



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

ASSESSORATO ALLA SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA , POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

AREA POLITICHE SOCIALI E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

# RAPPORTO SOCIALE 2013

## REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

---

*SINTESI*

*Febbraio 2015*

---

Conoscere la realtà del sistema dei servizi sociali per definire e attuare un piano di riforme capace di innovarlo e per 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 di cui il presente documento offre una sintesi.

La consapevolezza di non poter ulteriormente rimandare un riordino del sistema dei servizi sociali, dopo aver intrapreso quelli del settore sanitario e degli enti locali, ha portato a realizzare un percorso di approfondimento circa lo stato dei servizi con l'intento di acquisire le conoscenze necessarie per individuare su quali aree e con quali azioni intervenire al fine di renderli capaci di rispondere ai nuovi bisogni di singoli e famiglie.

È di tutta evidenza, infatti, che la crisi epocale che la regione sta attraversando ha radicalmente modificato le esigenze della popolazione, imprimendo a molte delle stesse un carattere di urgenza del tutto inedito. La crisi economico-produttiva ha fatto emergere profili di povertà, prima sconosciuti, che sono andati ad aggiungersi e ad aggravare i già noti bisogni legati alla non autosufficienza e alla bassa natalità.

I primi ad avvertire l'impatto della crisi sui bisogni della popolazione sono stati i Servizi sociali dei Comuni che si sono trovati a dover rispondere ad una più ampia e diversa platea di utenza con strumenti e modalità non sempre efficaci e adeguati. Il sistema dei servizi sociali, pertanto, è chiamato a rileggere con attenzione le risposte sinora messe in campo al fine di individuare quanto di positivo è stato fatto e può essere migliorato e quanto invece si deve cambiare o ancora fare.

Il Rapporto sociale 2013, qui presentato in forma sintetica, si propone come strumento con cui aiutare operatori e amministratori a compiere questa rilettura. Presenta, infatti, lo stato dell'arte del sistema dei servizi sociali inteso nella sua accezione più ampia: dall'intervento statale, a quello dei Comuni singoli e associati, alle strutture residenziali per anziani, minori e disabili, all'intervento del terzo settore. Esso fornisce i dati e gli indicatori relativi all'utenza, ai servizi erogati e alle risorse umane ed economiche impiegate, ed evidenzia tanto i suoi punti di forza quanto quelli di debolezza.

Tre sono gli elementi caratterizzanti il sistema che la descrizione 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 per il sistema in termini di equità dei diritti garantiti e di omogeneità dei livelli assistenziali offerti.

Il quadro descritto dal Rapporto offre, pertanto, numerose e stimolanti indicazioni per avviare una riflessione globale sul riordino dei servizi e, più in generale, delle politiche sociali regionali.

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

## Sommario

<b>1. Il perimetro del Rapporto sociale e la complessità del sistema integrato dei servizi e interventi sociali della Regione Friuli Venezia Giulia .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Le risorse umane e le risorse economiche impiegate.....</b>	<b>11</b>
2.1 <i>Le risorse umane</i> .....	11
2.2 <i>Le risorse economiche</i> .....	13
<b>3. Punti di forza e punti di debolezza del sistema .....</b>	<b>17</b>
<b>4. L'utenza del sistema integrato dei servizi sociali.....</b>	<b>21</b>
3.1 <i>Gli utenti "presi in carico" dal Servizio sociale dei Comuni</i> .....	24
3.2 <i>I beneficiari di interventi e prestazioni erogate da altri soggetti del sistema sociale</i> .....	29
<b>5. Servizi e interventi per minori e famiglie.....</b>	<b>36</b>
<i>Considerazioni d'insieme</i> .....	44
<b>6. Servizi e interventi per adulti e povertà .....</b>	<b>45</b>
<i>Considerazioni d'insieme</i> .....	54
<b>7. Servizi e interventi per gli anziani .....</b>	<b>54</b>
<i>Considerazioni d'insieme</i> .....	62
<b>8. Servizi e interventi per le persone con disabilità.....</b>	<b>63</b>
<i>Considerazioni d'insieme</i> .....	71

## Introduzione

Il Rapporto Sociale 2013 si propone di rappresentare lo **stato dell'arte del "sistema integrato dei servizi e interventi sociali"** della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e di come questo sta rispondendo ai bisogni sociali e sociosanitari della popolazione regionale. In particolare, si propone di offrire una rappresentazione degli assetti istituzionali e organizzativi in essere e di fornire i dati e gli indicatori relativi all'utenza servita, ai servizi e agli interventi erogati, alle risorse umane ed economiche impiegate, evidenziando tanto i punti di forza quanto quelli di debolezza.

Il Rapporto sociale, infatti, non vuole limitarsi a offrire una descrizione dei livelli dei servizi in essere, ma si propone anche di riflettere, da un lato, su come i risultati positivi raggiunti possano essere mantenuti e migliorati e, dall'altro, sulla natura e sulle caratteristiche delle criticità presenti al fine di fornire elementi utili per una successiva programmazione regionale e zonale.

Il Rapporto Sociale è stato redatto nel secondo semestre del 2014, ovvero in un periodo in cui sono intervenuti processi di cambiamento particolarmente significativi in quanto si è assistito alla definizione da parte del Consiglio Regionale delle riforme del sistema sanitario regionale e delle autonomie locali. Entrambe per più aspetti sono destinate ad incidere in misura rilevante sul sistema sociale e la loro attuazione può rappresentare un'importante occasione per realizzare processi di revisione istituzionale e organizzativa utili per l'integrazione tra politiche, in particolare nell'ambito sociosanitario e tra settori di intervento, per far compiere al sistema sociale un salto di qualità nella risposta ai bisogni.

### **1. Il perimetro del Rapporto sociale e la complessità del sistema integrato dei servizi e interventi sociali della Regione Friuli Venezia Giulia**

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, e che considera altresì i servizi 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 ed anziani.

La promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale viene garantita 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 possono individuare, sulla base di un'apposita convenzione, la **forma di collaborazione** con la quale realizzare il servizio sociale scegliendola tra la delega a **un Comune, 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.

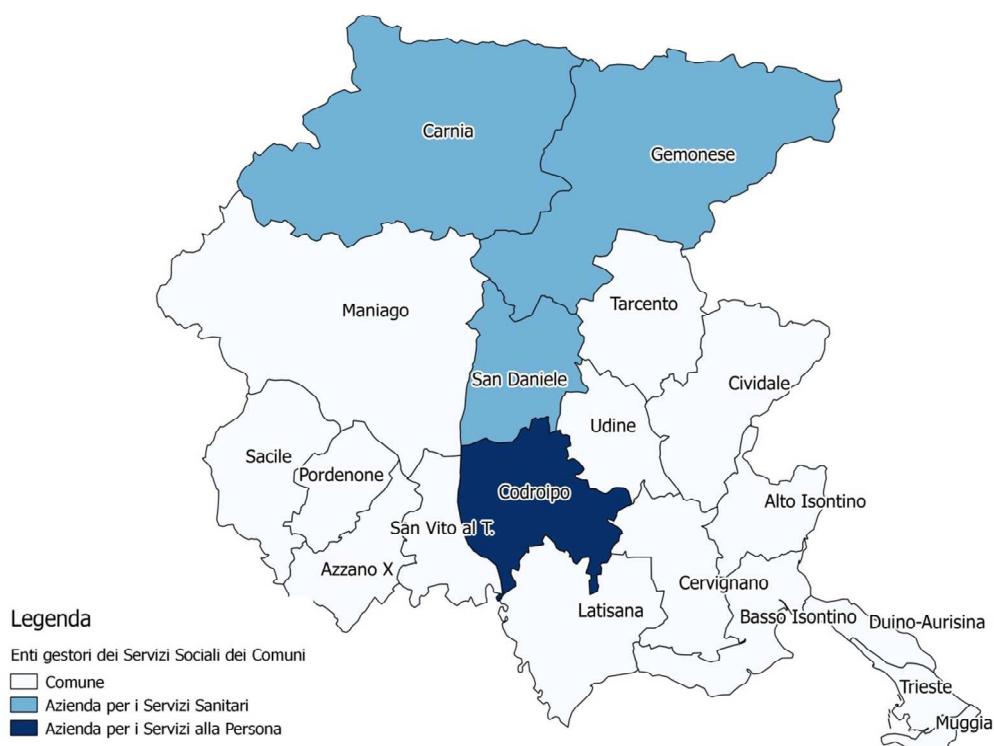
Il processo di attuazione della L.R. 6/2006, a otto anni di distanza, evidenzia una **realtà regionale differenziata**. Sono realtà operativa diciannove Servizi sociali dei Comuni di ambito distrettuale, organizzati in genere con un responsabile, un Ufficio di direzione e programmazione, un'attività di segretariato sociale e con la maggior parte degli operatori suddivisi in aree corrispondenti alle principali categorie di utenza: minori, adulti, anziani e disabili. La complessità dei bisogni ai quali il SSC è chiamato a rispondere rende infatti necessarie competenze sempre più approfondite e specifiche rispetto a problematiche molto spesso nuove, come quelle legate alla crisi della famiglia, alla non autosufficienza, alle nuove forme di povertà.

Si tratta di problematiche che il SSC affronta attraverso un processo di presa in carico globale della persona e della sua famiglia che, proprio in ragione della complessità che deve affrontare, viene realizzato sempre più spesso in modo integrato con le risorse informali e istituzionali del territorio. All'attività di presa in carico, inoltre, il SSC affianca anche una rilevante attività di carattere promozionale e preventivo finalizzata ad evitare l'insorgere di situazioni e fenomeni di disagio attraverso progetti e iniziative realizzate in collaborazione con le risorse locali.

Al SSC pertanto spetta anche il ruolo di regia e coordinamento dell'insieme di tali risorse. Complessivamente, gli operatori impiegati nei SSC contano poco meno di 3.000 unità: 894 inseriti nelle Piante organiche aggiuntive degli enti gestori e 1.903 in capo ai soggetti ai quali i servizi sono stati esternalizzati.

Tutti gli ambiti 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 Servizio sociale dei Comuni individuate dalla norma, come illustrato dal grafico n. 1 di seguito riportato, hanno trovato applicazione tutte le fattispecie proposte - quattordici dei diciannove ambiti distrettuali in cui è stato diviso il territorio regionale hanno delegato la gestione al Comune capofila, tre all'Azienda per i Servizi Sanitari (Carnia, Gemonese e San Daniele), uno all'Azienda per i Servizi alla Persona (Codroipo) - 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.

**Grafico n. 1 - Servizio Sociale dei Comuni per ente gestore**



<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.

L'esercizio associato delle funzioni indicate dalla norma ha trovato realizzazione ad 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**.

Infatti, accanto al caso del Comune di Trieste che gestisce tutti i servizi a livello comunale e che rappresenta il 16,7% della popolazione regionale, la maggior parte dei Servizi sociali dei Comuni gestisce le deleghe previste dalla L.R. 6/2006 ad eccezione dell'assistenza economica. Alcuni Ambiti, come Cervignano e Latisana e, in minor misura, Codroipo, Tarcento, Sacile e Basso Isontino, sono caratterizzati da un'assegnazione di **deleghe** più ampia (in particolare Carta Famiglia, canoni di locazione).

La gestione associata, inoltre, si regge prevalentemente sulla gestione dei fondi regionali e assume un rilievo differenziato a seconda degli Ambiti dal punto di vista dell'apporto economico dei Comuni, così come, dal punto di vista organizzativo, risulta ancora molto debole in alcuni casi, in quanto "centrata" sui livelli e sulle regolamentazioni comunali preesistenti e, in generale, i Comuni singoli esercitano ancora numerose funzioni ed erogano molte "misure", con un notevole impiego di proprie risorse, oltre che a quelle di provenienza regionale, e con l'assorbimento della maggior parte delle compartecipazioni dell'utenza al costo delle prestazioni.

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.

Inoltre, 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, peraltro, 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, ASP, fondazioni e soggetti privati).

Risulta pertanto evidente la **complessità del sistema dei servizi e interventi regionali** sia sotto l'aspetto della gestione dei servizi che 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, oltre a vedere lo Stato - attraverso l'INPS - erogare le cosiddette pensioni assistenziali e la Social Card, si basa su 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 e di esperienze** rappresenta una ricchezza per il sistema, ma allo stesso tempo, ne accrescono la complessità dal punto di vista delle relazioni interne e l'oggettiva differenza di situazioni che ne consegue si riflette indubbiamente anche in termini di **frammentazione e diversificazione dei livelli assistenziali**.

Per assicurare la risposta ai bisogni ai soggetti anziani non autosufficienti, disabili, con problematiche legate alle dipendenze e alla salute mentale, e ai minori multiproblematici il sistema dei Servizi Sociali dei Comuni interviene in modo rilevante su **materie ad alta integrazione sociosanitaria** e opera pertanto in modo integrato con le Aziende per i Servizi Sanitari. Al proposito, la Regione Friuli Venezia Giulia registra un **oggettivo ritardo dato dalla mancata applicazione regionale 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) la quale 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 (realizzata nel caso del C.A.M.P.P. e del C.I.S.I. rispettivamente per i territori delle A.S.S. 5 e A.S.S. 2), altre forme associative (realizzata nel caso della provincia di Trieste con una convenzione intervenuta tra i tre soggetti gestori operanti sul territorio provinciale) e la delega all'Azienda per i Servizi Sanitari (realizzata nel caso delle A.S.S. n. 3, n. 4 e n.6). 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 e, in questo settore, 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 differenziati: il che, se rappresenta originali esperienze, per un verso, per l'altro aumenta la diversificazione nei livelli assistenziali.

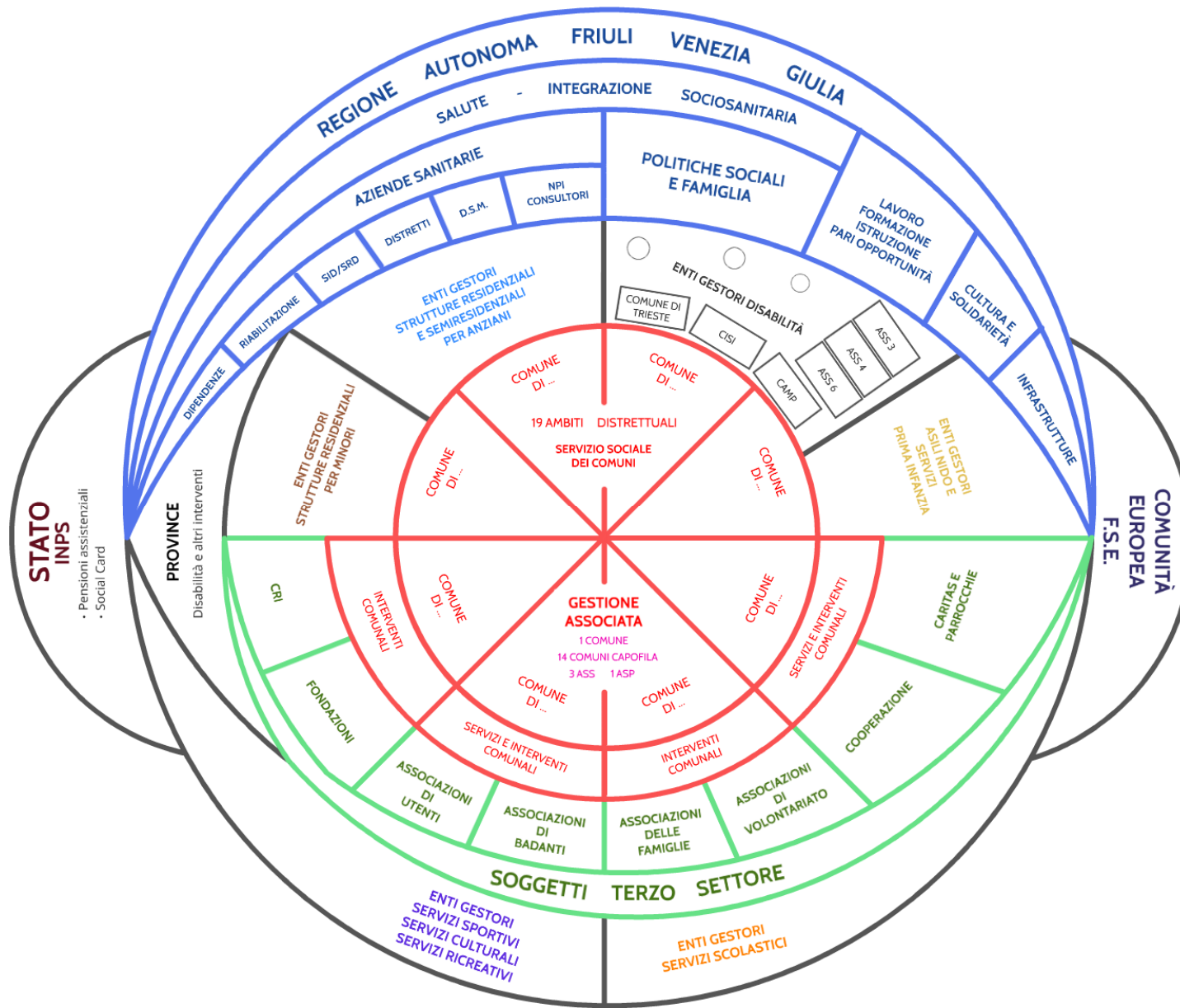
---

<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"».



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, della retta delle persone bisognose non in grado di sostenerla autonomamente. Le Aziende sanitarie, 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 per l’abbattimento retta in favore di persone non autosufficienti.

