familiari e di assistenti familiari però questo insieme di servizi non riuscirebbe a raggiungere un grado di efficacia e di risposta ai bisogni soddisfacente proprio per la limitata temporalità delle prestazioni offerte a fronte di situazioni che richiedono un'assistenza continuativa che anche la famiglia spesso non riesce a dare senza ricorrere **alle cosiddette badanti o assistenti familiari**.

Il ricorso a queste figure è diventato sempre più necessario per le famiglie che vogliono assistere a domicilio un anziano, soprattutto quando non autosufficiente, sia in assenza che in presenza di altri interventi sociali e sanitari. Il supporto privato, infatti, si pone a integrazione e completamento dell'intervento fornito da

---

<sup>69</sup> Il dato relativo al SID e al SRD registrano prestazioni sanitarie che per natura e temporalità non sono comparabili con le prestazioni assistenziali. Ad esempio, la prestazione dell'OSS a domicilio (1 ora circa di operatività minima, per una media settimanale che non supera in media le 4 ore) e questo ridimensiona a un numero limitato il target di possibili fruitori; di diversa natura e di minor intensità temporale o di durata nel corso dell'anno le prestazioni infermieristiche.

---

servizi sanitari e sociali, offrendo una copertura per l'intera giornata o sulle 24 ore riferita per lo più a interventi di cura e di accompagnamento della persona nella gestione delle proprie attività quotidiane.

Il rilevante contributo alla permanenza a domicilio degli anziani fornito da queste figure è stato riconosciuto dal SSC che, con modalità diverse da contesto a contesto, si è attivato per garantire l'integrazione del loro intervento con quello degli altri servizi e per qualificarlo attraverso specifiche iniziative di formazione.

Come ulteriore supporto alla permanenza a domicilio, al fine di sostenere le famiglie che direttamente e anche col supporto di personale privato si impegnano per fornire assistenza nel proprio contesto di vita agli anziani che per la loro condizione non possono provvedere alla propria cura, la Regione con la L.R. 6/2006 (art. 41) ha introdotto anche un sostegno di tipo economico, il **Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP)**.

Il Fondo prevede quattro tipi di benefici economici: l'assegno per l'autonomia (APA); il contributo per l'aiuto familiare (CAF); il sostegno alla vita indipendente e ad altre forme di emancipazione e di inserimento sociale (SVI); il sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale (PSM). L'erogazione dei benefici avviene sulla base di un progetto personalizzato condiviso con le famiglie ed elaborato congiuntamente dal SSC, dall'AAS e dal medico di medicina generale.

Le modalità di erogazione del Fondo sono definite da un apposito regolamento, che è stato oggetto di diverse revisioni finalizzate soprattutto a valorizzare maggiormente il ruolo della famiglia e della rete informale di assistenza e a potenziare le misure volte a supportare le famiglie che si avvalgono o intendono avvalersi di personale addetto all'assistenza familiare, anche allo scopo di contribuire alla regolarizzazione di forme di lavoro sommerso.



### **Il Fondo per l'Autonomia Possibile**

*Il Fondo per l'autonomia possibile è uno strumento che esprime uno sforzo significativo in direzione della razionalizzazione e soprattutto della personalizzazione degli interventi, secondo una prospettiva promozionale e non meramente assistenziale. L'erogazione del fondo infatti prevede la predisposizione da parte dell'unità di valutazione distrettuale di un progetto personalizzato che, a fronte dei bisogni assistenziali individuati, richiede l'esplicitazione tra l'altro dei risultati attesi dall'intervento, delle attività necessarie a conseguirli, delle risorse sociali, sanitarie ma anche formali ed informali mobilitate dalla famiglia e dall'associazionismo a tale scopo, nonché la sottoscrizione dell'assistito o della famiglia a realizzare il progetto. Il fondo si compone di quattro tipologie di intervento: l'assegno per l'autonomia (APA), il contributo per l'aiuto familiare (CAF), il sostegno alla vita indipendente e il sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale. Il contributo per l'aiuto familiare e il sostegno alla vita indipendente sono cumulabili con l'assegno per l'autonomia. Nello specifico, l'assegno per l'autonomia è un intervento economico finalizzato a rendere possibile e sostenibile l'accudimento a domicilio di persone in condizione di grave non autosufficienza. Il contributo per l'aiuto familiare è un beneficio economico previsto allo scopo di sostenere le situazioni in cui ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza familiare per l'accudimento delle persone in condizione di non autosufficienza. L'intervento denominato sostegno alla vita indipendente concorre a finanziare i progetti di vita indipendente di cui alla D.G.R. del 9 marzo 1999 n. 655 "Programma di interventi concernenti misure di sostegno a favore delle persone con handicap di particolare gravità" e successive integrazioni. L'intervento di sostegno a progetti sperimentali in favore di persone con problemi di salute mentale infine concorre a finanziare progetti sperimentali per questa specifica area di disagio. Il fondo prevede in ogni caso una soglia economica per l'ammissibilità all'assegno per l'autonomia e al contributo per l'aiuto familiare. Entrato in vigore nel 2007, il fondo è divenuto operativo in tempi differenziati nei singoli contesti territoriali in base alle loro specifiche prassi e modalità organizzative, e si può ritenere che solo nel 2008 il suo utilizzo sia giunto a pieno regime su tutto il territorio. Nel corso degli anni, la misura è stata oggetto di alcune modifiche, anche sostanziali, attraverso l'approvazione di due regolamenti modificativi e integrativi del testo regolamentare originario. Una prima integrazione è avvenuta con DPR. 048/2008 che ha completato il predetto regolamento con riferimento agli interventi di sostegno a progetti sperimentali in favore di persone con problemi di salute mentale, mediante la definizione delle modalità di individuazione dei progetti da ammettere al beneficio e l'entità del relativo finanziamento. Successivamente, con DPR. 0139/2010, che ha avuto effetto a partire dal 1° agosto 2010, è stato revisionato integralmente l'originario assetto normativo con lo scopo prioritario di:*

- *valorizzare maggiormente il ruolo della famiglia e della rete informale di assistenza nell'ambito del progetto personalizzato*
- *potenziare le misure volte a supportare le famiglie che si avvalgono o intendono avvalersi di personale addetto all'assistenza familiare, anche allo scopo di contribuire alla regolarizzazione di forme di lavoro sommerso*
- *apportare, infine, al testo attualmente in vigore ogni correzione di carattere formale e ogni precisazione ritenuta utile nelle fasi applicative.*

Generalmente, infatti, il FAP viene utilizzato dai SSC in abbinamento al SAD per compensare l'intervento del personale privato e/o per sostenere quello dei familiari che, come anticipato, risulta indispensabile per la permanenza a domicilio di un numero crescente di anziani. Nel corso degli anni, infatti, le richieste di FAP da parte degli utenti sono cresciute così come l'investimento economico della Regione che dal 2012 copre l'intera misura inizialmente sostenuta anche dall'intervento statale. Il finanziamento del fondo, infatti, è passato da 32.017.480 euro nel 2011, a 32.050.000 euro nel 2012, a 34.050.000 euro nel 2013.

---

Da parte loro, molti SSC per garantire il contributo a tutti i richiedenti ed evitare la formazione di lunghe liste di attesa che ne ritarderebbero la riscossione hanno adottato una modalità di erogazione definita “prudenziale”, prevedendo una riduzione della sua durata così da diminuire l’importo del beneficio ampliando però il numero di quanti riescono a fruirne.

I beneficiari complessivi del fondo sono cresciuti nel corso degli anni: 6.599 nel 2011, 6.542 nel 2012 e 6.841 nel 2013. La maggior parte ha beneficiato degli interventi APA e CAF, sia in forma singola che cumulata in base a quanto previsto dalle diverse edizioni del regolamento. I beneficiari dell’APA nel corso del triennio hanno registrato un limitato calo, passando da 2.651 nel corso del 2011, a 2.480 nel corso del 2012, a 2.584 nel corso del 2013. I beneficiari del CAF, invece, sono cresciuti salendo da 2.808 nel corso del 2011, a 2.862 nel corso del 2012, a 3.028 nel corso del 2013. Anche in questo caso, come nell’erogazione del SAD, si riscontrano molte differenze tra i singoli SSC. Ad esempio, a Trieste, Codroipo, Cervignano, il ricorso ad entrambe le misure aumenta nel corso del triennio, mentre in altri contesti come l’Alto Isontino, il Cividalese, Sacile, Azzano X, Maniago cala. Tale andamento, inoltre, in genere non si oppone a quello del SAD ma lo riflette perché, come sopra illustrato, si tratta di due interventi che nella maggior parte degli Ambiti vengono utilizzati in modo congiunto al fine di garantire una risposta il più possibile coerente con le specifiche esigenze dell’utente e della sua famiglia.

In supporto alla domiciliarità, e quindi a integrazione del SAD, infine, vengono utilizzate anche le strutture intermedie, ossia le **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)** e i **servizi semiresidenziali o centri diurni** per anziani, che hanno come obiettivi prioritari il mantenimento della persona nel suo contesto di vita, l’offerta di un aiuto concreto alla famiglia disponibile comunque a farsi carico del familiare e il contrasto a forme precoci di accoglimento in strutture protette.

Le RSA hanno messo a disposizione un numero di posti letto sostanzialmente stabile nel corso del triennio (775 nel 2011, 763 nel 2012 e 771 nel 2013). La degenza media si attesta intorno ai 25 giorni, valore che risulta in linea con le indicazioni regionali che prevedono una degenza massima di 30 giorni (20 giorni per “funzioni sollievo”), stabilendo una quota di compartecipazione dell’utenza alle spese non sanitarie pari a 25,82 euro per ogni giornata di ricovero successiva al trentesimo giorno. La disponibilità di servizi semiresidenziali o centri diurni per anziani convenzionati, invece, dal 2011, è progressivamente aumentata: si è infatti passati da 23 servizi nel 2011, a 25 nel 2012, per giungere a 29 nel 2013, corrispondenti a 471 posti disponibili. Anche gli utenti sono cresciuti, passando da 430 nel 2011, a 555 nel 2012 a 621 nel 2013. Tra questi, i beneficiari del contributo regionale per l’abbattimento retta sono stati rispettivamente 475 nel 2012 e 548.



### **Le strutture intermedie**

*Le strutture intermedie si propongono di contrastare l'inserimento precoce delle persone in strutture protette favorendo la loro permanenza nell'abituale contesto di vita attraverso sostegni alla famiglia disponibile ad assisterle. Comprendono:*

- *le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture residenziali territoriali finalizzate a fornire assistenza continuativa sanitaria e riabilitativa a persone non autosufficienti o temporaneamente tali che necessitano, per un periodo transitorio, di una degenza in ambiente protetto a seguito di un ricovero ospedaliero o in alternativa al servizio domiciliare nelle situazioni in cui sia necessaria una assistenza più intensiva o i familiari abbiano bisogno di un periodo di sollievo dall'assistenza al congiunto;*
- *i servizi semiresidenziali o centri diurni per anziani, strutture che offrono interventi a ciclo diurno finalizzati a ritardare il decadimento psico-fisico della persona anziana e a favorire il sostegno e il sollievo sia agli utenti del servizio che alle loro famiglie. In regione esistono diverse tipologie di servizi semiresidenziali, alcuni destinati per lo più all'accoglimento di persone autosufficienti, altri invece rivolti prevalentemente a utenti non autosufficienti. Nel 2010, la Regione ha stabilito che i servizi semiresidenziali in possesso dei requisiti previsti dalla DGR n. 2326 del 18 novembre 2010 possano convenzionarsi con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territorialmente competente ai fini del riconoscimento degli oneri sanitari e del contributo regionale per l'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza<sup>70</sup>.*

## **6.3 L'accoglienza residenziale**

Nei confronti degli anziani le cui condizioni di salute e familiari non consentono la permanenza a domicilio è disponibile un'ampia gamma di opportunità di accoglienza residenziale diversificate per condizione di non autosufficienza e per tipologia di modello organizzativo. Si tratta di una rete complessa e articolata, nonché diversamente organizzata sul territorio regionale. Vi sono, infatti, sei tipologie di strutture residenziali differenziate in base alle caratteristiche dell'utenza che possono accogliere e alla conseguente offerta di servizi erogati. Al 2013, le strutture residenziali per anziani regolarmente autorizzate al funzionamento risultavano 194 suddivise in: 31 residenze protette, 35 residenze a utenza diversificata, 73 residenze poli-funzionali, 18 residenze polifunzionali con moduli di fascia A, 27 case albergo (CH) e 10 comunità alloggio (CA).

Complessivamente offrivano 11.000 posti letto, di cui 8.731 (79%) autorizzati ad accogliere anziani non autosufficienti. L'offerta risultava quindi di circa 3,7 posti letto ogni 100 residenti con età maggiore o uguale

<sup>70</sup> Ai sensi dell'articolo 13, comma 2, della legge regionale n. 10 del 1997, il contributo regionale finalizzato all'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza è esteso anche agli anziani non autosufficienti accolti in servizi semiresidenziali. Con DGR n. 2326 del 18 novembre 2010, la Giunta regionale ha definito le modalità con le quali concedere tali contributi, stabilendone anche l'entità, ossia un contributo giornaliero pari a 12,50 euro nei servizi semiresidenziali autonomi e pari a 10,50 euro nei servizi semiresidenziali collocati all'interno di una struttura residenziale per anziani, entrambe le quote abbattute del 30% qualora la presenza giornaliera sia inferiore alle 5 ore.

a 65 anni, valore che si attesta al di sopra della media nazionale (2,5%) e che colloca il Friuli Venezia Giulia tra le regioni italiane con più alto tasso di istituzionalizzazione. Se si contano invece i soli posti letto autorizzati per non autosufficienti, l'offerta è di circa 2,9 posti letto ogni 100 residenti con età maggiore o uguale a 65 anni.

#### **Le strutture residenziali per anziani**

- a) *Residenze protette (RP): strutture rivolte all'ospitalità di anziani non autosufficienti, in grado di fornire prestazioni di tipo alberghiero, di socializzazione-animazione contestualmente a prestazioni di carattere sanitario e riabilitativo. Solitamente sono convenzionate con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territorialmente competente ai fini del riconoscimento degli oneri sanitari e gli utenti non autosufficienti possono beneficiare del contributo per l'abbattimento della retta previsto ai sensi dell'articolo 13 della L.R. 10/97.*
- b) *Residenze ad utenza diversificata (UD): strutture articolate in moduli con tipologia residenziale diversificata, ossia autorizzate ad accogliere in parte soggetti anziani non autosufficienti e in parte soggetti autosufficienti. Solitamente i posti letto autorizzati per accogliere anziani non autosufficienti sono convenzionati con l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territorialmente competente per il riconoscimento degli oneri sanitari e gli ospiti non autosufficienti possono beneficiare del contributo per l'abbattimento della retta previsto ai sensi dell'articolo 13 della L.R. 10/97.*
- c) *Residenze Polifunzionali (PF): strutture a valenza socio-assistenziale, con tutela sanitaria generica, gestite da privati in forma individuale o societaria, volte ad accogliere persone con un punteggio BINA massimo di 550. Inoltre, in questa tipologia di residenza non possono essere accolte persone che necessitano di cure medico-infermieristiche continuative, siano permanentemente allettate, presentino piaghe da decubito di quinto grado o siano affette da disturbi comportamentali tali da risultare incompatibili con le esigenze della vita comunitaria.*
- d) *Residenze Polifunzionali con Moduli di fascia A (PFA): sono residenze polifunzionali per le quali è stata autorizzata la costituzione dei cosiddetti "Moduli di fascia A", finalizzati all'accoglimento di anziani non autosufficienti. Sono strutture convenzionate con l'Azienda territorialmente competente per il riconoscimento degli oneri sanitari e gli utenti non autosufficienti beneficiano del contributo per l'abbattimento della retta previsto ai sensi dell'articolo 13 della L.R. 10/97 in misura ridotta all'80% rispetto a quelli accolti nelle residenze protette o ad utenza diversificata. Relativamente agli accoglimenti, si precisa che anche per i Moduli di fascia A permangono le restrizioni previste per le residenze polifunzionale ossia, il limite di 550 punti BINA e le altre restrizioni indicate alla precedente lettera c.*
- e) *Case albergo (CH): strutture rivolte all'ospitalità di anziani in condizioni psicofisiche di autosufficienza o di parziale autosufficienza, in grado di fornire prestazioni di tipo alberghiero, assistenziale e di animazione.*
- f) *Comunità alloggio (CA): strutture a carattere familiare destinata alla convivenza di un numero limitato di persone adulte con problematiche omogenee o compatibili e che non possono o non intendono vivere autonomamente o presso i loro familiari. Sono prevalentemente destinate ad anziani autosufficienti.*



Tabella 6.1 - Numero di strutture residenziali autorizzate ad accogliere persone anziane, totale posti letto, numero posti letto per anziani autosufficienti e non autosufficienti

	TOTALE strutture residenziali	TOTALE posti letto	Posti letto per AUTOSUFF.	Posti letto per NON AUTOSUFF.
<b>Abitare possibile</b>	1	50	25	25
<b>Casa albergo</b>	27	1.273	1.273	
<b>Comunità alloggio</b>	10	151	151	
<b>Residenza ad utenza diversificata</b>	34	3.796	819	2.977
<b>Residenza polifunzionale</b>	73	1.510		1.510*
<b>Residenza polifunzionale con Mod.A</b>	18	844		844
<b>Residenza protetta</b>	31	3.375		3.375
<b>Totale complessivo</b>	<b>194</b>	<b>10.999</b>	<b>2.268</b>	<b>8.731</b>

\*Posti letto per persone non autosufficienti fino a 550 punti BINA

Fonte: BUR 2013

Su 8.731 posti letto autorizzati per non autosufficienti, 7.153, ossia 2,4 posti letto ogni 100 residenti over 65, sono convenzionati per il riconoscimento degli oneri sanitari e per l'erogazione del contributo regionale per l'abbattimento della retta di degenza (art. 13 L.R. 10/1997).

Tabella 6.2 - Numero di strutture residenziali convenzionate per l'abbattimento rette, totale posti letto convenzionati, totale beneficiari e totale giornate

	Totale strutture convenzionate	Totale posti letto convenzionati	Totale beneficiari	Totale giornate
<b>Residenza protetta</b>	31	3.372	4.295	1.075.749
<b>Residenza ad Utenza Diversificata</b>	35	2.937	4.301	1.148.888
<b>Residenza polifunzionale con Mod.A</b>	18	844	1.267	286.814
<b>Totale complessivo</b>	<b>84</b>	<b>7.153</b>	<b>9.863</b>	<b>2.511.451</b>

Fonte: BUR 2013

Oltre ai 7.153 posti letto per non autosufficienti convenzionati con le AAS, si contano altri 1.510 posti letto autorizzati ad accogliere, entro determinati limiti (massimo 550 punti BINA), persone anziane non autosufficienti, per le quali non è previsto alcun sostegno alla retta di degenza e le prestazioni sanitarie sono riconosciute come a domicilio. Trattasi dei posti letto delle residenze polifunzionali, presenti prevalentemente

---

mente nella provincia di Trieste. Si contano, infatti, 68 residenze polifunzionali corrispondenti a 1.401 posti letto che rappresentano il 46% del totale dei posti letto presenti sul territorio triestino.

Relativamente alla distribuzione dei posti letto a livello territoriale, si riscontra una certa eterogeneità tra le diverse AAS: si passa infatti da un'offerta minima di 2,7 posti letto ogni 100 anziani per la ex ASS 5 a un'offerta massima di 4,8 posti letto ogni 100 anziani per l'ASS 1 (ora AAS 1). Se si considerano invece i soli posti letto autorizzati per non autosufficienti, l'ASS 1 continua a essere quella che garantisce la maggior offerta (4,2 posti letto per non autosufficienti ogni 100 anziani), mentre la ex ASS 2 è quella che presenta l'offerta più bassa (2,1 posto letto per non autosufficienti ogni 100 anziani). Il dato cambia ulteriormente se si prende in considerazione il numero di posti letto convenzionati: in questo caso, le Aziende con l'offerta più bassa sono l'ASS 1 e la ex ASS 2, con circa 2 posti letto convenzionati ogni 100 anziani, mentre l'offerta più alta è assicurata dalla ex ASS 3 (2,9 posti letto convenzionati ogni 100 anziani).

Nel corso degli ultimi dieci anni, la rete dei servizi residenziali per anziani è rimasta sostanzialmente invariata, complice anche il blocco del rilascio di nuove autorizzazioni alla realizzazione introdotto nel 2001<sup>71</sup>. Dal 2003 al 2013, infatti, il numero di strutture autorizzate al funzionamento è aumentato di 5 unità, passando da 189 a 194 strutture, con un corrispondente aumento del numero di posti letto pari a 732 unità, ossia un incremento del 7% in 10 anni. I cambiamenti hanno riguardato non tanto il numero di posti letto complessivamente autorizzati, quanto la loro tipologia: sono infatti i posti letto per non autosufficienti ad aver subito un aumento negli anni (7.820 nel 2003 e 8.731 nel 2013), mentre quelli per autosufficienti sono stati progressivamente ridotti (2.447 nel 2003 e 2.268 nel 2013).

