



2009

Un percorso di programmazione partecipata

Analisi dei bisogni sociali della popolazione valdostana e dei servizi sociali
e proposte di intervento per il triennio 2009-2011

Piano di Zona della Valle d'Aosta

UN PERCORSO DI PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA

Sommario

PRIMA PARTE

LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

PRIMO CAPITOLO	6
I PRINCIPI DI RIFERIMENTO.....	6
<i>Il quadro normativo nazionale: la Legge 328/00</i>	6
<i>Il quadro normativo regionale: la Legge 13/06</i>	10
SECONDO CAPITOLO	13
IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA DELLA VALLE D'AOSTA.....	13
<i>L'avvio del percorso: il lavoro del Gruppo regionale di monitoraggio e coordinamento</i>	13
<i>La prima fase del percorso: l'analisi dei bisogni e del sistema di offerta</i>	16
<i>La seconda fase del percorso di costruzione del Piano di Zona</i>	19
TERZO CAPITOLO	21
ORGANIZZAZIONE, METODO E STRUMENTI	21
<i>Compiti e funzioni dell'Ufficio di Piano e del coordinamento</i>	21
<i>Problematiche affrontate nel percorso di lavoro</i>	22
<i>Elementi di innovazione</i>	23
<i>Metodo e strumenti</i>	24
QUARTO CAPITOLO	25
L'ANALISI DEI PROBLEMI SOCIALI, DEI BISOGNI SOCIALI E DEL SISTEMA D'OFFERTA.....	25
<i>Fenomeni, problemi e bisogni sociali: il contributo dell'analisi dei territori</i>	25
<i>Tavolo Tematico Minori (0-17 anni)</i>	27
<i>Tavolo Tematico Giovani (18-29 anni)</i>	41
<i>Tavolo Tematico Adulti (30-64 anni)</i>	50
<i>Tavolo Tematico Anziani (65 anni ed oltre)</i>	66
<i>Tavolo Tematico Famiglia</i>	78
QUINTO CAPITOLO	86
LA VALLE D'AOSTA IN CIFRE.....	86
<i>Premessa</i>	86
<i>Statistiche per un quadro di sfondo</i>	86
SESTO CAPITOLO	107
IL SISTEMA D'OFFERTA DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN VALLE D'AOSTA.....	107
<i>Premessa</i>	107

<i>La tipologia degli interventi-servizi esistenti in Valle d'Aosta</i>	108
<i>La dislocazione territoriale degli interventi-servizi censiti</i>	113
<i>Tipologia di intervento</i>	114
<i>Utenza e problematiche al centro di attenzione degli interventi-servizi censiti</i>	114
<i>La dimensione gestionale degli interventi-servizi censiti</i>	116
<i>La dimensione economica degli interventi-servizi censiti</i>	120
SETTIMO CAPITOLO	124
LA DIMENSIONE ECONOMICA DELLE POLITICHE SOCIALI IN VALLE D'AOSTA	124
<i>Premessa</i>	124
<i>La spesa socio-assistenziale della Regione Autonoma Valle d'Aosta</i>	125
<i>Altre dimensioni economiche</i>	132
<i>La spesa socio-assistenziale dei comuni</i>	132
<i>La spesa socio-assistenziale del Comune di Aosta</i>	136
<i>La spesa socio-assistenziale del Terzo settore</i>	138
SECONDA PARTE	
LE PROPOSTE PER IL PIANO DI ZONA DELLA VALLE D'AOSTA 2009 - 2011	
PRIMO CAPITOLO	142
IL PERCORSO DELLA SECONDA FASE DI LAVORO	142
<i>Premessa</i>	142
<i>La popolazione e i bisogni di benessere sociale</i>	143
<i>Il sistema dei servizi è interpellato dalla molteplicità dei bisogni sociali</i>	147
<i>Finalità ed obiettivi del Piano di Zona della Valle d'Aosta</i>	148
SECONDO CAPITOLO	156
ACCESSO, INFORMAZIONE E SEGRETARIATO SOCIALE	156
<i>L'accesso: storia e attualità</i>	156
<i>Riferimenti normativi regionali</i>	157
<i>La situazione dell'accesso in Valle d'Aosta</i>	158
<i>Le proposte per il triennio</i>	162
TERZO CAPITOLO	165
L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	165
<i>L'integrazione socio-sanitaria nella normativa vigente</i>	165
<i>Caratteristiche dell'integrazione nei servizi territoriali</i>	166
<i>Servizi ed interventi attualmente in essere</i>	168
<i>Elementi di valutazione della situazione valdostana</i>	170
<i>Proposte per lo sviluppo di azioni future</i>	170
QUARTO CAPITOLO	172
LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	172
<i>L'esigenza di formazione</i>	172
<i>Il punto di vista del territorio</i>	172
<i>Il punto di vista degli enti e delle organizzazioni che fanno formazione</i>	173
<i>Proposte per il Piano di Zona</i>	175
QUINTO CAPITOLO	176

PIANO DI COMUNICAZIONE	176
<i>Premessa</i>	176
<i>La comunicazione durante il processo di costruzione del Piano di Zona</i>	176
<i>Proposte per il Piano di Zona</i>	178
SESTO CAPITOLO	179
DIMENSIONE GESTIONALE ED ECONOMICA.....	179
<i>Premessa</i>	179
<i>La normativa nazionale e regionale</i>	179
<i>Proposte per il triennio</i>	180
<i>Le risorse economiche per il Piano di Zona</i>	181
SETTIMO CAPITOLO.....	183
PROPOSTE PER IL TRIENNIO 2009-2011	183
<i>Il Piano delle proposte per il Triennio</i>	183
<i>La struttura organizzativa del Piano di Zona</i>	185
<i>La valutazione del Piano di Zona</i>	188
APPENDICE N. 1.....	191
ELENCO DELLE SIGLE UTILIZZATE NEL DOCUMENTO DI PIANO	191
APPENDICE N. 2.....	193
ELENCO DEGLI ALLEGATI AL DOCUMENTO DI PIANO	193

PRIMA PARTE

LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA DELLA VALLE D'AOSTA



PRIMO CAPITOLO

I PRINCIPI DI RIFERIMENTO

Il quadro normativo nazionale: la Legge 328/00

La terminologia “Piano di Zona” compare, per la prima volta, nella Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

Il testo della Legge caratterizza il lavoro sociale in una prospettiva progettuale e assegna al Piano di Zona la funzione di principale strumento tecnico-organizzativo di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria.