La risposta ai bisogni residenziali dei **minori multiproblematici**, infine, viene garantita attraverso un insieme di comunità di accoglienza la cui titolarità è nella quasi totalità dei casi di soggetti del privato sociale, religioso e della cooperazione sociale, ai quali il Servizio sociale dei Comuni corrisponde gli oneri relativi con il concorso non omogeneo delle Aziende sanitarie.



## 2. Le risorse umane e le risorse economiche impiegate

### 2.1 Le risorse umane

Come anticipato, le **risorse umane impiegate nel SSC** nel 2013 ammontano a circa 3.000 unità tra personale interno e personale di soggetti esterni che collaborano col SSC in particolare per l'erogazione di servizi quali il servizio di assistenza domiciliare e il servizio socio educativo. Come si può notare dal grafico n. 2 di seguito riportato, si tratta per il 68% di personale esterno e per il 32% di personale interno al SSC.

**Il personale interno è rappresentato in prevalenza da assistenti sociali (42,0%), personale di assistenza (30,5%) e personale amministrativo (16,5%).**

**Il personale in esternalizzazione**, invece, è costituito prevalentemente da **personale educativo (47,9%)**, impiegato per lo più nei servizi di carattere socio-educativo, e **personale di assistenza (34,6%)** impiegato nei servizi di assistenza domiciliare.

Nell'insieme ciò che emerge è la consistenza assunta dal processo di esternalizzazione soprattutto con riferimento al personale educativo, pressoché totalmente esternalizzato, e a quello assistenziale che risulta in forte diminuzione tra il personale interno.

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, e della rilevazione .

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 casi 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, all'ultima rilevazione disponibile (31/12/2012)<sup>3</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 e amministrative (75 unità).

---

<sup>3</sup> Fonte: Rilevazione 2012 Istat e Regione FVG, dati riferiti a 75 centri su 91 totali.

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>4</sup>, si contano 1.028 unità. Si tratta per circa la metà (535 unità) di operatori di assistenza e, in particolare, di OSS (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>5</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.

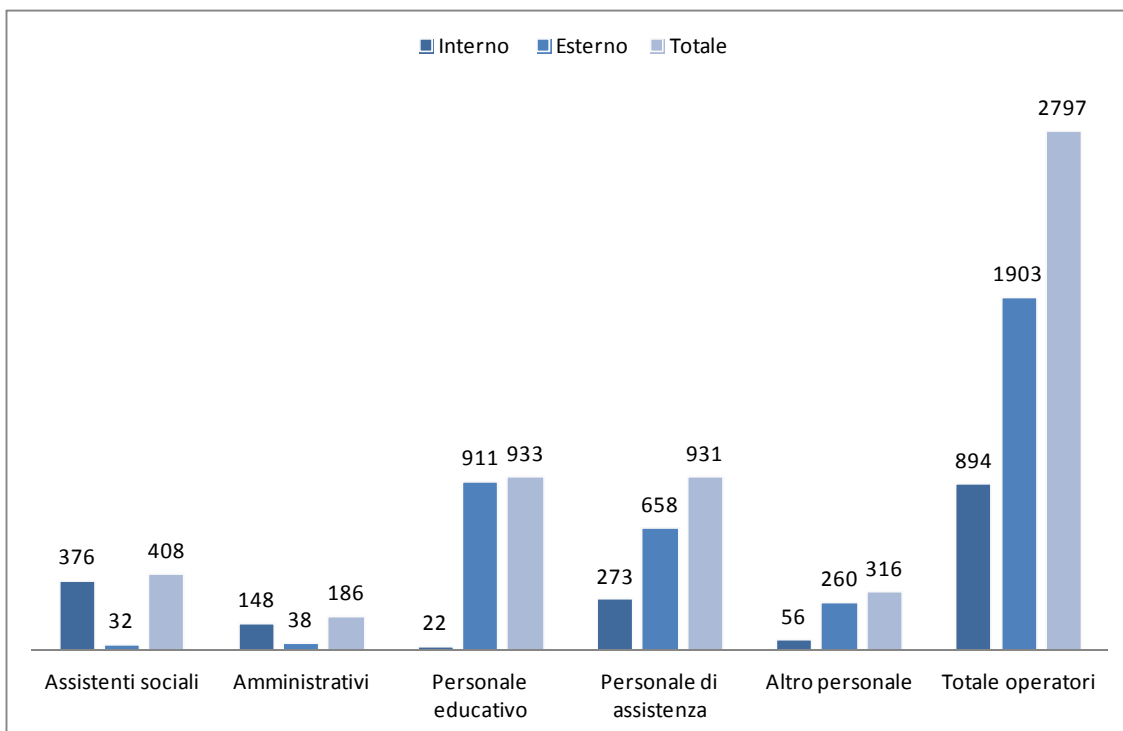
Pur considerando che i dati sopra riportati fanno riferimento ad annualità e a modalità di rilevazione diverse, e che risultano incompleti per quanto riguarda le strutture per anziani e quelle per la disabilità, si può comunque presumere che le risorse umane attivate dal sistema nel suo complesso non siano inferiori alle 11.000 unità.

---

<sup>4</sup> Fonte: Rilevazione 2012 Istat e Regione FVG, dati riferiti a 51 strutture su 60 totali.

<sup>5</sup> Fonte: SIRA-FVG, "Offerta residenziale", anno 2013, dati riferiti a 179 strutture su 194 totali.

**Grafico n. 2 - Operatori in carico al SSC e di soggetti esterni che opera col SSC per tipologia professionale, dato di flusso 2013**



Fonte: Elab. SISS su dati SSC (settembre 2014)

## 2.2 Le risorse economiche

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 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 e vedeva una spesa di 286,3 milioni di euro a cui andavano sommati 63,5 milioni di euro rappresentati dalla compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. L'indagine evidenziava come **la spesa media per abitante pone la regione Friuli Venezia Giulia tra i primi posti** rispetto ai territori rilevati, superata solamente dalle Province Autonome di Trento e Bolzano e dalla Valle d'Aosta con una spesa pro capite di 231,7 euro a fronte di una spesa nazionale di 115,7 euro. Peraltro, mettendo a confronto il dato di spesa sostenuta dal 2005 al 2011, la regione Friuli Venezia Giulia presentava un costante incremento, pari al 33,9%, contro un incremento nazionale del 18,1%.

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 alle Associazioni, a specifiche categorie di utenti, a soggetti privati e del privato sociale, ecc.), la spesa privata degli utenti per l'acquisto di servizi verso soggetti privati (nidi privati, badanti, ecc.) e la compartecipazione 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.

Ritenendo indispensabile fornire un quadro delle risorse complessivamente impiegate nel settore sociale regionale nel 2013 si è cercato, pertanto, di fornire una rappresentazione d'insieme, con il limite di operare alcune "stime" su alcune componenti di spesa non diversamente censibili, quali la componente privata.

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**. Esso riguarda 11.939 pensioni di invalidità, 38.261 indennità di invalidità (quella più frequentemente erogata è quella di accompagnamento) e 11.399 pensioni e assegni sociali. Per quanto ingente, esso rappresenta, peraltro, solo il 5,15% del bilancio complessivo dell'Ente che è stato pari a 6.333,3 milioni di euro. I beneficiari di queste prestazioni sono, almeno in parte, anche utenti dei servizi sociali regionali e utilizzano, verosimilmente, i proventi pensionistici e le indennità per l'acquisto di prestazioni assistenziali (ad esempio per il pagamento delle rette nelle strutture residenziali per anziani e disabili).

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, ammonta 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 Sanitarie. Quote minori dell'importo totale sono poi destinate a altri soggetti pubblici (quali Province e Ater), privati e soggetti del terzo settore, ad Associazioni di utenti e a singoli utenti;
- la **spesa comunale, pari a 147 milioni di euro** (stimata in parte) e 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).

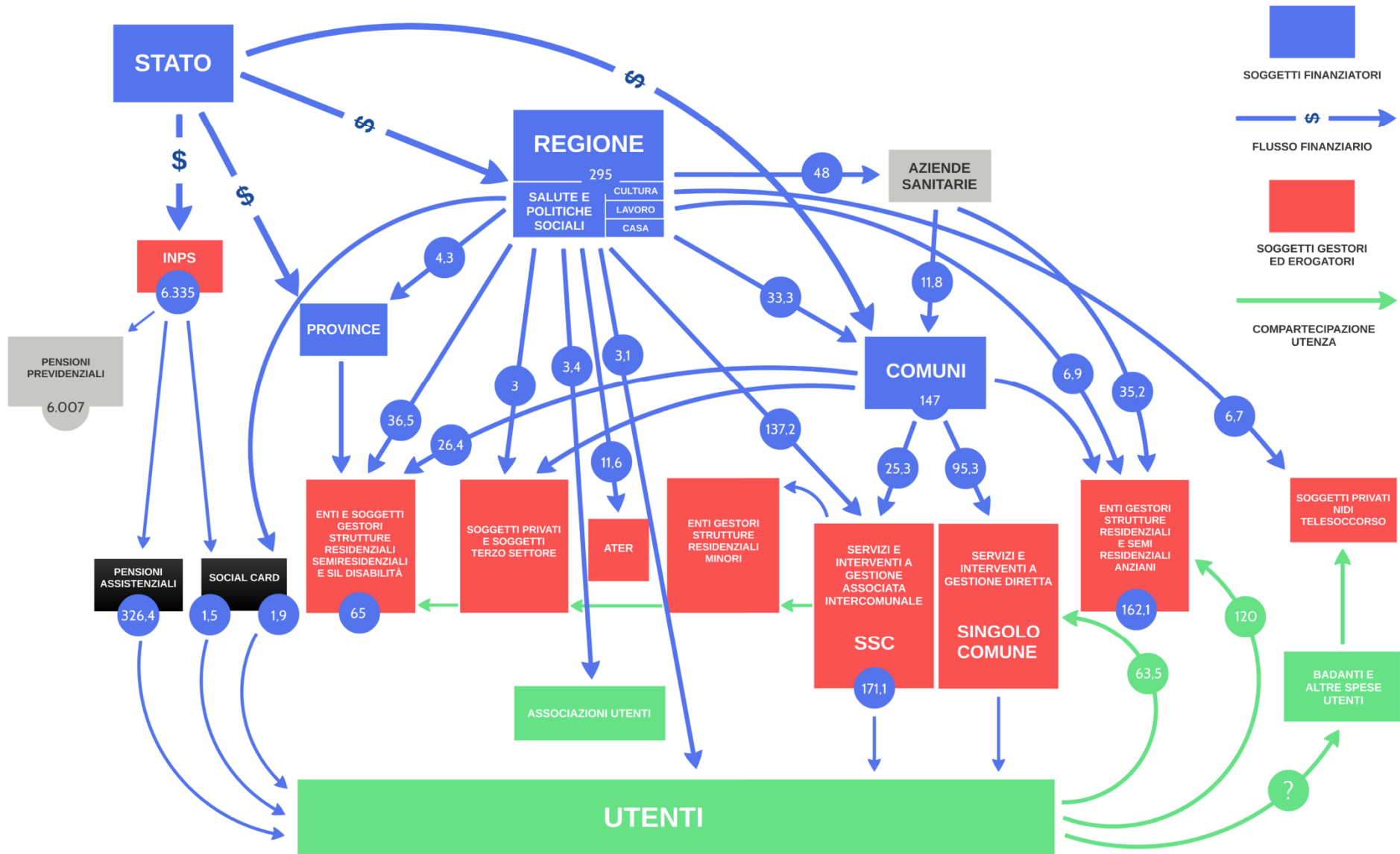
Per quanto concerne **la spesa sostenuta dagli utenti, essa viene stimata in almeno 200 milioni di euro**, relativa alla compartecipazione alla spesa dovuta per i servizi ottenuti dai Comuni Singoli, dal Servizio sociale dei Comuni e dagli Enti delegati (si è considerato il dato di 63,5 milioni di euro 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 Sanitarie) e quella sostenuta e non esattamente quantificabile per acquisire servizi da soggetti privati (esempio nidi, badanti, ecc).

Occorre poi evidenziare che **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, dai Comuni e 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.

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. A detta spesa, rilevata 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 compartecipazione 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 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.

Sommando 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 (vedi schema).

# RISORSE ECONOMICHE PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI IN REGIONE FVG





### 3. Punti di forza e punti di debolezza del sistema

Un primo punto di forza del sistema è rappresentato dalla **gestione associata del Servizio sociale dei Comuni** che costituisce la più importante esperienza concreta di gestione unitaria sovra comunale a livello regionale e rappresenta un elemento distintivo rispetto al contesto nazionale ancora caratterizzato da una situazione a macchia di leopardo. Si tratta di un'esperienza dell'esito di un lungo percorso normativo e professionale iniziato nel 1981 con la Legge regionale n. 35 *Promozione e riordino di servizi e interventi in materia socio – assistenziale* e meglio definito nel 1988 con l'approvazione della Legge regionale 19 maggio 1988, n. 33 *Piano socio - assistenziale della Regione autonoma Friuli - Venezia Giulia* in cui, accanto all'evidenziazione delle finalità del Sistema dei servizi socio-assistenziali, venivano indicati i soggetti attuatori, i destinatari e la sua strutturazione a livello locale e nella più ampia dimensione regionale.

Alcuni problemi istituzionali e organizzativi, anche con riferimento al funzionamento dell'assetto dei servizi a livello locale, hanno poi trovato soluzioni in successive norme<sup>6</sup> fino a giungere all'approvazione, nel 2006, della richiamata Legge regionale n. 6. 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, pur presentando alcuni limiti, hanno contribuito a rafforzarla e a farle conseguire risultati apprezzabili in termini di esiti, di prassi operative e di modelli organizzativi.

A livello locale questo assetto valorizza la funzione dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale quale organo di indirizzo e di alta amministrazione del Servizio sociale dei Comuni, che si qualifica per la disposizione di fondamentali responsabilità pianificatorie verso il sistema integrato a livello territoriale, interagendo altresì con le scelte di competenza del sistema sanitario locale. Il governo del sistema, pertanto, rimane in capo ai Comuni e ai loro amministratori che, grazie anche a questa esperienza, hanno potuto acquisire modalità di presa di decisione di tipo collegiale e collaborativo, ispirate ai principi della sussidiarietà e della solidarietà. Nel corso degli anni, infine, la gestione associata è stata sostenuta da provvedimenti regionali di finanziamento diretto ai Servizi Sociali dei Comuni (Fondo Sociale Regionale e finanziamenti vincolati: Fondo Solidarietà, Fondo per l'Autonomia Possibile, Fondo gravissimi, fondi dedicati ad affidi, devianza, amministratore di sostegno).

---

<sup>6</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*.

Un secondo elemento di forza è rappresentato dalla **coincidenza territoriale dei Servizi sociali dei Comuni con i distretti sanitari**, anch'essa poco presente a livello nazionale. Tale coincidenza è stata ribadita dalla recente legge di riforma del sistema sanitario regionale e costituisce un presupposto fondamentale per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

Il Servizio sociale dei Comuni garantisce un **presidio professionale pressoché in tutti i Comuni** della Regione e questa diffusione capillare rappresenta un terzo elemento di forza del sistema. Oltre a essere radicato sul territorio, il Servizio sociale dei Comuni mostra anche un'elevata capacità di presa in carico di un'utenza che nel corso degli anni è divenuta progressivamente più numerosa e complessa. Non solo il numero degli utenti del Servizio sociale dei Comuni è aumentato ma anche le situazioni di disagio per le quali essi si rivolgono al Servizio sociale sono diventate multiproblematiche e tali da richiedere una pluralità di interventi e il concorso di più servizi.

Oltre a rafforzare questa capacità, nel corso degli anni il Servizio sociale dei Comuni ha consolidato anche quella legata al lavoro di comunità e al lavoro per progetti, attraverso le esperienze di pianificazione locale avviate con la L. 285/97 e implementate con la pianificazione di zona ai sensi delle L.R. 23/2004 e L.R. 6/2006. La L.R. 23/2004, infatti, individuando nel **Piano di Zona** e nel Programma delle attività Territoriali gli strumenti di programmazione locale rispettivamente del sistema sanitario e sociosanitario e del sistema sociale, ha dato avvio a un'intensa **attività di pianificazione integrata tra Servizi sociali dei Comuni e Distretti**, portandoli ad approvare annualmente piani d'intervento condivisi e a operare secondo una logica centrata non solo sul singolo caso ma sull'intera comunità, con un approccio progettuale e non prestazionale, di medio-lungo periodo, attento a valorizzare e coinvolgere tutte le risorse disponibili, sia quelle formali che quelle informali.

Al fine di valorizzare le significative esperienze compiute dai territori con la pianificazione di zona 2006-2008, pur in assenza di un Piano sociale regionale contenente indirizzi strategici e organizzativi funzionali alla programmazione territoriale, la Regione ha ritenuto opportuno dar corso a una nuova tornata pianificatoria per il triennio 2013-2015.

In tale prospettiva nel marzo 2012 sono state emanate apposite Linee guida per la predisposizione del Piano di zona (allegate alla D.G.R. 22.03.2012 n. 458) volte a rilanciare il piano di zona come piano regolatore del sistema locale dei servizi alla persona, a promuovere l'integrazione delle politiche regionali di welfare e ad attuare una programmazione unitaria nelle aree sociosanitarie.

Il Piano di zona pertanto **è stato consolidato quale strumento per la programmazione e organizzazione dei servizi e interventi sociali a livello territoriale**, che si raccorda con la programmazione distrettuale/aziendale in materia sociosanitaria e si coordina con i piani di settore di specifiche normative regionali quali quelle riferite alla famiglia, al lavoro, alla casa, alla formazione.