In questi ultimi anni, anche grazie all'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane e per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi stessi, la Regione ha avviato un processo di conoscenza approfondita della rete dei servizi residenziali per anziani. In particolare, dall'analisi delle banche dati a disposizione (SIRA-FVG), si riscontra che **il numero complessivo di utenti che hanno occupato un posto letto in una struttura convenzionata nel corso del triennio 2011-2013 è stato pari a 10.438 persone nel 2011, pari a 10.509 persone nel 2012 e pari a 10.604 persone nel 2013**. Il tasso medio di occupazione dei posti letto nelle residenze convenzionate si attesta intorno al 92% in ognuno dei tre anni considerati, mentre nel medesimo periodo, il numero di persone in lista d'attesa per entrare in una struttura residenziale per anziani risulta essere in leggero calo: al 31 dicembre, **il numero di persone in lista d'attesa erano rispettivamente di 1.554 nel 2011, 1.517 nel 2012 e 1.416 nel 2013**.

Per quanto riguarda la contribuzione regionale per l'abbattimento della retta di degenza di anziani non autosufficienti, sia nel 2012 che nel 2013 i beneficiari del contributo sono stati circa 9.800, per una spesa annua complessiva pari a circa 43.800.000 euro.

---

<sup>71</sup> Articolo 4, legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 «Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali».



Sul versante degli oneri sanitari, nel 2011 le ASS hanno sostenuto complessivamente una spesa pari a circa 31.800.000 euro nel 2011 e pari a circa 31.300.000 euro nel 2013, di cui l'assistenza infermieristica e riabilitativa rappresentano l'impegno maggiore (circa 60% per assistenza infermieristica e 13% per assistenza riabilitativa).

#### ***Il profilo degli ospiti delle strutture residenziali convenzionate***

*Sul fronte dei bisogni assistenziali, da una recente analisi (settembre 2013) effettuata su un campione di 6.130 anziani accolti in strutture residenziali della regione, è emerso che:*

- *l'età media degli ospiti è 85,7 anni;*
- *il 76% degli ospiti presenta un deficit cognitivo e tra questi più della metà (54%) presenta un deficit di livello grave;*
- *il 77% degli utenti risulta non autosufficiente nelle ADL e tra questi il 74% presenta una totale dipendenza nelle ADL;*
- *il 12% degli ospiti risulta clinicamente instabile e necessita pertanto di monitoraggi clinici almeno una volta alla settimana;*
- *i livelli di non autosufficienza rilevati risultano numericamente significativi, anche nelle strutture autorizzate all'accoglimento di persone autosufficienti o parzialmente non autosufficienti;*

## **6.4 Le sperimentazioni**

Sempre nell'ambito degli interventi realizzati in favore della popolazione anziana, va segnalato l'importante intervento, a carattere sperimentale, voluto dalla Regione, relativo alle forme alternative di residenzialità per le persone anziane non autosufficienti denominato "*abitare possibile*". La sperimentazione, disciplinata dal regolamento<sup>72</sup> approvato con D.P.Reg. 12 dicembre 2008 n. 337, ha come finalità principale quella di ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane, attraverso l'introduzione di soluzioni abitative innovative, sia sul piano strutturale che sul piano gestionale e organizzativo, che siano in grado di offrire una reale alternativa alle forme di residenzialità classicamente intese. I temi al centro della sperimentazione sono:

- l'accessibilità degli ambienti di vita e il loro adattamento attraverso l'utilizzo di tecnologie domotiche e assistenziali;
- i modelli gestionali innovati in grado di usare in modo sinergico le risorse economiche pubbliche e private al fine di garantire sostenibilità nel tempo;

<sup>72</sup> Regolamento concernente criteri, procedure e modalità per la concessione dei contributi previsti dall'art. 3, comma 113, della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1 (*Legge finanziaria 2005*) e successive modifiche, a favore dei Comuni e delle Aziende per i servizi alla persona per la realizzazione, a titolo sperimentale, di servizi residenziali e diurni integrati con i servizi socioassistenziali e socio-sanitari territoriali, alternativi alle strutture protette, da destinare all'accoglimento di anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti.

- 
- le nuove forme di rapporti pubblico-privato in grado di favorire il protagonismo delle famiglie e delle comunità nei sistemi di welfare locali e il ruolo dei servizi di cura domiciliare.

Con l'approvazione delle *Linee guida per le sperimentazioni - Abitare possibile e domiciliarità innovativa* di cui alla D.G.R. n. 671/2015, sono state precisamente disciplinate le caratteristiche essenziali e le modalità di attuazione di questa originale sperimentazione.

## 6.5 Considerazioni d'insieme

L'insieme dei servizi descritti nel capitolo garantisce un livello di risposta agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie che, in considerazione del numero di anziani assistiti e dell'entità delle risorse economiche investite, può essere considerato elevato, soprattutto se confrontato col livello medio nazionale e con quello di altre Regioni anche piuttosto avanzate dal lato delle risposte assistenziali. Permangono tuttavia alcuni elementi di criticità e debolezza, riferiti soprattutto alla capacità di integrare in modo efficace ed efficiente le risorse disponibili e alla qualità dell'intervento da esse offerto.

Sul versante della domiciliarità si pone l'esigenza di rafforzare l'integrazione tra i diversi servizi che intervengono a supporto degli anziani e delle loro famiglie (SAD, SID e SRD), ma anche di garantire una maggiore equità a livello territoriale, soprattutto per quanto riguarda il SAD.

L'estrema differenziazione territoriale che lo caratterizza non garantisce, infatti, livelli omogenei di assistenza. Questi ultimi però sono fortemente legati alla disponibilità di risorse qualificate. Come evidenziato, le nuove problematiche collegate al progressivo invecchiamento della popolazione, all'aumento della complessità dei bisogni degli anziani, alle politiche di de-istituzionalizzazione e di de-ospedalizzazione hanno fatto emergere un'elevata richiesta di prestazioni mirate all'assistenza sociosanitaria diretta alla persona di elevato contenuto professionale e di modalità organizzative caratterizzate da una maggiore integrazione tra sociale e sanitario e dall'utilizzo di tecnologie informatiche finalizzate a supportare processi di integrazione e di razionalizzazione degli interventi.

Una richiesta alla quale però non ha corrisposto un investimento adeguato in termini di risorse. Il numero degli utenti pertanto si è mantenuto sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi anni, mostrando la difficoltà del servizio ad accoglierne di nuovi, così come a offrire più assistenza a quelli già in carico. La tipologia, la qualità e quantità del servizio, infatti, sono fortemente correlate al numero degli operatori attivi, alla loro qualificazione professionale e alle risorse disponibili investite dal Servizio sociale dei Comuni.



---

L'investimento compiuto dalla Regione per la qualificazione del personale è stato sicuramente significativo, ma non risulta ancora concluso lasciando una quota rilevante di operatori non adeguatamente qualificati. Si rende pertanto necessario portare a compimento il processo di riqualificazione avviato, ma anche rivedere la quota di risorse investite su questo fronte e il sistema degli affidamenti ai soggetti esterni al SSC.

La consistenza e la durata assunta dagli affidamenti, unitamente agli oneri amministrativi ad essi connessi, chiedono di individuare strumenti che evitino il rischio di conservare rapporti consolidati che tendono ad appiattire il livello di qualità dell'offerta e permettano di innescare processi di miglioramento continuo dei servizi e di condivisione di funzioni pubbliche.

È stato evidenziato, inoltre, che per quanto integrato col SID e con altri interventi come la fornitura pasti, il trasporto e il Telesoccorso, il SAD mantiene comunque una configurazione limitata in termini di frequenza e durata, che non gli consente di fornire una risposta adeguata ai bisogni più complessi e continuativi.

In assenza di un considerevole impegno di familiari e di personale privato (assistenti familiari) a pagamento un numero crescente di anziani non autosufficienti non potrebbe rimanere al proprio domicilio.

Sebbene il personale privato sia diventato una componente strutturale del sistema della domiciliarità, non sempre riesce a essere adeguatamente ed efficacemente integrato con la componente istituzionale dei servizi e questo rappresenta un limite da superare al fine di garantire una maggior tutela e qualità degli interventi.

Più in generale, si pone la questione di un'area di bisogni legati alla ridotta autonomia della popolazione anziana che, con molta probabilità, non viene "intercettata" dai servizi istituzionali che sono ancora oggi improntati a una logica di funzionamento centrata sulla domanda espressa con connotazione prevalentemente prestazionale.

In questo senso si tratta di riconsiderare l'impianto stesso dei servizi secondo un approccio che si potrebbe definire proattivo e relazionale. Proattivo nel senso di capace di anticipare quanto più possibile la conoscenza dei bisogni non espressi del territorio; relazionale nel senso di impostato secondo una logica di capacitazione e di empowerment delle persone, delle famiglie e delle comunità locali e di maggiore integrazione tra le componenti istituzionali.

Sul versante della residenzialità, si rileva che le strutture residenziali non sono sempre in grado di rispondere adeguatamente ai livelli di intensità e di complessità dei bisogni degli anziani loro ospiti, sia sul fronte delle dotazioni di personale che in relazione alle caratteristiche strutturali degli edifici. Non sempre viene garantito un adeguato presidio clinico, tecnico e assistenziale e le prestazioni tendono a essere erogate in modo standardizzato, senza garantire livelli assistenziali correlati ai bisogni espressi. Un'altra criticità del sistema residenziale è rappresentata dalla disparità di trattamento, a parità di bisogno, sia nella presa in

---

carico assistenziale che nel sostegno pubblico alla non autosufficienza. Anche dal punto di vista economico, infatti, sono riscontrabili importanti iniquità nei diversi contesti territoriali, così come tra il settore di offerta residenziale pubblico, del privato sociale e del privato di mercato.

Tali iniquità sono principalmente riconducibili al fatto che non sussiste un meccanismo che garantisce la proporzionalità tra i costi sostenuti dalla struttura e la retta pagata, retta che viene, peraltro, abbattuta dai contributi regionali a prescindere dalla tipologia dei bisogni e dai livelli di assistenza garantiti. Gli oneri sanitari correlati all'assistenza infermieristica e riabilitativa vengono inoltre riconosciuti in modo differenziato tra i diversi contesti territoriali, sempre prescindendo dalla gravità degli ospiti e dai livelli assistenziali offerti.

A fronte di tali criticità, la Regione ha avviato un importante processo di riqualificazione dell'offerta residenziale volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza nei servizi residenziali per anziani.

Obiettivo del processo di riqualificazione è quello di portare la persona anziana e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi e di attuare una strategia incentrata sulla personalizzazione del processo di cura che prevede un nuovo sistema di valutazione del bisogno e una coerente classificazione dello stesso in diversi livelli di intensità e complessità assistenziali, a cui devono corrispondere idonee tipologie di offerta.

In attuazione di tale processo diverse sono le azioni intraprese nel corso di questi anni:

- adozione e introduzione dello strumento Val.Graf.-FVG, quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone anziane e delle loro capacità residue;
- introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane (GEnesys) e la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA-FVG);
- avvio di un sistema di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali per anziani;
- adozione, con D.P.Reg. 0333/2008, di un regolamento che definisce i requisiti minimi autorizzativi delle strutture residenziali per anziani e le procedure di "riclassificazione" delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento, pur evidenziando l'impegno della Regione per a una ridefinizione di quanto previsto dal citato D.P.Reg. con riferimento ai requisiti, ai criteri e alle evidenze minime strutturali inerenti la realizzazione e l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani.

La centralità della persona e dei suoi bisogni dovrà anche guidare la revisione complessiva dei sistemi di finanziamento della non autosufficienza, riorientando la spesa oggi sostenuta dalle istituzioni pubbliche da



un approccio che riguarda ancora prevalentemente il finanziamento alle strutture a uno focalizzato sul profilo individuale di finalizzazione delle risorse.

Da ultimo, una sfida che non è scontato riuscire a gestire, sarà la realizzazione della recente legge sull'invecchiamento attivo la cui innovazione non consiste nel fare nuovi interventi con ulteriori finanziamenti, quanto piuttosto integrare e riorientare le politiche e gli interventi esistenti in funzione della promozione dell'invecchiamento attivo. E questo richiede che la Regione con le sue Direzioni Centrali, in primis, e a seguire i Comuni singoli e associati ripensino le proprie politiche in quest'ottica e in tale prospettiva integrino e coordinino i propri interventi.

#### ***Lo strumento di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG***

*Lo strumento di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG consente di classificare i bisogni delle persone valutate nei seguenti diversi profili:*

- *il profilo A star, che include persone con bisogni complessi a elevatissima rilevanza sanitaria e tutelare, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali;*
- *il profilo A, che include persone con bisogni sanitari a elevata rilevanza e bisogni sociosanitari tutelari complessi;*
- *il profilo B comportamentale, che include persone con elevati bisogni sanitari e tutelari e possibili bisogni sanitari di complessità medio o bassa correlati a rilevanti disturbi del comportamento;*
- *il profilo B, che include persone con bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a elevati bisogni sociosanitari e tutelari;*
- *il profilo C, che include persone con bisogni socio-sanitari e tutelari di medio-bassa complessità e bisogni sanitari di solito lievi, a rischio di precipitazioni funzionali;*
- *il profilo E, che include persone con bisogni sanitari lievi od occasionali e bisogni sociosanitari e tutelari di grado lieve e solitamente limitati nel tempo.*

*Ad oggi, la normativa prevede un utilizzo obbligatorio dello strumento Val.Graf.-FVG su tutto il territorio regionale nei seguenti setting assistenziali:*

- *in sede di UVD qualora effettuate per l'ingresso in Residenze per anziani;*
- *nei servizi domiciliari distrettuali, per valutare le persone prese in carico;*
- *nelle strutture residenziali per anziani convenzionati con le Aziende per l'Assistenza Sanitaria;*
- *nei servizi semiresidenziali per anziani convenzionati con le Aziende per l'Assistenza Sanitaria.*

*Parallelamente all'introduzione dello strumento, la Regione ha attivato un importante percorso formativo, grazie anche alla creazione di una piattaforma per la formazione a distanza (FAD), che ha portato alla formazione di circa 2000 operatori con diverse qualifiche provenienti sia dal settore sanitario che sociale. A partire da 2008, si è pertanto assistito ad una progressiva implementazione del sistema, passando dalle circa 1.300 persone valutate nel 2007 alle oltre 21.400 persone valutate nel corso dell'anno 2013.*









---

## Capitolo 7

### Servizi e interventi a favore delle persone con disabilità

Nei confronti delle persone con disabilità, la strategia della Regione Friuli Venezia Giulia è sempre stata quella di creare le condizioni che consentano loro di esercitare i propri diritti e di partecipare pienamente alla società e alla vita economica. Recependo la legge 104/1992 attraverso la L.R. 41/1996, la Regione ha inteso garantire il pieno rispetto della dignità e il diritto all'autonomia delle persone con disabilità, oltre che promuovere in loro favore un'offerta di servizi coordinati e integrati che assicurassero livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale.

Tale finalità è stata perseguita all'interno di una politica complessiva in favore delle persone con disabilità che si è proposta in via prioritaria di perseguire: l'istituzione e l'organizzazione di un qualificato sistema di servizi ad alta integrazione sociosanitaria, in grado di rispondere ai bisogni assistenziali complessi delle persone con disabilità; l'omogeneità territoriale dell'offerta di servizi; il coordinamento e l'integrazione degli interventi programmatici nei settori della casa, dei trasporti, delle attività turistico-ricreative, della cultura e della formazione; la qualificazione delle prestazioni attraverso l'adozione e diffusione di adeguate metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata; la promozione dell'attività formativa e di aggiornamento degli operatori, soprattutto se rivolta a favorire processi di integrazione; la valorizzazione del ruolo della famiglia come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero; il riconoscimento dell'apporto del volontariato, della cooperazione, delle istituzioni del privato sociale e di altri soggetti privati che intervengono a favore delle persone con disabilità; la razionalizzazione della spesa e la gestione coordinata delle risorse disponibili.

La normativa regionale attribuisce alla Regione il ruolo di programmazione, indirizzo, coordinamento e finanziamento del sistema, alle Province il compito di coordinamento e programmazione attuativa relativi al territorio di competenza e ai Comuni il compito di assicurare l'integrazione delle persone con disabilità nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza tramite servizi e interventi rivolti alla generalità della popolazione e specifici quali, il servizio socio-assistenziale scolastico, l'attività integrativa di valenza socio-educativa negli asili nido, nelle scuole di ogni ordine e grado e in ambito extrascolastico, modalità di trasporto individuali, servizi di aiuto personale, centri socio-riabilitativi ed educativi diurni per persone con handicap in età compresa tra 14 e 35 anni, centri socio-riabilitativi ed educativi diurni rivolti a ultratrentacinquenni con disabilità stabilizzata, soluzioni abitative protette alternative all'istituzionalizzazione, centri residenziali per gravi e gravissimi, attività volte ad assicurare l'inserimento lavorativo.

La normativa, inoltre, stabilisce che i servizi socio-assistenziali, socio-educativi e di trasporto vengano svolti dai Comuni in forma associata mediante apposite integrazioni delle convenzioni per la gestione dei Ser-



---

vizi sociali di base, e che centri diurni, residenziali e soluzioni abitative protette alternative all'istituzionalizzazione vengano realizzati mediante forma consortile o altra forma di associazione alla quale aderisca la maggioranza dei Comuni nell'ambito dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria di riferimento.

Le forme individuate per la gestione di queste strutture fanno riferimento a sei Enti gestori: il Comune di Trieste per i Comuni del territorio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", le ex Aziende per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli", n. 4 "Medio Friuli" e n. 6 "Friuli Occidentale" per i Comuni dei rispettivi territori, il CAMPP per i Comuni del territorio della ex Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana" e il CISI per i Comuni del territorio della ex Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina".

Il sistema regionale che si è consolidato ai sensi della L.R. 41/1996 vede, così, da un lato, in capo ai Comuni la gestione di un insieme di servizi e interventi volti a sostenere la domiciliarità in particolare dei minori e dei giovani fino a 18 anni e, dall'altro, in capo agli Enti gestori appena ricordati la gestione di servizi di carattere residenziale e semiresidenziale dedicati all'accoglienza di giovani e adulti. Vi sono, inoltre, alcuni centri e istituti ai quali, in ragione della loro specializzazione la L.R. 41/1996 riconosce il ruolo di **presidi di rilevanza regionale**. Nello specifico si tratta dell'Istituto Rittmayer, dell'ANFASS di Pordenone, dell'Istituto Piccolo Cottolengo di Don Orione di Santa Maria la Longa, dell'Istituto Villa Masieri di Tricesimo, del Progetto Spilimbergo, del Centro gravi e gravissimi del Comune di Trieste e della Fondazione Bambini e Autismo di Pordenone.

## 7.1 Mobilità, accessibilità e informazione

Uno dei temi importanti che sono stati affrontati in questi ultimi anni è quello del diritto alla mobilità delle persone con disabilità. Si tratta di un diritto che può essere garantito attraverso l'eliminazione delle barriere, la "messa a norma" delle strutture, il miglioramento e l'attivazione di servizi e risorse finalizzate alla mobilità.

Per quanto attiene alle barriere architettoniche, intese come ostacoli che causano impedimento alla mobilità delle persone con disabilità o che limitano o impediscono loro la comoda e sicura usabilità di parti, attrezzature o componenti, è prevista la concessione di contributi a favore delle persone con disabilità motoria e sensoriale di natura permanente che incontrano ostacoli, impedimenti o limitazioni a usufruire, in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia, dell'edificio privato e delle sue parti comuni, nel quale risiedono o intendono portare la propria residenza anagrafica.

Complessivamente le risorse finanziarie stanziare nel 2011 hanno consentito il finanziamento di tutte le 543 domande presentate. Mentre nel 2012 e nel 2013 i finanziamenti concessi hanno coperto 323 do-

---

mande nel 2012 e 228 domande nel 2013, corrispondenti rispettivamente al 55% e al 79% delle richieste presentate.

La mobilità delle persone con disabilità viene inoltre incentivata attraverso la concessione di contributi finalizzati a sostenere: l'acquisto di autoveicoli nuovi o usati destinati a essere adattati per il trasporto personale di disabili fisici; interventi di adattamento su autoveicoli nuovi o usati per il trasporto personale di disabili fisici; il conseguimento dell'abilitazione alla guida.

Sempre in tema di mobilità, ai sensi della L.R. 41/96, ai Comuni spetta l'onere di assicurare l'attivazione e il sostegno di modalità di trasporto individuale e alla Regione quello di sostenere, nelle more della definizione del piano di mobilità delle persone con disabilità previsto dall'articolo 26, comma 3, della legge 104/1992, i soggetti che gestiscono servizi di trasporto, istituiti e funzionanti sul territorio. Un elemento determinante per la promozione della "cultura dell'accessibilità" è la diffusione di iniziative informative rivolte ai cittadini con disabilità, alle famiglie, agli operatori e a tutte le persone interessate alle problematiche inerenti la mobilità.

È stato per questo previsto un servizio di informazione sui servizi e ausili presenti sul territorio regionale, nazionale ed estero denominato **Ufficio H** e gestito dall'associazione "Comunità Piergiorgio" di Udine e un'attività di consulenza, documentazione e informazione attraverso il **Centro InfoHandicap** della Cooperativa Sociale Onlus Hattiva Lab.