Il legislatore nazionale indica una serie di finalità di carattere generale:

- promuovere e tutelare i diritti di cittadinanza sociale di persone e gruppi, contrastando discriminazioni ed emarginazioni, riducendo le condizioni di svantaggio derivanti da situazioni strutturalmente deprivate, garantendo opportunità;
- ricercare e sostenere integrazioni tra politiche sociali e politiche economiche, ambientali, del lavoro, dell'istruzione e formazione professionale che hanno importanti ricadute sulle condizioni sociali di singoli e gruppi;
- realizzare azioni e interventi sulle situazioni di disagio in un quadro di costante e attivo coordinamento tra diversi servizi e diversi operatori, che favorisca scambi di informazioni, reperimento e attivazione di risorse, verifiche incrociate degli esiti;
- considerare le problematiche che investono singoli individui come disagi presenti in un contesto relazionale e sociale, in cui vanno riconosciute, ricercate e mobilitate risorse di cui sono portatori i soggetti pubblici e privati, introducendo un'impostazione che si distanzia da quella tradizionale, assistenzialistica, ovvero centrata sul “rimediare”, “riparare” a carenze, insufficienze, privazioni individuali;
- privilegiare le interazioni con i nuclei familiari come ambiti cruciali per la riproduzione sociale e culturale, la crescita dei singoli, il mantenimento della salute, per far fronte a episodi critici (invalidità, fallimenti esistenziali, incidenti, decessi, ...), per sostenere le funzioni di chi ne fa parte e per valorizzarne possibili apporti nel contesto sociale più ampio.

Il legislatore evidenzia, inoltre, alcuni principi che, in questa sede, è opportuno sinteticamente richiamare:

1. principi che qualificano il sistema di welfare

Partecipazione

Nelle realtà locali sono presenti soggetti che svolgono una funzione di pubblica utilità. Il legislatore ha riconosciuto tali funzioni sociali e ha garantito a tali soggetti la partecipazione ai momenti programmatici che qualificano la vita nella comunità. A fondamento del diritto alla partecipazione vi è il riconoscimento degli originali e specifici punti di vista che tali soggetti sociali possono apportare su bisogni, problemi, condizioni di vita del territorio e, contemporaneamente, l'esigenza di mettere in rete dati, esperienze, saperi, perché il processo programmatico risulti realmente comunitario e possa garantire quei risultati di benessere auspicati

	<i>nell'interesse delle comunità locali.</i>
Concertazione	<i>Il sistema di welfare ipotizzato non si qualifica solo grazie al passaggio da centrale a locale, da statale a municipale, ma anche perché pone l'accento sulla società, nell'insieme delle sue espressioni e formazioni sociali. Tali soggetti sono chiamati a passare dall'esperienza della partecipazione alla fase in cui mettere in rete responsabilità, competenze e risorse.</i>
Governance	<i>La governance è intesa come stile di governo che prevede la cooperazione e l'interazione di tutti i soggetti, pubblici e privati, chiamati ad assumere decisioni, secondo i cinque principi fondamentali di apertura, partecipazione, responsabilità, efficacia, coerenza. Governance è uno "stile" di gestione dei processi di mediazione a fronte della complessità sociale crescente.</i>

2. principi che orientano la programmazione

Territorialità	<i>Il sistema integrato di interventi e servizi sociali è qualificato a condizione che risulti congruo e appropriato rispetto alle caratteristiche e specificità che fanno di un ambito territoriale e dell'insieme dei soggetti istituzionali e comunitari, in esso presenti e operanti, qualcosa di unico e irripetibile. Tale "sistema" e il processo avviato e gestito per definirlo, devono risultare il frutto e la conseguenza di un'attenta lettura e analisi di bisogni e di dati demografici. La contestualizzazione richiede un Piano di Zona capace di produrre un incremento della qualità della vita delle persone che vivono in quell'ambito territoriale. Parimenti, il processo adottato per la sua costruzione deve essere capace di produrre un incremento quantitativo nel sistema dei rapporti tra i soggetti.</i>
Unitarietà	<i>L'ambito territoriale adeguato per la programmazione unitaria coincide con il Distretto sanitario di base. Il percorso di costruzione del Piano di Zona è, anche, finalizzato a trasformare una delimitazione amministrativa in un "ambito" capace di rendere accessibili interventi e servizi essenziali, che il singolo Comune non potrebbe garantire individualmente. Le motivazioni alla base del principio dell'unitarietà sono legate al garantire efficacia negli interventi, fornire le medesime opportunità ai cittadini dei diversi Comuni dell'ambito e realizzare economie di scala nella gestione.</i>
Integrazione	<i>È il coordinamento delle politiche dei servizi, delle competenze istituzionali finalizzate a operare non solo per l'adempimento delle singole competenze, ma anche per il raggiungimento dell'obiettivo. La Legge 328/00 affronta il tema dell'integrazione dal mettere in rete interventi e servizi del sociale, per passare al socio-sanitario e agli interventi educativi, e ipotizza una successiva integrazione con le politiche per la formazione professionale e il lavoro. Le motivazioni che sottendono al processo di integrazione sono legate all'intreccio tra i bisogni di cui sono portatori i cittadini e le cause a monte degli stessi. Il rischio è di interpretare come bisogni personali e familiari ciò che, in realtà, ha motivazioni sociali e strutturali. A validare l'esigenza di un approccio integrato, vi è, inoltre, la continua complessificazione dei bisogni, legata a una vita e a un'organizzazione sempre più articolate. Infine, le risposte integrate sono motivate da esigenze di natura etica, il rispetto dell'unitarietà della persona, e tecnica, garantire con gli interventi gli esiti e non solo la certezza delle prestazioni.</i>

3. principi che garantiscono i diritti e la loro esigibilità

Universalità	<i>Il sistema integrato di interventi e servizi sociali è programmato e realizzato a favore dell'universalità dei cittadini. La 328/00 sottolinea l'esigenza di garantire gli interventi indicati all'art. 22, comma 2, che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali. Queste prestazioni si configurano non solo come interventi e servizi, ma anche come misure promozionali, tutelari e di supporto, in tutte le fasi del</i>
---------------------	--