Le Linee guida hanno individuato dieci macro obiettivi che i SSC sono stati chiamati a perseguire nei propri territori definendo le macro-azioni con cui realizzarli e declinandole annualmente nel Programma attuativo annuale. Attraverso l'articolazione del Piano di zona in Programmi attuativi annuali, infatti, la nuova pianificazione ha voluto coniugare la dimensione più propriamente strategica di durata triennale con quella più operativa di durata annuale. I dieci macro-obiettivi si sono rivolti al coinvolgimento della comunità nella realizzazione del sistema integrato di servizi e interventi (governance sociale), al consolidamento del governo del sistema, alla stabilizzazione/mantenimento del livello delle prestazioni offerte, all'integrazione socio-sanitaria a livello di sistema e di singola area d'intervento, al contrasto della povertà e alla promozione della famiglia e della genitorialità.

Il processo di pianificazione di zona è stato inteso anche come strumento privilegiato con cui promuovere la partecipazione dei diversi attori della comunità locale che ha portato al coinvolgimento di oltre 500 soggetti non istituzionali.

Un ulteriore elemento di forza si può individuare nella **rilevanza delle risorse finanziarie** messe in campo da Regione e Comuni per il sistema. Esse infatti 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.

Tra gli elementi di forza, infine, va evidenziata anche la presenza di un **Sistema Informativo Sociale** in capo alla Regione che ha il proprio fulcro nella **Cartella Sociale Informatizzata utilizzata in modo capillare da tutti i SSC**. Anche questo costituisce un elemento che distingue il Friuli Venezia Giulia dalle restanti Regioni, i cui sistemi informativi sono per lo più settoriali e centralizzati, e che le consente non solo di quantificare gli utenti in carico ai SSC e gli interventi attivati in loro favore, ma anche di rilevare ulteriori informazioni riferite al loro profilo e alle loro problematiche.

A questi indubbi elementi di forza del sistema se ne affiancano altri che introducono una certa debolezza nell'assicurare una risposta ai bisogni della popolazione accessibile, puntuale, esaustiva, integrata ed equa.

Un primo elemento di debolezza è dato dal fatto che la gestione associata dei Servizi sociali dei Comuni sia affidata tramite **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 esigenze. Essa, in ogni caso, ha posto le premesse culturali per una visione sovra comunale delle politiche sociali tanto che la legge regionale di riforma degli enti locali attribuisce dal 1 gennaio 2016 alla gestione sovra comunale tutta la materia del sociale individuando nelle Unioni Territoriali dei Comuni l'Ente preposto alla gestione della stessa.

Tutto ciò ha portato a **diciannove realtà tra loro diverse per competenze esercitate**, assetto organizzativo, dotazione di risorse economiche e umane, modalità di funzionamento, tanto che l'attività normativa e regolamentare della Regione ha una ricaduta e un impatto alquanto diversificati sul territorio regionale a seconda della specificità che caratterizza ciascun Servizio sociale dei Comuni. Questa **differenziazione di livelli assistenziali** rappresenta un secondo elemento di debolezza che talvolta ostacola un'efficace ed efficiente gestione dei servizi e si traduce in **differenze tra Comune e Comune** di uno stesso ambito distrettuale dal punto di vista della compartecipazione alla spesa da parte dei Comuni e degli utenti oltre che dal punto di vista dei criteri di accesso ai servizi essendo pochi i contesti in cui sono stati definiti regolamenti di gestione dei servizi condivisi da tutti i Comuni.

Non è solo la delega a un Comune a presentare elementi di debolezza. Anche la delega all'Azienda per i Servizi Sanitari e all'Azienda per i Servizi Pubblici alla Persona (A.S.P.) hanno mostrato alcuni aspetti di criticità. La **delega all'Azienda per i Servizi Sanitari**, infatti, ha agevolato l'integrazione sociosanitaria sia a livello istituzionale che organizzativo, ma al tempo stesso, non è risultata immune da difficoltà burocratiche e amministrative, con qualche criticità tra il ruolo del coordinatore socio sanitario dell'ASS 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'A.S.P., caratterizzato dalla presenza di un presidente e di un direttore, ma che nello stesso tempo dipende dalle decisioni dall'Assemblea dei Sindaci.

**Il SISS e la CSI**, inoltre, sebbene abbiano consentito alla Regione di raggiungere un livello di conoscenza elevato e attendibile su diversi fenomeni sociali e su molti aspetti di sistema, **presentano ancora diversi limiti**: dal punto di vista dell'utilizzo persiste un approccio piuttosto burocratico alla CSI che in alcuni casi rende la sua compilazione non sempre puntuale e completa; dal punto di vista delle caratteristiche degli applicativi, invece, si rileva la mancanza di un modulo gestionale che consenta la gestione e conseguente rilevazione a livello di ambito distrettuale delle informazioni riguardanti la dimensione economica dell'attività dei SSC; dal punto di vista dell'integrazione delle fonti informative, infine, manca la messa in rete della CSI e degli applicativi in uso nei Distretti e nelle case di riposo.

Un ulteriore elemento di debolezza è rappresentato dalla **mancata applicazione del LEA nazionali e la mancata definizione regionale dei livelli essenziali** delle prestazioni sociosanitarie e del sistema di finanziamento che ad essi si dovrà accompagnare. Tale mancanza, giustificata in parte dall'assenza di chiari riferimenti nazionali in merito, si ripercuote in differenze nei servizi messi in campo dai singoli SSC dal punto di vista quantitativo, qualitativo e organizzativo con conseguenti disparità - non solo nell'erogazione dei servizi ma anche nella garanzia dei diritti - per i cittadini che ad essi si rivolgono.

Vi è quindi il limite della mancanza di un'adeguata **programmazione sociale regionale** che non può essere compensata dai pur positivi processi di pianificazione zonale. A questa mancanza, peraltro, si associa una produzione **normativa regionale datata, poco coerente e armonica**. Le 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. In ogni caso produttrici di un notevole carico amministrativo sui SSC e sui Comuni. Con tutto ciò si possono comprendere la complessità del sistema, la sua frammentazione e diversificazione territoriale che richiedono uno sforzo organico e progressivo di riordino.

#### 4. L'utenza del sistema integrato dei servizi sociali

Le differenze di mandato istituzionale e di ruolo che contraddistinguono i diversi soggetti che, come illustrato nel primo paragrafo, rientrano nell'ampio "perimetro" del sistema integrato dei servizi sociali, li portano a rivolgersi a target diversificati di popolazione con modalità e tipologie di intervento altrettanto differenziate che non si escludono tra loro ma si affiancano, rendendo così articolata la gamma delle opzioni di supporto a disposizione della popolazione e offrendo più canali di accesso al sistema. Le persone, pertanto, possono usufruire contemporaneamente di più prestazioni, interventi o servizi che vengono erogati da soggetti diversi.

All'interno del sistema si possono così individuare cinque tipologie di fruitori di prestazioni, interventi o servizi messi a disposizione dai diversi soggetti.

Ci sono, in primo luogo, **le persone che si trovano in una situazione di disagio** e, in modo autonomo o su segnalazione di altri soggetti o istituzioni, giungono al SSC dal quale **vengono "prese in carico"** in quanto riconosciute bisognose di un intervento di carattere professionale a seguito di apposita **valutazione professionale** spesso integrata tra SSC e servizi sanitari. Si tratta di utenti con bisogni che non riescono ad affrontare in modo autonomo e che decidono o accettano di rivolgersi al SSC, spesso dopo aver tentato a lungo di risolverli da soli.

L'accesso al SSC, infatti, viene in genere ritardato dalle persone sia per la difficoltà che comporta per la poca conoscenza e complessità delle sue procedure, sia per lo stigma socialmente attribuito a chi ne viene preso in carico, sia per il timore di non riuscire a svincolarsi dalla presa in carico una volta avviata.

La complessità dei bisogni di questa utenza giustifica un processo di presa in carico globale da parte del SSC attraverso un **progetto assistenziale individualizzato**, che di frequente coniuga diversi interventi integrati con altre risorse istituzionali e non istituzionali del territorio, tra cui soprattutto i servizi sanitari. In molti casi il progetto è di lunga durata e non sempre riesce a risolvere la situazione problematica ma si limita a ridurne o contenerne la gravità con un parziale miglioramento della qualità della vita della persona coinvolta. In diversi casi, pertanto, l'utenza del SSC viene considerata "cronica", in quanto rimane in carico ai servizi per tutta la vita sebbene l'intervento nei suoi confronti non sia continuativo e presenti gradi diversi di intensità.

A questi utenti si devono poi aggiungere quelli, non facilmente quantificabili, che il SSC raggiunge attraverso iniziative di promozione del benessere e di prevenzione del disagio. L'attività di carattere promozionale e preventivo rientra, infatti, tra i compiti istituzionali che il SSC realizza per lo più in collaborazione con le risorse formali e informali del territorio, secondo l'approccio del lavoro di comunità. Si tratta di iniziative che in regione hanno ricevuto particolare impulso con la predisposizione dei piani per l'infanzia e l'adolescenza ai sensi della L. 285/97 e hanno trovato successivo rinforzo con la pianificazione di zona. Si configurano per lo più sottoforma di progetti composti da diversi tipi di azioni (dai percorsi formativi, agli incontri di sensibilizzazione o diffusione, agli eventi, ad attività strutturate di aggregazione per minori e adulti, ...) rivolte a target mirati o indistinti di popolazione la cui partecipazione è libera e per questo risulta difficile da rilevare e quantificare con precisione.

Vi sono poi i **beneficiari di prestazioni garantite in base a specifici interventi statali o comunali**. Si tratta di prestazioni di carattere assistenziale o promozionale e di supporto erogate da diversi enti, come l'Inps, o dai Comuni, a fronte di requisiti d'accesso prestabiliti che fanno generalmente riferimento al reddito, alla condizione sanitaria, all'età. L'erogazione avviene attraverso interventi di tipo amministrativo relativi all'accertamento dei requisiti e alla liquidazione del beneficio. I beneficiari di queste prestazioni costituiscono un'ampia platea di persone che non necessariamente si trovano in situazioni di disagio ma si limitano ad usufruire di prestazioni che vengono messe a loro disposizione e di cui hanno diritto. Solo una parte di questi beneficiari presenta problematiche che richiedono l'intervento del SSC e coincide pertanto con gli utenti presi in carico dal SSC.

Un terzo gruppo è rappresentato da **chi si rivolge ai servizi a bassa soglia forniti dalla Caritas e da altre organizzazioni di volontariato**. Si tratta di un gruppo che, sino a qualche anno fa, era rappresentato dalle persone in condizioni di povertà, in prevalenza, estrema, ossia persone prive di risorse materiali e relazionali, non in grado di raggiungere i SSC ma in alcuni casi non intenzionate a farlo avendo interrotto ogni rapporto con le istituzioni.

L'intervento nei loro confronti talvolta si limita all'erogazione di interventi di carattere assistenziale, in alcuni casi anche ripetuti, ma senza una presa in carico della persona, talvolta invece prevede un percorso di accompagnamento della persona, finalizzato al perseguimento di precisi obiettivi di autonomia personale, lavorativa e abitativa, condiviso in diversi casi anche con i SSC, che annoverano quindi la persona tra i propri utenti. Nel corso degli ultimi anni, soprattutto a causa della crisi economica ancora in corso, a questo gruppo se n'è aggiunto uno nuovo, composta da chi si trova in condizioni di disagio abbastanza contenuto e almeno apparentemente momentaneo.

Si tratta dei cosiddetti nuovi poveri o poveri transitori, rappresentati da chi ha perso improvvisamente il lavoro e non riesce a far fronte alle spese ordinarie, all'affitto, al mutuo o ad altre pendenze, ma anche chi non lavorava ed è rimasto privo del coniuge percettore di reddito a causa di crisi e conflittualità familiari. Sono persone che cercano di affrontare da sole la situazione di difficoltà, senza ricorrere al SSC ma attingendo alle risorse più flessibili e accessibili, meno vincolanti e meno stigmatizzanti messe a disposizione dal volontariato.

Un quarto gruppo è rappresentato dagli **ospiti delle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani e disabili**. Si tratta di persone che vengono prese in carico dai servizi, attraverso una valutazione integrata operata congiuntamente da SSC e servizi sanitari in sede di UVD. Nel caso degli anziani, gli ospiti delle strutture semiresidenziali sono in parte anche utenti del SSC che attiva questo tipo di risorsa generalmente come supporto alla domiciliarità, mentre gli ospiti delle strutture residenziali, una volta inseriti al loro interno, non hanno più rapporti col SSC. Nel caso dei disabili, invece, gli ospiti di entrambe le tipologie di strutture sono generalmente anche stati utenti del SSC che ha collaborato al loro inserimento in tali strutture e in alcuni casi continua ad intervenire nei loro confronti con interventi di supporto di tipo economico e/o assistenziale.

Un quinto gruppo, infine, è rappresentato dalle **persone con problematiche legate alle dipendenze e al disagio mentale che vengono prese in carico dai servizi delle Aziende sanitarie** in integrazione col SSC nel caso in cui vi sia la necessità di interventi assistenziali come il servizio di assistenza domiciliare o il sostegno economico.

**La quantificazione di questo insieme di beneficiari e utenti del sistema integrato dei servizi non è determinabile con esattezza** in ragione della pluralità dei soggetti titolari delle prestazioni e dei servizi erogati - Stato, Regione, Comuni singoli e associati, Caritas e altri attori del terzo settore -, della "pluralità di accesso" ad essi nella misura in cui un cittadino contestualmente si può rivolgere ai SSC o richiedere prestazioni allo Stato, ai Comuni e ai soggetti del terzo settore e della mancanza di un sistema informativo in grado di ricondurre allo stesso utente i diversi interventi di cui beneficia contemporaneamente.

Mentre la quantificazione dei beneficiari delle singole prestazioni erogate dai diversi enti e degli utenti dei vari servizi riesce ad essere fatta in modo abbastanza agevole e preciso, la quantificazione complessiva risulta più difficoltosa e approssimativa in quanto i vari gruppi non possono essere semplicemente sommati ma vanno depurati da quanti sono contemporaneamente beneficiari e utenti di più prestazioni e servizi, e questo non è semplice stante la mancata integrazione dei sistemi informativi utilizzati per il loro monitoraggio.

In coerenza col focus del Rapporto, viene analizzata **in modo approfondito l'utenza "presa in carico" dal Servizio Sociale professionale** gestito in forma associata dai Comuni e si fornisce una **quantificazione complessiva dei "beneficiari" delle prestazioni erogate dallo Stato, dai Comuni e degli ospiti accolti nelle strutture residenziali** per minori, disabili e anziani **in capo agli enti gestori**.

Nel caso dell'utenza presa in carico dal SSC, infatti, la presenza di un sistema informativo regionale che prevede l'utilizzo da parte di tutti gli assistenti sociali di una CSI condivisa contenente informazioni relative al profilo socio-demografico, alle problematiche e agli interventi delle persone prese in carico, permette non solo di quantificare gli utenti ma anche di descrivere le loro principali caratteristiche e gli interventi di cui hanno beneficiato.

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

Gli utenti "presi in carico" dal Servizio sociale dei Comuni vengono monitorati con l'applicativo informatico della Cartella Sociale Informatizzata che, pur con alcuni limiti legati alla non sempre omogenea e puntuale registrazione, consente comunque di quantificarli con un buon livello di approssimazione. Nel corso del 2013, sono stati a **53.643 persone, pari al 4,3% della popolazione residente**.

Relativamente a questi utenti, l'analisi dei dati inseriti in CSI permette di cogliere alcuni elementi particolarmente significativi dal punto di vista strategico.

Un primo elemento è rappresentato dalla **tendenza ad aumentare**, come si può cogliere dalla tabella n. 1 di seguito riportata.

In termini generali, dal 2011 l'utenza è aumentata in valori assoluti di 1.543 unità e in valori percentuali di 3 punti. Si tratta di un elemento che evidenzia, da un lato, la buona capacità di rilevazione e risposta ai bisogni dei cittadini maturata dal SSC e, dall'altro, l'incremento delle situazioni di disagio e di difficoltà che singoli e famiglie non riescono a fronteggiare da sole.



**Tab. n. 1 - Utenti presi in carico dal Servizio sociale dei Comuni nel corso del 2011, 2012, 2013 per fasce d'età, rapporto sulla popolazione di riferimento e sul totale dell'utenza in carico**

	2011	2012	2013
<b>minori in carico</b>	<b>7.818</b>	<b>7.575</b>	<b>7.342</b>
<i>su popolazione</i>	4,3%	4,1%	4,0%
<i>su utenza</i>	15,0%	14,5%	13,7%
<b>adulti in carico</b>	<b>22.264</b>	<b>22.782</b>	<b>23.848</b>
<i>su popolazione</i>	3,0%	3,1%	3,2%
<i>su utenza</i>	42,7%	43,5%	44,5%
<b>anziani in carico</b>	<b>22.018</b>	<b>21.964</b>	<b>22.453</b>
<i>su popolazione</i>	7,5%	7,4%	7,4%
<i>su utenza</i>	42,3%	42,0%	41,9%
<b>totale utenti</b>	<b>52.100</b>	<b>52.321</b>	<b>53.643</b>

Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Un secondo elemento è rappresentato dal **cambiamento in atto nella composizione dell'utenza**. Analizzando il suo profilo, infatti, emerge come si tratti in **prevalenza di grandi anziani e di adulti**. Dopo essersi connotato come servizio rivolto principalmente ad anziani, minori e, in misura più contenuta, adulti con problematiche sociali legate alla grave povertà, al disadattamento, alla devianza e alla disabilità, il SSC ha visto nell'ultimo triennio aumentare in misura particolarmente consistente il numero degli anziani ultra settantacinquenni e soprattutto quello degli adulti. I primi rappresentano il 33,7% dell'utenza del 2013 e presentano soprattutto problematiche legate alla non autosufficienza. I secondi rappresentano il 32,9% dell'utenza del 2013 e sono interessati soprattutto da difficoltà legate al reddito, al lavoro e alla casa.