Avvalendosi delle risorse dedicate all'innovazione, alla ricerca scientifica e allo sviluppo tecnologico in attuazione dell'art. 22 della legge 26/2005<sup>73</sup> sono state avviate inoltre specifiche linee di intervento denominate Azioni Innovative per promuovere l'accessibilità e la domiciliarità delle persone disabili mediante l'utilizzo delle ICT e l'introduzione di modelli innovativi per la gestione dei servizi: il Progetto LADI - Laboratorio regionale in tema di Accessibilità, Domotica e Innovazione (2009-2012), il Progetto Fondazione di Partecipazione (2009-2011), il Progetto ASPAD - Azioni di Sistema per la Promozione della Domiciliarità e dell'Accessibilità (2011-2015) e il Progetto VILMA/FABER - Il laboratorio friulano di apprendimento e di innovazione, finalizzato allo sviluppo di strumenti di valutazione basati su ICF. In particolare, il Progetto LADI ha cercato di sviluppare nuove modalità di intervento per attivare forme di dialogo e cooperazione tra attori pubblici e privati al fine di favorire una migliore qualità della vita a casa delle persone anziane e con disabilità.

Col coinvolgimento di progettisti, amministratori e valutatori, il progetto ha portato alla costruzione e sperimentazione di uno strumento di valutazione dell'accessibilità degli ambienti costruiti in grado di individuare in maniera analitica le barriere architettoniche presenti e gli spazi non idonei.

---

<sup>73</sup> Legge regionale 10 novembre 2005, n. 26 «Disciplina generale in materia di innovazione, ricerca scientifica e sviluppo tecnologico»



---

Il Progetto ASPAD, invece, si è articolato su due livelli di intervento: quello locale - con particolare riferimento alle aree montane, dove ha sostenuto interventi tesi a ridurre le condizioni di marginalità della popolazione anziana e a prevenire e contrastare il disagio sociale, favorendo il rafforzamento delle risposte in termini di servizi, nuovi modelli organizzativi e gestionali, e lo sviluppo di forme di auto-organizzazione delle comunità locali con interventi di animazione - e quello di sistema - mediante la gestione di una struttura di governo e coordinamento della rete di attori impegnati sulle tematiche dell'accessibilità, della domiciliarità e della qualità della vita delle persone non autosufficienti, anziane e con disabilità al fine di valorizzare le buone pratiche presenti in regione su questi temi.

Il progetto "Fondazione di Partecipazione" ha approfondito l'istituto giuridico "fondazione di partecipazione", evidenziando le potenzialità di tale modello nello sviluppo di un "governo partecipato" dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, con particolare attenzione ai servizi di domiciliarità avanzata destinati a persone non autosufficienti, anziane e in condizione di disabilità.

Ha portato alla realizzazione di un Database delle fondazioni di partecipazione operanti a livello nazionale in ambito socio-sanitario e alla stesura del manuale "Strumenti operativi in tema di fondazione di partecipazione".

Il progetto VILMA/FABER, infine, coordinato dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni internazionali, ha messo a punto e utilizzato in forma prototipale i protocolli di valutazione VILMA e FABER finalizzato alla gestione della presa in carico integrata di un assistito.

Al fine di promuovere l'accessibilità, inoltre, nel 2009 è stato istituito il **Centro Regionale di Informazione sulle Barriere Architettoniche (CRIBA)**, quale referente unico per le attività di formazione e promozione sulle tematiche legate alla progettazione urbanistica ed edilizia con particolare attenzione alle norme per l'accessibilità.

Al fine di assicurare l'integrazione delle persone con disabilità e la loro consultazione in materia di interventi e servizi in loro favore, con l'articolo 13 bis della L.R. 41/96, la Regione ha riconosciuto la **Consulta Regionale delle Associazioni di Persone con Disabilità**, quale organismo rappresentativo e di coordinamento dell'associazionismo nel settore della disabilità. La Consulta è costituita dai quattro Coordinamenti Provinciali delle Associazioni delle Persone con Disabilità e si impegna a promuovere l'applicazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità in tutte le disposizioni legislative e relativi atti regolamentari regionali, provinciali e comunali e a promuovere modifiche alle normative esistenti non conformi.

Riveste inoltre un ruolo di interlocutore e di organo consultivo per la formazione di nuovi provvedimenti regionali in materia di assistenza sociale, sanità, scuola, lavoro e in tutti i settori di interesse del mondo della disabilità, partecipando alle commissioni e agli organismi regionali anche con funzioni di verifica e controllo della qualità dei servizi.

---

Un ulteriore sostegno agli organismi che rappresentano le persone con disabilità e le loro famiglie viene garantito attraverso la concessione di specifici contributi per favorire il perseguimento delle attività istituzionali degli organi e delle strutture delle Associazioni provinciali e dei rispettivi comitati regionali di ANFFAS, AISM, ANMIC, ANMIG, ANMIL, ANVCG, ENS, UIC, UNMS.

Al fine di garantire la qualificazione delle prestazioni, infine, la L.R. 41/96 ha introdotto l'equipe multidisciplinare quale unità operativa del Distretto con compiti di progettazione, coordinamento, garanzia della presa in carico della persona disabile, dell'elaborazione del suo progetto di vita e della continuità degli interventi previsti dallo stesso, e ha istituito il **Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS) per la Famiglia delle classificazioni internazionali che opera quale unico centro a livello nazionale titolato a supportare l'OMS in materia di classificazioni. In particolare, il Centro coordina e sviluppa il Portale Italiano delle Classificazioni ed è centro di riferimento per la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (OMS 2001).

## 7.2 Il sostegno alla domiciliarità

Come anticipato, ai sensi della L.R. 41/1996 i Comuni hanno il compito di assicurare l'integrazione delle persone con disabilità nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza attraverso un insieme di servizi realizzati a livello locale. **Le persone con disabilità con certificazione ai sensi della legge 104/1992 prese in carico dal SSC nel corso del 2013 sono state complessivamente 9.614, di cui 1.808 minori, 3.461 adulti e 4.345 anziani.** Rispetto all'utenza in carico al SSC nelle rispettive fasce d'età, i minori rappresentano il 24,6%, gli adulti il 14,5% e gli anziani il 19,4%, per un totale di utenti con disabilità pari al 17,9% del totale degli utenti in carico.

Si tratta di un'utenza in crescita, che nel corso del triennio registra un aumento in tutte e tre le fasce d'età, ma soprattutto di un'utenza che sta cambiando e facendo emergere bisogni consistenti e per certi aspetti nuovi. Assumono sempre maggior rilevanza, infatti, i disabili giovani-adulti con esigenze di autonomia e integrazione sociale, così come crescono in misura consistente i disabili anziani con bisogni di cura e assistenza e spesso senza una famiglia che possa aiutarli.

I minori con disabilità in carico al SSC, nel corso del 2013, hanno fruito soprattutto dei **servizi di sostegno socio-assistenziale e socio-educativo in ambito scolastico ed extrascolastico**: i beneficiari di questi interventi sono stati **1.414**, ossia la metà del totale dei minori che ne fruiscono. Un ulteriore intervento di cui hanno beneficiato è rappresentato dal **servizio di assistenza domiciliare** che, come illustrato nel paragrafo 6.2, viene attivato oltre che per gli anziani anche per persone con disabilità, e del servizio di trasporto. In

---

particolare, i **minori con disabilità che hanno utilizzato il SAD sono stati 21 e quelli che hanno usufruito del servizio di trasporto sono stati 121.**

Considerando l'utenza adulta e anziana, invece, si riscontra, sempre nel 2013, che **gli adulti fruitori del SAD sono stati 256 e gli anziani 944; gli adulti e anziani che hanno usufruito del servizio pasti sono stati 355 e quelli che hanno usufruito del servizio di trasporto e accompagnamento 238.** Gli interventi di carattere socio-educativo per adulti hanno coinvolto **104 persone**, mentre quelli di socializzazione, i soggiorni climatici e gli inserimenti in centri diurni/sociali hanno raggiunto complessivamente **73 persone tra adulti e anziani.**

La permanenza dei disabili nel proprio domicilio viene inoltre sostenuta da importanti interventi economici pensati ed erogati nella logica del progetto assistenziale individualizzato e da una rete territoriale di servizi semiresidenziali. Le misure di sostegno economico riguardano, in particolare, il Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine, il cosiddetto Fondo Gravissimi, il Fondo SLA.

Per quanto riguarda il **Fondo per l'autonomia e per l'assistenza a lungo termine (FAP)**, due erano le misure più direttamente rivolte alla popolazione disabile: l'assegno per l'autonomia (APA), un intervento economico finalizzato a rendere possibile e sostenibile l'accudimento a domicilio di persone in condizione di grave non autosufficienza, e l'intervento denominato sostegno alla Vita Indipendente (VI) che concorre a finanziare i progetti di vita indipendente di cui alla D.G.R. del 9 marzo 1999 n. 655 «*Programma di interventi concernenti misure di sostegno a favore delle persone con handicap di particolare gravità*» e successive integrazioni.

I beneficiari dell'intervento denominato **sostegno alla vita indipendente** sono stati 492 nel corso del 2011, 586 nel corso del 2012 e 653 nel corso del 2013. Coloro che invece hanno beneficiato sia del sostegno alla vita indipendente sia dell'**assegno per l'autonomia** sono stati 81 nel corso del 2011, 82 nel 2012 e 62 nel 2013. Come si può notare, il trend dell'assegno per la vita indipendente è stato in crescita nel corso del triennio considerato, registrando un aumento di 161 unità dal 2011 al 2013. In alcuni contesti, in particolare, come negli ambiti distrettuali di Trieste, Codroipo, Latisana e San Vito al Tagliamento l'incremento nel corso del triennio è stato particolarmente significativo. In lieve diminuzione, invece, risultano i beneficiari di entrambi gli interventi che si riducono di 20 unità.

Il **Fondo Gravissimi**, finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (D.P.Reg. 247/2009)<sup>74</sup>, è stato istituito con la legge finanziaria regionale del 2009 allo scopo di dare un significativo sostegno, attraverso l'attribuzione di un apposito contributo economico, alle persone con bisogni assistenziali continuativi e di elevatissima intensità, trattate a domicilio.

---

<sup>74</sup> I contributi previsti da tale fondo sono destinati al sostegno delle attività di cura e assistenza a favore di persone in coma, stato vegetativo o di minima coscienza, a seguito di cerebro lesioni, pazienti con mielolesioni o patologie neurologiche che richiedono assistenza a domicilio integrata e continua su tutte le 24 ore.

---

I contributi sono destinati al sostegno delle attività di cura e assistenza a favore di persone in coma, stato vegetativo o di minima coscienza a seguito di cerebrolesioni, pazienti con mielolesioni o patologie neurologiche che richiedono assistenza a domicilio integrata e continuata su tutte le ventiquattro ore.

I beneficiari vengono individuati da una commissione di esperti, sulla base delle segnalazioni effettuate dalle Aziende per l'Assistenza Sanitaria. Nel corso degli anni, il regolamento per l'erogazione del fondo è stato oggetto di alcune modifiche attraverso l'approvazione con D.P.Reg. 215/2010 di un regolamento integrativo del testo regolamentare, originariamente formulato, che ha esteso il target dei beneficiari anche alle cerebrolesioni in epoca perinatale. In ragione dell'elevatissimo assorbimento di risorse assistenziali richiesto dal target di riferimento, la soglia ISEE oltre la quale non vi è titolo al beneficio, è stata fissata in 60.000 euro. L'entità del contributo è fissa e ammonta a 10.200 € annui, cumulabili eventualmente con il FAP<sup>75</sup> fino a un massimo di 20.000 € annui e ha coinvolto 169 beneficiari nel 2009 i quali sono aumentati fino ad arrivare a 314 del 2013.

Il **Fondo SLA** di cui alla D.G.R. n. 2376/2001, programma a sostegno della domiciliarità rivolto alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica, infine, è un fondo destinato al finanziamento del programma di attuazione degli interventi a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica, che viene erogato attraverso un apposito regolamento e ha permesso di raggiungere 44 beneficiari nel corso del 2012 e 60 nel corso del 2013.

L'ulteriore sostegno alla domiciliarità delle persone con disabilità è rappresentato dalla **rete dei servizi semiresidenziali** costituita da 91 centri-socio-riabilitativi ed educativi distribuiti su tutto il territorio regionale. In particolare 12 si trovano in provincia di Gorizia, 19 in provincia di Pordenone, 45 in provincia di Udine e 15 in provincia di Trieste. Sono gestiti nella maggior parte dei casi (54 centri) da enti pubblici quali Comuni, Consorzi e AAS, in seconda istanza (27 centri) da Enti religiosi, Associazioni e Fondazioni, e in misura contenuta (10 centri) da cooperative sociali.

I centri sono strutture socio-riabilitative a carattere diurno destinate alle persone in età giovane o adulta con disabilità medio/grave che al termine dell'istruzione scolastica hanno la necessità di mantenere e potenziare le abilità e autonomie individuali. Offrono un sostegno e un aiuto alla persona con disabilità e alla sua famiglia, supportandone il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione. I fruitori di questi servizi sono stati 1.207 nel 2011, 1.265 nel 2012 e 1.253 nel 2013. La gestione di tali servizi è sostenuta con la concessione dei contributi previsti dall'articolo 20 della L.R. 41/96 agli Enti gestori dei servizi per l'handicap.

---

<sup>75</sup> Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, L.R. 6/2006, art. 41 – Regolamento di cui al D.P.Reg. 35/2007 e D.P.Reg. 139/2010.

---

### 7.3 L'accoglienza residenziale

Ai medesimi soggetti sono inoltre erogate le risorse regionali destinate alla realizzazione di una rete di servizi residenziali. Sono strutture a carattere socio-riabilitativo di diversa tipologia e destinate a rispondere alle esigenze abitative delle persone con disabilità, di norma in età adulta, prive del nucleo familiare o la cui situazione non permette la permanenza al proprio domicilio. Offrono un sostegno e un aiuto al soggetto con disabilità e alla sua famiglia, fornendo ospitalità, assistenza, educazione e riabilitazione.

L'accoglienza di tipo residenziale, a fine 2013, conta su 60 strutture: 29 comunità alloggio, 13 gruppi appartamento, 11 residenze protette e 7 appartamenti per consentire l'abitare a "bassa soglia" legato alle nuove forme di residenzialità. Pur nel contesto delle funzioni gestionali attribuite per delega dei Comuni ai soggetti istituzionali di cui al c. 2 dell'art. 6 della L.R. 41/1996, va rilevato che i servizi residenziali indicati contraddistinguono una diversificata rete di risorse organizzative che vanno da strutture direttamente gestite dai soggetti istituzionali oggetto della delega da parte dei Comuni (AAS, Consorzi, Comune di Trieste) a strutture gestite da organismi non profit (associazioni, enti religiosi, fondazioni, cooperative sociali) convenzionati con i soggetti istituzionali. L'utenza di queste strutture è stata di 474 persone nel 2011, 484 persone nel 2012 e 501 persone nel 2013.

### 7.4 L'inserimento lavorativo

L'integrazione della persona con disabilità nel contesto sociale avviene anche attraverso l'**inserimento lavorativo**, che rappresenta un altro degli obiettivi e valori fondamentali delle politiche regionali in materia. La complessità del processo di inserimento lavorativo viene affrontata in modo organico dalla legge regionale 18/2005 «*Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro*» che sostiene l'approccio globale alla persona con disabilità e la continuità tra la fase propedeutico-formativa e quella dell'inserimento lavorativo vero e proprio garantita anche attraverso i Servizi per l'inserimento lavorativo (SIL). La norma colloca gli interventi per l'occupazione delle persone con disabilità all'interno delle politiche del lavoro rivolte alla generalità della popolazione e sostiene l'inserimento, l'integrazione lavorativa e l'autoimprenditorialità attraverso i servizi per l'impiego, le politiche formative e del lavoro e le attività di collocamento mirato, in raccordo e col concorso dei Servizi sociali, sanitari ed educativi.

L'integrazione lavorativa delle persone con disabilità viene inoltre garantita attraverso i percorsi propedeutici all'integrazione lavorativa e gli inserimenti socio-lavorativi disciplinati dall'articolo 14 ter della L.R. 41/1996 che prevede la presenza dei SIL che, in raccordo con le Province, promuovono e realizzano

---

l'inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso adeguati percorsi di socializzazione nei luoghi di lavoro. L'assetto normativo in vigore prefigura quindi due diversi sistemi, lavoro e protezione sociale, con approcci e obiettivi unitari<sup>76</sup>. Ai sensi della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 «*Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro*» art. 36, c. 2 (e dalla D.G.R. n. 217/06) vengono pertanto attivati tirocini formativi finanziati da Fondi provinciali e gestiti dai SIL (totalmente in base a specifica convenzione nel caso delle provincie di Udine e Gorizia mentre nel caso delle provincie di Trieste e Pordenone in parte dal SIL e in parte dalla Provincia mediante propri servizi (CPI a Trieste e COMIDIS a Pordenone), che si articolano in due tipi di intervento:

- i tirocini di formazione in situazione "modulo sviluppo competenze" (TFS SVCOM) destinati a disabili collocabili in contesti lavorativi normali;
- i tirocini di formazione in situazione "modulo assunzione" (TFSA) che riguardano la fase intermedia tra momento formativo propedeutico all'inserimento e l'inserimento stesso.

Ai sensi dell'art. 14 ter della L.R. 41/1996, successivamente integrata dalla L.R. 18/2005 (D.G.R. n. 196/06), vengono attivati:

- tirocini di formazione in situazione "modulo conoscenze" (TFSCON) propedeutici all'integrazione lavorativa e rivolti a giovani disabili solitamente in uscita dal percorso formativo;
- tirocini di formazione in situazione "modulo costruzione compatibilità" (TFSCOM) propedeutici all'integrazione lavorativa e destinati a disabili che necessitano di tempi più lunghi per la maturazione personale prima di accedere agli strumenti di integrazione lavorativa;
- inserimenti socio-lavorativi (ISL) destinati ai disabili con particolare condizione clinica per i quali non ci sono le condizioni per un inserimento lavorativo a pieno titolo ma che non necessitano di inserimento in strutture protette, e attivati generalmente a seguito di uno dei due percorsi precedenti con finalità di socializzazione e integrazione sociale.

Complessivamente, in regione, **i tirocini formativi per l'area della disabilità sono stati 894 nel corso del 2011, 938 nel corso del 2012 e 1.017 nel corso del 2013. Rappresentano circa il 30% di tutte le cosiddette borse lavoro realizzate in ognuna delle annualità considerate.**

Si è trattato in prevalenza di tirocini formativi ai sensi della L.R. 41/1996, e quindi di carattere assistenziale: 653 nel corso del 2011, 737 nel corso del 2012 e 749 nel corso del 2013.

---

<sup>76</sup> Definiti dagli "Indirizzi in materia di definizione e modalità di attivazione delle tipologie dei percorsi personalizzati di integrazione lavorativa di cui all'articolo 37, comma 1, lettera c), della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 «*Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro*», approvate dalla Giunta regionale con deliberazione n. 217 dd. 10/06/2006 e dal "Progetto obiettivo - Modalità organizzative dei servizi di integrazione lavorativa (SIL), dei progetti propedeutici all'integrazione lavorativa e per l'inserimento socio-lavorativo", approvato con deliberazione n. 196 dd. 10/06/2006.

---

I tirocini formativi di cui alla L.R. 18/2005, invece, sono stati complessivamente 241 nel corso del 2011, 211 nel corso del 2012 e 268 nel corso del 2013. In entrambi i casi si evidenzia un incremento nel corso del triennio. Considerando la loro distribuzione sul territorio regionale, si può notare come i tirocini di cui alla L.R. 18/2005 vengano realizzati nella maggior parte dei casi nella provincia di Trieste (per più del 60% nel 2013) e in misura molto inferiore nelle restanti province. I tirocini previsti dalla L.R. 41/1996, invece, vedono la maggior diffusione nelle province di Udine (circa il 35%) e Pordenone, seguite da quella di Trieste e da quella di Gorizia.

Considerando l'andamento nel corso del triennio, si registra una crescita significativa e costante pari al 40% circa per i tirocini L.R. 18/2005 e una leggera diminuzione per i tirocini L.R. 41/1996 che, dopo l'aumento dal 2011 al 2012, nel 2013 riportano un calo di circa il 4%. Un altro settore finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia per garantire la sostenibilità economica, il rinnovamento e l'innovazione dei servizi è quello dell'agricoltura sociale, intesa come risultato di una sinergia tra organizzazioni agricole e terzo settore in una prospettiva di sviluppo di un nuovo welfare di comunità. In tale prospettiva, sono state realizzate esperienze di **fattorie sociali**, sia nell'ottica della differenziazione del servizio offerto da aziende agricole già esistenti, sia come esito del lavoro in agricoltura promosso dalle cooperative sociali al fine di dar vita a reti sociali entro cui i soggetti deboli possano trovare risposta ai bisogni di inclusione socio-lavorativa e di autonomia abitativa. Tutte le AAS stanno oggi sperimentando nuovi percorsi di welfare locale basati sul principio di sussidiarietà e costituiscono, assieme a Comuni, aziende agricole e cooperative sociali, una rete per promuovere opportunità di inclusione sociale in ambito agricolo. Uno degli obiettivi prioritari attribuiti alle AAS nell'ambito della sperimentazione ha riguardato la ricognizione della normativa nazionale in materia di agricoltura sociale finalizzata all'elaborazione di una bozza di disegno di legge regionale in materia di agricoltura sociale.