	<p><i>ciclo di vita della persona e della famiglia, relative a condizioni di bisogno che, per molteplici motivi, una persona può trovarsi a vivere.</i></p>
Equità	<p><i>L'equità presuppone il riconoscimento preliminare e fondante della necessità di tutelare i diritti inalienabili di tutti i cittadini, per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali, l'avvio di nuovi processi di identificazione e tutela dei bisogni dei singoli e della comunità e il consolidamento di quelli già in essere. Per essere cittadini attivi e responsabili è necessario che siano, innanzitutto, garantite le libertà fondamentali e soddisfatti i diritti sociali. Un sistema universalistico deve essere organizzato e gestito prestando attenzioni a quanti, pur avendo gli stessi diritti e i medesimi requisiti, per svariati motivi finiscono con il non accedere o con il farlo solo parzialmente alla gamma di opportunità presenti sul territorio. Garantire equità nell'accesso vuol dire investire in un'organizzazione priva di barriere di ogni tipo e in un sistema d'informazione e comunicazione sociale capace di raggiungere tutti e, in particolare, chi ha minori strumenti e conoscenze da mettere in campo.</i></p>
Personalizzazione	<p><i>Per organizzare politiche e servizi a partire dalla domanda e dai bisogni, per coinvolgere direttamente i cittadini nelle scelte che li riguardano, per garantire alle amministrazioni risorse preziose e motivate, in grado di proporre soluzioni veramente adeguate alle esigenze della comunità e dei suoi abitanti, la Legge 328/00 riporta al centro la persona, quale individuo unico, differente dai suoi simili; per questo, i servizi devono migliorare la loro collaborazione e integrarsi per rispondere alle sue esigenze. Al sistema integrato di interventi e servizi sociali si accede solo grazie a progetti personalizzati: la Legge riconosce quella persona, con quei bisogni, con quelle risorse, in quel particolare sistema di relazioni. Il progetto personalizzato assume tale complessità e colloca gli obiettivi, le azioni da compiere, i soggetti da coinvolgere in tale approccio sistemico.</i></p>

La Legge 328/00, inoltre, chiede ai soggetti che operano nel pubblico e nel privato sociale di sviluppare:

- ri-conoscimenti della realtà sociale, attivando nuove capacità di lettura che permettano di comprendere in modo più articolato e meno stereotipato le forme di disagio sociale esistenti;
- ri-definizioni del contesto operativo, mettendo a punto modelli di intervento che permettano di muovere verso un sistema di protezione sociale attiva, capace di sostenere e valorizzare l'iniziativa sia delle risorse presenti sul territorio che di coloro che vivono situazioni di difficoltà.

La realizzazione del Piano di Zona si configura come un'occasione privilegiata per consolidare le capacità di programmazione partecipata e per rinforzare un modo di trattare i problemi sociali che contrasta la tendenza prevalente ad attivarsi sulla pressione dell'urgenza proposta da situazioni di deprivazione e sofferenza. La programmazione partecipata richiede, infatti, di individuare degli obiettivi realistici, perseguibili e condivisibili, di prefigurare dei percorsi di azione, di coinvolgere diversi attori, di ricercare risorse, di verificare esiti. La programmazione partecipata, come elemento metodologico qualificante il Piano di Zona, può diventare, così, un modo per governare fenomeni sociali che non sono suscettibili di pianificazione e di riordino generale, ma che richiedono:

- analisi e comprensioni in grado di mettere in luce le possibili priorità di intervento;
- costruzione di consenso dei diversi attori coinvolti nel processo per la messa a punto di strategie, tecniche e politiche con cui affrontarli.

La Legge 328/00 sollecita istituzioni e soggetti delle comunità locali a superare le concezioni della programmazione troppo specialistica e settoriale e, quindi, inadeguata ad affrontare i cambiamenti della realtà sociale, a favore di una logica programmatoria partecipata, che trova le sue ragioni in alcune ipotesi:

- a. per sviluppare comprensioni più accurate della realtà occorre attivare uno sguardo multiprospettico e multicontestuale, capace di valorizzare, oltre alle tradizionali conoscenze tecniche, anche i saperi meno formalizzati presenti nei contesti sociali. In altre parole, per capire i problemi delle persone bisogna dar valore a prospettive diverse, non solo a quelle tecniche, strutturate, ma anche ai saperi informali e vedere i problemi per come prendono corpo nei concreti contesti di vita;
- b. per contenere le paure e il senso di insicurezza generato da fenomeni sociali inattesi occorre, più che celarli o rimuoverli, favorire avvicinamenti che permettano di ridefinirne il significato, ricollocando in termini realistici gli aspetti che generano maggiori ansie. Attraverso la progettazione partecipata si possono favorire processi di ridefinizione dei significati di quei fattori che, a livello sociale, determinano situazioni di maggior incertezza e preoccupazione;
- c. per superare i tradizionali orientamenti assistenzialistici, centrati sull'offerta di "rimedi" e "riparazioni" a situazioni di difficoltà individuali, occorre considerare le problematiche che investono le persone come disagi presenti in un contesto relazionale e sociale, in cui vanno riconosciute e mobilitate risorse di cui sono portatori le istituzioni e i cittadini, le organizzazioni pubbliche e quelle private. Nel fare ciò, la questione che si pone riguarda il come ci si rappresenta la realtà sociale. Occorre superare gli approcci razionalistici centrati quasi esclusivamente sulla pura elencazione e descrizione dei bisogni, e riuscire a utilizzare una modalità di osservazione e lettura della realtà che permetta di identificare e rappresentare i problemi: questo passaggio, in termini culturali, è cruciale;
- d. per contrastare i processi di individualizzazione e frammentazione sociale occorre ridefinire il "patto sociale" tra cittadini e istituzioni, occorre favorire forme di partecipazione che rimettano nelle mani dei cittadini la loro realtà, andando verso un sistema di protezione sociale attiva, capace di ridurre la delega alle istituzioni e di accrescere l'iniziativa e la responsabilità dei cittadini.

La programmazione partecipata non è una nuova tecnica per affrontare le problematiche sociali ma, piuttosto, la conseguenza di una visione della realtà che considera la comunità sociale artefice dei suoi problemi e della ricerca delle vie per superarli. Uno strumento tecnico-strategico volto a definire la direzione di marcia, le grandi finalità e le priorità che hanno un impatto radicale sul benessere delle persone e sulla qualità della loro vita all'interno della comunità. Uno strumento, quindi, anche di tipo organizzativo, che, ferme restando le competenze, i ruoli e le responsabilità istituzionali e operative di ciascun soggetto, ente, associazione ed impresa, riesca nell'intento di far dialogare tali soggetti, con l'obiettivo di costruire interventi e progetti trasversali e integrati.