Dall'analisi può cogliere l'**aumento dal 2011 particolarmente sostanzioso dell'utenza della fascia 35-64 (1.205)** e più contenuto nelle fasce di utenza 18-34 (379), 65-74 (37) e >75 (398), a fronte di un calo soprattutto nella fascia dei minori (-476).

Considerando la condizione professionale prevale chi si trova nella condizione di "ritirato dal lavoro" (32,4%) e di **disoccupato** (17,3%). L'aspetto più significativo però è che quest'ultima condizione, nel periodo 2011-2013, registra un **incremento del 21,5%**, pari a 1.638 utenti.

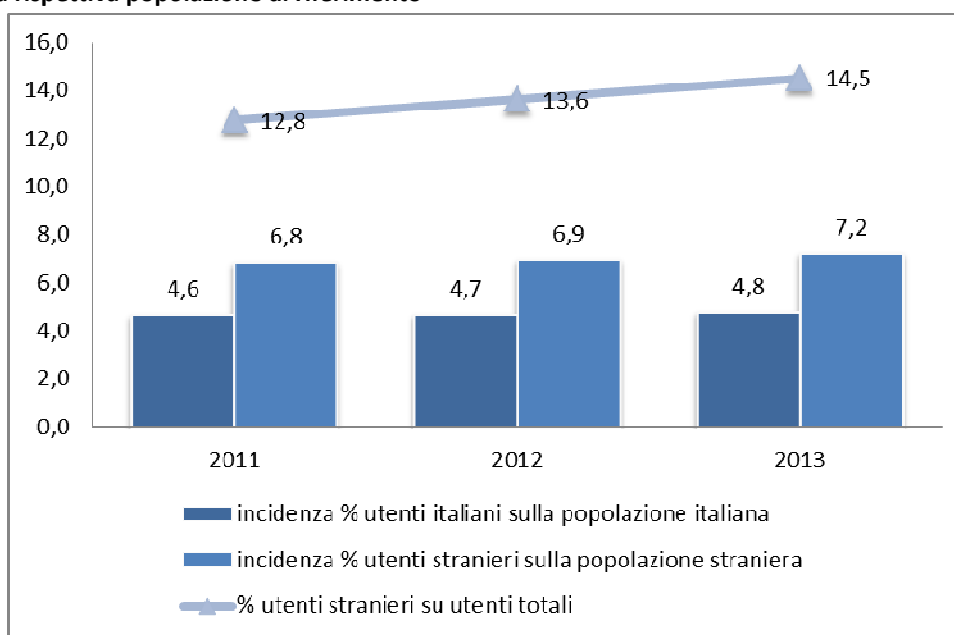
La rilevanza di questi due target d'utenza emerge anche analizzando la condizione familiare che vede prevalere soprattutto le persone sole (33,0%) e quelle che vivono in coppia con figli a carico (27,9%), seguite dai mono-genitori (13,4%). Ciò che emerge con particolare rilevanza però è la presenza tra gli utenti del SSC di **famiglie con figli a carico, indipendentemente se mono-genitore o in coppia: rappresentano il 41,3% dell'utenza**.

Nel corso del triennio si registra un leggero aumento percentuale degli utenti che vivono in coppia con figli, di quelli che vivono in situazioni mono-genitoriali con figli e di quelli che vivono in coppia senza figli.

Viceversa, si registra 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 mono-genitori) 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 e 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.

Un ulteriore elemento che caratterizza l'utenza adulta è rappresentato dalla sua **componente straniera**. La componente straniera dell'utenza dei SSC rappresenta solo una minima parte del totale pari, nel 2013, al **14,5% dell'utenza complessiva**. Ciò che risulta significativo però sono il suo **costante aumento** nell'ultimo triennio e la sua incidenza sulla popolazione straniera, come si può cogliere dal grafico n. 3 di seguito riportato.

**Grafico n. 3 - Incidenza degli utenti stranieri sul totale degli utenti del SSC e incidenza degli utenti stranieri e italiani sul totale della rispettiva popolazione di riferimento**

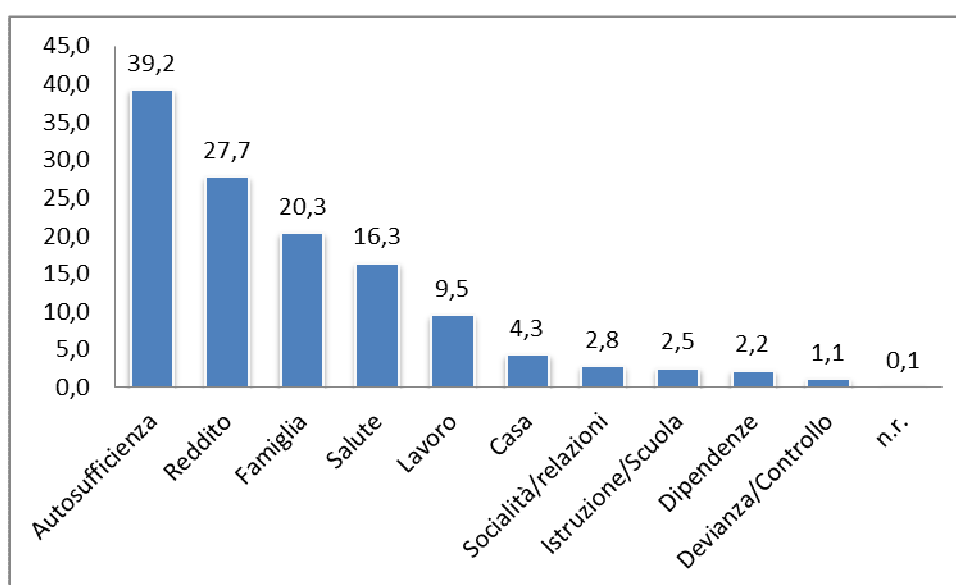


Fonte: Elab. Su dati Cartella Sociale Informatizzata e dati Demolstat sulla popolazione

**L'incidenza dell'utenza straniera e italiana sulle proprie popolazioni di riferimento evidenzia un valore doppio per la prima rispetto alla seconda:** mentre gli utenti italiani rappresentano il 4,0% circa della popolazione italiana nel corso di tutto il triennio, gli utenti stranieri rappresentano il 6,8% nel 2011, il 6,9% nel 2012 e il 7,2% nel 2013. Si tratta di un rapporto che mette in luce la maggior vulnerabilità della popolazione straniera, più esposta ai rischi connessi alla perdita del lavoro - riduzione del reddito, perdita della casa - e all'assenza di reti familiari, e richiede di essere preso in attenta considerazione stante il carattere strutturale assunto da questa componente all'interno della popolazione regionale.

Il cambiamento nel profilo dell'utenza del SSC si accompagna al **cambiamento delle problematiche** ad essa associate. Dall'analisi delle diagnosi registrate nella CSI, come illustrato nel grafico n. 4, si può cogliere come le problematiche legate alla **non autosufficienza coinvolgano il 39,2%** degli utenti, ossia 21.030 persone. Seguono quelle legate al **reddito** che raggiungono il 27,7% dell'utenza, pari a 14.868 persone. Se a queste si aggiungono quelle legate al **lavoro**, (9,5% degli utenti, pari a 5.084 persone) e quelle legate alla **casa**, (4,3% utenti pari a 2.307 persone), 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.

**Grafico n. 4 - Problematiche degli utenti del SSC nel corso del 2013**



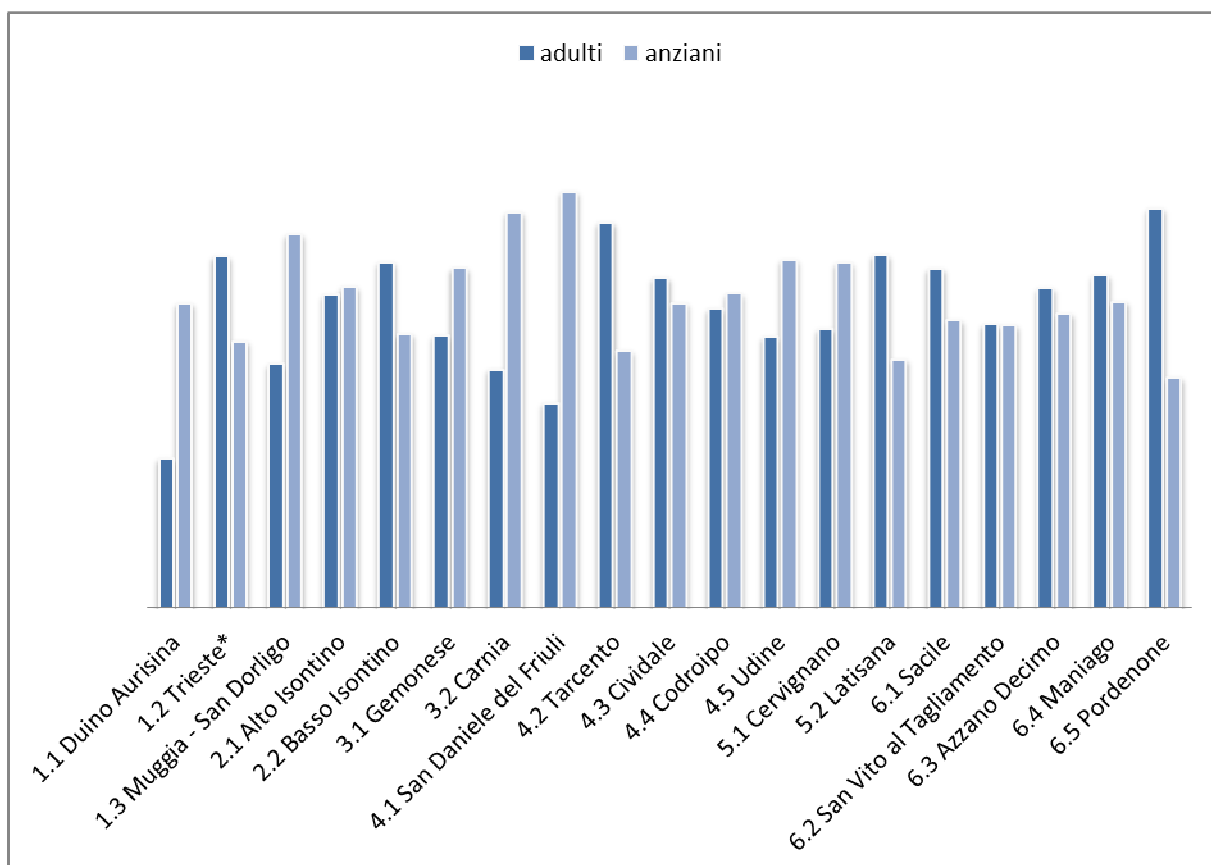
Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

L'emergere della componente adulta dell'utenza ha richiesto e continua a richiedere al SSC di rivedere le proprie priorità e le proprie modalità di intervento. Si tratta, infatti, di un target nuovo dal punto di vista dei bisogni che presenta, delle risorse che può attivare a livello personale e di quelle che richiede vengano attivate a livello di sistema.

I bisogni legati al reddito e alla casa presentati da questo nuovo target di utenza, infatti, si accompagnano spesso a risorse personali adeguate o da riqualificare, ma non assenti o con limitato margine di miglioramento come nel caso dell'utenza adulta tradizionale del SSC. Diversamente da quest'ultima, invece, **la nuova utenza adulta richiede l'attivazione di una più ampia gamma di risorse del territorio** - dai Centri per l'impiego delle Province, ai rappresentanti delle imprese e della cooperazione sociale - per riuscire ad essere nuovamente collocata nel mercato del lavoro, a fronte peraltro di una persistente e grave difficoltà di quest'ultimo nell'uscire dalla crisi economica e produttiva in cui si trova.

Un terzo elemento che emerge dall'analisi dell'utenza è rappresentato dalla sua **diversa incidenza tra i Servizi sociali dei Comuni**. Come illustrato dal grafico n. 5 sotto riportato, a livello territoriale i dati rispecchiano l'incidenza prevalente dei grandi anziani e degli adulti ma al tempo stesso mostrano notevoli differenze tra gli Ambiti. In alcuni Ambiti, infatti, si rileva una netta prevalenza degli anziani e in altri quella degli adulti, con valori anche molto al di sopra della media regionale in alcuni casi.

**Grafico n. 5 - Incidenza % dell'utenza anziana e adulta sul totale dell'utenza per SSC, confronto territoriale, anno 2013**



Fonte: Cartella Sociale Informatizzata e per ambito di Trieste da sistema gestionale utilizzato dal Comune

Tali **differenze riflettono scelte di posizionamento diverse tra i SSC ascrivibili a una pluralità di fattori**. Uno di questi è rappresentato dall'evoluzione storica che ha caratterizzato i servizi dei diversi territori. Ogni territorio, infatti, è stato interessato da eventi diversi o con impatto diverso, ha visto la presenza di servizi sanitari, scolastici e di altri enti, come le Province, che hanno operato in modo differenziato, così come è stato governato da amministratori che hanno perseguito politiche sociali con priorità e obiettivi spesso diversificati. Tutto questo ha influenzato il SSC, sia dal punto di vista organizzativo che in termini di utenza e servizi offerti.

Il terremoto del 1976, ad esempio, ha avuto un impatto particolarmente rilevante nelle zone montane e pedemontane della regione, favorendo lo sviluppo di un servizio di supporto alla popolazione anziana e radicato sul territorio come il SAD che ancor oggi continua a svolgere un ruolo centrale negli Ambiti della Carnia, del Gemonese e di San Daniele. Analogamente, l'attenzione nei confronti della popolazione minorile sviluppatasi nel pordenonese in ragione di un forte investimento in tal senso da parte della Provincia ha portato gli Ambiti di questo territorio a proseguire in questa direzione, dando continuità ai servizi e alle progettualità intraprese. Da qui, ad esempio, la rilevanza che assumono oggi in questi contesti i servizi di carattere socio-educativo.

Un altro fattore che contribuisce connotare in modo differenziato i servizi presenti sul territorio è rappresentato dall'**approccio metodologico** seguito dagli operatori e dalle **specifiche competenze professionali** che gli stessi sviluppano e maturano nel corso della loro attività. Ci sono, infatti, servizi che si distinguono per un forte investimento sul fronte della prevenzione e della promozione, attribuendo a questo tipo di interventi una funzione determinante sia per il contenimento che per il recupero del danno. In alcuni contesti, poi, l'attenzione prevalente nei confronti di alcuni target d'utenza è legata allo sviluppo di competenze specifiche al riguardo da parte di alcuni operatori che hanno contribuito a dare un certo orientamento e impulso ai servizi preposti.

Si tratta di fattori in entrambi i casi fortemente legati alla natura del SSC che, in base al proprio mandato istituzionale, non può non essere radicato al proprio territorio di riferimento e, in quanto realizzato da professionisti, non può non riflettere anche le competenze degli stessi. Se si può cogliere il contributo positivo che questi due fattori portano al sistema, non si può però non rilevare anche la debolezza che introducono. Contribuiscono, infatti, a creare **disomogeneità sul territorio** e a sollevare interrogativi in merito all'appropriatezza degli interventi attivati e alla presenza di una domanda potenziale dell'utenza che non viene raggiunta dai servizi offerti.

### *3.2 I beneficiari di interventi e prestazioni erogate da altri soggetti del sistema sociale*

La platea più numerosa e più rilevante sul piano economico riguarda i **beneficiari di interventi statali**, ossia: i titolari di assegni di invalidità, assegni di accompagnamento e pensioni sociali erogati e monitorati dall'INPS e i 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.

**Complessivamente le pensioni assistenziali erogate dall'INPS in Friuli Venezia Giulia al 1 gennaio 2014 sono 61.599, pari al 12,21% del totale, per un importo complessivo annuo di 326,40 milioni di euro, che assorbe il 5,15% del totale della spesa annua dell'INPS 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 più 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%.

**Tab. n. 2 - 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>	<b>2058,00</b>	<b>272,20</b>	<b>6167,00</b>	<b>485,40</b>	<b>8225,00</b>	<b>432,05</b>
<b>Gorizia</b>	<b>1388,00</b>	<b>264,71</b>	<b>4813,00</b>	<b>479,96</b>	<b>6201,00</b>	<b>431,78</b>
<b>Pordenone</b>	<b>2737,00</b>	<b>267,44</b>	<b>8098,00</b>	<b>483,67</b>	<b>10835,00</b>	<b>429,04</b>
<b>Udine</b>	<b>5756,00</b>	<b>271,24</b>	<b>19183,00</b>	<b>488,91</b>	<b>24939,00</b>	<b>438,67</b>
<b>Totale</b>	<b>11939,00</b>	<b>269,77</b>	<b>38261,00</b>	<b>486,11</b>	<b>50200,00</b>	<b>434,66</b>

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.

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.

**Tab. n. 3 - Pensioni e assegni sociali vigenti al 1^ 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 sopra descritti e con gli anziani e i disabili ospiti delle strutture residenziali ai quali si farà riferimento di seguito.