## 7.5 L'Amministrazione di sostegno

L'Amministrazione di sostegno è un istituto giuridico introdotto nel codice civile con la legge 6/2004<sup>77</sup> a tutela della persona che per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

---

<sup>77</sup> Legge 9 gennaio 2004, n. 6 «Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali».

---

A sostegno di questa persona, che presenta condizioni di fragilità e vulnerabilità nel contesto sociale, si prevede la possibilità della nomina, tramite decreto, da parte del Giudice tutelare del luogo di sua residenza o domicilio, di una particolare figura denominata “amministratore di sostegno”.

Per le funzioni che esercita, questa particolare figura di sostegno viene a configurarsi come positiva risorsa di aiuto verso le persone in difficoltà; è in tale contesto che l'amministratore può interagire con i Servizi sociali professionali i quali, a loro volta, possono essere chiamati, eventualmente assieme ai servizi sanitari, a favorire l'avvio del procedimento di nomina presso gli organi della magistratura civile. La rilevanza assegnata a questo particolare istituto giuridico ha portato la Regione ad approvare la legge regionale 16 novembre 2010, n. 19 «*Interventi per la promozione e la diffusione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli*», cui è stata data attuazione con il Regolamento adottato con D.P.Reg. n. 190/Pres. dd. 2 agosto 2011.

Tale legge prevede che la Regione sostenga e promuova la realizzazione di una serie di interventi volti alla conoscenza dell'istituto e alla sua diffusione sul territorio regionale, nonché alla messa in rete delle esperienze maturate e alla sistematizzazione dei dati pervenuti a livello regionale relativamente agli interventi effettuati ai fini del monitoraggio sull'attuazione della normativa approvata. I Comuni sono chiamati a concorrere all'attuazione degli interventi volti alla conoscenza dell'istituto e alla sua diffusione sul territorio regionale per il tramite del SSC.

La normativa regionale prevede anche interventi di carattere finanziario finalizzati al sostegno di azioni di sensibilizzazione e di formazione, all'istituzione e gestione di appositi “sportelli di promozione e supporto all'istituto dell'amministratore di sostegno”, al rimborso degli oneri sostenuti dagli amministratori di sostegno per la stipula dell'assicurazione per la responsabilità civile connessa con l'incarico ricoperto. Per il solo primo anno di attuazione della legge, era stato previsto il sostegno alle associazioni già operanti sul territorio per la promozione della figura dell'amministratore di sostegno.

Oltre a questo, è prevista l'istituzione a cura degli Enti gestori del SSC di elenchi delle persone disponibili a svolgere l'incarico di amministratore di sostegno da mettere a disposizione dell'autorità giudiziaria competente alla nomina, elenchi che, raccolti annualmente, vanno a formare l'Elenco regionale di codesti soggetti. Sempre a livello regionale è istituito il Registro regionale dei soggetti del privato sociale interessati alla protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia.

Nel triennio 2011-2013 gli Enti gestori del SSC, avvalendosi di soggetti del privato sociale, - a fronte di una spesa complessiva coperta da contributo regionale di euro 207.752,36 - hanno realizzato:

- iniziative di sensibilizzazione con l'obiettivo di far conoscere e promuovere l'istituto dell'amministratore di sostegno rivolte sia alla generalità della popolazione sia a specifiche figure professio-

---

nali (assistenti sociali, operatori sociosanitari e sanitari, avvocati,...) e ad associazioni e organizzazioni del privato sociale;

- percorsi di formazione per le persone che intendono svolgere la funzione di amministratore di sostegno o che già operano come amministratori di sostegno;
- campagne pubblicitarie a mezzo stampa e altri media;
- la produzione e la distribuzione di materiale informativo.

Nello stesso periodo gli Enti gestori del SSC hanno utilizzato € 378.638,15 per l'istituzione e la gestione di sportelli per la promozione e il supporto all'istituto dell'amministrazione di sostegno. Tutti gli Enti gestori che hanno attivato sportelli hanno affidato la loro gestione a soggetti iscritti nel Registro regionale dei soggetti del privato sociale interessati alla protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, utilizzando lo schema di convenzione/protocollo d'intesa tipo allegato al Regolamento di attuazione della legge regionale 16 novembre 2010, n. 19 «*Interventi per la promozione e la diffusione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli*».

Per l'anno 2014 la Regione ha concesso agli Enti gestori del SSC che ne hanno fatto richiesta € 78.000,00 per le attività di promozione ed € 209.999,86 per l'istituzione e la gestione di sportelli. Nell'Elenco regionale dei soggetti disponibili a svolgere l'incarico di amministratore di sostegno, risultante dalla raccolta degli elenchi locali trasmessi nell'anno 2014 dagli Enti gestori del SSC, risultavano iscritti 188 soggetti, mentre i soggetti iscritti nel Registro regionale dei soggetti del privato sociale interessati alla protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, sempre a fine 2014, risultavano nel numero di 12 di cui 8 con sede in provincia di Pordenone, 3 in quella di Udine e 1 in provincia di Trieste.

## 7.6 Considerazioni d'insieme

L'insieme di interventi e servizi sopra descritti consente alla Regione di fornire una risposta rilevante e qualificata alle persone con disabilità e alle loro famiglie.

Permangono tuttavia alcune lacune e criticità che richiedono di essere colmate e superate, anche alla luce del cambiamento nei bisogni espressi dalla popolazione regionale con disabilità e della maggior consapevolezza che la stessa ha acquisito in merito ai propri diritti e alla possibilità di renderli esigibili in termini di autonomia e inclusione sociale. La normativa di riferimento, infatti, se un tempo poteva considerarsi all'avanguardia, risulta oggi alquanto superata e non ancora allineata alla terminologia internazionale.

---

Da innovare risultano gli interventi messi in campo da alcuni servizi, in particolare quelli diurni e semiresidenziali, che non mostrano di rispondere in modo del tutto appropriato alle diverse caratteristiche ed esigenze degli utenti e delle loro famiglie. Rispetto al fabbisogno assistenziale espresso in regione, infatti, l'insieme delle strutture residenziali e semiresidenziali presenti consente di garantire una risposta adeguata dal punto di vista quantitativo ma piuttosto strutturata e poco diversificata dal punto di vista della tipologia e dell'appropriatezza degli interventi. Come descritto in precedenza, la residenzialità si sta confrontando con l'invecchiamento dell'utenza accolta, che richiede una revisione dei setting assistenziali mentre la semiresidenzialità riguarda disabili giovani e adulti che esprimono esigenze di autonomia e di coinvolgimento.

Si rende pertanto necessario ripensare e ridefinire l'insieme dell'offerta semiresidenziale e residenziale, arricchendola e diversificandola in modo da poter rispondere più adeguatamente a queste esigenze che richiedono modelli residenziali diversi dal punto di vista strutturale, organizzativo e gestionale.

Le sperimentazioni in atto sul versante dell'autonomia abitativa stanno portando risultati interessanti che devono però essere ancora approfonditi soprattutto al fine di riprodurre in altri contesti i modelli adottati.

Un'analoga innovazione si ritiene di dover operare all'interno dei CSRE la cui offerta di attività riabilitative, educative e di socializzazione non è pienamente adeguato alle esigenze dei suoi utenti, in particolare adolescenti e giovani adulti.

La scarsa integrazione con la scuola e col mercato del lavoro, non consente sempre ai CSRE di operare efficacemente ai fini dell'inserimento sociale e lavorativo dei loro utenti.

È per questo che nell'ambito della pianificazione di zona 2013-2015 è stato intrapreso un percorso di riqualificazione del CSRE che, partendo da una valutazione del fabbisogno dell'utenza, porti a rivedere i requisiti di dotazione strutturale e di personale di queste strutture per definire un sistema di offerta adattabile alle esigenze dei soggetti per bisogni, intensità di assistenza e di frequenza, e per promuovere l'individuazione di soluzioni innovative e alternative o integrative dei centri diurni maggiormente in grado di sviluppare, in continuità educativa con la scuola e la famiglia, percorsi di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari (ricreativi, culturali, sportivi, occupazionali, ...).

Tali percorsi, capaci di favorire reali processi di autonomia e inclusione, sociale registrano significative difficoltà, in parte dovute alla crisi economica che restringe le disponibilità all'accoglienza e alla sperimentazione da parte delle organizzazioni sociali e produttive operanti sul territorio regionale, determinando un limitato sviluppo di progettualità locali in grado di creare opportunità di inclusione realmente sostenibili e capaci di dar vita anche a forme di autentica economia sociale.

In tal senso si pone l'esigenza di rinnovare qualitativamente il sistema degli appalti, ridefinendo in particolare forme e modalità di rapporto tra la cooperazione sociale e i soggetti titolari della funzione erogatoria dei servizi e delle prestazioni.

---

Da ultimo, la mancata definizione delle modalità attuative dei LEA socio-sanitari fa sì che il finanziamento del sistema sia per circa il 60% in carico alla Regione (Direzione Politiche sociali) e ai Comuni senza un intervento economico da parte delle AAS.

Su questa materia pertanto, le azioni che si prevede di dover adottare a livello regionale riguardano:

- la piena applicazione dei LEA sull'integrazione socio-sanitaria;
- il sistema di finanziamento più orientato alla persona che alla struttura;
- l'adeguamento della normativa di riferimento (la L.R. 41/1996) e delle disposizioni per le procedure di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture (DPGR 083/90);
- il rinnovo dei sistemi di appalto, ridefinendo le forme e le modalità di rapporto con la cooperazione e i soggetti erogatori;
- lo sviluppo della progettualità territoriale attraverso l'economia sociale per aumentare l'inclusione lavorativa;
- la riqualificazione e la riorganizzazione dei Centri Socio Riabilitativi ed Educativi diurni (CSRE) come proposto anche dal Piano di Zona e delle Strutture Residenziali.







8

# Le risorse umane



---

## Capitolo 8

### Le risorse umane

Cercare di descrivere e quantificare l'insieme delle risorse umane impiegate nel sistema dei servizi e interventi sociali non è semplice. Richiede, infatti, di entrare in ognuno dei quattro sottosistemi che lo compongono e che, come si è cercato di evidenziare nei capitoli precedenti, comprendono una pluralità di soggetti il cui personale viene registrato dal SISS con strumenti e modalità di rilevazione non sempre omogenee. La descrizione che segue fa riferimento a:

- la rilevazione sul personale del Servizio sociale dei Comuni, che registra il numero di operatori per professione impiegati con rapporto di dipendenza e di collaborazione nei vari ambiti distrettuali, anno 2013;
- la rilevazione del personale operante nei presidi residenziali e semiresidenziali svolta dalla Regione contestualmente alla rilevazione ISTAT, anno 2012;
- la rilevazione regionale sulla comunità per minori fuori famiglia, anno 2013.

Il personale del SSC si è sostanzialmente attestato su 2.800 unità. Nel 2013, infatti, registra complessivamente 2.808 unità, 31 in più rispetto al 2011 quando ne contava 2.777 e 86 in meno rispetto al 2009 quando erano 2.894<sup>78</sup>.

Si tratta in prevalenza di personale che fa capo a soggetti esterni al SSC e operanti con esso in regime di appalto o convenzione. Questa modalità di rapporto riguarda, infatti, il 66% del personale del 2011 (1.829 operatori) e il 68% di quello del 2013 (1.912 operatori).

A livello locale il processo di esternalizzazione interessa in modo diverso i SSC, coinvolgendo in misura decisamente superiore alla media regionale quelli di Duino (82,2%), Alto Isontino (87,6%), Cividale (74,0%), Cervignano (74,8%), San Daniele (73,8%) e Latisana (71,5%). Diversamente i contesti nei quali la presenza di personale interno risulta significativamente superiore rispetto alla media regionale sono quelli di Sacile (51%), San Vito (38,9%), Trieste (38,7%), Tarcento (37,8%), Codroipo (36,9%).

Il personale interno (dipendente e collaboratore a progetto) al SSC si attesta su circa 900 unità: contava 948 operatori nel 2011 e ne conta 896 nel 2013 (52 unità in meno).

La componente più rilevante di questa parte di personale è rappresentata dagli assistenti sociali che, con 401 unità nel 2011 e 392 (338+38 Coordinatori +16 Responsabili SSC) unità nel 2013, coprono circa un

---

<sup>78</sup> Va tenuto presente che il dato riferito al personale in carico al SSC non tiene conto della tipologia di contratto, se a tempo parziale o a tempo pieno, ma unicamente del numero di operatori "impiegati" nel corso dell'anno di rilevazione.

---

terzo del personale interno. Si tratta in prevalenza di assistenti sociali impegnati nel lavoro diretto con l'utenza: 363 unità nel 2011 e 338 nel 2013. Gli assistenti sociali che svolgono funzioni di coordinamento sono 38 in entrambi gli anni, mentre quelli che svolgono funzioni di Responsabile del SSC sono 14 nel 2011 e 16 nel 2013. Nei restanti casi questa funzione è stata (e viene) svolta da funzionari o dirigenti già presenti nell'organico dell'ente gestore o da professionisti esterni chiamati appositamente a svolgere tale ruolo.

Mentre gli assistenti sociali con funzioni di coordinamento e di responsabilità del SSC sono rimasti sostanzialmente stabili nel corso del biennio, quelli con funzioni dirette nei confronti dell'utenza hanno subito un calo di 25 unità. Questa diminuzione si accompagna però a un leggero aumento degli assistenti sociali in capo ai soggetti esterni al SSC, che passano da 20 nel 2011 a 32 nel 2013. Sommati a quelli interni, portano il totale degli assistenti sociali con funzioni dirette nei confronti dell'utenza nel 2013 a 370 unità.

Il rapporto degli assistenti sociali sulla popolazione supera lo standard di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti previsto dalla L.R. 33/1988, vedendo a livello regionale all'incirca 1 assistente sociale ogni 3.000 abitanti (0,33‰), seppure con leggere differenze territoriali. Dal confronto tra i diversi SSC emerge che l'incidenza degli assistenti sociali sulla popolazione è leggermente più elevata nei territori di Cervignano (0,47‰), Duino (0,43‰) e Muggia (0,42‰) e leggermente più bassa nei territori di San Daniele (0,25‰), Azzano X (0,26‰), Pordenone (0,27‰), Alto (0,27‰) e Basso Isontino (0,28‰).

Il secondo gruppo più numeroso di personale alle dipendenze dell'ente gestore del SSC è rappresentato dal personale di assistenza con oltre cento unità di operatori sociosanitari (OSS) e circa altrettante di ADEST. In questo caso il trend mostra una sostanziale stabilità degli OSS (112 nel 2011 e 118 nel 2013) e un leggero calo degli ADEST (103 nel 2011 e 90 nel 2013), che può essere almeno in parte attribuito ai processi di qualificazione di questa figura professionale attuati a livello regionale. Contrariamente a quanto rilevato per gli assistenti sociali, in questo caso il rapporto tra personale dipendente e comunque direttamente riferito al SSC e quello in capo a soggetti esterni è sbilanciato a favore di questi ultimi.

Gli OSS alle dipendenze da soggetti esterni che collaborano con i SSC, infatti, sono 192, ossia il 63,2% del totale degli OSS impegnati coi SSC in regione nel 2011 e salgono a 277 vale a dire al 70,1% nel 2013 (a fronte di un passaggio del numero di Adest da 76 a 60 tra il 2011 e il 2013).

Si tratta di un dato che conferma tanto la consistenza dell'apporto dei soggetti esterni, quanto l'impatto dei processi di qualificazione sopra richiamati. Questi ultimi, infatti, stanno interessando soprattutto i soggetti esterni che operano coi SSC nell'erogazione dei servizi assistenziali ed educativi. Nel 2011 nei servizi assistenziali erano coinvolti complessivamente 906 operatori, di cui il 70% circa (638 unità) faceva capo a soggetti esterni e il restante 30% (268 unità) risultava dipendente o collaboratore dei SSC. Il rapporto si mantiene sostanzialmente stabile anche nel 2013, con 658 (71%) operatori in capo a soggetti esterni e 268 (29%) in capo ai SSC.

---

L'impatto del processo di qualificazione emerge dall'incremento degli operatori in possesso della qualifica di OSS e dalla diminuzione di quelli con altri titoli di assistenza o senza qualifica.

Gli operatori con qualifica OSS, infatti, rappresentano il 33,5% del personale dedicato all'assistenza nel 2011 e salgono al 42,5% nel 2013.

Tutti gli operatori con altri titoli, invece, dal 2011 al 2013 registrano una diminuzione: gli ADEST scendono dal 19,8% al 16,1%, gli OTA calano dallo 0,8% allo 0,4%, gli operatori in possesso delle competenze minime scendono dal 25,9% al 24,8%, e gli addetti all'assistenza senza qualifica o con altri titoli calano dal 20,0% al 16,2%. A livello locale si registra una presenza ancora consistente di personale di assistenza alle dipendenze dell'ente gestore del SSC negli ambiti di Trieste (circa il 66%), Gemona (circa il 30%), Tarcento (100%), Azzano Decimo (circa il 33%) e Pordenone (circa il 65%).

Il terzo gruppo più numeroso di personale alle dipendenze dell'ente gestore del SSC è rappresentato dagli amministrativi che contano 171 unità nel 2011 e 148 unità nel 2013. Anche in questo caso, come per gli assistenti sociali, la diminuzione (-23 unità) delle unità direttamente in carico ai SSC è accompagnata da una crescita di 19 unità della quota in esternalizzazione, che passa da 19 a 38 operatori.

Per certi aspetti analoga è la situazione che si riscontra nell'ambito dei servizi di tipo educativo (comprensivi degli interventi di animazione sociale) - ossia il servizio socio educativo e, in particolare, le comunità di accoglienza per minori fuori famiglia - che prevedono l'impiego di figure educative. Anche in questo caso si tratta di servizi la cui gestione viene affidata nella maggior parte dei casi a soggetti esterni ai SSC, che assorbono quindi la maggior parte del personale con funzioni educative: il 96,6% nel 2011 e il 97,7% nel 2013.

Si tratta di 995 operatori nel 2011 e 1.001 operatori nel 2013. Nella maggior parte dei casi sono educatori privi della laurea specifica e in possesso di titoli diversi tra loro piuttosto differenziati. Accanto a una minoranza in possesso della laurea in scienze dell'educazione vi sono infatti operatori con laurea in lettere, in psicologia, in pedagogia o altre discipline; sono altresì presenti operatori con diploma di scuola secondaria di secondo grado o con titolo di educatore conseguito a seguito di specifici percorsi di formazione professionale.

Gli educatori col titolo di laurea in educazione professionale, infatti, erano 240 nel 2011 e sono 267 nel 2013, rispettivamente pari al 24,1% e al 26,7% del totale. Registrano, quindi, una crescita di 27 unità. Gli educatori con altro titolo, invece, erano 738 nel 2011 (pari al 74,2%) e scendono a 666 unità con un calo di 72 unità nel 2013. Nonostante la diminuzione, gli educatori senza una qualificazione adeguata nel 2013 continuano a rappresentare la maggior parte degli operatori che svolgono funzioni educative nei servizi, con una quota pari al 66,5%.

Alla figura dell'educatore si affianca infine quella dell'animatore presente con 17 unità nel 2011 (1,7% rispetto al totale degli operatori con funzioni educative) e 68 nel 2013 (6,8%).

---

Nel settore dei servizi educativi si sta quindi assistendo a un sia pur lento processo di professionalizzazione attraverso l'immissione nei servizi della figura dell'educatore con laurea in educazione professionale. Ciò che non risulta ancora avviato, invece, è il processo di riqualificazione del personale educativo privo di un adeguato curriculum formativo e già da tempo impiegato nei servizi. Il rapporto tra educatori professionali qualificati ed educatori con altri titoli o senza qualifica continua pertanto a essere sbilanciato a favore di questi ultimi. Le altre figure professionali presenti nei servizi, infine, sono quelle dello psicologo, del pedagogo e del sociologo. Queste ultime due figure sono rappresentate rispettivamente da cinque unità, due di sociologo e tre di pedagogo "interne" ai SSC.

La figura dello psicologo, invece, conta complessivamente 26 unità di cui 17 direttamente operanti nei SSC (con forme diverse di collaborazione) e 9 presenti nelle organizzazioni esterne pur collaboranti coi SSC. Nel 2011 questa figura era presente con quattro unità in più, ossia trenta psicologi di cui 19 "interni" ai SSC e 11 "esterni".

In entrambi gli anni la maggior parte degli psicologi "interni" si trova ad operare nei SSC della provincia di Pordenone: nel 2011, infatti, gli psicologi impegnati in questi SSC risultavano 11 e nel 2013 salgono a 13. Nei restanti casi, si trovano ad operare nei SSC della provincia di Udine dove nel 2013 vedono due unità nel SSC di Cervignano e una in quelli di Codroipo e di Cividale. Tra i SSC del pordenonese spicca quello di Azzano Decimo che già nel 2011 aveva sei psicologi direttamente coinvolti e nel 2013 ne ha otto.