In questa cornice, il Piano di Zona è un Piano "regolatore sociale" poiché accoglie, approfondisce, sviluppa e crea condivisione di principi e valori, che sono la base per arrivare a definire finalità, obiettivi e risultati attesi.

Il quadro normativo regionale: la Legge 13/06

Il Piano regionale per la Salute ed il Benessere sociale 2006-2008 (allegato alla Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13) tiene conto del mutato quadro nazionale, istituzionale e normativo determinato:

- dal processo di riforma del Titolo V della Costituzione attuato con la Legge costituzionale 3/01, che ha sancito la federalizzazione delle componenti sanitarie e sociali del welfare, ponendo le condizioni per il passaggio da un sistema di welfare statale ad un sistema di politica comunitaria (welfare community), rafforzando così il federalismo fiscale introdotto dalla Legge 133/99 e reso operativo dal decreto legislativo n. 56/00;
- dalla Legge 328/00, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 febbraio 2001, concernente l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;
- dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 novembre 2001 relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- dalle previsioni di un'ulteriore fase di devoluzione e ripartizione dei compiti fra Stato e Regioni in materia di salute e di assistenza sanitaria;
- dalla ricerca di definizioni di livelli di fabbisogno anche nel campo dei servizi sociali, in analogia ai livelli di assistenza individuati per la sanità, nell'esigenza di assicurare parametri equi ed uniformi di prestazioni in risposta ai bisogni della popolazione.

Il Piano regionale considera anche le evoluzioni culturali e la crescente necessità di sviluppare soluzioni gestionali per il governo dei servizi alle persone, atte ad affrontare unitariamente le componenti sanitarie, socio-sanitarie e sociali secondo i principi di una politica di comunità o welfare community.

Il Piano regionale (a pag. 9, punto G) indica la necessità di: "...

- *individuare nell'integrazione tra tutte le componenti sociali la metodologia di lavoro ideale per aprire l'organizzazione del servizio sanitario a logiche non più solo socio-sanitarie, ma di salute e di benessere in senso più ampio;*
- *avviare un dialogo interdisciplinare ed interistituzionale che sottolinei la necessità di operare una connessione fra le diverse tipologie di servizi rivolti alla popolazione (quelli sanitari, quelli sociali, quelli della casa, della scuola, dei trasporti e dell'ambiente, che possono tutti influire sullo stato di salute e di benessere sociale della popolazione) in modo il più possibile complementare gli uni agli altri, secondo una concezione unitaria di "servizi alla persona";*
- *individuare nel territorio e nelle sue articolazioni - Comunità Montana o distretto - l'ambito privilegiato nel quale ricomporre l'unitarietà dei servizi alla persona;*
- *evidenziare la necessità di ruoli istituzionali che distinguano chi governa, chi gestisce, chi organizza, chi produce, indipendentemente dalle coincidenze determinate dalla dimensione del territorio;*
- *sollecitare tutte le potenzialità dell'associazionismo e del volontariato coinvolgendo i cittadini e le loro associazioni nelle scelte che riguardano la salute ed il benessere sociale, secondo una logica di programmazione partecipata;*

- *valorizzare il ruolo della famiglia nell'educazione alla salute, al benessere e nell'assistenza ai suoi componenti, coinvolgendola e sostenendola come soggetto di irrinunciabile valore umano e sociale per la comunità valdostana.*

Ciò porta il programmatore regionale a porre in evidenza che (pag. 9): "...

- *l'attenzione della pianificazione sanitaria non può limitarsi al rapporto salute/malattia;*
- *le politiche per la salute non possono essere affrontate con i soli strumenti del servizio sanitario, ma vanno inquadrare nell'ambito più ampio del sistema di benessere sociale (ovvero del sistema di garanzie che consente il massimo benessere sociale e sanitario alla popolazione nei limiti delle risorse disponibili);*
- *ogni problematica relativa alla salute ed al benessere sociale deve essere risolta ponendo al centro la persona e la sua qualità della vita, da sostenere con dinamiche di autosviluppo del singolo, della famiglia e delle comunità locali;*
- *un sistema nuovo, come quello richiesto dalla politica di comunità, per essere governato richiede una nuova configurazione e nuove modalità di raccordo fra la pianificazione regionale, la pianificazione locale e la pianificazione territoriale.*

Il Piano regionale indica, infine, i valori e le strategie fondamentali di sviluppo per il triennio (pag. 24-29): "...

1. *Sviluppare il ruolo di governo della Regione nella definizione degli obiettivi di salute e di benessere sociale, nonché nella determinazione del sistema di offerta delle prestazioni.*
2. *Implementare i sistemi di conoscenza delle differenze di salute e di benessere sociale nella popolazione.*
3. *Contrastare le disuguaglianze nella salute mediante azioni esplicite, di riconosciuta evidenza e sostenibili secondo i criteri del finanziamento del sistema.*
4. *Garantire a tutti i cittadini equità ed universalità di accesso a cure e ad azioni appropriate ed efficaci rispetto ai bisogni, con particolare attenzione alla congruità dei tempi e alle modalità di risposta.*
5. *Potenziare il ruolo strategico della prevenzione.*
6. *Assumere decisioni di programmazione in relazione ai bisogni di salute e di benessere sociale della popolazione, documentati dall'analisi epidemiologica e sociale.*
7. *Definire i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e delle prestazioni sociali (LEP) garantiti dalla Regione.*
8. *Assumere il territorio come riferimento fondamentale per lo sviluppo e la qualificazione del servizio socio-sanitario regionale e per la promozione di un sistema di servizi che si fa carico, in modo unitario, delle necessità sanitarie e socio-educative-assistenziali della popolazione.*
9. *Assicurare l'autonomia della persona ed il suo diritto ad una vita autodeterminata.*
10. *Valorizzare e sostenere la famiglia, riconoscendo e sostenendone il ruolo nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale.*
11. *Assicurare la sostenibilità delle decisioni assunte in rapporto alla disponibilità di risorse finanziarie, tecnologiche ed umane necessarie a realizzare gli obiettivi della pianificazione.*
12. *Condividere un Piano che è anche Progetto.*

A queste direttrici si collegano una serie di obiettivi operativi.