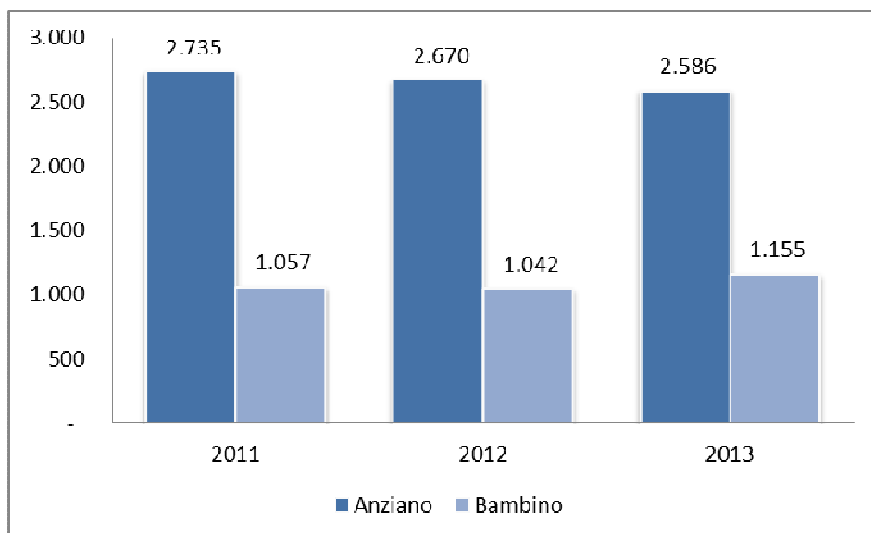
Un ulteriore beneficio economico attivato a livello nazionale ma, come anticipato, integrato a livello regionale è rappresentato **dalla Social Card o Carta Acquisti** che mette a disposizione dei suoi titolari 200 euro a bimestre per effettuare acquisti di generi alimentari, farmaci, ottenere sconti e tariffe agevolate presso i negozi convenzionanti e pagare le bollette elettriche o del gas presso gli Uffici Postali. I beneficiari di questa misura sono stati 3.792 nel 2011, 3.712 nel 2012 e 3.741 nel 2013 per una spesa complessiva di circa € 3.700.000,00 annui di cui circa € 2.250.000,00 a carico della Regione. Come si può notare dalla tabella n. 4 e dal grafico n. 6 di seguito riportati, il bacino di utenza è stato in prevalenza di anziani, pur evidenziando una leggera flessione dal 2011 a fronte di un aumento dei minori.

**Tab. n. 4 - Importi statali e regionali erogati per Social Card a bambini e anziani, anni 2011, 2012, 2013**

anno	Tipo	Statale	Regionale	Complessivo
2011	Anziano	€ 1.159.086,99	€ 1.738.827,78	€ 2.897.914,77
	Bambino	€ 347.600,00	€ 521.520,00	€ 869.120,00
	<b>totale</b>	<b>€ 1.506.686,99</b>	<b>€ 2.260.347,78</b>	<b>€ 3.767.034,77</b>
2012	Anziano	€ 1.139.664,80	€ 1.709.496,46	€ 2.849.161,26
	Bambino	€ 350.560,00	€ 525.840,00	€ 876.400,00
	<b>totale</b>	<b>€ 1.490.224,80</b>	<b>€ 2.235.336,46</b>	<b>€ 3.725.561,26</b>
2013	Anziano	€ 1.110.560,00	€ 1.665.740,30	€ 2.776.300,30
	Bambino	€ 391.120,00	€ 586.680,00	€ 977.800,00
	<b>totale</b>	<b>€ 1.501.680,00</b>	<b>€ 2.252.420,30</b>	<b>€ 3.754.100,30</b>

Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG

**Grafico n. 6 - Beneficiari della Social Card, anziani e bambini**



Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG

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 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 per i Comuni un impegno finanziario rilevante di proprie risorse di bilancio, basti citare il caso del Comune di Trieste che nel 2013 ha sostenuto un onere di 3 milioni di euro. Essi 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 tra il 21% e il 35 % di quelle dei locatari che sono state, viceversa, molto numerose.

**Tab. n. 5 - Numero di domande di locatari e totale contributo annuo concesso, valori assoluti, anni 2011, 2012, 2013**

	n locatari	domande totali	contributo concesso
<b>2011</b>		9.939	€ 8.398.581,16
<b>2012</b>		11.046	€ 5.606.000,51
<b>2013</b>		10.793	€ 5.970.000,00

Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG

I Comuni, infine, sono titolari dell'erogazione di una serie di **misure di carattere promozionale a favore della famiglia**. Si tratta degli **assegni di natalità o "Bonus bebè"** previsti dalla L.R. 11/2006<sup>7</sup> che, nel 2013, hanno consentito di erogare a 6.052 bambini, pari a poco più della metà dei nati nell'anno, benefici pari a 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, con un investimento da parte della Regione di oltre 4,3 milioni di euro.

<sup>7</sup> Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 «Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità».

La **Carta Famiglia** è la misura più diffusa, avviata a fine 2008, in attuazione dell'art. 10 della L.R. 11/2006, per permettere alle famiglie residenti in regione, con almeno un figlio a carico e rispondenti ad alcune caratteristiche<sup>8</sup> definite da un regolamento attuativo specifico<sup>9</sup> di ottenere sconti e benefici in relazione a beni di utilizzo quotidiano, come lo sconto sulla fornitura di energia elettrica e sull'acquisto di beni presso punti vendita convenzionati.

Il principale beneficio erogato da carta famiglia è quello inerente al ristoro parziale dei costi sostenuti per il consumo domestico di energia elettrica. Di questa misura hanno beneficiato 41.161 famiglie nel 2011, 48.492 nel 2012 e 45.459 nel 2013; si è trattato soprattutto di famiglie con tre o più figli (circa il 13%) che hanno usufruito soprattutto del bonus energia per il quale sono stati spesi complessivamente 28,3 milioni di euro.

Fino al 2012/13 era previsto un fondo regionale per il finanziamento dei cosiddetti "benefici locali CF", ossia benefici che potevano essere pensati e gestiti dai singoli Comuni o dai SSC, a proposito delle specifiche esigenze delle famiglie presenti in un determinato territorio. Tramite tali fondi, infatti, gli Enti locali garantivano il sostegno ad altre azioni rispetto ai bonus Energia Elettrica, con riferimento alla riduzione di tariffe di servizi pubblici, ad agevolazioni sulle tasse locali o ad altre provvidenze, spesso con l'integrazione di fondi comunali. Ad oggi questa misura non è finanziata.

Va poi segnalata, la presenza della misura di intervento regionale denominata "Carta famiglia-convenzioni non onerose" che prevede per chi possiede una tessera (card) la possibilità di avere uno sconto (minimo del 5%) sulla spesa presso gli esercizi commerciali convenzionati.

**Tab. n. 6 - Numero di beneficiari Carta Famiglia per scaglione ISEE, valori assoluti e %**

SCAGLIONE ISEE	ALTA INTENSITA'	%	MEDIA INTENSITA'	%	BASSA INTENSITA'	%	TOTALE (100%)	%
<b>0-5.000</b>	1.426	23%	2.392	39%	2.365	38%	6.183	13%
<b>5.000,01-10.000</b>	1.885	18%	4.697	45%	3.956	38%	10.538	22%
<b>10.000,01-15.000</b>	1.228	11%	5.338	48%	4.464	40%	11.030	23%
<b>15.000,01-20.000</b>	886	9%	5.075	49%	4.442	43%	10.403	21%
<b>20.000,01-25.000</b>	504	7%	3.226	47%	3.064	45%	6.794	14%
<b>25.000,01-30.000</b>	285	8%	1.624	46%	1.635	46%	3.544	7%
<b>TOTALE</b>	<b>6.214</b>	<b>13%</b>	<b>22.352</b>	<b>46%</b>	<b>19.926</b>	<b>41%</b>	<b>48.492</b>	<b>100%</b>

Fonte: Software Insiel Carta Famiglia – Assegno di natalità

<sup>8</sup> Le principali caratteristiche sono: ISEE nucleo familiare inferiore a 30.000; almeno un figlio a carico, residenza in regione da un minimo di 24 mesi da parte di almeno uno dei genitori.

<sup>9</sup> Per Carta famiglia si tratta del D. P. Reg. 0347/Pres del 30 ottobre 2007 e ss.mm.

Il terzo gruppo è rappresentato 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 in particolare 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 utenti dei Centri Antiviolenza che, sempre nel 2013, sono state 1.058 e quelle accolte nelle case rifugio che sono state 82 con 66 bambini.

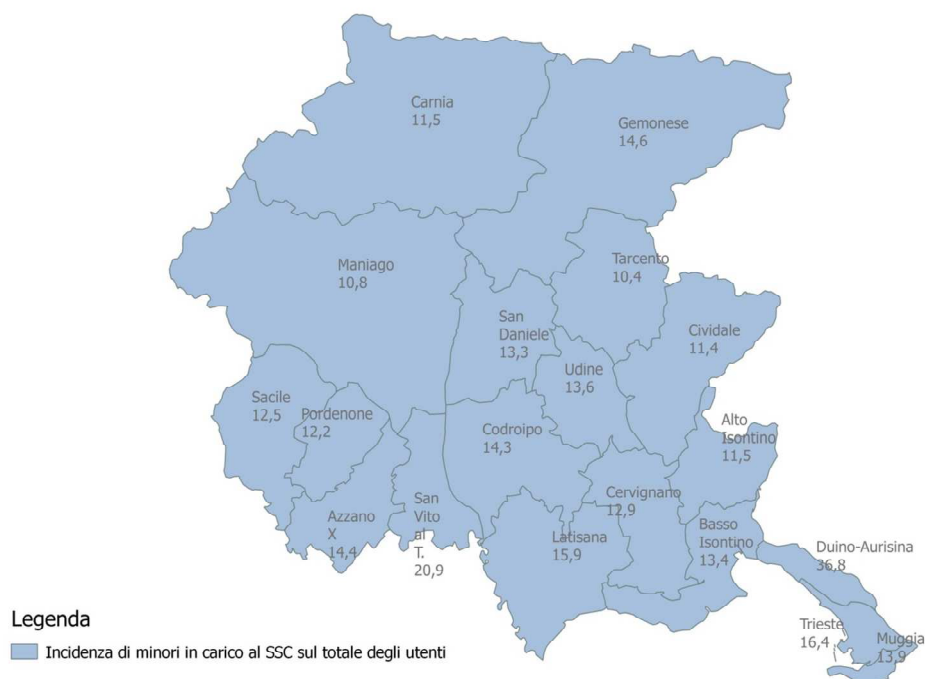
## 5. Servizi e interventi per minori e famiglie

Scarse o inadeguate risorse economiche, bassa competenza comunicativa ed educativa unitamente a gradi relativamente elevati di isolamento sociale costituiscono i principali elementi che, interagendo e rafforzandosi reciprocamente, definiscono l'area delle famiglie considerate in difficoltà o nell'impossibilità di rispondere ai bisogni dei loro componenti in modo adeguato allo standard di benessere del contesto in cui sono inserite. Quando al loro interno sono presenti dei minori intervengono precisi obblighi normativi di tutela nei loro confronti che portano ad attivare una serie di interventi di intensità diversa a seconda della gravità della situazione e del conseguente rischio per il minore. Si tratta infatti di interventi che possono prevedere la permanenza del minore nel proprio nucleo familiare, come il servizio socio educativo, oppure il suo allontanamento e conseguente affidamento a una famiglia affidataria oppure a una comunità di tipo familiare.

È questa un'area di intervento prioritario per il SSC, che richiede competenze e servizi non gestibili efficacemente a livello di singolo Comune. Essa rappresenta circa il 25% dell'intera spesa del SSC, con importante utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Regionale e con l'impiego di una quota importante di assistenti sociali, di 933 educatori, quasi tutti in capo a soggetti ai quali i servizi sono stati esternalizzati, nonché di 31 operatori con qualifica di psicologi e pedagogisti (concentrati in particolare negli Ambiti di Cervignano, Azzano X e gli altri Ambiti pordenonesi).

**I minori nei confronti dei quali il Servizio sociale dei Comuni 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, con differenze territoriali apprezzabili** che evidenziano un intervento molto rilevante soprattutto negli Ambiti della provincia di Trieste e di Pordenone, gli Ambiti di Gemona, San Daniele e Latisana, come si può cogliere dal grafico n. 7.

**Grafico n. 7 - Incidenza dei minori in carico al SSC sul totale degli utenti, anno 2013, confronti territoriali - valori percentuali**



Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

L'intervento del Servizio sociale dei Comuni nei confronti dei minori e delle loro famiglie si caratterizza per un'elevata attenzione alla promozione del loro benessere e alla prevenzione delle situazioni di disagio e di rischio in cui possono venire a trovarsi 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 il Servizio sociale dei Comuni a investire sugli interventi di carattere promozionale e, laddove questo non sia possibile, su quelli di tipo preventivo attraverso 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, sportive e ricreative, alle parrocchie.

A questo riguardo si deve ricordare, in particolare, il sostegno dato dalla Regione ai sensi dell'art. 18 della L.R. 11/2006 alle iniziative promosse dalle famiglie per sostenere le stesse famiglie, finanziando progetti finalizzati a sostenere le responsabilità familiari attraverso l'avvio di nuovi servizi o l'innovazione di servizi già esistenti.

A febbraio 2012 è stato pubblicato il primo bando di finanziamento, conclusosi dopo poco più di un anno col finanziamento di 123 progetti di cui 120 sono stati avviati e 119 rendicontati. Gli interventi promossi rientravano in due grandi ambiti quali l'auto-organizzazione di servizi a sostegno dei compiti familiari, educativi e di cura (98 progetti) e la promozione di reti di scambio sociale fra le famiglie, anche per favorire iniziative di mutuo aiuto e di gestione associate per l'acquisto di beni e servizi con fini solidaristici (25 progetti).

Il contributo regionale erogato è stato di oltre 2,4 milioni di euro e il cofinanziamento con fondi propri delle associazioni di oltre 1 milione di euro. Ad agosto 2014 è stato emanato il secondo bando e la relativa fase di selezione si è conclusa a dicembre 2014. Il fondo regionale disponibile è stato inferiore al precedente e pari a 600.000 euro, così come gli importi finanziati a seconda degli ambiti di intervento riferiti all'auto-organizzazione di servizi a sostegno dei compiti familiari educativi e di cura e a promuovere la rete di scambio sociale tra le famiglie. Le domande valutabili sono state complessivamente 159, distribuite su tutto il territorio regionale.

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 affinché riescano a sviluppare le loro potenzialità e a maturare modalità relazionali adeguate ai diversi contesti di vita. La sua attenzione si rivolge ai minori ma anche ai loro genitori, proponendosi di garantire il diritto basilare del minore ad 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 disabili, certificati ai sensi della Legge 104/1992<sup>10</sup>, 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 sostegno 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). In 70 casi nel 2013 è stato attivato anche congiuntamente il SAD.

---

<sup>10</sup> Legge 5 febbraio 1992, n. 104 «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate».

**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.** Come si può cogliere dalla tabella seguente, il servizio mostra quindi un modesto calo di utenza nel corso del triennio. La tipologia d'intervento prevalente è quella domiciliare, seguita per numerosità di minori coinvolti, da quella in ambito scolastico e di gruppo, mentre più contenuta è quella di tipo socio assistenziale.

**Tab. n. 7 - Minori presi in carico dal SSC con interventi di Servizio Socio Educativo per tipologia di intervento**

	2011	2012	2013
<b>Intervento socio-assistenziale in ambito scolastico</b>	183	184	183
<b>Intervento socio-educativo di gruppo per minori</b>	822	790	628
<b>Intervento socio-educativo in ambito scolastico</b>	891	947	1.027
<b>Intervento socio-educativo individuale per minori</b>	1.694	1.515	1.549
<b>Totale minori con intervento socio-educativo</b>	<b>2.949</b>	<b>2.849</b>	<b>2.806</b>

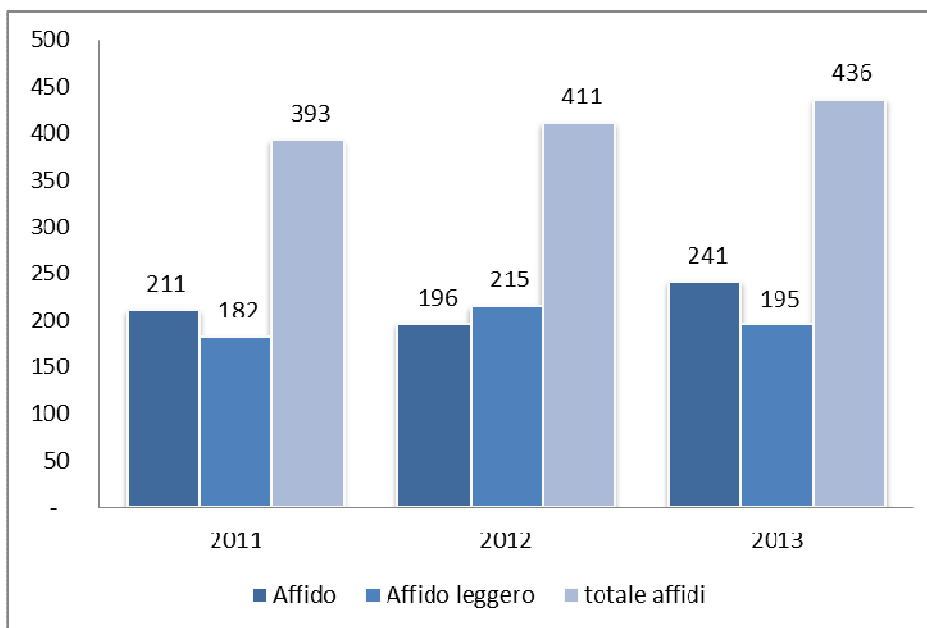
Fonte: Cartella Sociale Informatizzata

Nei casi in cui l'intervento di aiuto nei confronti dei minori preveda il loro allontanamento dal proprio nucleo familiare, la Lg. 194/2001 individua in via prioritaria l'attivazione dell'**affido familiare**, una forma di intervento ampia e duttile che consiste nell'aiutare una famiglia ad attraversare un periodo di particolare difficoltà nella cura e nell'educazione dei figli prendendosi cura degli stessi attraverso un insieme di accordi collaborativi fra famiglie affidatarie e i diversi soggetti che nel territorio si occupano della cura e della protezione dei bambini e del sostegno alla famiglia.