Presso ciascuno dei SSC di San Vito al Tagliamento e di Maniago, risultano impegnati nel 2013 due psicologi, mentre in quello di Pordenone ne risulta operativo uno solo. Gli psicologi impegnati in organizzazioni esterne convenzionate sono presenti nei SSC di Cervignano, Udine, Carnia, Alto Isontino, Trieste e Duino Aurisina. Dopo il SSC di Azzano Decimo, quello Cervignano con due psicologi "esterni" e due "interni" al SSC risulta quello con la maggior presenza di questa figura.

Dalla lettura dei dati relativi al personale direttamente gestito dai SSC emergono ulteriori aspetti interessanti che meritano di essere approfonditi in ragione delle criticità emergenti dalla rilevazione. Una prima osservazione riguarda la consistenza della dotazione organica impegnata nei diversi SSC, vale a dire il numero e la tipologia di personale di cui, indipendentemente dall'ampiezza del bacino di popolazione e di utenza, un SSC intende dotarsi.

Considerando, ad esempio, il SSC di Muggia si può notare che, pur avendo una popolazione la cui entità è di poco superiore a un quarto della popolazione di riferimento al SSC Alto Isontino e con un'utenza in carico di un terzo, presenta circa lo stesso numero di operatori "interni" al SSC (20 Muggia; 23 Alto Isontino; mentre il confronto tra operatori "esterni" vede un rapporto di 1: 4 a favore dell'Alto Isontino). Questo rapporto sta a indicare approcci organizzativo-gestionali significativamente diversi, con relativi costi unitari

---

assai differenti; aspetto che andrebbe attentamente considerato soprattutto in una prospettiva di miglior razionalizzazione della spesa.

Un'ulteriore osservazione porta a cogliere come, in alcuni SSC, a fronte di entità molto vicine di personale e di spesa ad esso dedicato venga gestita una gamma diversa di attività delegate. I territori di Latisana e Cervignano, pur avendo in gestione una delega più ampia dei territori di Gemona e Carnia, impiegano risorse personali e finanziarie molto simili a questi ultimi. Questa situazione si può ricondurre in parte al diverso peso delle modalità di gestione dei servizi erogati - gestione diretta piuttosto che esternalizzata - in parte a differenze inerenti la tipologia di attività delegate e alle conseguenti diverse caratteristiche delle risorse professionali impiegate - personale amministrativo, di assistenza, assistenti sociali.

In coerenza con la rappresentazione "allargata" del sistema sopra illustrata si può tentare di quantificare l'insieme degli operatori sociali impiegati nei servizi che lo compongono, attingendo alle diverse rilevazioni che se ne occupano. Nello specifico si tratta della rilevazione Istat sui presidi residenziali socio assistenziali e sociosanitari, della rilevazione del SISS regionale sulle professioni sociali dei SSC, sul personale delle comunità di accoglienza per minori fuori famiglia, dei servizi alla prima infanzia e dei centri diurni per disabili.

Nelle **comunità di accoglienza per minori fuori famiglia**, al 31/12/2013, risultano impiegati complessivamente 273 operatori. Per il 60% si tratta di educatori: 74 con laurea in educazione professionale e 88 con altri titoli. A queste figure vanno aggiunti 3 coordinatori anch'essi educatori e 33 responsabili, per lo più educatori o in alcuni casi psicologi. La figura dello psicologo è presente in 9 situazioni e quella dell'animatore in 3. Il personale con funzioni amministrative o di addetto ai servizi conta 57 unità, mentre il personale ausiliario conta 5 unità e quello infermieristico una.

Gli operatori impiegati nei **centri diurni per la disabilità**, invece, nell'ultima rilevazione disponibile (31/12/2012)<sup>79</sup> ammontano a 706 unità, in prevalenza con funzioni educative (337 unità) e assistenziali (231 unità) e in misura più contenuta con funzioni sanitarie (63 unità) e direzionali o amministrative (75 unità). Nello specifico, le funzioni educative sono svolte da 41 educatori professionali, 81 educatori con altra qualifica, 212 educatori senza qualifica e 3 animatori, e quelle assistenziali sono svolte da 130 OSS, 11 Adest, 7 OTA, 27 addetti all'assistenza con competenze minime assistenziali e 56 addetti all'assistenza senza qualifica o con altri titoli. Seguono le figure di tipo sanitario (26 tra infermieri, fisioterapisti, psicomotricisti, logopedisti, 9 medici, 25 psicologi), quelle dirigenziali (36 direttori, 9 responsabili organizzativi/gestionali e 3 responsabili igienico-sanitari) e quelle amministrative (27 impiegati).

Nelle **strutture residenziali per la disabilità**, invece, all'ultima rilevazione disponibile (31/12/2012)<sup>80</sup>, si contano 1.028 unità. Si tratta per circa la metà (535 unità) di operatori di assistenza e, in particolare, di OSS

---

<sup>79</sup> Fonte: Rilevazione 2012 Istat e Regione FVG, dati riferiti a 75 centri su 91 totali.

<sup>80</sup> Fonte: Rilevazione 2012 Istat e Regione FVG, dati riferiti a 51 strutture su 60 totali.

---

(193 unità), di operatori in possesso delle competenze minime per l'assistenza (135 unità), di Adest/Ota (81 unità) e di personale senza qualifica (87 unità) o di personale con altri titoli (36 unità). Il personale educativo conta 192 educatori, di cui 32 in possesso del titolo di educatore professionale e i restanti 160 con altri titoli, e 7 animatori. Seguono le figure di tipo sanitario (26 medici e 28 psicologi), quelle amministrative (43 unità) e quelle di direzione (65 direttore, 10 responsabile organizzativo e 7 responsabile igienico).

Nelle **strutture residenziali per anziani**<sup>81</sup>, infine, nel 2013 risultano impiegati complessivamente 4.247 operatori di assistenza di base di cui 3.109 a tempo parziale e 1.138 a tempo pieno. Nello specifico si tratta complessivamente di 1.755 OSS, 261 Adest/Ota, di 1.807 operatori in possesso delle competenze minime per l'assistenza e di 424 operatori senza qualifica. Gli animatori, invece, sono complessivamente 265, di cui 190 impiegati a tempo pieno e 75 a tempo parziale.

Il personale di assistenza rappresenta la componente più rilevante degli operatori impiegati in queste strutture, dove comunque si registra in particolare anche la presenza di personale infermieristico (1.021 unità), oltre che fisioterapico (283 unità) e medico (68 unità).

Nei **nidi e nei servizi integrativi per la prima infanzia**, infine, nel 2013 si contano complessivamente 1.622 operatori, di cui 1.131 educatori e 491 ausiliari. Si tratta di 866 operatori di strutture pubbliche e di 756 operatori di strutture private.

## 8.1 Considerazioni d'insieme

Da uno sguardo d'insieme sulle diverse tipologie di personale - "interno o esterno" ai SSC si può rilevare che:

- il personale direttamente impiegato dai SSC si mantiene sostanzialmente stabile;
- i processi di esternalizzazione che già da tempo hanno interessato i servizi assistenziali ed educativi si mantengono costanti e pare comincino a coinvolgere anche l'esercizio di funzioni amministrative e di quelle proprie del servizio sociale professionale;
- il processo di qualificazione intrapreso dalla Regione nei confronti del personale di assistenza comincia a mostrare i suoi positivi effetti, stante l'incremento del numero di operatori con qualifica OSS nei servizi assistenziali;
- risulta, invece, ancora da avviare nel contesto dei servizi dedicati ai minori, alle persone con disabilità e alle persone anziane la riqualificazione degli operatori che svolgono funzioni educative con

---

<sup>81</sup> Fonte: SIRA-FVG, "Offerta residenziale", anno 2013, dati riferiti a 179 strutture su 194 totali.

---

riferimento alla figura dell'educatore professionale e di quelle che svolgono funzioni di animazione con riferimento alla figura dell'animatore sociale che di conseguenza registrano ancora quote consistenti di operatori privi delle qualifiche ritenute necessarie per svolgere funzioni le citate funzioni.



Le risorse  
finanziarie  
DEL sistema  
DI PROTEZIONE  
sociale



---

## Capitolo 9

### Le risorse finanziarie del Sistema di Protezione sociale

L'unica rilevazione ufficiale disponibile relativa alla spesa per interventi e Servizi sociali è rappresentata dall'indagine annuale condotta dall'ISTAT, che censisce con apposite schede la spesa sostenuta dai Comuni singoli, dai Comuni associati (nel caso regionale i 19 enti gestori del Servizio sociale dei Comuni) e dagli Enti delegati dai Comuni (nel caso regionale, per il settore della disabilità, i Consorzi CISI e CAMP, le ex Aziende Sanitarie 3, 4 e 6 e il Comune di Trieste "convenzionato" con i Comuni degli ambiti territoriali di Muggia e di Duino Aurisina).

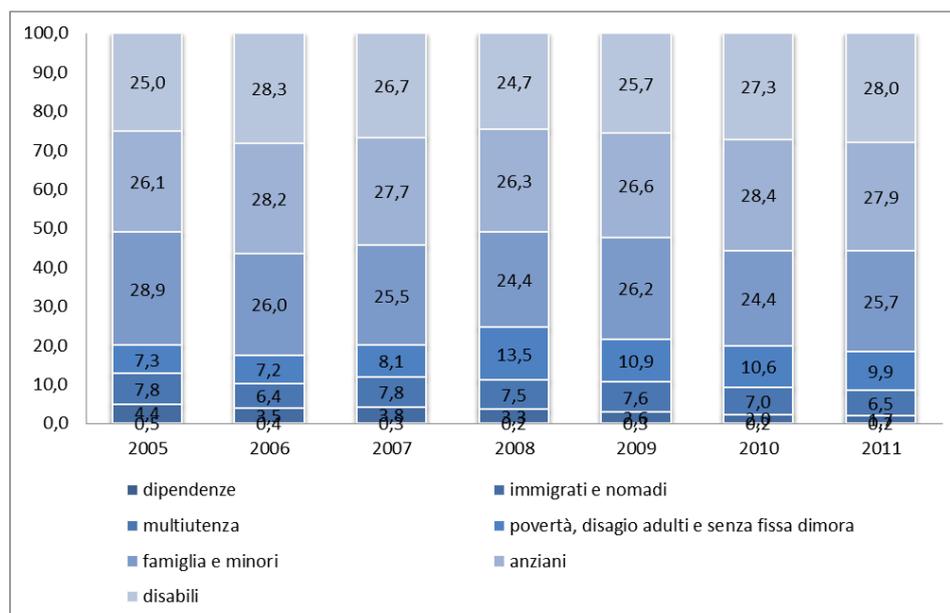
L'ultima rilevazione ISTAT resa nota riguarda l'anno 2011 ed evidenziava, per il FVG, una spesa di € 286.346.968,00 a cui andavano sommati € 63.492.102,00 rappresentati dalla compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. L'indagine evidenziava come la spesa media annua per abitante ponesse la regione Friuli Venezia Giulia tra i primi posti rispetto all'insieme delle regioni italiane, superata solamente dalle Province Autonome di Trento e Bolzano e dalla Valle d'Aosta, con una spesa pro capite di € 231,70 a fronte di una spesa pro capite nazionale di € 115,70.

Mettendo a confronto l'evoluzione dell'entità della spesa sostenuta dal 2005 al 2011, la regione Friuli Venezia Giulia presenta un costante incremento, pari al 33,9%, contro un incremento nazionale del 18,1%.

In questi sette anni la composizione della spesa rilevata dall'Istat per area di utenza mostra un andamento piuttosto stabile, con una netta prevalenza delle categorie dei disabili, degli anziani e della famiglia e minori. Ognuna di queste aree copre più o meno un quarto della spesa complessiva, nel 2011 infatti il 28% (€ 80.116.935,00) ha riguardato l'area della disabilità, il 27,9% (€ 79.956.024,00) l'area degli anziani e il 25,7% (€ 73.681.753,00) l'area famiglia e minori. In merito alla spesa rimanente, prevale l'area della povertà e del disagio che copre il 9,9% della spesa complessiva (€ 28.369.114,00), l'area della multiutenza che copre il 6,5% (€ 18.678.849,00) e solo in maniera marginale l'area degli immigrati e nomadi con l'1,7% (€ 4.967.732,00) e l'area delle dipendenze con lo 0,2% (€ 576.561,00). Comparando questi dati a livello nazionale emerge che nella regione FVG c'è una minore incidenza della spesa riferita all'area famiglia e minori (25,7% regione vs 40% Italia), compensata da una maggiore spesa relativa all'area disabilità (28% regione vs 23,2% Italia) e soprattutto all'area degli anziani (27,9% regione vs 19,8% Italia).



Grafico 9.1 – Serie storica spesa per servizi e interventi sociali per area di utenza – anni 2005-2011; dato %



Fonte: elaborazione su dati Istat

Rimanendo sempre in tema di spesa (ISTAT), è interessante la suddivisione per macro categoria di intervento che nel 2011 ha riguardato soprattutto i trasferimenti in denaro come i contributi economici, i sussidi e le integrazioni al reddito per un ammontare pari a € 100.654.199,00. Si tratta di un dato in costante crescita negli ultimi anni con un incremento in termini percentuali rispetto al 2008 del 32%.

La spesa per gli interventi e i servizi nel 2011 è stata di € 80.697.170,00, in aumento del 6% rispetto all'anno precedente, e la spesa per le strutture è stata di € 86.471.838,00, in leggero calo di 3 punti percentuali rispetto all'anno prima. I servizi generali, infine, hanno registrato una spesa di € 18.523.761,00.

In merito alla categoria di spesa dedicata agli interventi e ai servizi, nel 2011 la voce principale ha riguardato l'assistenza domiciliare con € 32.438.828,00 seguita da quella relativa ai servizi educativo/assistenziali con € 23.117.034,00 e da quella relativa al servizio sociale professionale, che ha inciso con la cifra di € 17.819.993,00. In merito alla spesa dedicata alla categoria delle strutture, nel 2011 sono stati spesi € 53.749.771,00 per centri e strutture semi-residenziali e € 32.722.067,00 per strutture residenziali. Infine, la spesa per la categoria dei servizi generali ha riguardato quasi totalmente le azioni di sistema e le spese di organizzazione per un ammontare pari € 15.461.738,00.

Il perimetro della rilevazione ISTAT, tuttavia, non è esaustivo di tutta la spesa per servizi e interventi sociali in quanto non comprende la quota di spesa erogata dalla Regione a soggetti diversi da quelli citati (contributi a specifiche categorie di utenti, a soggetti privati e ai diversi organismi del privato sociale, ecc.), la spesa privata degli utenti per l'acquisto di servizi verso soggetti privati (nidi privati, badanti, ecc.) e la compar-

---

tecipazione alla spesa che gli utenti sostengono per l'ospitalità in strutture residenziali per anziani non comunali nonché, soprattutto, la spesa assistenziale garantita dallo Stato attraverso l'INPS.

In quest'ultimo caso dal "Bilancio Sociale INPS Friuli Venezia Giulia anno 2013" si può dedurre, innanzitutto, l'ammontare delle "prestazioni assistenziali", che è stato pari a 326,4 milioni di euro<sup>82</sup>. Per quanto ingente, esso rappresenta, peraltro, solo il 5,15% del bilancio complessivo dell'Ente, con riferimento al FVG, che è stato pari a 6.333,3 milioni di euro. Tali prestazioni riguardano le pensioni di invalidità, le pensioni e gli assegni sociali e le indennità di invalidità, tra cui quelle di invalidità civile che assumono particolare importanza.

Ritenendo indispensabile fornire un quadro delle risorse complessivamente impiegate nel settore sociale regionale nel 2013 si è cercato, pertanto, di delineare una rappresentazione d'insieme, sebbene questo sia possibile solo operando "stime" su alcune componenti di spesa non diversamente censibili, quali la componente privata.

## 9.1 La spesa sociale nel Friuli Venezia Giulia

La spesa sociale sostenuta dalla Regione e dagli Enti Locali nell'anno 2013 viene "stimata" sui 442 milioni di euro; essa è suddivisibile in due grandi aggregati:

- la spesa regionale, considerata non solo nelle poste di bilancio relative all'Assessorato salute e politiche sociali, complessivamente pari a 267 milioni di euro, ma anche in alcuni capitoli di bilancio di "carattere sociale" relativi agli Assessorati alle Infrastrutture, al Lavoro e alla Cultura, pari a ulteriori 28 milioni di euro, ammontando dunque a un totale di 295 milioni di euro.

Tali risorse hanno come beneficiari principali i Comuni singoli (per complessivi 33,3 milioni di euro), i Servizi sociali dei Comuni (per un totale di 137,2 milioni di euro), gli Enti delegati dai Comuni per il settore delle strutture residenziali per disabili (36,5 milioni di euro), i soggetti (pubblici e privati) che gestiscono le strutture residenziali e i centri diurni per anziani (47 milioni di euro di abbattimento retta) per il tramite delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria. Quote minori dell'importo totale sono poi destinate ad altri soggetti pubblici (quali Province e Ater), privati e soggetti del terzo settore, ad Associazioni di utenti e a singoli utenti;

---

<sup>82</sup> La spesa INPS è stata già trattata in precedenza nel capitolo 3.



- 
- la spesa comunale, pari a 147 milioni di euro (stimata in parte), a sua volta ripartita tra risorse impiegate per servizi e interventi gestiti direttamente e risorse trasferite nel 2013 ai Servizi sociali dei Comuni (25,3 milioni di euro) e agli Enti delegati per la disabilità (26,4 milioni di euro).

Di detta spesa 45,1 milioni di euro sono coperti da finanziamenti regionali e 101,9 milioni di euro sono rappresentati da risorse proprie (prendendo come base i dati 2011).

### 9.1.1 La spesa regionale

In merito alla spesa regionale per il settore sociale, con il bilancio di assestamento 2013, essa è ammontata a circa 295 milioni di euro, finanziata in prevalenza dal bilancio regionale per 280 milioni di euro (94,6%) e in parte, il 5,4% da fondi statali. Come già anticipato si tratta di spesa composta da una quota pari a 267 milioni proveniente dalle poste di bilancio dell'Assessorato salute e politiche sociali e da una quota pari a 28 milioni proveniente dalle poste di bilancio relative agli Assessorati alle Infrastrutture, al Lavoro e alla Cultura.

Il 26% circa di questa spesa, ossia 78,3 milioni di euro, è costituito dal Fondo Sociale Regionale, finanziato dal bilancio regionale per 71,6 milioni di euro e da fondi statali per 6,7 milioni di euro. Tale quota viene ripartita tra i diciannove Ambiti del SSC e consente, da un lato, la copertura delle spese per il personale e per i costi generali di funzionamento e, dall'altro, la copertura delle spese per diversi servizi e interventi di grande rilievo, quali:

- l'assistenza domiciliare, prevalentemente rivolta agli anziani e, in misura minore, a disabili e minori;
- i servizi socio educativi territoriali per i minori;
- i servizi di trasporto per le persone disabili;
- interventi di diversa natura rivolti al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, al sostegno delle famiglie e delle persone in condizioni di disagio;
- interventi a favore dei minori stranieri non accompagnati (con finanziamento assegnato ai Comuni).

I Comuni, a loro volta, conferiscono ai SSC ulteriori risorse derivanti da entrate "proprie", in misura variabile a seconda dei territori e delle deleghe ad essi attribuite, con le quali concorrono a sostenere i suddetti servizi e interventi oltre che a garantirne di altri quali l'assistenza economica.

Circa il 30% della spesa, pari a 88,6 milioni di euro, è poi costituita da alcuni grandi capitoli di bilancio rivolti alla tutela degli anziani. Si tratta in particolare del sostegno alla residenzialità con 45 milioni di euro desti-

---

nati all'abbattimento delle rette nelle case di riposo e 2 milioni di euro per l'abbattimento delle rette dei centri diurni per anziani non autosufficienti. I fondi vengono erogati dalle Aziende per l'Assistenza Sanitaria alle strutture residenziali per anziani per l'abbattimento delle rette di degenza di persone anziane non autosufficienti.

I Comuni intervengono con fondi propri per l'ulteriore abbattimento della retta in caso di disagio economico della persona. A questi si aggiungono i fondi destinati al supporto alla domiciliarità, ossia il Fondo per l'Autonomia Possibile, per 39 milioni di euro (di cui 34,6 milioni di fondi regionali e 4,4 milioni da fondi statali) ripartiti fra gli Ambiti del SSC, i fondi destinati alla teleassistenza tramite il sostegno del servizio di telesoccorso e di accoglienza telefonica gestito da Telesan-Televita con 2,4 milioni di euro e del sostegno telefonico gestito dalla Cooperativa Solimai di Udine, e i fondi destinati al sostegno delle attività di trasporto, pari a 0,1 milioni di euro.

Altro rilevante settore di spesa è rappresentato dalla disabilità che complessivamente rappresenta circa il 19% della spesa totale, ossia 49,1 milioni di euro. Si tratta, per la maggior parte, pari a circa 30 milioni di euro, della spesa distribuita agli Enti gestori della disabilità per la copertura delle spese legate alle strutture residenziali e semiresidenziali. A questa si affiancano le spese a favore degli istituti di rilievo regionale, rappresentati da una dozzina di capitoli per un totale di circa 6,6 milioni di euro.