In modo particolare, al Piano di Zona è dedicato l'Obiettivo 18 (pag. 92) "Assumere il territorio del distretto come ambito di lettura, analisi e soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi e di relazioni interdipendenti" e il relativo Allegato "Linee guida per i piani zona."

Il documento parte dall'esigenza di migliorare, quantitativamente e qualitativamente, l'offerta dei servizi, di aumentarne la flessibilità, di avvicinarli il più possibile al domicilio delle persone e di integrarli, sia sotto l'aspetto operativo che organizzativo, con gli altri servizi alla persona (sanitari, socio-sanitari, educativi, formativi), di qualificare le risorse, economiche e professionali, a disposizione nel territorio, di costruire maggiore qualità della spesa sociale.

In questa prospettiva, al Piano di Zona è assegnato un ruolo fondamentale per "*dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, nella misura in cui diventerà strumento condiviso per individuare bisogni prioritari e strategie di risposta efficace e sarà in grado di riqualificare le risorse disponibili e condivise tra soggetti istituzionali e comunitari*" (pag. 92).

Il documento mette in luce l'esigenza che la costruzione del Piano di Zona avvenga grazie alla realizzazione di percorsi partecipati, per meglio condividere con le comunità locali i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni per promuovere la valutazione sociale dei servizi alle persone.

Il Piano di Zona, oltre che strumento tecnico di programmazione, è, infatti, concepito (pag. 92) come "*un'occasione privilegiata di partecipazione, dove evidenziare e promuovere l'apporto delle diverse comunità locali, all'interno della comunità regionale, valorizzando il ruolo di autonomia, che, unita alla solidarietà e sussidiarietà, ogni comunità locale saprà esprimere nelle concrete scelte programmatiche, gestionali, operative ed organizzative.*" È attraverso il Piano di Zona che la Regione Autonoma Valle d'Aosta intende realizzare quanto disposto dagli artt. 2 e 3 della Legge 328/00: è attraverso la programmazione zonale degli interventi e dei servizi sociali in forma unitaria che si integrano le risorse a disposizione, si imposta un'operatività per progetti e si promuove la verifica sistematica dei risultati, in termini di qualità e di efficacia delle risposte.

SECONDO CAPITOLO

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA DELLA VALLE D'AOSTA

Il 28 giugno 2007 è ufficialmente nato il Piano di Zona della Valle d'Aosta nell'ambito della Prima Conferenza regionale dei Sindaci, promossa all'uopo dal Presidente della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Si tratta di una data importante, in quanto segna l'avvio di un percorso complesso e difficile, che ha richiesto la messa in campo di passione, intelligenza e metodo di molte persone e organizzazioni per arrivare al risultato finale: il documento di programmazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali della Valle d'Aosta.

L'avvio del percorso: il lavoro del Gruppo regionale di monitoraggio e coordinamento

Prima di entrare nel merito del percorso, è opportuno ricordare brevemente come si è giunti alla Conferenza regionale.

Nel mese di dicembre 2006, sulla base della normativa di riferimento:

- Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione);
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) ed, in particolare, gli articoli 3 (Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali), 8 (Funzioni delle Regioni) e 19 (Piano di zona);
- Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13 (Approvazione del Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008) e, in particolare, l'Obiettivo 18 (Assumere il territorio del distretto come ambito di lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della programmazione della rete di servizi) ed il relativo allegato (Linee guida per i piani di zona);
- deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2006, n. 4174 recante "Istituzione del gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona di cui all'allegato all'Obiettivo 18 del "Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/2008" approvato con Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13",

al fine di realizzare quanto previsto dal documento Linee guida per i piani di zona (vedi allegato n. 1), che attribuisce alla Regione il compito di accompagnare, con adeguato supporto tecnico e informativo, le fasi di realizzazione dei processi programmatori territoriali, la Regione Autonoma Valle d'Aosta ha individuato il consulente tecnico e successivamente ha costituito il Gruppo regionale di monitoraggio e coordinamento.

"Il Gruppo di monitoraggio e coordinamento regionale dei Piani di zona viene costituito dalla Regione ed è composto, oltre che dai Dirigenti dei settori regionali interessati, anche dal Direttore di "area territoriale"

della Azienda USL Valle d'Aosta e da due rappresentanti del CELVA. Tale Gruppo svolge una funzione di supporto alla Regione nelle attività di valutazione dei Piani. Collabora nelle fasi di attribuzione di risorse e di valutazione di efficacia. Nello svolgimento di tali funzioni è garantita la consultazione dei soggetti sociali di cui all'art. 1 comma 5 della Legge n. 328/00. L'apporto del Gruppo di coordinamento regionale per i Piani di zona, in stretto rapporto con le Comunità Montane ed il Comune di Aosta, favorisce un appropriato percorso di informazione e conoscenza".¹

Il Gruppo regionale di monitoraggio e coordinamento ha concluso il proprio lavoro nel maggio 2007 con la predisposizione degli Orientamenti operativi per la costruzione del Piano di Zona della Valle d'Aosta (vedi allegato n.2), che sono stati sottoposti all'attenzione del Consiglio Permanente degli Enti Locali, in vista della Prima Conferenza regionale sul Piano di Zona.

La Conferenza si è svolta, come indicato, il 28 giugno 2007 e in quella sede i Comuni, le Comunità Montane, la Regione Autonoma Valle d'Aosta, l'Azienda USL Valle d'Aosta e il privato sociale hanno concordato sulla proposta avanzata dal Gruppo regionale di monitoraggio e coordinamento. In sintesi, la proposta prevedeva la realizzazione di un unico Piano di Zona regionale articolato in quattro Sub-ambiti, coincidenti con i distretti sanitari; l'individuazione del Comune di Aosta quale Comune capofila del Piano di Zona; l'individuazione dei Comuni capofila che le Assemblee hanno definito per quanto concerne il distretto 1 nel Comune di Arvier, il distretto 2 nel Comune di Quart, il distretto 3 nel Comune di Châtillon, il distretto 4 nel Comune di Verrès. La Conferenza ha inoltre assunto le prime decisioni operative, inerenti alla struttura organizzativa e di governance e al percorso di costruzione del Piano di Zona.

Le Comunità Montane, per motivi organizzativi, sono subentrate quasi subito ai Comuni capofila.