**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.** Per tale intervento i SSC ricevono annualmente dalla Regione 800.000 euro.

Come si può cogliere dal grafico n. 8, si tratta di minori affidati in prevalenza nella modalità tradizionale di affido, ai quali però si deve aggiungere un numero significativo di minori affidati con la modalità dell'affido leggero. 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 - ma sempre più diffuso anche in altri Ambiti.

**Grafico n. 8 - Minori presi in carico dal SSC con interventi di affido familiare, tradizionale e "leggero", nel corso del 2011, 2012, 2013**



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

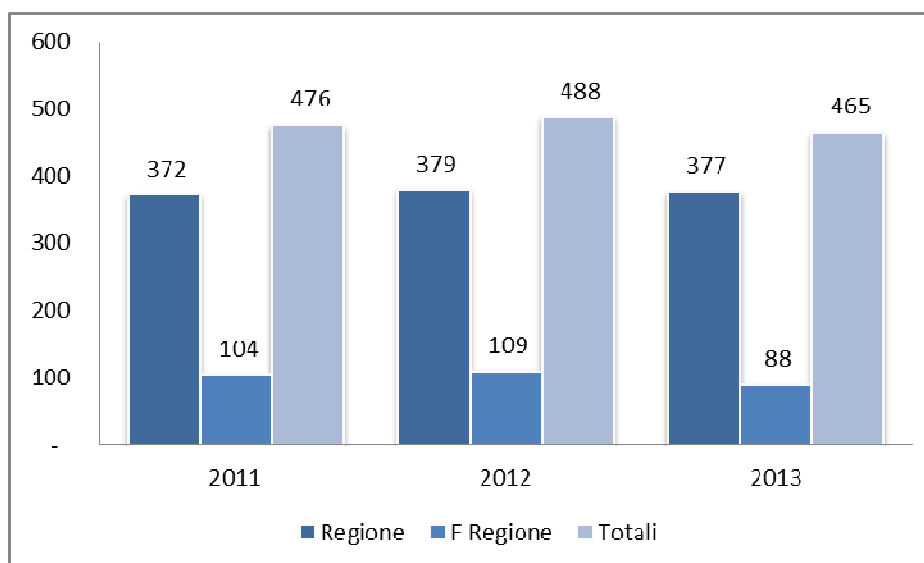
Quando l'affido familiare non è praticabile, l'articolo 2, comma 2 della Legge 149/2001 prevede che il minore venga inserito in una **comunità di tipo familiare**, ossia caratterizzata da un'organizzazione e rapporti interpersonali analoghi a quelli presenti in una famiglia. In genere, ciò avviene quando 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 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 preparato ad accogliere ed elaborare i vissuti del minore).

**I minori per i quali i SSC della Regione hanno effettuato un inserimento in comunità erano 476 nel corso del 2011, 488 nel corso del 2012 e 465 nel corso del 2013. Circa il 20% di loro viene accolto in comunità fuori regione: 104 nel corso del 2011, 109 nel corso del 2012 e 88 nel corso del 2013.**

I costi sono rilevanti e riguardano il pagamento delle rette, coperto prevalentemente dal Fondo Sociale Regionale ed in parte dai Comuni (le rette oscillano tra i 90 e i 150 euro giornalieri), nonché l'impiego di assistenti sociali ed educatori per seguire con la necessaria continuità l'evoluzione dei casi.



**Grafico n. 9 - Minori presi in carico dal SSC e inseriti in comunità familiare, in regione e fuori regione, nel corso del 2011, 2012, 2013**



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

Come si può cogliere nel grafico n. 9, 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.

I minori accolti sono in prevalenza italiani. Gli 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.

Gli inserimenti in comunità fuori regione nella maggior parte dei casi avvengono in comunità di tipo 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.

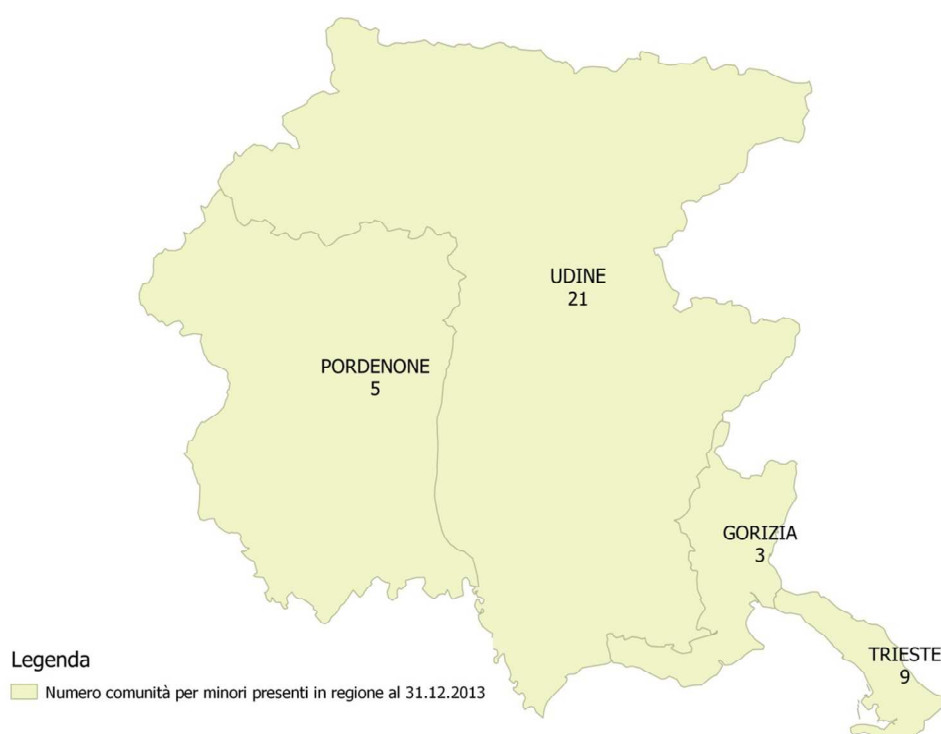
Gli inserimenti nelle comunità di tipo assistenziale vengono svolti in circa la metà dei casi dai Servizi sociali della provincia di Pordenone. Si tratta, pertanto, di una parte di inserimenti motivati da ragioni di prossimità delle comunità - in genere, infatti, sono del Veneto - rispetto al servizio 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 2011, 84 nel 2012 e 99 nel 2013) di cui una parte rilevante è straniera (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 (il 28,5% 3-5 anni e 6-10 anni). Le comunità presenti in regione, al 31.12.2013, sono 38 per un totale di 41 moduli<sup>11</sup>, distribuite sul territorio regionale come illustrato nel grafico n. 10 di seguito riportato.

**Grafico n. 10 - Numero di comunità di accoglienza per minori fuori famiglia in Regione Friuli Venezia Giulia**



Fonte: SSC - Rilevazione regionale sui minori fuori famiglia

<sup>11</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.

Un'altra fascia di minori nei confronti dei quali la Regione interviene con funzioni di accoglienza e tutela è rappresentata dai **minori stranieri non accompagnati che nel corso del triennio hanno registrato una presenza in crescita (+17%), passando da 245 nel corso del 2011, a 216 nel corso del 2012, a 305 nel corso del 2013**. Si tratta di un fenomeno che incide in modo alquanto differenziato sul territorio regionale. La provincia di Udine è sempre stata la più interessata con 140 minori nel corso del 2011, 121 nel corso del 2012 e 150 nel corso del 2013. Segue la provincia di Trieste dove il numero dei minori stranieri non accompagnati passa da 81 nel corso del 2011 a 137 nel corso del 2013. 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 ai quali nel 2013 si affianca anche il territorio dell'Ambito del Gemonese, con la presenza di 50 minori nel corso dell'anno. Nel corso del 2013 l'investimento della Regione come rimborso delle spese di accoglienza sostenute dai Comuni è stato pari 1.442.946,01 €.

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<sup>12</sup> 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 state 50 e hanno raggiunto 268 beneficiari<sup>13</sup> (di cui 11 detenuti).

A completamento della sintesi degli interventi a favore dei minori e delle loro famiglie si possono ricordare anche i **nidi e i servizi integrativi alla prima infanzia** che, pur non rivolgendosi a quanti tra di essi si trovano in situazione di disagio come sinora illustrato, intervengono comunque svolgendo anche una funzione di prevenzione del disagio e di sostegno alla famiglia nei compiti di cura e nella conciliazione delle responsabilità genitoriali e lavorative. Si tratta complessivamente di 263 strutture nel 2013, di cui 178 nidi, 78 servizi integrativi e 7 servizi sperimentali; le strutture pubbliche sono 100, mentre le restanti appartengono al privato in sociale. La Regione interviene abbattendo i costi della retta con una spesa pari a 4 milioni a favore delle famiglie (sinora con un'erogazione posticipata rispetto alla spesa sostenuta dalle famiglie che sarà superata a partire dal 2015 con l'introduzione della sua anticipazione) e con una spesa pari a 7,2 milioni a favore degli enti gestori delle strutture.

---

<sup>12</sup> Legge regionale 23 gennaio 2007, n. 1 «*Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Legge finanziaria 2007)*».

<sup>13</sup> Ogni persona può aver beneficiato di più attività.

**Tav. n. 8 - Numero di strutture e numero di utenti dei servizi per la prima infanzia presenti in Regione e anni 2011, 2012 e 2013, valori assoluti**

	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>	<b>254</b>	<b>6.192</b>	<b>249</b>	<b>6.042</b>	<b>263</b>	<b>5.905</b>

Fonte: SISS provinciali - rilevazione regionale servizi prima infanzia

### *Considerazioni d'insieme*

Il complesso dei servizi e degli interventi attivati dai SSC nei confronti dei minori in situazioni di disagio evidenzia, da un lato, la loro **capacità di far fronte a problematiche complesse** e delicate come queste e, dall'altro, lo **sforzo** che 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 che deve affrontare, richiede, in primo luogo, un'**integrazione** molto forte tra **SSC 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 conseguente 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 **SSC 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, ma come strumenti finalizzati al perseguimento di specifici obiettivi da individuare in base alle diverse situazioni di disagio del minore e della sua famiglia.

Per quanto attiene all'**affido** sono in fase di approvazione 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 ad individuare tipologie di accoglienza più coerenti con l'attuale fabbisogno e in grado di affrontare anche i bisogni particolarmente complessi che al momento rimangono senza risposta, oltre che a definire la compartecipazione della retta a carico dei Servizi sociali e del Sistema sanitario nazionale.

## 6. Servizi e interventi per adulti e povertà

Come evidenziato nel terzo paragrafo, l'incremento dell'utenza adulta rappresenta uno degli aspetti più rilevanti emersi dall'analisi dell'utenza del SSC ma anche di quella delle Caritas. Si tratta di un incremento legato soprattutto alla grave e persistente crisi economica che continua ad interessare il FVG con effetti anche in termini di impoverimento della popolazione. Il calo dell'attività economica iniziato nella seconda parte del 2011, infatti, è proseguito nei due anni successivi portando nel 2013 il prodotto interno lordo a ridursi di 1,3 punti percentuali e 1.500 imprese a chiudere la propria attività. Sempre nel 2013 il numero degli occupati (499.847 unità) è diminuito di un ulteriore 1,3% rispetto all'anno precedente mentre il tasso di disoccupazione si è attestato al 7,9% contro una media nazionale del 12,2%, aumentando di oltre un punto rispetto all'anno precedente. Stando all'indagine annuale sulle Condizioni di Vita delle Famiglie (IT-SILC 2004-2010) e a un'indagine campionaria, rivolta ad un campione di 2.000 famiglie residenti in Friuli Venezia Giulia, realizzata nel corso del 2013<sup>14</sup>, la profonda crisi del mercato del lavoro ha causato un **crescente deterioramento delle condizioni di vita e del tessuto sociale regionale**, anche se meno grave della media nazionale.

---

<sup>14</sup> Entrambe le indagini sono contenute nel documento "Valutazione unitaria sull'andamento tendenziale della povertà e la caduta dei redditi famigliari nella regione Friuli Venezia Giulia" a cura della Fondazione Giacomo Brodolini.

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>15</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 risultato fa da contraltare la sua discreta crescita - circa quattro punti percentuali in più - nel periodo 2004-2010. Considerando la **“deprivazione materiale”**<sup>16</sup> la percentuale di poveri in Friuli-Venezia Giulia risulta pari a 4,0%, un valore ampiamente inferiore alla media italiana pari a 5,8% 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%). In continuo aumento anche in Friuli Venezia Giulia, inoltre, se si osserva l'arco temporale che va dal 2004 al 2010, è il fenomeno dei **“working poor”**<sup>17</sup>, ovvero coloro che, pur lavorando, hanno un reddito equivalente netto che li pone al di sotto della soglia di povertà, che raggiunge 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, emerge che in regione il 25,9% di chi è uscito da una situazione di povertà vi è ricaduto per almeno un anno nel biennio successivo.

Dall'indagine campionaria realizzata nel 2013, invece, 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 quanto riguarda la povertà percepita e quella monetaria, mentre Trieste presenta il maggior numero di famiglie che lamentano problemi di deprivazione materiale.

L'indagine, inoltre, ha evidenziato che la lunga fase recessiva ha generato cambiamenti rilevanti sui segmenti della popolazione: circa la metà delle famiglie del Friuli Venezia Giulia ha visto diminuire il proprio patrimonio e il reddito complessivo familiare (46%), e aumentare l'indebitamento (14%) e la rinuncia ai beni durevoli (20%); nel 48% dei casi inoltre ha assistito a un peggioramento delle proprie condizioni economiche.

---

<sup>15</sup> Sono definiti poveri, secondo le classificazioni usualmente adottate, coloro che hanno un reddito inferiore al 60% della mediana del reddito familiare equivalente.

<sup>16</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.

<sup>17</sup> I *working poor* hanno un reddito individuale netto da lavoro inferiore a una soglia, fissata al 60% della retribuzione mediana annua da lavoro.

Nel corso del quinquennio considerato dall'indagine, infine, 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. La quota massima di famiglie che hanno beneficiato di aiuti è stata pari al 4%, per lo più di tipo economico, di forme di sostegno alla disabilità e di ricorso ai servizi dei centri per l'impiego.

Una delle fonti di aiuto alle quali le persone in situazione di difficoltà economica si sono rivolte è rappresentata anche dal SSC che, come anticipato, ha visto aumentare proprio gli utenti adulti con problematiche legate alle dinamiche del mercato del lavoro e della povertà appena richiamate.

**Agli adulti tradizionalmente in carico al SSC** per situazioni di disagio legato a condizioni di grave povertà, emarginazione, devianza e disadattamento oltre che di salute quali la disabilità, la malattia mentale, e le dipendenza, in genere, difficilmente superabili e pertanto tendenti a rimanere in carico al SSC per periodi molto lunghi e spesso senza termine, **nel corso degli ultimi tre anni se ne sono aggiunti di nuovi che in prevalenza vivono situazioni di precarietà o povertà economica in seguito alla perdita del lavoro aggravata talvolta da condizioni di separazione o mono-genitorialità che rendono ancor più pesante e complesso affrontarle e superarle.**

In molti casi si tratta di persone che hanno delle competenze, che devono solo essere messe in contatto con un mercato del lavoro nel quale non è semplice orientarsi, soprattutto per chi non ha avuto la necessità di farlo prima d'ora, avendo potuto accedere a un lavoro a tempo indeterminato che si è sviluppato con continuità. In altri casi, invece, le competenze dei nuovi adulti che giungono al SSC non sono più adatte alle esigenze del mercato del lavoro che fatica a riassorbirli, prolungando la loro esclusione dallo stesso con conseguenze non solo di tipo economico ma anche psicologico.

Non sempre, infatti, queste persone riescono a reagire positivamente e proattivamente alla necessità di doversi riqualificare o ricollocare in modo nuovo sul mercato del lavoro, lasciandosi sopraffare dalla difficoltà del cambiamento che questo comporta, nonché dalle conseguenze economiche associate alla mancanza di lavoro. Avvertono, quindi, un disagio ampio che coinvolge più dimensioni e che si riflette sull'intero nucleo familiare, che diventa così un nucleo a rischio.

L'intervento nei confronti di queste nuove tipologie di utenti adulti rende necessario ai SSC mettere in campo nuovi approcci e competenze.

Nei confronti del primo gruppo, infatti, si trova a dover affrontare una duplice esigenza: quella di risorse economiche con cui far fronte a necessità impellenti e quella di rientrare nel mercato del lavoro per non prolungare la situazione di disagio in cui si trovano, rischiando così di aggravarla.

Da qui la predisposizione di **processi di presa in carico che, all'interno di un progetto personalizzato, coniugano misure passive di sostegno economico e misure attive di reinserimento lavorativo accompagnate, laddove previsto o necessario, da percorsi formativi ad hoc e realizzate in molti (ma non in tutti) i Servizi sociali dei Comuni in modo integrato con i Centri per l'Impiego delle Province e le imprese del territorio.** I bisogni di questa fascia d'utenza, infatti, rappresentano una sfida di non poco conto per molti dei soggetti del sistema dei servizi delineato nel primo paragrafo e richiedono il concorso e la collaborazione di tutti loro per poter essere affrontati. Per il SSC questo ha significato lavorare in rete con soggetti con i quali non era abituato a farlo e acquisire nuove competenze legate alla valutazione delle competenze e all'orientamento al lavoro. Particolarmente significativo, infatti, è stato il raccordo con i Centri per l'Impiego delle Province che in alcuni contesti ha dato vita a collaborazioni particolarmente fruttuose.