Altri capitoli importanti riguardano poi l'integrazione lavorativa (1,7 milioni di euro), i trasporti, dove le risorse regionali sono prevalentemente destinate ai Comuni per l'attivazione di servizi di trasporto collettivo di circa 300 minori con disabilità verso i centri gestiti dall'Associazione la Nostra Famiglia di Piasan di Prato e di San Vito al Tagliamento, nonché ad enti che gestiscono servizi semiresidenziali per persone con disabilità (0,5 milioni di euro).

E ancora, i contributi per i mutilati e invalidi che ammonta a 1,4 milioni di euro, il Fondo Gravissimi, pari a circa 3,8 milioni di euro, i circa 1,4 milioni di euro stanziati per l'abbattimento delle barriere architettoniche, l'adattamento degli autoveicoli e dei centralini per i non vedenti. Numerosi capitoli, infine, sono destinati al sostegno di specifiche categorie di disabilità, come il fondo SLA, che ha avuto un finanziamento nel 2013 di circa 1,9 milioni di euro, alle loro associazioni e alla consulta Regionale (per circa 1,8 milioni di euro).

Le politiche per la famiglia e la prima infanzia ammontano invece a 27,6 milioni di euro. Di questi 12,7 milioni riguardano i nidi e le strutture per la prima infanzia, 4,6 milioni il sostegno alla natalità, 8,8 milioni la Carta famiglia, 1,2 milioni sono rappresentati da contributi per affidi, adozioni e altre forme di sostegno alla famiglia e alla genitorialità, 0,09 milioni di euro a sostegno dei consultori familiari privati di ispirazione cristiana, 0,2 milioni di euro alla prevenzione della pedofilia e 0,02 milioni di euro a indennità alla maternità.

Una quota importante delle risorse è destinata al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale con 15,6 milioni di euro. In particolare 11,5 milioni sono destinati al Fondo solidarietà, ripartito fra i 19 SSC, 1,9 mi-



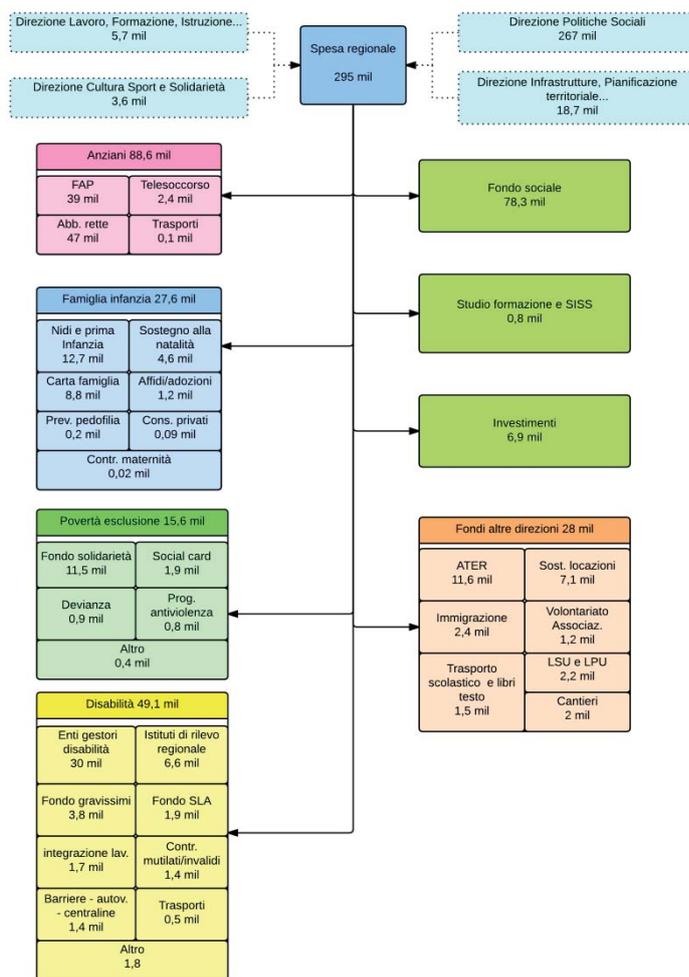
---

lioni alla Social Card, 0,9 milioni di euro agli Enti gestori dei Servizi sociali dei Comuni per i progetti contro devianza ed esclusione sociale, 0,8 milioni ai sensi della L.R. 17/2000 per progetti anti violenza gestiti da enti locali/associazioni femminili, e 0,1 milioni di euro per il sostegno alle attività delle associazioni che si occupano di contrastare forme di manipolazione, 0,2 milioni di euro per le spese di funzionamento della comunità di S. Martino al Campo e 0,1 milioni di euro per il Banco alimentare.

Infine, 0,8 milioni di euro sono destinati alle spese di funzionamento della Direzione regionale (sistema informativo, formazione, studi, ecc.) e 6,9 milioni di euro per gli investimenti. A questi vanno aggiunti i 28 milioni che provengono dalle poste di bilancio di altri assessorati ma che riguardano la "sfera sociale" e che sono ripartiti per una quota pari a 18,7 milioni di euro a favore degli interventi sulla casa, di cui 11,6 relativi al fondo sociale ATER e 7 milioni relativi al sostegno alle locazioni, per una quota pari a 2,4 milioni a favore del "programma immigrazione", per una quota pari a 2,2 milioni di euro a favore del sostegno occupazionale, di cui 1,5 milioni per i Lavori di Pubblica Utilità (LPU) e 0,7 milioni per i Lavori Socialmente Utili (LSU). Inoltre, 1,5 milioni di euro sono destinati ai contributi per il trasporto scolastico e i libri di testo, 2 milioni per i cantieri e 1,2 milioni a favore del volontariato e dell'associazionismo.



Figura 9.1 – flow chart della distribuzione della spesa Regionale - Bilancio anno 2013



Fonte: Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche sociali e famiglia

Relativamente alla spesa regionale di 295 milioni, considerando, invece, la ripartizione in riferimento ai principali destinatari o beneficiari si può osservare che circa il 46,5%, ossia oltre 137,2 milioni di euro, riguardano gli Enti gestori del SSC. Oltre al Fondo Sociale, infatti, ad essi vengono trasferite anche le risorse relative al FAP, al Fondo Gravissimi, Fondo SLA e al Fondo Solidarietà, alla devianza ed esclusione sociale, agli affidi e adozioni e all'amministrazione di sostegno e ad altri interventi minori.

Ai Comuni singoli, invece, viene trasferito circa l'11,3% delle risorse totali, pari a circa 33,3 milioni di euro. Si tratta dei capitoli relativi alla Carta Famiglia, al sostegno alla natalità, al sostegno delle locazioni, ai contributi a mutilati, invalidi del lavoro e audiolesi, oltre ad alcune poste puntuali per servizi erogati direttamente

---

dai Comuni e per investimenti edilizi volti all'eliminazione di barriere architettoniche. In alcuni territori la gestione di parte di queste risorse viene conferita dai Comuni agli Enti gestori dei SSC.

Agli Enti gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili e agli asili nido viene invece assegnato circa il 32,7% delle risorse complessive, pari a oltre 96,5 milioni di euro. A questo riguardo, va rilevato che questi fondi hanno l'obiettivo di abbattere se non di eliminare, come nel caso della disabilità, il costo sostenuto dall'utente e rappresentato dalla retta di degenza.

Le restanti risorse pari a circa 28 milioni di euro (9,5%), infine, come precedentemente evidenziato, riguardano gli investimenti e le spese di funzionamento del sistema regionale e, soprattutto, i contributi a diversi soggetti operanti nella rete sociale integrata come l'ATER e ulteriori soggetti operanti nel mondo del terzo settore (associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.).

### 9.1.2 La spesa comunale

La spesa comunale impiegata nel 2013, come menzionato in precedenza, è stimata in circa 147 milioni di euro. Tuttavia, per comprendere l'ammontare della spesa erogata dai Comuni per sostenere i propri servizi e interventi è necessario considerare la spesa stimata al netto dei trasferimenti ai SSC (25,3 milioni) e agli Enti delegati per la disabilità (26,4 milioni), la quale ammonta a circa 95,3 milioni di euro (prendendo come base i dati ISTAT 2011). Di questa spesa il 50,4% è destinato alla gestione delle strutture residenziali, soprattutto quelle rivolte agli anziani ma anche per sostenere gli asili nido gestiti direttamente.

A seguire, la spesa dei Comuni è destinata per il 38,8% ai contributi economici relativi alle integrazioni per il pagamento delle rette per strutture residenziali. La spesa rimanente in capo ai Comuni è destinata agli interventi e ai servizi generali.

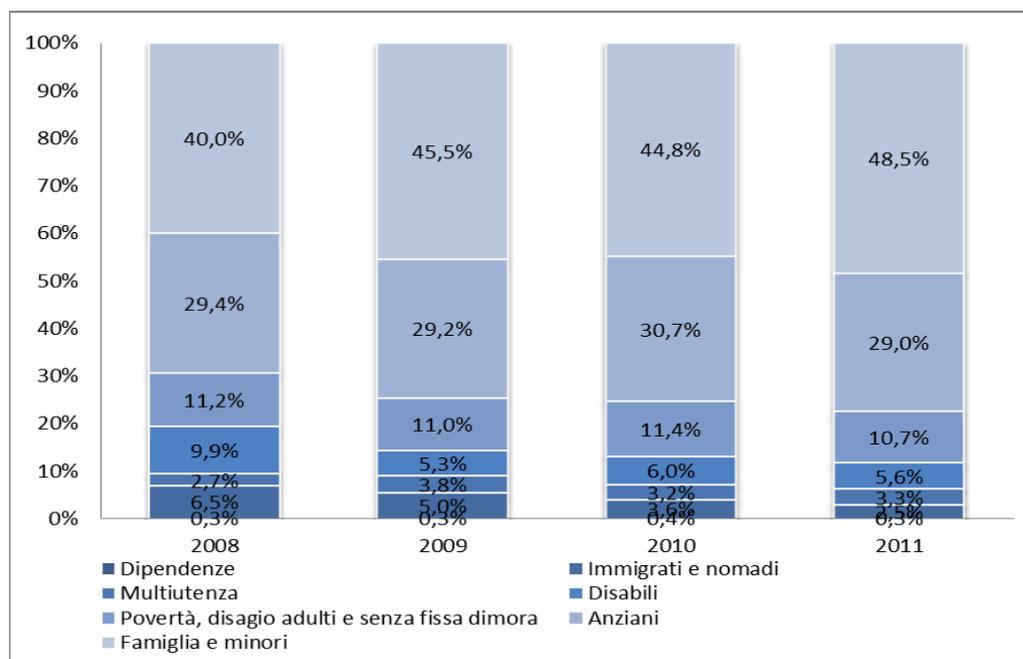
Considerando le aree di utenza quasi metà della spesa dei Comuni, il 48,5% è indirizzata alla famiglia e ai minori e, come si è visto, riferita principalmente alle spese di gestione degli asili nido.

A quest'area segue quella degli anziani (29%) con le spese per le case di riposo e i contributi per l'abbattimento delle rette e, di seguito, l'area della povertà e del disagio degli adulti (10,7%) con le spese orientate soprattutto ai contributi finalizzati all'abbattimento delle rette.

Il 5,6% della spesa dei Comuni è dedicata all'area della disabilità e in particolare all'integrazione delle rette per le strutture residenziali e i contributi per i centri diurni. Infine, il 3,3% della spesa riguarda l'area trasversale della multiutenza con le spese di gestione e organizzazione; il 2,5% della spesa riguarda l'area della immigrazione dove prevale l'integrazione alle rette per le strutture residenziali per stranieri e i contributi per l'alloggio; lo 0,3% della spesa riguarda i centri diurni e l'abbattimento rette per le strutture residenziali.

Facendo un confronto temporale dal 2008 al 2011, inoltre, emerge che l'incidenza percentuale sul totale della spesa dei Comuni per quanto riguarda l'area dei minori e della famiglia è in costante aumento, mentre rimane costante l'incidenza della spesa per le aree degli anziani e della povertà. Diminuisce in maniera sensibile invece l'incidenza della spesa per i disabili e gli stranieri.

Grafico 9.2 – Serie storica spesa per servizi e interventi sociali per area di utenza – anni 2005-2011; dato %



Fonte: elaborazione su dati Istat

### 9.1.3 Il contributo dell'utenza

Per cercare di ottenere una stima della spesa sociale il più esaustiva possibile oltre ai principali aggregati di spesa appena citati e relativi ai trasferimenti regionali e alla spesa sostenuta dai Comuni, va aggiunta anche la **spesa sostenuta dall'utenza**, che viene stimata in almeno 200 milioni di euro e riguarda la compartecipazione alla spesa dovuta per i servizi ottenuti dai Comuni singoli, dal SSC e dagli Enti delegati (si è considerato il dato di 63,5 milioni di euro rilevato dall'ISTAT nel 2011), la spesa sostenuta per le rette in strutture residenziali per anziani non comunali (si è operata una stima di 120 milioni di euro in base alle presenze e alla retta media, depurata dell'abbattimento retta e degli oneri sanitari garantiti dalle Aziende per l'Assistenza Sanitaria) e quella, non esattamente quantificabile, sostenuta per acquisire servizi da soggetti privati (esempio nidi, badanti, ecc).

---

In merito alla spesa rilevata dall'ISTAT nel 2011 va evidenziato che il contributo degli utenti, pari a € 63.492.102,00, va a coprire prevalentemente le spese per le strutture, sia sotto forma di pagamento delle rette per strutture residenziali, come case di riposo, strutture per disabili, ecc. (€ 39.181.620,00) e semiresidenziali, come centri diurni, asili nido, ecc. (€ 8.535.616,00), sia sotto forma di contributi e integrazioni per il pagamento delle rette (€ 10.533.881,00). Ulteriori 3.508.629,00 euro della spesa sostenuta dagli utenti, infine, riguardano i servizi domiciliari come l'assistenza e i pasti a domicilio.

## 9.2 La spesa dei SSC e degli Enti delegati alla gestione dei servizi per disabili

A completamento della rappresentazione del quadro della spesa, oltre ai soggetti menzionati, è opportuno soffermarsi sulla spesa che riguarda i Servizi sociali dei Comuni e gli Enti delegati dai Comuni alla gestione delle strutture residenziali, semiresidenziali e di inserimento lavorativo per i disabili, dei quali di seguito si dettaglia la loro partecipazione in termini di risorse economiche impiegate.

La spesa dei **Servizi sociali dei Comuni** per il 2013 è stata pari a 171,1 milioni di euro. Essendo finanziata, come si è visto, quasi totalmente dalla Regione, oltre che dai Comuni e in ridotta quota dall'utenza, detta spesa non va evidentemente sommata ai precedenti aggregati, se non per una quota molto modesta di introiti da soggetti diversi (Fondazioni bancarie, Amministrazioni Provinciali, Associazioni, ecc.) per progetti specifici.

Tale spesa va a coprire per il 75% gli interventi, le misure, nonché i progetti che vengono erogati dal SSC per rispondere ai bisogni delle varie fasce di cittadinanza, per il 23% va a coprire le spese per la gestione del sistema associato e una piccola parte riguarda un avanzo di spesa (1,74%).

Dettagliando in maniera più puntuale la spesa dei SSC si evidenzia che 39,4 milioni di euro sono destinati alle spese di sistema (23%), di cui quasi la totalità va a coprire i costi del personale in carico (77,7%) e in misura più contenuta le spese generali (11,2%), soprattutto quelle di gestione amministrativa e le utenze, per un ammontare pari a 2,3 milioni, nonché l'acquisto di beni e servizi, per un totale di 1,3 milioni di euro. Infine, una quota pari a circa 4,3 milioni di euro è destinata al trasferimento ai Comuni associati che compongono il territorio di SSC.

La parte di spesa più cospicua sostenuta dal SSC, pari a 128,1 milioni di euro (75%), riguarda l'erogazione di interventi, in primis quelli dedicati all'area degli anziani (44,5%). La spesa per quest'area si attesta a 57 milioni di euro ed è composta per quasi due terzi dal Fondo per l'Autonomia possibile (62,9%) e per poco meno di un terzo (30,9%) dagli interventi a domicilio, come il SAD e i pasti. La spesa per gli inserimenti in struttura per anziani e il contributo per l'amministratore di sostegno, infine, incidono solo marginalmente.

---

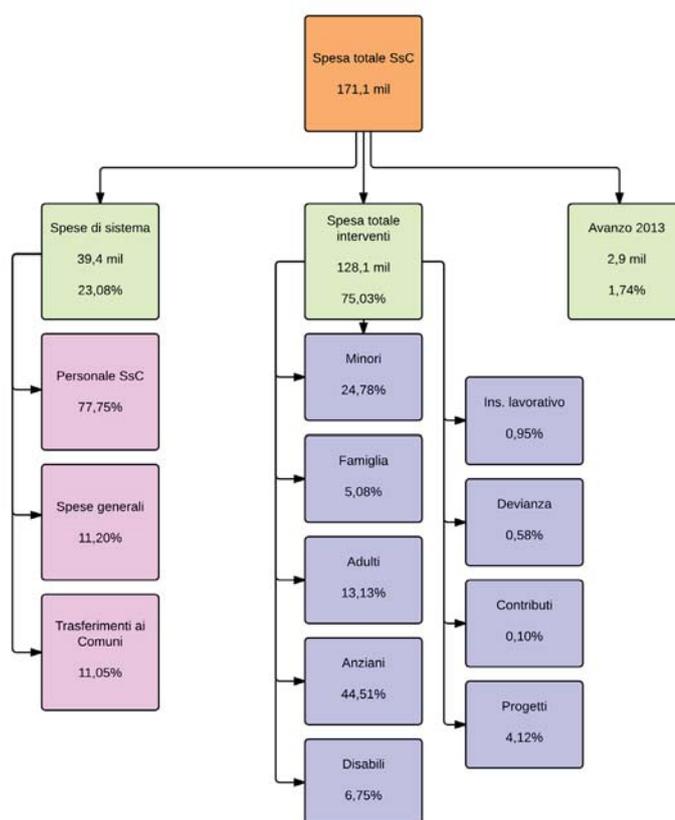
A seguire, la seconda area con la spesa più elevata è quella relativa ai minori (24,8%), i cui 31,7 milioni vanno a coprire soprattutto il servizio di educativa territoriale (55,5%) e gli inserimenti in comunità per minori (35,8%), mentre una quota residuale copre gli interventi per gli affidi/adozioni e altre misure. All'area dei minori segue quella degli adulti, che assorbe il 13,1% della spesa per gli interventi, di cui la quota maggiore, pari a 11,4 milioni di euro, riguarda il Fondo di Solidarietà regionale (68%), seguita da quella relativa all'erogazione dei contributi economici comunali che riguarda i soli SSC cui è stata delegata la funzione e che risulta pari a 4 milioni di euro (23,8%). Le altre spese di quest'area di intervento riguardano il settore della casa e in minima parte gli inserimenti protetti e altri progetti specifici.

Per i servizi dell'area disabilità la spesa dei SSC è pari a 8,6 milioni, il 6,8% della spesa totale destinata agli interventi. Di questa spesa il 50,8% è dedicato agli inserimenti presso le strutture dedicate, il 34,9% si riferisce al "Fondo Gravi Gravissimi", il 13,5% al servizio trasporto e una quota minima a progetti specifici.

La spesa per l'area della famiglia ammonta a 6,5 milioni di euro, il 5,5% della spesa sostenuta dai SSC per sostenere gli interventi, la cui suddivisione riguarda per il 53,6% i contributi per l'abbattimento delle rette per gli asili nido, per il 31% gli interventi a favore della famiglia e per il 15,5% i contributi per la natalità/maternità. Una somma pari a 2,1 milioni di euro (1,2%) riguarda le spese dedicate all'area dell'inserimento lavorativo relative in prevalenza alle borse lavoro e altri interventi di contrasto al fenomeno della povertà, all'area della devianza, in particolare i progetti devianza e i progetti anti violenza e i contributi ANMIL/INAIL. Infine una quota pari a 5,3 milioni di euro (4,12%) riguarda le progettualità trasversali alle aree descritte sopra.



Figura 9.2 – Flow chart della distribuzione della spesa sostenuta dai SSC- anno 2013



Fonte: elaborazione dati da bilanci SSC

Infine, la spesa sostenuta **dagli Enti delegati dai Comuni alla gestione delle strutture residenziali, semiresidenziali e di inserimento lavorativo per i disabili** nel 2013 è stata pari a 53,6 milioni di euro. Anch'essa però non va sommata ai precedenti aggregati essendo finanziata, come si è detto, dalla Regione, dai Comuni e dagli utenti.

Questa spesa è composta prevalentemente dalla gestione dei centri diurni che copre il 53,7% del totale (29,6 milioni di euro), dalla gestione delle residenze che copre il 40,4% (21,7 milioni di euro) del totale e dalla spesa per il SIL che copre il 4,3% (2,3 milioni di euro). La spesa per la gestione delle strutture e del SIL risulta, inoltre, in costante aumento nel triennio 2011-2013, passando dai 50,3 milioni di euro del 2011 ai 51,7 milioni di euro del 2012 fino ai già citati 53,6 milioni del 2013, con un aumento dunque di circa 3,3 milioni di euro in termini assoluti e del 6,7 in termini percentuali. Tale aumento però è circoscritto alla spesa per i centri residenziali, passata dai 18,4 milioni del 2011 ai 21,7 milioni del 2013, mentre la spesa per i centri diurni e per il SIL rimane pressoché costante nel triennio, con una flessione per quest'ultima categoria di

spesa solo nel 2012. In merito agli inserimenti lavorativi per disabili la spesa sostenuta a livello regionale per entrambi i tirocini finanziati, nel 2013 è stata pari a 2,3 milioni, in crescita rispetto al biennio precedente che aveva registrato una spesa pari a 2,2 milioni nel 2011 e a 1,7 milioni nel 2012.