La struttura organizzativa e di governance del processo di lavoro è risultata così delineata:

Tavolo Politico (TP)	È l'organismo istituito dalla Conferenza dei Sindaci che mette in rete tutte le responsabilità istituzionali e dei soggetti locali per il raggiungimento dell'obiettivo del percorso: costruire il Piano di Zona regionale, con particolare attenzione alla concertazione degli indirizzi e alle strategie per la pianificazione dell'integrazione istituzionale. Ne fanno parte il Presidente del Consiglio Permanente degli Enti Locali (CPEL), i Presidenti delle Comunità Montane, il Sindaco di Aosta, l'Assessore regionale alla sanità, salute e politiche sociali, il Direttore Generale dell'Azienda USL Valle d'Aosta e i rappresentanti del Volontariato e della Cooperazione sociale. E' coordinato dal Presidente del CPEL, presso la sede del quale si riunisce.
Ufficio di Piano (UdP)	È l'organismo istituito dal Tavolo Politico ed è composto da rappresentanti a livello tecnico degli stessi enti che costituiscono il Tavolo Politico e da un rappresentante delle Organizzazioni Sindacali. Concorre alla definizione delle scelte strategiche, alla valutazione del loro livello di realizzabilità, alla ricerca delle migliori condizioni organizzative. È insediato presso il Comune capofila (Aosta) ed è coordinato dal Coordinatore regionale del Piano di Zona.
Comune capofila	È il Comune che svolge la funzione di riferimento organizzativo per il processo di costruzione del Piano di Zona ed è stato individuato nel Comune di Aosta.
Comunità Montana Capofila	Svolge la funzione di coordinamento delle attività previste nei quattro Sub-ambiti. Le Comunità Montane capofila sono: la Comunità Montana Grand Paradis per il distretto 1, la Comunità Montana Mont Emilius per il distretto 2, la Comunità Montana Monte Cervino per il distretto 3 e la Comunità Montana Evançon per il distretto 4.
Sub-ambito	Per svolgere la fase di conoscenza dei bisogni sociali e del sistema di offerta esistente, la Conferenza dei Sindaci ha stabilito di individuare quattro Sub-ambiti, coincidenti con i quattro distretti sanitari. I quattro Sub-ambiti, sotto il profilo

¹ Orientamenti operativi per la costruzione del Piano di Zona della Valle d'Aosta, Gruppo regionale di monitoraggio e coordinamento del Piano di Zona, maggio 2007.

Coordinatore dell'Ufficio di Piano	organizzativo, fanno riferimento alle Comunità Montane. È la figura che coordina il lavoro di tipo tecnico e che funge da collegamento con il livello politico (insieme al referente istituzionale del Comune di Aosta e al referente del CPEL). Con lui collaborano anche un consulente senior e cinque consulenti junior, per assicurare lo sviluppo delle attività di analisi, comunicazione, formazione, connessione tra livello regionale e livelli di Sub-ambito. L'ufficio del coordinatore è presso il Comune capofila.
Gruppo Tecnico di Zona (GTZ)	È l'organismo tecnico che si rapporta all'Ufficio di Piano a livello di Sub-ambito. I Gruppi Tecnici di Zona sono cinque: uno per ogni Sub-ambito e uno specifico per la Città di Aosta. Sono composti da rappresentanti locali degli stessi enti e organizzazioni che compongono l'Ufficio di Piano e hanno la funzione di: coordinare e gestire il processo di costruzione del Piano di Zona per quanto riguarda il coinvolgimento del territorio nella prima fase; individuare i conduttori dei Tavoli Tematici e coordinarne il lavoro. Sono coordinati da un componente scelto dal gruppo e sono insediati presso la Comunità Montana e il Comune capofila.
Coordinatore del Gruppo Tecnico di Zona	È la figura che a livello di Sub-ambito coordina i lavori del Gruppo Tecnico di Zona, tiene i collegamenti con le diverse istituzioni locali e con il coordinatore regionale dell'Ufficio di Piano per monitorare lo stato di avanzamento dei lavori.

Tutti gli organismi indicati sono stati attivati tra i mesi di ottobre e novembre 2007 previa designazione dei rispettivi rappresentanti da parte degli enti coinvolti.

La segreteria dell'Ufficio di Piano si è insediata presso il Comune di Aosta e sono stati definiti, con una serie di atti deliberativi, gli accordi con il Comune di Aosta e con le Comunità Montane per la messa a disposizione di uffici e personale per lo sviluppo delle attività (vedi allegato n. 3).

Tutto ciò ha permesso di procedere con l'avvio del percorso di lavoro che è stato suddiviso in due fasi consecutive:

1. la raccolta ed analisi dei problemi e dei bisogni sociali e delle valutazioni circa lo stato dei servizi esistenti;
2. la costruzione delle proposte per lo sviluppo, da inserire nel documento programmatico.

La prima fase, iniziata nel mese di novembre 2007, si è conclusa nel mese di giugno 2008 con l'elaborazione del primo documento di sintesi.

La seconda fase, iniziata nel mese di luglio 2008, si è conclusa nel mese di giugno 2009 con l'approvazione del documento di Piano e la sottoscrizione dei relativi accordi di programma da parte di tutte le parti coinvolte, che è avvenuta in data 9 marzo 2010.

Va precisato che a partire dalla fine del mese di aprile 2008, l'Ufficio di Piano si è arricchito anche della presenza di un rappresentante dell'Osservatorio regionale per le Politiche Sociali (OREPS) e che nel mese di settembre 2008 sono terminate le collaborazioni dei cinque consulenti junior.

La prima fase del percorso: l'analisi dei bisogni e del sistema di offerta

Nella prima fase del percorso, grande attenzione è stata dedicata a due aspetti:

- la messa a punto della metodologia di lavoro;
- la costruzione di azioni e forme di coinvolgimento del maggior numero di soggetti possibile nel processo, nell'analisi dei bisogni sociali, dello stato dei servizi e delle priorità da assumere in sede di programmazione, come previsto dalla Legge 328/00 e dal Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008.