Rilevante, inoltre, è stato l'investimento operato dall'Assessorato Regionale al Lavoro in proprie "misure a valenza sociale" per un importo pari a 5.670.000 euro (LPU, LSU, cantieri).

Sul versante delle competenze, invece, si deve ricordare l'esperienza compiuta dalla Provincia di Pordenone per dotare i SSC del proprio territorio di strumenti per valutare le competenze di questa nuova tipologia di utenza e calibrare conseguentemente in modo differenziato l'intervento da attivare.

Nei confronti del secondo gruppo di nuovi utenti adulti a questi interventi il SSC deve affiancare anche un più rilevante **intervento di orientamento e consulenza di carattere professionale** al fine di contenere gli effetti globali della situazione sulle singole persone e sui loro familiari.

Oltre a questo tipo di interventi specifici, in molti contesti il SSC ha intrapreso anche significativi **processi di razionalizzazione delle misure di sostegno economico attivabili** a favore di queste persone, al fine di riuscire a sostenerle per un periodo che la persistenza e gravità della crisi economica stanno rendendo sempre più lungo a fronte di misure specifiche di contrasto alla povertà, come il Fondo di solidarietà, che prevedono un arco temporale definito, seppur prorogabile.

Lo sforzo di razionalizzazione del SSC si è esteso anche ad altri interventi che possono concorrere al sostegno delle persone in difficoltà economica come quelli inerenti sia la copertura dei costi per l'abitazione (utenze e canoni di locazione) sia la messa a disposizione di ulteriori alloggi di carattere assistenziale, operando spesso in collaborazione con Comuni titolari di alloggi e con i soggetti del terzo settore impegnati nel contrasto della povertà e nel sostegno abitativo.

La principale misura prevista dalla Regione Friuli Venezia Giulia per il contrasto della povertà è rappresentata, infatti, dal "**Fondo di solidarietà regionale**", introdotto dalla Legge regionale 14 agosto 2008, n. 9 al fine di prevenire, superare o ridurre le condizioni di bisogno temporaneo del destinatario finalizzato al recupero della sua completa autonomia.



Avviato in seguito alla sperimentazione del “Reddito di base per la cittadinanza” (art. 59 L.R. 6/2006) durata solo pochi mesi dal 2007 al 2008, il Fondo di Solidarietà, pur perdendo il carattere di universalismo della misura precedente, ha mantenuto il carattere di **misura attiva** che prevede la presa in carico della persona da parte del SSC e la predisposizione di un **progetto che, oltre al contributo economico, attiva anche altri interventi di accompagnamento e intervento professionale**, correlati alla tipologia e al grado di svantaggio della persona e rivolti a sviluppare le sue capacità e il suo protagonismo attivo: dall’orientamento nel mercato del lavoro, alla formazione e riqualificazione professionale, ai percorsi di inserimento lavorativo protetto. Interventi, peraltro, realizzati col raccordo di altri soggetti come i Centri per l’Orientamento, le Aziende per i Servizi Sanitari, la cooperazione sociale, il mondo delle imprese.

**Per questo fondo, nel 2011, 2012 e 2013 la Regione ha stanziato a bilancio complessivamente € 34.500.000, ripartiti ai 19 enti gestori dei SSC con una somma annuale pari a € 11.500.00. I beneficiari sono stati 5.697 nel 2011, 6.050 nel 2012 e 5.320 nel 2013.** 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 Ambiti, al fine di rendere più equo ed efficace l’utilizzo della misura.

Come si può cogliere dalla tabella n. 9, 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 fatto registrare 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. Fra le persone che accedono ai benefici del fondo di solidarietà sono soprattutto i disoccupati, ma anche una cospicua fetta di persone che lavorano ma che evidentemente non riescono a far fronte alle proprie necessità economiche. Fra le famiglie che accedono al fondo ci 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 con figli a carico.

Come illustrato nella tabella n. 9 sopra riportata, 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.

**Tav. n. 9 - 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: Cartella Sociale Informatizzata

La loro quota tra i beneficiari vede una crescita molto 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 - le uniche eccezioni sono rappresentate dagli Ambiti di Duino Aurisina e Muggia - seppur con un'incidenza diversa. In tal senso, gli Ambiti di Pordenone e di Azzano X sono quelli che registrano i valori più elevati (58,8% il primo e 52,7% il secondo).

Un'ulteriore risorsa per il contrasto della povertà è rappresentata dai **contributi economici erogati dai Comuni singoli in modo autonomo o tramite delega al SSC**. Dalla CSI è possibile risalire al numero di beneficiari per i quali il SSC ha curato l'istruttoria. Si tratta 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 n. 10 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.

**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 o singolarmente o in coppia. Un dato generale in leggera diminuzione rispetto al 2012 (9.907) e in aumento rispetto al 2011 (9.079).

**Tab. n. 10 - 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: Cartella Sociale Informatizzata

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

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.

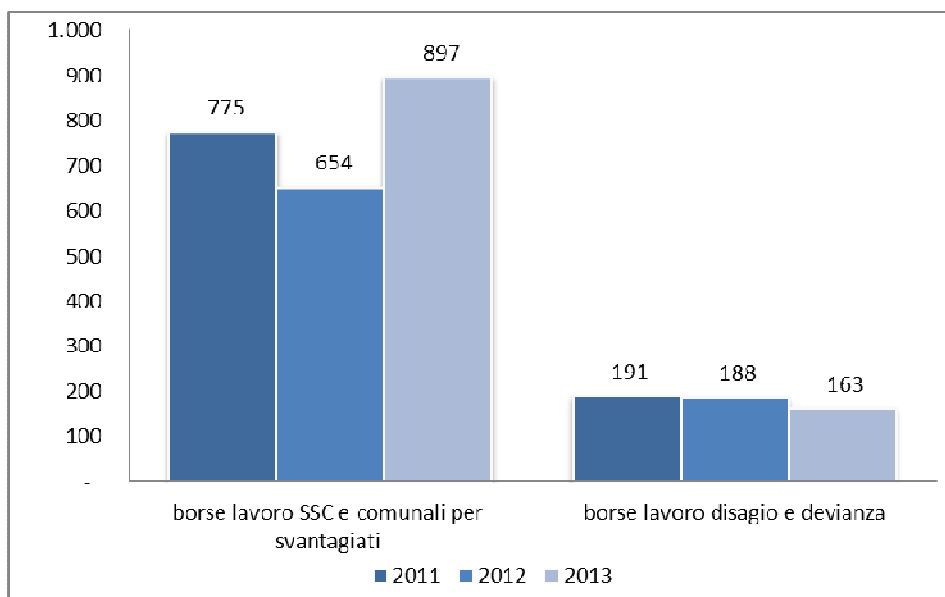
Il sostegno abitativo, infine, ha potuto avvalersi anche dell'intervento specifico delle **Agenzie sociali per la casa**<sup>18</sup> che hanno accolto ai loro sportelli 1.003 persone nel corso del 2011, 1.014 nel corso del 2012 e 1.102 nel corso del 2013. In circa il 70% dei casi si tratta di famiglie e nei restanti di utenti singoli. L'utenza inviata da Servizi sociali e sanitari si colloca tra il 50% e il 40% del totale.

<sup>18</sup> Le Agenzie sociali per la casa, presenti in tutte le province della Regione e dal 2012 in rete tra loro attraverso il protocollo per il "progetto C.A.S.A." (Coordinamento Agenzie Sociali per l'Abitare del Friuli Venezia Giulia), comprendono: l'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.

Un ulteriore intervento di contrasto alla povertà è rappresentato dalla cosiddetta “borsa lavoro”, uno strumento di inserimento socio-lavorativo, che coniuga l’erogazione di un contributo economico con l’attivazione di un percorso lavorativo e viene utilizzato per diverse situazioni di svantaggio, dall’handicap al disagio mentale alla devianza alla povertà. **“Borse lavoro” specifiche possono essere erogate dal SSC e dai Comuni a favore di persone in situazioni di forte svantaggio sociale<sup>19</sup>** o in uno stato 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 n. 11 - 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

<sup>19</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 quote provinciali fanno registrare qualche variazione nel triennio: se nel 2011 il 33,9% (327) risultano 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, nel 2013 le quote relative sono rispettivamente del 40,8% ad Udine, del 34,8% a Pordenone, del 22,6% in provincia di Trieste e del 1,8% a Gorizia, con un aumento a Pordenone e soprattutto a Udine e una diminuzione a Trieste e Gorizia. I beneficiari delle borse lavoro sociali nell'anno 2013 sono stati in prevalenza maschi (604, 57%) e di età compresa tra i 35 e i 64 anni (620; 58,5%). Gli adulti tra i 18 e 34 anni sono 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; 54,5%).

La spesa complessiva per "borse lavoro" a favore delle persone in situazioni di svantaggio e di devianza erogate dal SSC e dai Comuni 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 dei soggetti che accolgono borse 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 marginali 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>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Ogni persona può aver beneficiato di più attività.

## *Considerazioni d'insieme*

Quanto appena illustrato in merito all'utenza adulta del SSC mette in luce, da un lato il suo incremento e la sua articolata composizione e, dall'altro, la molteplicità di strumenti e misure rivolte a sostenere le diverse difficoltà che essa 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 volto ad affrontare in modo unitario i diversi aspetti della situazione di difficoltà. D'altra parte è solo da una prospettiva globale che un problema così complesso come l'impovertimento può essere affrontato con qualche probabilità di efficacia.

La distribuzione così frammentata delle misure, inoltre, favorisce 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.

Diventa, pertanto, **necessario operare un riordino e una razionalizzazione delle diverse misure** in vigore a livello regionale che porti a ridurle e a **individuare un'unica misura universale di contrasto alla povertà**, come peraltro hanno già fatto altri Paesi europei e come viene auspicato a livello nazionale.

## **7. Servizi e interventi per gli anziani**

A partire dagli anni Settanta l'orientamento dei servizi a favore della popolazione anziana ha iniziato a rivolgersi sempre più verso la domiciliarità, intesa come possibilità per gli anziani anche non autosufficienti di ricevere tutti gli interventi di assistenza e cura di cui necessitano rimanendo nel proprio contesto di vita.

La Regione FVG, infatti, è stata una delle prime 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 contesto di vita, 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 con 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 L.R. 10/1998<sup>21</sup> che si proponeva, in particolare, il riordino in senso integrato della normativa in materia di tutela della salute degli anziani e l'istituzione e l'organizzazione di un qualificato sistema di servizi ad alta integrazione sociosanitaria, alla L.R. 6/2006 che, all'articolo 41, istituisce il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, 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.

Parlare di **domiciliarità oggi** 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 dal Servizio sociale dei Comuni che si integra per la presa in carico delle situazioni più complesse, col Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e col Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD) realizzati delle Aziende per i Servizi Sanitari, 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 con funzioni principalmente di sostegno alla quotidianità, governo della casa e contrasto alla solitudine degli anziani soli, il SAD si è progressivamente modificato in ragione delle trasformazioni dei bisogni degli utenti spostatisi progressivamente 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.

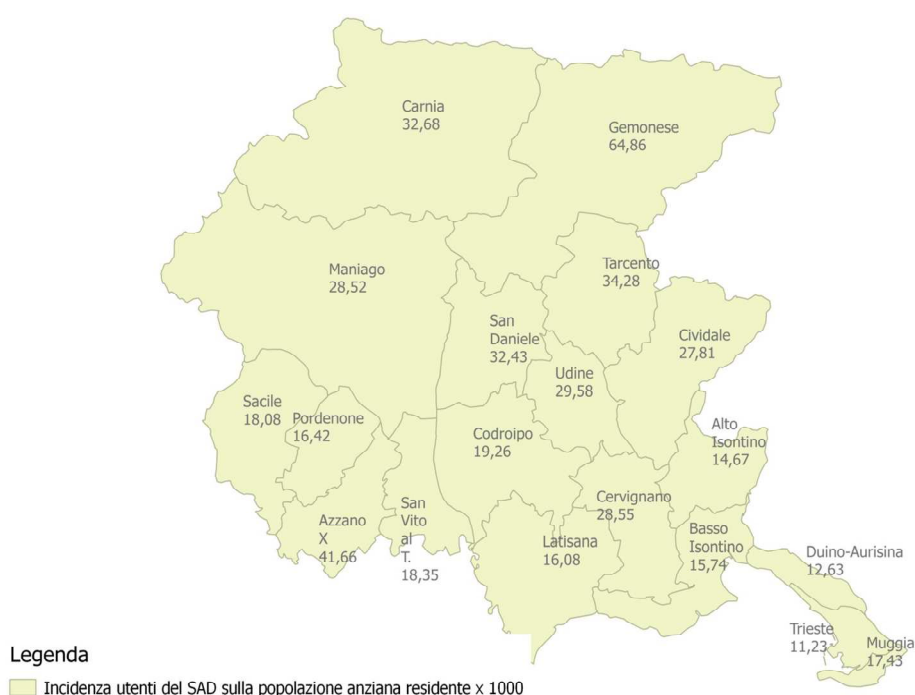
---

<sup>21</sup>Legge regionale 19 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».

A livello regionale gli utenti del servizio<sup>22</sup> sono stati complessivamente 7.198 nel corso del 2011, 7.076 nel corso del 2012 e 6.932 nel corso del 2013. Di questi, gli anziani rappresentano la maggior parte: l'87% nel 2011, l'84% nel 2012 e l'85% nel 2013.

Rispetto al dato del 2011 gli utenti nel 2013 registrano un calo di 266 unità, riferito soprattutto ad alcuni Servizi sociali dei Comuni. L'incidenza sulla popolazione anziana residente a livello regionale è del 22,8‰ nel 2013, ma notevole è la sua variabilità a livello territoriale, come si può cogliere nel grafico sottostante.

**Grafico n. 12 - Incidenza degli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare sulla popolazione anziana residente per 1.000 abitanti (valori percentuali)**



Fonte: Elab. Su dati Cartella Sociale Informatizzata e dati Demolstat sulla popolazione

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 il servizio ha assunto a livello locale in seguito alle trasformazioni che lo hanno interessato nel corso degli ultimi anni, alle quali ha assistito.

<sup>22</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.



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. Attualmente **gli operatori in possesso della qualifica di OSS impiegati nei servizi SAD dei SSC, 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 questo servizio a soggetti del terzo settore. 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 - quelli 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 gli Ambiti ma anche tra Comuni all'interno di uno stesso Ambito.

Pur affidato a soggetti esterni, il SAD vede ancora la funzione di regia del Servizio sociale dei Comuni che continua a svolgere funzioni di definizione, monitoraggio e valutazione del progetto assistenziale individualizzato (PAI) previsto per la sua erogazione.

Come anticipato, l'utenza prevalente del SAD 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 neoplasie. In tal senso il suo intervento risulta sempre più sbilanciato a supportare la risposta a bisogni di carattere sociosanitario se non addirittura sanitario.

**In un numero crescente di casi, infatti, il SAD riesce a mantenere la persona a domicilio solo qualora integrato col SID e con 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.

**Agli utenti del SAD sopra ricordati, pertanto, vanno affiancati** - in quanto i sistemi informativi utilizzati dai due servizi non consentono di depurare i dati da eventuali doppi - **i 35.931 del SID<sup>23</sup>, i 2.420 fruitori del servizio pasti, i 1.069 del servizio di trasporto e i 4.363 del Telesoccorso.**

Anche integrato con questo insieme di servizi, **il SAD senza la collaborazione di parenti, familiari e di assistenti familiari non riuscirebbe a rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti più complessi** per la limitata temporalità delle prestazioni offerte. Sempre più frequenti, infatti, sono le situazioni che richiedono un'assistenza continuativa che anche la famiglia spesso non riesce a dare senza l'intervento delle cosiddette badanti o assistenti familiari.

Il ricorso a queste figure è diventato sempre più necessario alle famiglie che vogliono assistere a domicilio un anziano, soprattutto quando non autosufficiente, sia in assenza che in presenza di altri interventi sociali e sanitari. La presenza delle assistenti familiari o badanti è ancora difficile da rilevare con precisione e viene stimata all'incirca in 17.000 donne.

**Al fine di sostenere le famiglie che direttamente e anche col supporto di personale privato si impegnano per fornire assistenza e cura agli anziani a domicilio, la Regione FVG con la L.R. 6/2006 (art. 41) ha introdotto il Fondo per l'Autonomia Possibile.** 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 Servizio sociale dei Comuni, Azienda per i Servizi Sanitari e medico di medicina generale.

Generalmente 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 da parte degli utenti sono cresciute, passando dai 6.599 utenti del 2011 ai 6.841 del 2013, così come l'investimento economico della Regione, che nel 2013 raggiunge i 39.032.303,00 euro.**

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).**

---

<sup>23</sup> È importante ricordare che il dato relativo al SID registrano prestazioni sanitarie che per natura e temporalità non sono comparabili con le prestazioni assistenziali del SAD.

La disponibilità di **servizi semiresidenziali o centri diurni** per anziani fragili e non autosufficienti convenzionati, invece, dal 2011, è progressivamente aumentata raggiungendo, **nel 2013, 471 posti disponibili**. Anche gli utenti sono cresciuti a 621 nel 2013. Tra questi, i beneficiari del contributo regionale per l'abbattimento retta sono stati 548 con una spesa complessiva di circa 513.900 euro nel 2013. In quasi tutti gli Ambiti, inoltre, sono disponibili centri diurni a carattere socio assistenziale, importanti nel sostenere il contrasto all'istituzionalizzazione e collegati con il SAD.