La maggior parte di questa spesa riguarda i tirocini ai sensi della L.R. 41/96<sup>83</sup> che, nel 2013 e 2012, assorbono circa il 68% del totale e nel 2011 ne coprono circa il 56%.

Tabella 9.1 – Spesa per tirocini formativi dell'area disabilità, ai sensi L.R. 41/1996 e L.R. 18/2005 – anno 2011-2012-2013

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
<b>Tirocini Formativi LR 18/05</b>	970.159	543.129	727.881
<b>Tirocini Formativi LR 46/91</b>	1.229.992	1.202.912	1.545.490
<b>Totale spesa FVG</b>	2.200.151	1.746.041	2.273.371

Fonte: SISS provinciali - rilevazione sugli strumenti di sostegno all'inserimento socio-lavorativo in Friuli Venezia Giulia

A detta spesa, rilevata in parte anche dall'indagine dell'ISTAT, va aggiunta la spesa relativa a otto Centri e Istituti specializzati (art. 18 della L.R. 41/1996) e a otto strutture di rilievo regionale (ciascuna riconosciuta da apposita normativa regionale). Nel primo caso, la spesa ammonta a 2,5 milioni di euro, dei quali 1,5 coperti da finanziamento regionale e 1 sostenuto dai Comuni (tramite apposite convenzioni) e dalla partecipazione dell'utenza. Nel secondo caso, la spesa ammonta a 6,5 milioni di euro, dei quali 5 coperti da finanziamento regionale e la restante parte sostenuta dai Comuni e dagli utenti.

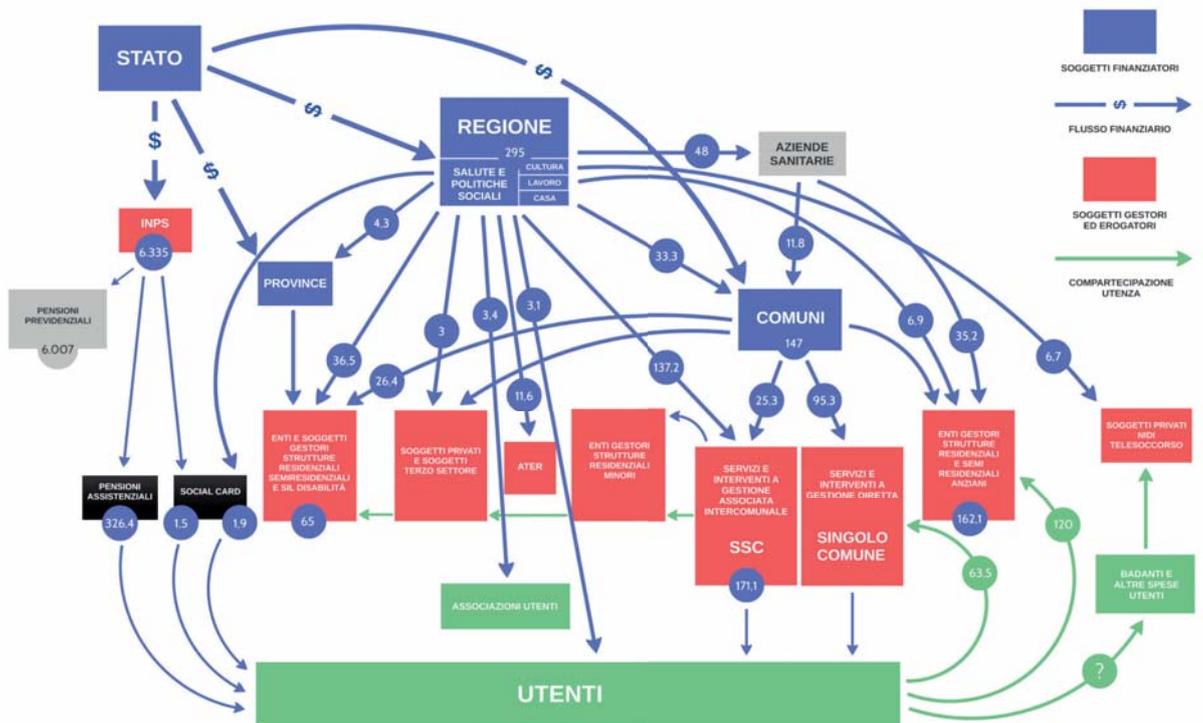
Nel complesso, pertanto, la spesa relativa al settore della disabilità ammonta complessivamente a circa 65 milioni di euro, dei quali 36,5 finanziati dalla Regione, 26,4 finanziati dai Comuni e la rimanente parte dall'utenza e in modesta quota dalle Province.

In definitiva, sommando tutti questi aggregati di spesa con le risorse impiegate dall'INPS si perviene, pertanto ad una stima complessiva della spesa per interventi e servizi sociali intorno ai 950 milioni di euro. Stato, Regione e Comuni sono i soggetti finanziatori degli interventi oltre agli utenti, mentre INPS e i Comuni singoli e associati sono i principali soggetti gestori ed erogatori, unitamente agli Enti da loro delegati e ad altri soggetti pubblici, privati e del privato sociale che operano nella rete territoriale dei Servizi sociali.

<sup>83</sup> Per maggiori dettagli vedi capitolo 7 sulla disabilità.



## RISORSE ECONOMICHE PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI IN REGIONE FVG







# 10

La SPESA  
REGIONALE PER  
GLI investimenti  
NEL SETTORE  
SOCIOASSISTENZIALE  
E SOCIOSANITARIO



---

## Capitolo 10

### La spesa regionale per gli investimenti nel settore socioassistenziale e sociosanitario

Da sempre l'Amministrazione regionale ha inteso sostenere la realizzazione di servizi e strutture con finalità sociali da destinare a persone anziane, a persone con disabilità, a minori in situazioni di disagio e privi del sostegno familiare nonché ad adulti con problematiche sociali. Già attraverso la L.R. 44/1987, tale sostegno si è concretizzato con la concessione, in favore di soggetti pubblici e soggetti privati senza finalità di lucro, di contributi in conto capitale e annui costanti per progetti edilizi riguardanti la realizzazione, la straordinaria manutenzione, l'arredo e l'adeguamento funzionale di strutture e servizi aventi finalità sociali.

Con i finanziamenti concessi ai sensi della succitata normativa sono stati realizzati nel settore dei servizi per persone con disabilità numerosi centri socioriabilitativi ed educativi, nonché servizi residenziali quali residenze protette, gruppi appartamento e comunità alloggio, in coerenza con il fabbisogno regionale rilevato con D.G.R. 4194 dd. 6 dicembre 2002. Sono state altresì sostenute le spese per la ristrutturazione e l'adeguamento dei servizi semiresidenziali e residenziali esistenti.

Nel settore dei servizi per minori sono state realizzate principalmente strutture per l'accoglienza residenziale in gruppi appartamento e comunità alloggio, nonché strutture per l'accoglienza di madri e bambini in situazioni di disagio.

Lo sforzo maggiore, tuttavia, ha riguardato le strutture residenziali per anziani non autosufficienti e in particolare l'adeguamento strutturale ai requisiti in materia di superamento delle barriere architettoniche, di normativa antincendio, antinfortunistica e agli standard regionali adottati con Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 083/90, nonché l'acquisto di arredi ed attrezzature specifiche per la non autosufficienza. In ragione della modalità prevista di finanziamento l'impegno finanziario assunto ai sensi di questa normativa ha ancora un importante rilievo sul bilancio regionale per un importo annuo di € 5.387.243,38.

Con l'articolo 40 della L.R. 6/2006 la Regione FVG si è poi dotata di un Fondo agevolato regionale a favore di enti pubblici e di enti privati senza finalità di lucro dotati di personalità giuridica, per l'attivazione di contributi in conto capitale e di contributi annui costanti destinati a sostenere l'acquisto di immobili, di arredi e di attrezzature, nonché la realizzazione di interventi relativi a nuova costruzione, adeguamento, straordinaria manutenzione e per la ristrutturazione di strutture destinate o da destinare a servizi socioeducativi e socioassistenziali, nonché a servizi sociosanitari per disabili e anziani.



---

Con Regolamento adottato con Decreto del Presidente della Regione n. 271/Pres di data 1 ottobre 2009, sono stati definiti i criteri, le procedure e le modalità per la concessione dei contributi. In particolare si è provveduto a definire che la Giunta regionale, in relazione alle risorse disponibili e in coerenza con quanto stabilito dagli atti di programmazione regionale in materia di servizi socioassistenziali e sociosanitari definisce annualmente gli interventi finanziabili, le risorse da destinare alle aree di intervento e la misura percentuale della contribuzione regionale.

L'assegnazione delle risorse disponibili viene effettuata a seguito dell'individuazione delle priorità da parte della Giunta regionale e attraverso specifici bandi con i quali vengono dettagliate le iniziative ammesse a finanziamento, nonché i termini e le modalità per la presentazione delle domande di contributo da parte dei soggetti interessati.

Nel 2010 si è provveduto ad approvare i primi bandi che hanno riguardato, in particolare, nel settore dei servizi per le persone anziane, la sostituzione di arredi in strutture residenziali per anziani non autosufficienti e l'acquisto di arredi e attrezzature per l'attivazione di strutture o nuclei destinati all'accoglimento di anziani non autosufficienti, nonché il completamento di interventi di adeguamento delle strutture per anziani non autosufficienti e dei servizi sperimentali alternativi, già oggetto di finanziamento regionale. Le domande pervenute sono state 74 di cui 43 ammesse a finanziamento e 31 escluse. I contributi assegnati complessivamente sono stati di € 11.936.638,07.

Il bando per i finanziamenti destinati alle strutture e ai servizi per le persone con disabilità ha previsto, come priorità di intervento, la sostituzione di arredi in servizi semiresidenziali e residenziali e l'acquisto di arredi e attrezzature per l'attivazione di nuovi servizi semiresidenziali o residenziali, il completamento di interventi di adeguamento di servizi semiresidenziali e residenziali, nonché interventi urgenti e indifferibili di straordinaria manutenzione dei servizi esistenti e la realizzazione di nuovi servizi in territori risultati carenti. Le domande pervenute sono state 58 di cui 39 ammesse a finanziamento e 19 escluse. I contributi assegnati complessivamente sono stati di € 9.487.521,02.

Nel settore dei servizi per minori in condizione di disagio, il bando ha previsto il finanziamento degli interventi riguardanti l'acquisto di arredi e attrezzature per l'attivazione di servizi residenziali già ultimati o in fase di ultimazione, nonché la realizzazione o il completamento di servizi residenziali multifunzionali e flessibili previsti dalla programmazione locale. Le domande pervenute sono state 11, di cui 4 ammesse a finanziamento e 7 escluse. I contributi complessivamente assegnati sono stati di € 1.166.774,17.

Nel 2011, le priorità di intervento individuate dalla Giunta regionale hanno riguardato esclusivamente i servizi per le persone anziane e per le persone con disabilità. In particolare è stato previsto che le risorse finanziarie disponibili venissero destinate alla sostituzione di arredo obsoleto o per l'acquisto di arredi per

---

l'attivazione di nuovi servizi, nonché alla realizzazione o al completamento di servizi sperimentali alternativi alle strutture per anziani non autosufficienti e per l'adeguamento dei servizi funzionanti.

Relativamente al bando per i servizi per persone con disabilità sono pervenute 66 domande, di cui non ammesse a contribuzione 21. Le 45 domande ammesse hanno beneficiato di un finanziamento complessivo di € 8.500.000,00.

Nell'ambito del bando per i servizi per le persone anziane sono pervenute 82 domande, di cui ammissibili 58 e 21 non ammissibili. Le risorse finanziarie assegnate complessivamente sono state pari a € 11.018.828,44 in conto capitale e € 800.808,23 annui per venti anni. Dal 2013, a seguito della riduzione complessiva delle risorse finanziarie, il Fondo regionale per gli investimenti non è stato rifinanziato in quanto è stata data priorità al finanziamento del Sistema integrato dei servizi e interventi nel settore sociale. Si è tuttavia garantito il rispetto degli impegni di spesa assunti negli anni precedenti, attraverso la concessione di contributi annui costanti che prevedono un impegno di spesa annui di € 6.130.788,47 e il sostegno di un contenuto numero di interventi ritenuti urgenti e indifferibili per un impegno di spesa ammontante a € 1.317.000,00 in conto capitale ed € 5.000 annui costanti per venti anni.





*11*

il sistema  
informativo dei  
servizi sociali



---

## Capitolo 11

### Il Sistema Informativo dei Servizi Sociali

Nel corso dell'ultimo decennio, anche sulla spinta della legge 328/00, lo sviluppo dei sistemi informativi in ambito sociale ha segnato una notevole accelerazione a livello nazionale.

L'art 21 prevedeva che "Lo Stato, le Regioni, le Province e i Comuni istituiscono un sistema informativo dei Servizi sociali per assicurare una completa conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, per poter disporre tempestivamente di dati e informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali".

Venivano così delineati sia gli ambiti di interesse, sia le finalità di un sistema informativo sociale, indispensabile strumento, sia del livello programmatico che gestionale delle politiche e degli interventi sociali.

Tuttavia, il trasferimento di competenze in materia di politiche sociali alle Regioni (riforma Titolo V della Costituzione) ha di fatto frenato questa spinta verso un sistema nazionale unitario e coordinato, contribuendo al fiorire di flussi informativi spesso limitati a singole realtà. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha cercato in questi anni di attivare flussi informativi uniformi a livello nazionale per armonizzare le modalità di acquisizione dei dati. Sono stati attivati infatti il SINA (sistema informativo non autosufficiente), il SINBA (Sistema informativo Nazionale Bambini e Adolescenti), il SINSE (Sistema informativo servizi prima infanzia) e il SIP (sistema informativo povertà).

Questi applicativi avevano subito una battuta di arresto a causa dei limiti posti dal Garante della privacy: limiti che sono stati superati con provvedimento del 26 gennaio 2014 in cui il Garante ha espresso parere favorevole rispetto allo schema del decreto ministeriale del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottarsi di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e che prevede la costituzione presso l'INPS del casellario dell'assistenza che mira a definire un quadro complessivo del settore dell'assistenza sociale al fine di gestire, programmare, monitorare la spesa, valutare l'efficienza degli interventi ed elaborare statistiche. Esso costituirà l'anagrafe generale delle posizioni assistenziali e delle prestazioni, conterrà informazioni relative all'ente erogatore, ai beneficiari alla tipologia e ammontare delle prestazioni sociali percepite.

Stante la situazione alquanto disomogenea del panorama nazionale, per configurare un sistema informativo in grado di monitorare stabilmente servizi ed interventi, è necessario stabilire a monte precisi obiettivi conoscitivi ai quali la raccolta dei dati e la costruzione degli indicatori devono rispondere.



---

La Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e la Provincia autonoma di Trento sono le uniche, a livello nazionale, a disporre di un Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) che rileva le informazioni riguardanti l'utenza e l'attività del SSC attraverso l'utilizzo da parte degli stessi SSC dello stesso applicativo informatico, la Cartella Sociale Informatizzata (CSI).

La costruzione del SISS della Regione ha preso avvio all'inizio degli anni duemila con un intenso dibattito in merito alla sua struttura e alle sue funzioni, che ha trovato nella cartella sociale e nella sua informatizzazione uno degli ambiti di riflessione e di sperimentazione più rilevanti.

La critica rispetto alle precedenti esperienze di rilevazione dei dati portava, infatti, a sottolineare la necessità di superare modelli che nel lungo periodo non avevano soddisfatto né risposto alle esigenze per cui erano sorti, perché autoreferenziali, ripetitivi e ridondanti, scollegati dalla necessità di usufruire in tempo reale di informazioni utili alla programmazione e organizzazione dei servizi alla persona.

Modelli che si erano rivelati incapaci di svolgere una funzione interpretativa e previsionale, perché privi del necessario e continuo confronto con i produttori di dati e delle informazioni. Modelli, infine, in cui la verifica sui dati raccolti si era andata progressivamente riducendo, con la conseguenza di mettere a disposizione dati non del tutto completi, comparabili e attendibili.

Da qui l'esigenza di cambiare il metodo di costruzione e implementazione del sistema informativo, adottando un approccio incrementale e dal basso, caratterizzato dalla costruzione di una rete condivisa tra i numerosi enti e le diverse professionalità coinvolte nella produzione dei dati e dal confronto continuo con essi.

Emerge, quindi, l'idea di un sistema informativo flessibile, in grado di facilitare il dialogo e l'integrazione ad es. tra gli operatori dei Servizi sociali e quelli dei distretti sociosanitari, nell'ottica di integrare i reciproci flussi informativi.

Il dibattito avviato trova ulteriori spunti e sollecitazioni nella legge regionale 6/2006 «*Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*»: essa disciplina sia il riordino del settore di protezione sociale, sia l'avvio di un processo finalizzato all'integrazione complessiva delle politiche di welfare, con la finalità di un raccordo tra le norme regionali che già regolano specifici settori d'intervento, con particolare riguardo all'integrazione sociosanitaria.

Le aree di intervento previste dalla L.R. 6/2006 sono:

- Famiglia
- Infanzia e adolescenza
- Persone anziane
- Persone con disabilità

- 
- Immigrati
  - Contrasto alle dipendenze
  - Tutela salute mentale persone a rischio di esclusione sociale
  - Persone detenute ed ex detenute
  - Persone senza fissa dimora

La L.R. 6/2006 definisce, inoltre, le tipologie di interventi che devono obbligatoriamente essere delegati all'SSC, ossia

- Intervento di assistenza domiciliare (SAD)
- Intervento di assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Interventi socioeducativi e socioassistenziali per minori
- Interventi socioeducativi per adulti
- Inserimento in comunità per minori (assistenziale, genitore/bambino, terapeutico/riabilitativo)

In alcuni casi l'obbligatorietà è legata al fatto che la Regione eroga fondi finalizzati (fondo solidarietà, fondo autonomia possibile, fondo gravissimi, sostegno economico per figlio minore, contributo per natalità e maternità, interventi a favore di minori e persone a rischio di esclusione sociale, nonché di persone adulte ed ex detenute, contributi per l'abbattimento rette asili nido, contributo per l'amministratore di sostegno, sostegno economico alle adozioni e affidi).

Per tutte gli altri interventi la delega al SSC è rimasta affidata alle scelte dei Comuni.

La stessa legge, all'art. 25, prevede che la Regione si doti di un (SISS) finalizzato a:

- assicurare una completa conoscenza dei bisogni sociali e del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali;
- fornire tempestivamente dati e informazioni utili alla programmazione, alla gestione e valutazione delle politiche sociali.

Il SISS deve rispondere quindi sia alle esigenze di sistema regionale sia a quelle locali, potendo facilmente passare dalla dimensione nazionale e regionale a quella delle più ridotte aggregazioni territoriali ed istituzionali in cui la Regione può essere suddivisa.

In questa prospettiva trova giustificazione anche la necessità di perseguire, da un lato, il collegamento con altre rilevazioni di carattere nazionale come quelle realizzate dall'ISTAT che in alcuni casi vengono integrate con la raccolta di informazioni aggiuntive d'interesse regionale e, dall'altro, il raccordo con il sistema informativo sanitario, con quelli delle altre aree dell'integrazione sociale e con gli Osservatori che, a vario titolo e livello sono attivi sul territorio, in primis quelli attivati a livello provinciale e quelli delle quattro Caritas diocesane.



---

Così strutturato, il SISS può esprimere tutte le sue potenzialità di funzione tecnica che supporta l'analisi e il confronto sulle problematiche sociali. Ad esso, infatti, vengono attribuite funzioni relative alla conoscenza dei problemi e all'assunzione di decisioni, nonché funzioni di scambio e confronto informativo.

Il modello proposto fa riferimento a logiche di tipo bottom-up che si incardinano nella costruzione di un sistema partecipato, nella circolarità dei processi programmatori, nella comunicazione interna, inducendo gli operatori a valorizzare i flussi informativi esistenti, quali ricadute naturali del proprio lavoro, al fine di aumentare la conoscenza dei bisogni dei cittadini.

Nella sua dimensione più operativa la struttura del SISS si presenta come un insieme di attività relative a:

- a. coordinamento centrale, con funzioni di supervisione tecnica e metodologica, di individuazione dei flussi informativi da attivare e delle loro caratteristiche (dati strutture prima infanzia, professioni sociali, minori disabili certificati a fini scolastici, minori fuori famiglia, minori in adozione);
- b. coordinamento, formazione e controllo rispetto alle rilevazioni ISTAT (supporto a Comuni Ambiti, Enti gestori per l'handicap per la rilevazione sulla spesa sociale e alle strutture residenziali sociali e sociosanitarie per la rilevazione sui presidi);
- c. direzione e affiancamento all'Insiel per la gestione informatica delle banche dati relativi alla Cartella sociale informatizzata (CSI). Il SISS garantisce il supporto tecnico tra gli operatori e il gestore informatico Insiel .