Per quanto riguarda la metodologia, per garantire l'omogeneità e la scientificità del processo di lettura dei bisogni nei singoli Sub-ambiti, l'Ufficio di Piano ha condiviso e deciso:

- ✓ l'organizzazione di Tavoli Tematici a livello di Sub-ambito per la lettura della realtà locale;
- ✓ i temi guida dei Tavoli Tematici: si è deciso di utilizzare, quale criterio guida, la suddivisione per fasce d'età, riservando uno specifico tavolo all'analisi delle problematiche inerenti la famiglia. In ogni Sub-ambito sono dunque stati attivati cinque Tavoli Tematici dedicati rispettivamente a:
 - minori (da 0 a 17 anni)
 - giovani (da 18 a 29 anni)
 - adulti (da 30 a 64 anni)
 - anziani (da 65 anni in su)
 - famiglia
- ✓ le tematiche trasversali: si è ritenuto che le tematiche evidenziate dalla Legge 328/00 (disabilità, violenza, immigrazione, disagio sociale e povertà) potessero essere approfondite in relazione a tutte le fasce d'età;
- ✓ il modello di analisi del bisogno da proporre nei Tavoli Tematici (vedi allegato n. 4): si è voluto far riflettere il territorio (in riferimento alle varie età della vita) sulla connessione tra fenomeni sociali e problemi che da essi derivano o ad essi sono correlati, nonché sui susseguenti e relativi bisogni. Nel concreto, si è chiesto ai componenti dei Tavoli Tematici di produrre, entro il mese di marzo 2008, un documento che rispondesse alle seguenti domande:
 - quali sono le emergenze sociali (fenomeni, problemi, bisogni, indicatori) che esistono nel territorio valdostano in riferimento alle varie età trattate nei tavoli?
 - quali sono le specificità territoriali di Sub-ambito e quali gli elementi caratterizzanti rispetto al resto della Regione?
 - quali sono gli interventi già esistenti nel territorio in risposta ai bisogni emersi? chi li attua o li dovrebbe attuare? come vengono valutati?
 - quali priorità individuare per i prossimi 2-3 anni? con quali strategie (intese come insieme coordinato di azioni e interventi) o azioni – interventi (intese come specifiche modalità di azione)?

✓ il ruolo del conduttore dei Tavoli Tematici: a questa figura è stato assegnato il compito di creare le condizioni affinché tutti i partecipanti potessero esprimersi liberamente e in modo utile per l'analisi dei bisogni;

✓ alcuni strumenti di lavoro (vedi allegato_n. 5) ad uso dei conduttori dei Tavoli Tematici:

- il modello per i verbali per monitorare costantemente il percorso di lavoro, attraverso la rilevazione delle presenze agli incontri (chi c'è, quando arriva e quando va via), i contenuti salienti del dibattito, le eventuali richieste emerse, le decisioni e gli impegni presi;
- il modello di raccolta dati sulle persone partecipanti agli incontri per costruire valutazioni di processo analizzando la tipologia dei partecipanti;
- il modello di raccolta delle presenze per documentare e valutare il processo di costruzione del Piano di Zona;
- il modello per l'approfondimento delle tematiche per incrociare i fenomeni con le aree tematiche considerate rilevanti ai fini dell'elaborazione del Piano di Zona;
- l'elenco esemplificativo dei possibili interlocutori privilegiati da invitare ai Tavoli Tematici o da audire.

A partire dal mese di novembre 2007, la coordinatrice dell'Ufficio di Piano e la consulente senior hanno incontrato i Gruppi Tecnici di Zona per presentare l'obiettivo del lavoro e la struttura di governance e per condividere azioni, metodologie e strumenti. A tutti i gruppi è stato chiesto di utilizzare il metodo e gli strumenti proposti.

A seguire, sono stati organizzati momenti di informazione e formazione:

- nel mese di dicembre 2007, sono stati realizzati gli incontri dei componenti dei Gruppi Tecnici di Zona con i rappresentanti dell'OREPS per presentare i dati del Terzo Rapporto regionale suddivisi per Sub-ambito;
- nel mese di gennaio 2008, si sono svolti gli incontri di formazione per i conduttori dei Tavoli Tematici, prevedendo un momento in plenaria e uno riservato ai singoli Tavoli Tematici.

Per quanto riguarda le azioni volte al coinvolgimento nel processo del maggior numero possibile di soggetti, da parte del Coordinamento dell'Ufficio di Piano sono stati promossi azioni formative e incontri con i rappresentanti dell'Amministrazione comunale di Aosta, delle Cooperative sociali e delle organizzazioni di volontariato, con i parroci e con i dirigenti dei servizi dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali. Ai singoli Gruppi Tecnici di Zona è stato lasciato l'onere di individuare gli interlocutori e le modalità di coinvolgimento più idonee in funzione della specificità del territorio.

La costituzione e l'avvio dei Tavoli Tematici sono avvenuti a partire dal mese di febbraio 2008, in ciascuno dei Sub-ambiti.

Con il mese di marzo 2008 i Gruppi hanno terminato il lavoro e in data 2 aprile 2008 è stato presentato al Tavolo Politico un primo stato di avanzamento della costruzione del Piano di Zona.

Nel frattempo, l'Ufficio di Piano ha predisposto la struttura della relazione finale dei Sub-ambiti (vedi allegato n. 6).

Ai Gruppi Tecnici di Zona è stato chiesto di documentare quanto emerso negli incontri dei vari Tavoli Tematici e di mettere a fuoco le priorità da assumere nel processo di programmazione, prestando attenzione alle dimensioni:

- di benessere dei cittadini: interventi, servizi, prestazioni, progetti attivati in ottica di promozione, prevenzione, cura, assistenza, tutela, reinserimento sociale, ecc.;
- di sistema: obiettivi e azioni implementate per l'organizzazione delle risorse (Ufficio di Piano, informazione e comunicazione sociale, formazione, implementazione e gestione della rete, accesso alla rete, ecc.);
- di strategia: obiettivi e azioni che favoriscono lo sviluppo del welfare di ambito, l'integrazione e la qualificazione delle politiche, la partecipazione e la corresponsabilizzazione delle risorse istituzionali e comunitarie.

A completamento del lavoro svolto dai Gruppi Tecnici di Zona, l'Ufficio di Piano ha organizzato delle audizioni che hanno coinvolto diversi interlocutori impegnati in servizi/attività a valenza regionale: le Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo Forestale, Polizia Municipale della Città di Aosta), la Sovrintendente agli studi, i dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado, una rappresentanza dell'Università della Valle d'Aosta, la referente scolastica per l'educazione alla salute, alcuni rappresentanti della Consulta degli studenti e del progetto di "peer education", le associazioni di categoria. Laddove non è stato possibile incontrare personalmente gli interlocutori, si è provveduto inviando un'apposita scheda da restituire compilata via e-mail (vedi allegato n. 7)

Inoltre, nel mese di dicembre 2007, l'Ufficio di Piano ha avviato una ricognizione su quanto esiste in Valle d'Aosta nel campo dei servizi sociali e dell'offerta di interventi e prestazioni di tipo sociale.