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.

**Al 2013, infatti, le strutture residenziali per anziani regolarmente autorizzate al funzionamento sono 194** suddivise in: 31 residenze protette, 35 residenze a utenza diversificata, 73 residenze polifunzionali, 18 residenze polifunzionali con moduli di fascia A, 27 case albergo (CH) e 10 comunità alloggio (CA). **Complessivamente offrono 11.000 posti letto, di cui 8.731 (79%) autorizzati ad accogliere persone anziane non autosufficienti.**

**Tab. n. 11 - 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.
Abitare possibile	1	50	25	25
Casa albergo	27	1.273	1.273	
Comunità alloggio	10	151	151	
Residenza ad utenza diversificata	34	3.796	819	2.977
Residenza polifunzionale	73	1.510		1510*
Residenza polifunzionale con Mod.A	18	844		844
Residenza protetta	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

L'offerta attuale è quindi di circa 3,7 posti letto ogni 100 residenti con età maggiore o uguale 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.

Su 8.731 posti letto autorizzati per non autosufficienti, 7.153, ossia 2,4 posti letto ogni 100 residenti over65, 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<sup>24</sup>).

Oltre ai 7.153 posti letto per non autosufficienti convenzionati con le Aziende per i Servizi Sanitari, 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 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.

**Tab. n. 12 - 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
Residenza protetta	31	3.372	4.295	1.075.749
Residenza ad Utenza Diversificata	35	2.937	4.301	1.148.888
Residenza polifunzionale con Mod.A	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

Nel corso degli ultimi dieci anni, la crescita della rete dei servizi residenziali per anziani si è ridotta, complice anche il blocco del rilascio di nuove autorizzazioni alla realizzazione introdotto nel 2001<sup>25</sup>. Dal 2003 al 2013, infatti, il numero di strutture autorizzate al funzionamento prima del blocco ha portato a un aumento 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 8.758 nel 2013), mentre quelli per autosufficienti sono stati progressivamente ridotti (2.447 nel 2003 e 2.241 nel 2013).

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.**

<sup>24</sup> Legge regionale 8 aprile 1997, n. 10 «Disposizioni per la formazione del Bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge finanziaria 1997)».

<sup>25</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».

Il tasso medio di occupazione dei posti letto nelle residenze convenzionate si attesta intorno all' 92% in ognuno dei 3 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 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.

Sul versante degli oneri sanitari, nel 2011 le Aziende sanitarie 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 di spesa (circa 60% per assistenza infermieristica e 13% per assistenza riabilitativa).

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>26</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;
- modelli gestionali innovati in grado di usare in modo sinergico le risorse economiche pubbliche e private al fine di garantire modelli sostenibili nel tempo;
- nuove forme di rapporti pubblico-privato in grado di favorire il protagonismo delle famiglie e delle comunità nei sistemi di welfare locali e ruolo dei servizi di cura domiciliare.

---

<sup>26</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.

## *Considerazioni d'insieme*

L'insieme dei servizi descritti nella prima parte 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. 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.

Il numero degli utenti si è mantenuto sostanzialmente stabile nel corso degli ultimi anni, mostrando la difficoltà del servizio a farsi carico di nuovi utenti, così come ad 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 SSC. 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.

Si è evidenziato, inoltre, che per quanto integrato col SID e con altri interventi come la fornitura pasti, il trasporto e il Telesoccorso, il SAD abbia una frequenza e una durata limitate che non gli consentono di rispondere adeguatamente ai bisogni più complessi e continuativi.

In assenza di un considerevole impegno di familiari e di personale privato (badanti) 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 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 ad 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 anticipare quanto più possibile la conoscenza dei bisogni non espressi del territorio; relazionale inteso come un ripensarsi dei servizi secondo una logica di capacitazione e di empowerment delle persone, delle famiglie e delle comunità locali e di maggiore integrazione tra le componenti istituzionali.

Anche le strutture residenziali, infine, non sono sempre in grado di rispondere adeguatamente ai livelli di intensità e di complessità degli anziani loro ospiti, sia sul fronte delle dotazioni di personale che in relazione alle caratteristiche strutturali degli edifici. Presentano inoltre 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 tra i diversi contesti territoriali, così come tra il settore di offerta residenziale pubblico, del privato sociale e privato di mercato.

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.

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 ancora oggi riguarda prevalentemente il finanziamento alle strutture ad uno che sia focalizzato sul profilo individuale di assorbimento di risorse.

## **8. Servizi e interventi per le 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.

Il sistema regionale consolidatosi ai sensi della L.R. 41/1996 pertanto vede, 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 a sei Enti gestori (Comune di Trieste, Aziende per l'Assistenza Sanitaria n. 3, n. 4 e n. 6, C.A.M.P.P., C.I.S.I.) la gestione di servizi di carattere residenziale e semiresidenziale dedicati all'accoglienza di giovani-adulti e adulti**. Ad alcuni centri e istituti, invece, 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.

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.

Per quanto attiene alle **barriere architettoniche**, intese, come ostacoli che costituiscono 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 ad usufruire, in condizioni di adeguata sicurezza ed autonomia, dell'edificio privato e delle sue parti comuni, nel quale risiede o intende portare la propria residenza anagrafica.

Come riportato nella tabella n. 13, 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 finanziato nel 2012, 323 domande e nel 2013, 228 domande, corrispondenti rispettivamente al 55% e al 79% delle richieste presentate.

**Tab. n. 13 - Risorse finanziarie stanziare per l'abbattimento delle barriere architettoniche, numero interventi finanziati e rapporto domande finanziate/domande presentate, anni 2011, 2012, 2013**

Stanziamiento 2011	N. interventi finanziati	Rapporto domande finanziate – domande presentate	Stanziamiento 2012	N. interventi finanziati	Rapporto domande finanziate – domande presentate	Stanziamiento 2013	N. interventi finanziati	Rapporto domande finanziate – domande presentate
€ 2.094.798,96	543	100%	€ 1.207.009,04	323	55%	€ 1.130.000,00	228	79%

Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG



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 ad 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. 41/1996, 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 handicappate previsto dall'articolo 26, comma 3, della Legge 104/1992, i soggetti che gestiscono servizi di trasporto, istituito e funzionanti sul territorio.

Le risorse regionali sono prevalentemente destinate a 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 Pesian di Prato e di San Vito al Tagliamento - nonché ad enti che gestiscono servizi semiresidenziali per persone con disabilità.

Lo stanziamento annuale per il triennio 2011-2013 è stato di 500 mila euro annui e ha assicurato una copertura delle spese sostenute dai succitati enti, rispettivamente del 40,7% nel 2011, del 36,57 nel 2012 e del 37,81 % nel 2013.

**Tab. n. 14 - Risorse regionali stanziare per l'attivazione di servizi di trasporto collettivo, numero interventi finanziati, rapporto domande finanziate/domande presentate, anni 2011, 2012, 2013**

Stanziamento 2011	N. interventi finanziati	Rapporto domande finanziate - domande presentate	Stanziamento 2012	N. interventi finanziati	Rapporto domande finanziate - domande presentate	Stanziamento 2013	N. interventi finanziati	Rapporto domande finanziate - domande presentate
€ 2.094.798,96	543	100%	€ 1.207.009,04	323	55%	€ 1.130.000,00	228	79%

Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG

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 L.R. 26/2005<sup>27</sup> sono state avviate inoltre specifiche linee di intervento denominate Azioni Innovative per promuovere l'accessibilità e la domiciliarità delle persone con disabilità 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.

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. 41/1996, 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.

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 dell'ANFFAS, AISM, ANMIC, ANMIG, ANMIL, ANVCG, ENS, UIC, UNMS.

Per garantire la qualificazione delle prestazioni, infine, la L.R. 41/1996 ha introdotto l'equipe multidisciplinare quale unità operativa del Distretto con compiti di progettazione, coordinamento, garanzia della presa in carico della persona con disabilità, 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 del nostro Paese 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).

Ai sensi della L.R. 41/1996, quindi, ai Comuni spetta 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 certificate ai sensi della L104/92 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 disabili pari al 17,9% del totale.

---

<sup>27</sup> Legge Regionale n. 26 del 10 novembre 2005 "Disciplina generale in materia di innovazione, ricerca scientifica e sviluppo tecnologico".

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 portando all'attenzione dei servizi bisogni consistenti e per certi aspetti nuovi. Assumono sempre maggior rilevanza, infatti, i giovani-adulti con disabilità che esprimono esigenze di autonomia e integrazione, così come emergono in misura più consistente gli anziani con disabilità che presentano bisogni di cura e assistenza e spesso sono privi di familiari in grado di 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 4.3, 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 che gli adulti che hanno usufruito 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 sono stati 238. Gli interventi di carattere socio-educativo per adulti hanno coinvolto 104 persone, mentre gli interventi di socializzazione, i soggiorni climatici e gli inserimenti in centri diurni/sociali hanno coinvolto complessivamente 73 persone tra adulti e anziani.**

La permanenza delle persone con disabilità al proprio domicilio viene inoltre sostenuta anche attraverso 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, del cosiddetto Fondo Gravissimi, del Fondo SLA.**

Il **Fondo per l'autonomia (FAP)** prevede due misure più direttamente rivolte alle persone con disabilità e cumulabili: l'assegno per l'autonomia (APA) e l'intervento denominato sostegno alla vita indipendente (VI).

**Tav. n. 15 - Utenti Fondo per l'Autonomia - Vita Indipendente e Assegno per l'Autonomia e Vita Indipendente - nel corso dell'anno 2011, 2012, 2013**

	2011	2012	2013
Vita Indipendente	492	586	653
APA+Vita Indipendent	81	82	62

Fonte: SSC - Rilevazione regionale sul Fondo per l'Autonomia Possibile

Il **Fondo Gravissimi**, finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (D.P.Reg. 247/2009), passato da uno stanziamento iniziale pari a 1.275.000 euro nel 2009 a 3.500.000 euro nel 2012, ha visto il numero dei beneficiari passare dai 169 del 2009 ai 314 del 2013.

Il **Fondo SLA** di cui alla D.G.R. 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. Il fondo ha avuto un finanziamento complessivo pari a 2.120.000 € di cui 630.000 € circa nel 2013, e i beneficiari sono stati 44 nel corso del 2012 e 60 nel corso del 2013.

**Tav. n. 16 - Beneficiari del Fondo Gravissimi e del Fondo SLA, anni 2011, 2012 e 2013, valori assoluti**

	Fondo Gravissimi	Fondo SLA
<b>2011</b>	343	-
<b>2012</b>	347	44
<b>2013</b>	314	60

Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG

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 Aziende per l'assistenza sanitaria, in seconda istanza (27 centri) da enti religiosi, associazioni e fondazioni, e in misura contenuta (10 centri) da cooperative sociali.

La gestione di tali servizi è sostenuta con la concessione dei contributi previsti dall'articolo 20 della L.R. 41/1996 agli Enti gestori dei servizi per l'handicap.

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 settembre 2014, può contare 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.

Dal punto di vista del soggetto gestore, la maggior parte delle strutture è affidata a enti religiosi, associazioni e fondazioni (28 strutture) e a cooperative sociali (25 strutture). La gestione pubblica, da parte di Comuni, consorzi e Aziende per i servizi sanitari riguarda solo 7 strutture.

Le risorse regionali destinate, ai sensi dell'articolo 20 della L.R. 41/1996, agli Enti gestori dei servizi per l'handicap per la realizzazione dei succitati servizi semiresidenziale e residenziali sono state, nel 2011, euro 29,5 milioni e nel 2012 e 2013 euro 30 milioni.

Tali finanziamenti hanno sostenuto, nel 2011 una percentuale media del 58,64% dei costi sostenuti per l'erogazione di prestazioni semiresidenziali a 1.207 persone e residenziali a 474; nel 2012 una percentuale media di quasi il 58% per l'accoglimento di 1.265 persone nei centri diurni e 484 nelle strutture residenziali; nel 2013 una percentuale di quasi il 56% dei costi sostenuti per 1.253 persone nei servizi semiresidenziali e 501 in quelli residenziali.

**Tab. n. 17 - Risorse regionali destinate agli Enti gestori dei servizi per l'handicap, art. 20 L.R. 41/1996, numero utenti centri diurni, numero utenti strutture residenziali**

anno	contributo concesso	spesa sostenuta	% contribu z. reg.	importo diurni	utenti diurni	importo residenziali	ut. Resid .	importo SIL	Uten ti SIL
2011	€ 29.500.000,00	€ 50.300.852,07	58,65	€ 29.494.793,10	1.207	€ 18.440.175,41	474	€ 2.365.883,56	936
2012	€ 30.000.000,00	€ 51.734.579,68	57,99	€ 29.267.901,93	1.266	€ 20.166.461,13	484	€ 2.300.216,62	960
2013	€ 30.000.000,00	€ 53.653.415,34	55,91	€ 29.673.519,52	1.254	€ 21.675.089,31	501	€ 2.304.806,51	996

Fonte: Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria Regione FVG

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 L.R. 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 la fase dell'inserimento lavorativo vero e proprio garantita anche attraverso i Servizi per l'Inserimento Lavorativo.

Tale norma si affianca alla L.R. 41/1996 che si propone di perseguire la stessa finalità attraverso percorsi propedeutici all'integrazione lavorativa e inserimenti socio-lavorativi disciplinati dall'articolo 14 ter che prevede a tal fine la presenza di appositi Servizi per l'Inserimento Lavorativo (SIL) operanti in raccordo con le Province.

Ai sensi della L.R. 18/2005<sup>28</sup> art. 36, c. 2 (D.G.R. 217/06) pertanto vengono attivati tirocini formativi finanziati da Fondi Provinciali e gestiti dai Servizi di Integrazione Lavorativa (totalmente in base a specifica convenzione nel caso delle provincie di Udine e Gorizia mentre nel caso delle province 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. 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 cui 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 hanno registrato una crescita nel corso del triennio passando dagli 894 nel corso del 2011 ai 1.017 nel corso del 2013. Rappresentano circa il 30% di tutte le cosiddette borse lavoro realizzate a favore delle persone in situazione di disagio in ognuna delle annualità considerate, e sono in prevalenza di carattere assistenziale ai sensi della L.R. 41/1996.**

Come si può cogliere dalla tabella n. 18, sebbene l’incremento nel triennio riguardi entrambe le tipologie di tirocinio, si è trattato in prevalenza di tirocini formativi ai sensi della L.R. 41/1996. Complessivamente la spesa sostenuta a livello regionale per entrambi i tirocini nel 2013 è stata pari a 2.273.370,90 €, in crescita rispetto al biennio precedente, pari a più del 30% della spesa dedicata a tutte le borse lavoro e riferita prevalentemente ai tirocini ai sensi della L.R. 41/1996 che nel 2012 e 2013 assorbono circa il 68% del totale.

---

<sup>28</sup> Legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 «*Norme regionali per l’occupazione, la tutela e la qualità del lavoro*».

**Tab. n. 18 - Tirocini formativi dell'area disabilità, ai sensi L.R. 41/1996 e L.R. 18/2005**

	N utenti	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013	
<b>Tirocini Formativi LR 18/05</b>	241	€ 970.158,98	258	€ 543.129,46	338	€ 727.880,70	
<b>Tirocini Formativi LR 46/91</b>	653	€ 1.229.991,60	690	€ 1.202.911,93	679	€ 1.545.490,24	
<b>Totale</b>	894	€ 2.200.150,58	948	€ 1.746.041,39	1017	€ 2.273.370,90	

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

Un altro settore su cui la Regione Friuli Venezia Giulia ha investito per garantire la sostenibilità economica, il rinnovamento e l'innovazione dei servizi è quello dell'agricoltura sociale che ha visto la realizzazione di diverse esperienze di **fattore sociali**. Tutte le Aziende per l'Assistenza Sanitaria 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 Aziende 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.

#### *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 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 pienamente rispondente alle disposizioni internazionali in materia di inclusione delle persone con disabilità.

Da innovare risultano gli interventi messi in campo da alcuni servizi, in particolare quelli diurni e semiresidenziali, che non rispondono in modo 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 risulta 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 con disabili giovani e adulti che esprimono esigenze di autonomia e di coinvolgimento attivo.

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 poter riprodurre in altri contesti i modelli adottati.

Un'analoga esigenza di rinnovamento riguarda i CSRE la cui offerta di attività riabilitative, educative e di socializzazione non risponde pienamente alle esigenze dei suoi utenti, in particolare adolescenti e giovani adulti. 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 promuova l'individuazione di soluzioni innovative 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, ecc.).

Piuttosto superato, grazie anche alla crisi economica, è pure l'approccio prevalente nel campo dell'inserimento lavorativo e sociale della persona disabile che registra ancora poche progettualità territoriali in grado di creare opportunità di inclusione realmente sostenibili e capaci di sviluppare forme di autentica economia sociale. In tal senso si pone anche l'esigenza di rinnovare il sistema degli appalti, ridefinendo le forme e le modalità di rapporto con la cooperazione e i soggetti erogatori.

Da ultimo, la mancata definizione dei LEA socio-sanitari fa sì che il finanziamento del sistema sia per circa il 60% in carico alla Regione (Direzione Politiche sociali) e per il restante 40% circa in carico ai Comuni e in misura contenuta agli utenti, senza un intervento economico da parte delle Aziende sanitarie.

Su questa materia pertanto, le azioni che si prevede di dover adottare a livello regionale riguardano:

- il recepimento e l'applicazione dei LEA sull'integrazione Socio-sanitaria;
- il sistema di finanziamento da orientare maggiormente verso la persona;
- 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 (D.P.G.R. 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 le Strutture Residenziali.