L'insieme dei flussi informativi gestiti dal SISS, comprende inoltre la raccolta dei dati su:

- professioni dei Servizi sociali dei Comuni
- centri anti violenza
- centri diurni per disabili
- centri diurni per anziani
- borse lavoro

La CSI rappresenta uno strumento del SISS. Si tratta, infatti, di un applicativo costruito in modo partecipato con gli operatori del Servizio Sociale dei Comuni, contestualmente alla costruzione del SISS sopra ricordata, e utilizzato in modo sistematico dal 2007.

La CSI si caratterizza prevalentemente come modulo di presa in carico di persone che ricevono una risposta dal sistema di welfare dei Servizi sociali e permette la gestione di tutta la casistica per la quale viene avviato un piano di assistenza individuale. L'operatore di riferimento apre la cartella del singolo utente e su questa definisce tutta una serie di informazioni che vanno a completarla: informazioni anagrafiche, persone di riferimento, diagnosi sociale, obiettivi dell'intervento e interventi erogati.

---

Tutte le informazioni inserite possono essere estrapolate tramite un apposito programma, il Business Object, che consente di estrarre i dati, analizzarli in base alle interrogazioni desiderate, esportarli in formato Excel per ulteriori elaborazioni e predisporre tabelle.

Dal 2007 ad oggi l'applicativo è stato oggetto di diverse revisioni riferite sia ai contenuti che alle funzionalità informatiche. I contenuti sono stati oggetto dapprima di un confronto finalizzato a condividere la tassonomia degli interventi che ha consentito di pervenire a un glossario comune di oltre novanta interventi riconducibili a 10 macro diagnosi che riflettono un approccio all'utente come persona in relazione con il contesto e come tale suscettibile di incontrare in difficoltà nell'entrare e nello stare in relazione con esso.

Esse pertanto riguardano la condizione di salute dell'utente, le sue relazioni familiari e con la rete parentale/amicale e di vicinato, la sua condizione lavorativa e abitativa, la sua istruzione/formazione, il suo rapporto con la giustizia ed eventuali possibili comportamenti devianti.

Nello specifico le macro diagnosi individuate fanno riferimento alle seguenti aree:

- Famiglia
- Casa
- Reddito
- Lavoro
- Devianza
- Istruzione/scuola
- Salute
- Dipendenze
- Autosufficienza
- Socialità/relazioni

Ciascuna macro diagnosi è stata a sua volta articolata in una serie di ulteriori problematiche più specifiche con cui può manifestarsi e concretizzarsi il bisogno dell'utente. In un secondo momento, la revisione si è concentrata sulla definizione del progetto personalizzato, andando a meglio articolare la diagnosi sociale o assessment, definendo una sezione dedicata alla valutazione della capacità di fronteggiamento della problematica da parte dell'utente e della sua rete.

La revisione delle funzionalità, invece, ha riguardato in particolare la storicizzazione del profilo dell'utente e degli interventi, le modalità di archiviazione temporanea e definitiva delle cartelle, il sistema generale dei controlli di congruenza dei dati e degli aggiornamenti.

La costruzione della CSI non è stata facile e altrettanto può dirsi per la sua implementazione. Gli sforzi fatti per rendere lo strumento il più possibile aderente al processo di presa in carico e quindi utile alla gestione operativa dello stesso hanno raggiunto un buon livello di aderenza, ma non possono eliminare la presenza



---

di un'interfaccia fisica - il computer - che non si presta alla relazione diretta con la persona e rende spesso necessaria un'ulteriore attività di registrazione e documentazione da parte dell'operatore.

Le funzionalità informatiche, inoltre, sebbene di livello avanzato, non rendono ancora del tutto agevole l'inserimento delle informazioni da parte degli operatori che lamentano alcuni elementi di ridondanza e lentezza dell'applicativo. Gli operatori, inoltre, manifestano resistenze culturali nei confronti della documentazione, che considerano spesso più come strumento di rendicontazione che di gestione riflessiva della propria attività, e nei confronti dell'utilizzo di strumenti informatici, soprattutto quando hanno un'anzianità di servizio elevata.

Questo insieme di elementi fa sì che la CSI, sebbene utilizzata da tutti gli operatori, non venga ancora implementata in modo sistematico da tutti e da alcuni venga considerata come strumento di carattere amministrativo più che professionale.

I limiti più rilevanti però sono dati dal mancato sviluppo di un modulo gestionale che consenta di trattare anche la parte economica degli interventi e dalla mancata integrazione con gli applicativi in uso nei Distretti sanitari e nelle case di riposo. La struttura della CSI è stata predisposta in funzione di tale sviluppo e integrazione e il sistema informatico che la supporta è in grado di sostenerli.

Alcuni aspetti legati alla tutela della privacy, le diverse modalità di gestione economica seguite dagli Ambienti e i cambiamenti in atto a livello di gestione della contabilità degli enti locali unitamente ad alcuni vincoli burocratici riguardanti le modalità con cui realizzare tali sviluppi, ne stanno però rallentando la realizzazione sebbene vi sia la consapevolezza che questi sviluppi sono fondamentali per garantire il suo utilizzo sistematico da parte degli operatori.

Nonostante questi limiti e le difficoltà degli operatori sopra ricordate, il capillare utilizzo della CSI ha consentito di dimensionare con un buon livello di attendibilità e precisione il quadro degli utenti in carico al SSC dei Comuni e quello degli interventi erogati in loro favore nel corso degli ultimi quattro anni.

Un sistema informativo però deve essere in grado di acquisire informazioni in merito anche alla spesa. Da tempo molti responsabili dei SSC hanno rappresentato la necessità che la Regione li doti anche di un sistema gestionale informatizzato, in grado non solo di registrare tutta la procedura legata alla erogazione di un intervento, dall'impegno alla fatturazione, ma anche di monitorare, ad esempio, il budget a disposizione o di simulare l'impatto sui fondi a disposizione di un eventuale aumento della richiesta.

---

## 11.1 Considerazioni d'insieme

Come anticipato, la dotazione di un SISS regionale e l'utilizzo della stessa CSI da parte di tutti i SSC costituiscono per la Regione Friuli Venezia Giulia un indubbio punto di forza che contribuisce peraltro a distinguerla a livello nazionale. Si è visto però che sono ancora numerosi i fattori che indeboliscono le loro potenzialità: resistenze culturali, carenze di abilità, rigidità degli assetti organizzativi, mancato sviluppo di tutte le funzionalità relative all'applicativo CSI, assenza di un applicativo gestionale, disomogeneità tra i sistemi informativi in uso nei diversi settori (SSC, Distretti, case di riposo). La complessità, la frammentazione e la differenziazione riscontrate nel sistema dei servizi, da un lato, e la consistenza raggiunta dalla loro attività, dall'altro, mettono però in evidenza l'importanza strategica che il SISS e la CSI rivestono per il loro governo e la loro gestione. È per questo che la Regione ha già individuato una serie di interventi volti, da un lato, a incentivare e migliorare l'utilizzo dell'applicativo CSI da parte degli operatori dei SSC e a svilupparne le potenzialità e, dall'altro, ad ampliare e meglio coordinare i flussi informativi che alimentano e si integrano col SISS.



12

La FORMAZIONE e  
L'aggiornamento  
DEGLI OPERATORI



---

## Capitolo 12

### La formazione e l'aggiornamento degli operatori

La tipologia degli operatori impegnati nei Servizi sociali della regione è indicata dal c.1 dell'art. 36 della L.R. 6/2006 che recita:

*La Regione individua le seguenti figure professionali sociali operanti nell'ambito del sistema integrato:*

- a. l'assistente sociale;
- b. l'educatore professionale;
- c. l'educatore della prima infanzia;
- d. l'animatore sociale;
- e. l'operatore sociosanitario e l'assistente domiciliare e dei servizi tutelari.

I capoversi 4,5,6, affermano inoltre:

4. *Il titolo di assistente domiciliare e dei servizi tutelari è a esaurimento.*
5. *La Regione, nel rispetto dei principi fondamentali in materia di professioni stabiliti dallo Stato, definisce i profili e i livelli di formazione scolastica, universitaria e professionale per gli operatori del sistema integrato.*
6. *La Regione stabilisce i percorsi formativi degli operatori del sistema integrato da formare nell'ambito del sistema formativo regionale.*

La necessità di una definizione da parte della Regione delle figure professionali testé indicate e dei relativi percorsi curriculari formativi è conseguenza sia della mancata approvazione da parte dello Stato di quanto indicato alla lettera d) dell'art. 9 della legge 328/2000<sup>84</sup>, sia in conseguenza della piena responsabilizzazione delle Regioni, per quanto concerne la materia socio assistenziale, a seguito dell'approvazione della legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 «*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*».

In realtà la figura dell'**assistente sociale** è stata formalmente definita a livello statale dalla legge 23 marzo 1993, n. 84 «*Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale*», con effetti riguardanti tutto il territorio nazionale e tutti i settori operativi del welfare.

Il D.M. 22 ottobre 2004 n. 270 (che ha abrogato e sostituito il precedente D.M. 509/1999) definisce anche per la formazione dell'assistente sociale gli aspetti formali connessi alla laurea triennale che dà diritto, dopo il superamento dell'esame di stato, all'iscrizione alla sezione B dell'Albo professionale (assistenti sociali)

---

<sup>84</sup> La lettera d) dell'art. 9 della legge 328/2000 ribadisce quale compito dello Stato la (...) determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;

---

e la laurea magistrale (biennale) che dà diritto, sempre a seguito superamento dell'esame di stato, all'iscrizione alla sezione A del medesimo Albo (Assistenti sociali specialisti).

Così pure l'**operatore sociosanitario**, proprio per la rilevanza che questa figura possiede anche in ambito sanitario, viene a formalizzarsi come professione (a superamento di tradizionali figure professionali, quali Adest od OTA, prevalentemente impegnate nei servizi socio assistenziali) a seguito dell'accordo del 22 febbraio 2001 tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Tale accordo definiva oltre al profilo professionale di questa figura un percorso formativo composto di teoria e tirocinio di 1.000 ore i cui contenuti potevano parzialmente essere definiti da ciascuna Regione. L'aggiunta di un successivo modulo formativo (D.G.R. n. 1099 del 13/05/2005) di 300 ore, ha poi istituito la figura dell'operatore sociosanitario, con formazione complementare in assistenza sanitaria, il cui impiego è previsto sia nelle strutture sanitarie che in quelle sociosanitarie.

I curriculum formativi degli **educatori operanti nei diversi servizi per la prima infanzia** sono invece stati definiti a livello regionale mediante la legge regionale 18 agosto 2005, n. 20 «*Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia*», con le integrazioni di cui al D.P.R. 4 ottobre 2011, n. 0230/Pres. Le figure dell'**educatore professionale** (di area sociale) e dell'**animatore sociale** stanno invece attendendo l'attuazione di quanto indicato nei capoversi 5 e 6 dell'art. 36 della L.R. 6/2006. Per l'educatore professionale va precisato che tale figura è pienamente regolamentata per l'area sanitaria mediante il D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 «*Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*», mentre per l'area sociale sono le singole Regioni che hanno disciplinato funzioni e curriculum formativo.

Va inoltre segnalato che pur non citate dall'articolo 36 della L.R. 6/2006 vi sono ulteriori figure professionali operanti nei Servizi sociali della regione:

**Tecnico per l'inserimento lavorativo**, operante nei vari Servizi per l'inserimento lavorativo presenti sul territorio regionale, figura cui fa riferimento il comma 1 lett. d) dell'art. 37 della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 «*Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro*», evidenziando, come compito della Regione, l'individuazione dei requisiti professionali degli operatori per l'inserimento lavorativo e i relativi percorsi formativi;

**Operatore con competenze minime nei processi di assistenza alla persona**, figura e percorso formativo definite con la D.G.R. n.1232 del 14/05/2004 «*Percorso formativo per il conseguimento di competenze minime nei processi di assistenza alla persona*».

Il percorso formativo articolato in 200 ore di cui 150 ore di teoria e 42 ore di esercitazioni pratiche permette di riconoscere agli **allievi che abbiano completato positivamente il corso conseguendo il**

---

**relativo attestato di frequenza**, un credito formativo per il successivo conseguimento della qualifica di operatore sociosanitario (OSS);

**Addetto all'assistenza familiare**, figura professionale sorta con la legge regionale 25 ottobre 2004, n. 24 «*Interventi per la qualificazione e il sostegno dell'attività di assistenza familiare*» e, specificamente con l'art. 3 della suddetta legge. Tale figura è operante direttamente nei contesti familiari i quali prevedono direttamente alla sua assunzione.

Per la formazione della stessa è intervenuta la Regione con specifici finanziamenti verso gli enti realizzatori dei corsi che mediamente impegnavano per circa 100-120 ore gli allievi; pur non facendo formalmente parte dei servizi strutturati messi in campo dai SSC, l'assistente familiare è considerata figura importante per il supporto assistenziale realizzato a domicilio per le persone in situazione di non autonomia.

Per quanto riguarda l'aggiornamento inerente le diverse figure professionali citate generalmente questo avviene su spontanea iniziativa dell'operatore, oppure su programmata iniziativa dell'organizzazione entro la quale l'operatore lavora, oppure ancora, ed è la modalità più frequente, utilizzando iniziative di aggiornamento/formative realizzate dalle diverse agenzie accreditate presenti sul territorio regionale in attuazione di specifici bandi promossi dalla Regione in attuazione di Programmi operativi del FSE.

Solo gli assistenti sociali, per esplicito pronunciamento dell'Ordine nazionale (Delibera n-1/2014), sono vincolati a una formazione continua basata sul riconoscimento di crediti formativi<sup>85</sup>.

Nel contesto della Programmazione operativa del Fondo sociale europeo (2007/2013), la Regione ha realizzato dei programmi specifici dedicati alla formazione e all'aggiornamento di diverse figure professionali impegnate nei servizi alla persona presenti sul territorio regionale, con riferimento al biennio 2012/2013 della citata Programmazione operativa vanno segnalati i seguenti programmi specifici<sup>86</sup>:

**Formazione permanente degli operatori socio assistenziali**, sociosanitari e socio-educativi, dedicato al miglioramento e allo sviluppo delle professionalità e dei modelli organizzativi a sostegno della crescente complessità dei ruoli che gli operatori sono chiamati ad assolvere per il soddisfacimento dei bisogni assistenziali, educativi, di salute e di benessere sociale della popolazione, in particolare degli anziani, dei disabili, dei minori e delle loro famiglie. Due le tipologie di attività formative: la prima inerente gli operatori impegnati nei servizi dedicati a minori, persone con disabilità o in condizione di disagio psico-sociale, la seconda inerente i servizi per la prima infanzia. Sono stati

---

<sup>85</sup> Il periodo di valutazione della formazione continua ha durata triennale. Ogni iscritto deve conseguire nel triennio almeno n. 60 crediti formativi, di cui 15 per attività ed eventi formativi concernenti l'ordinamento professionale e la deontologia; un credito corrisponde di norma a 1 ora di attività formativa.

<sup>86</sup> Va ricordato che nel corso del 2011, in attuazione del programma specifico n. 38 risalente al 2010 (FSE - Programma Operativo Obiettivo 2 - Competitività regionale e Occupazione - 2007/2013), la Regione ha finanziato (€ 405.800,00) la realizzazione di 2 corsi per Animatore sociale - durata 600 ore, 2 corsi per Assistente alla comunicazione nella lingua dei segni italiana - durata 680 ore, 1 corso per Tecnico della riabilitazione, orientamento e mobilità per disabili visivi - durata 900 ore.

---

realizzati, da parte di enti di formazione accreditati dalla Regione, 132 corsi (ciascuno della durata massima di 24 ore), che hanno visto la partecipazione di 2.200 operatori. Lo stanziamento per questo programma è stato di circa € 500.000,00.

**Formazione permanente degli operatori dei servizi della prima infanzia**, con riferimento alla formazione del personale dei Servizi educativi domiciliari concretizzatasi in 4 corsi (ciascuno della durata di 400 ore), che hanno coinvolto 77 donne e all'aggiornamento del personale dei nidi d'infanzia mediante l'attuazione di 12 corsi (ciascuno della durata di 24 ore) che, complessivamente, hanno visto la partecipazione di 170 operatori. Per la formazione del personale dei servizi educativi domiciliari la Regione ha stanziato circa € 157.000,00, per l'aggiornamento degli operatori dei nidi lo stanziamento regionale è invece stato di circa € 42.000,00.

**Formazione a favore di assistenti familiari**, dedicata a persone già occupate o da occupare nel lavoro di cura nei contesti familiari e rivolto alle persone temporaneamente o permanentemente prive di autonomia (anziani in condizione di fragilità, persone con disabilità, ecc). Sono stati effettuati 31 corsi, ciascuno della durata di 80 ore, e sono state formate 569 persone (522 F.); il finanziamento connesso è stato di circa € 340.000,00.

**Formazione "competenze minime nei processi di assistenza alla persona"**, concretizzatasi nella effettuazione di 200 corsi, ciascuno della durata di 200 o 250 ore, in quest'ultimo caso comprendenti la realizzazione di moduli di alfabetizzazione per persone straniere. Le persone formate sono state 4.400 e il finanziamento complessivo riservato è stato di oltre 5 milioni di euro.

**Formazione per "misure compensative per il conseguimento della qualifica di Operatore socio-sanitario OSS"**, quale programma strategico regionale per la qualificazione del personale addetto all'assistenza ma privo del titolo, in possesso di crediti lavorativi e formativi. I corsi realizzati sono stati 90, con durata diversa (252 o 500 ore) in relazione all'entità dei crediti riconosciuti ai partecipanti per l'attività lavorativa e/o formativa realizzata, coinvolgendo 2.200 operatori e con un finanziamento complessivo di oltre 5,8 milioni di euro.

---

## CONCLUSIONI

L'insieme delle informazioni e dei dati presentati nel Rapporto e nel volume allegato rappresentano lo "stato dell'arte" che il sistema di protezione sociale e, come sua parte significativa, il sistema degli interventi e dei servizi sociali della Regione FVG, realizza sul territorio regionale. Con riferimento particolare a quest'ultimo sistema il Rapporto dà evidenza alla pluralità di azioni e di interventi attivi in regione, ma pure alla complessità della sua articolazione su più livelli, istituzionali e organizzativi e con una pluralità di attori e di funzioni dislocati in più luoghi del territorio regionale. L'insieme del materiale presente nel testo è esito di un rigoroso lavoro di ricerca che ha assemblato dati e informazioni provenienti da più fonti: locali, regionali e nazionali.

Il motivo principale che ha condotto l'Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e Famiglia a stendere il Rapporto deriva dalla convinzione che qualsiasi innovazione dal lato delle politiche sociali debba essere conseguente a un'attenta analisi della realtà presente, nei termini degli interventi, dei servizi, delle risorse personali e finanziarie, delle progettualità in azione, delle caratteristiche strutturali che definiscono il sistema istituzionale e i sottosistemi organizzativi che reggono tali politiche. Il Rapporto è esito, nella stesura finale, di molti confronti avvenuti nei mesi scorsi in una pluralità di sedi, con rappresentanti istituzionali e professionali a diverso titolo impegnati nel governo e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, riscontrando un generale interesse per gli esiti di questo impegno e per la metodologia di costruzione adottata. I contenuti del Rapporto rinviano alla predisposizione di azioni progettuali e pianificatorie in gran misura citate in più parti del testo, quali risposte alle problematiche evidenziate e tali da richiedere l'esercizio di responsabilità diffuse in tutti i livelli organizzativi e istituzionali qualificanti il Sistema integrato.

In particolare, il riscontro che il Rapporto dà allo sviluppo incrementale e solo parzialmente coordinato del Sistema integrato sul territorio regionale impegna prioritariamente la Regione, assieme alle rappresentanze degli Enti locali, alla definizione di livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio regionale, tenendo ovviamente conto delle specificità territoriali e demografiche caratterizzanti il FVG. L'approccio pianificatorio e progettuale che sempre più sta caratterizzando i processi decisionali inerenti le politiche sociali sia a livello locale, per il tramite dei Piani di Zona, sia a livello regionale riguardo alle diverse materie di competenza regionale e con riferimento alla Pianificazione sociale più complessiva, impegna la Regione a implementare sempre più il Sistema Informativo dei Servizi Sociali individuando altresì modalità di comunicazione con il Sistema Informativo dei Servizi Sanitari; sarà così possibile accompagnare i processi pianificatori inerenti le politiche sociali con verifiche e valutazioni sui loro esiti e impatti sul tessuto sociale, aumentando in tal modo la consapevolezza degli amministratori, degli operatori e degli stessi cittadini riguardo all'importanza di un sistema universalistico di solidarietà civica.

---

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

Il Rapporto Sociale 2013 è stato realizzato dall'Area politiche sociali, integrazione sociosanitaria e famiglia.

Hanno collaborato alla sua realizzazione:

AREA WELFARE DI COMUNITA' – AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA n. 2 "Bassa Friulana – Isontina"

FONDAZIONE GIACOMO BRODOLINI

ISTITUTO REGIONALE PER GLI STUDI DI SERVIZIO SOCIALE

Direzione centrale salute, integrazione  
socio sanitaria, politiche sociali e famiglia  
Area politiche sociali e integrazione  
socio sanitaria e famiglia