A tal fine è stata predisposta una scheda di rilevazione per raccogliere informazioni su servizi e interventi esistenti², soggetti promotori e gestori, forme di gestione e fonti di finanziamento, collocazione territoriale e bacino di utenza, tipologia dei destinatari e degli operatori (vedi allegato n. 8).

La scheda è stata trasmessa a tutti gli Enti Locali, all'Amministrazione regionale, all'Azienda USL Valle d'Aosta, al Terzo settore (cooperative sociali, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale), alle Organizzazioni Sindacali, agli enti religiosi e alle società private che operano nel sociale.

Alla fine di gennaio 2008, sono state raccolte circa novecento schede, che hanno offerto ai Gruppi Tecnici di Zona la possibilità di verificare quali iniziative e servizi fossero presenti in ciascun Sub-ambito.

Nel mese di febbraio 2008, il Tavolo Politico ha definito il progetto grafico degli strumenti cartacei e digitali del Piano di Zona (loghi, carta intestata, ecc.) ed ha costituito un gruppo di lavoro che ha cominciato a predisporre un Piano della comunicazione connesso al percorso di costruzione del Piano stesso. In particolare, il gruppo ha provveduto a predisporre:

- un depliant (vedi allegato n. 9) che è stato trasmesso via e-mail a tutti gli enti ed organizzazioni presenti nei diversi tavoli affinché lo inviassero a dipendenti, soci, collaboratori e utenti;

² Sono stati esclusi dalla mappatura i servizi destinati ai giovani, perché già precedentemente censiti dalla Regione, e gli interventi di carattere economico.

- un sito internet (vedi www.pianodizonavda.it).

Nel mese di aprile 2008, è stata completata la raccolta delle schede inerenti al sistema d'offerta ed è stato realizzato un incontro con l'OREPS per definire le modalità di partecipazione dello stesso al lavoro di costruzione del documento di programmazione.

Parallelamente, i Gruppi Tecnici di Zona hanno steso la relazione e l'hanno trasmessa all'Ufficio di Piano, che ha prodotto una prima sintesi³, la quale è stata oggetto di confronto in seno a entrambi gli organismi (Ufficio di Piano e Tavolo Politico). Sulla base delle osservazioni pervenute, l'Ufficio di Piano ha predisposto una prima revisione del documento di sintesi.

La seconda fase del percorso di costruzione del Piano di Zona

Nel mese di aprile 2008, si è conclusa la fase di raccolta di indicazioni utili a costruire un primo quadro di riferimento della realtà regionale, sia sotto il profilo dei bisogni sociali sia sotto quello degli interventi.

Quanto emerso dai Gruppi Tecnici di Zona è stato presentato e discusso in sede di Tavolo Politico soltanto il 12 giugno 2008 in quanto, in primavera, la Valle d'Aosta è stata interessata da due momenti elettorali: le elezioni politiche e quelle amministrative. Le elezioni hanno prodotto un cambiamento ai vertici politici e dirigenziali dell'Assessorato regionale competente e del CPEL che si è riflesso sul sistema di governance del Piano di Zona (sono cambiati alcuni componenti del Tavolo Politico e dell'Ufficio di Piano), rallentando l'attività che non è ripresa regolarmente fino all'autunno 2008.

In occasione della riunione del Tavolo Politico è stata formalmente avviata la seconda fase del lavoro, finalizzata alla costruzione delle proposte operative conseguenti all'analisi realizzata.

A partire dall'autunno, l'Ufficio di Piano, ha proseguito la propria attività per:

- completare la bozza di sintesi del lavoro svolto dai Sub-ambiti e presentare quella definitiva,
- completare il lavoro di rilevazione del sistema d'offerta integrando le schede ulteriormente pervenute,
- individuare i gruppi interistituzionali che si occupano di temi di pertinenza del Piano di Zona,
- validare i dati raccolti,
- raccogliere dati statistici sulla popolazione valdostana al fine di arricchire il lavoro di analisi e confronto nel territorio,
- fare il punto con i responsabili dei servizi dell'Assessorato regionale sanità, salute e politiche sociali rispetto agli obiettivi del Piano regionale per la Salute ed il Benessere sociale 2006-2008 che sono correlati a quelli del Piano di Zona.

Per elaborare le proposte affrontate nella seconda parte del documento, l'Ufficio di Piano ha, innanzitutto, individuato le tematiche da sviluppare:

³ Le relazioni dei Gruppi Tecnici di Zona sono scaricabili dal sito del Piano di Zona.

- Informazione ai cittadini e accesso. Segretariato sociale
- Comunicazione
- Dimensione economica e gestionale dei servizi e degli interventi sociali in Valle d'Aosta
- Integrazione sociale e sanitaria
- Formazione degli operatori
- Proposte operative per il futuro.

L'Ufficio di Piano ha scelto di affrontare le tematiche in plenaria, sulla base di documenti-traccia predisposti da piccoli gruppi, coordinati dalla coordinatrice, dal consulente tecnico regionale o da un componente dell'Ufficio di Piano.

Al fine di facilitare il compito, sono stati elaborati e condivisi alcuni strumenti (vedi allegato n. 10):

- l'indice per il documento-traccia,
- la scheda di rilevazione servizi informazione,
- la scheda di rilevazione servizi o enti di formazione.

Nel periodo novembre – dicembre 2008 sono stati realizzati diversi incontri dell'Ufficio di Piano per condividere e discutere quanto andava emergendo dai sottogruppi di approfondimento. Tali incontri sono stati aperti anche ad altri soggetti, ritenuti particolarmente significativi per lo sviluppo del percorso.

Esaurita questa serie di incontri, i conduttori dei gruppi di lavoro hanno predisposto le sintesi del percorso realizzato, condividendo analisi e proposte.

I dettagli relativi agli incontri realizzati, ai partecipanti sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo sono contenuti nell'allegato n. 11.

La bozza del Piano di Zona è stata approvata dall'Ufficio di Piano in data 31 marzo 2009.

TERZO CAPITOLO

ORGANIZZAZIONE, METODO E STRUMENTI

Compiti e funzioni dell'Ufficio di Piano e del coordinamento

L'Ufficio di Piano doveva, per la prima fase, delineare gli indirizzi tecnici per lo sviluppo del processo di costruzione del Piano di Zona, con particolare attenzione:

- all'attivazione dei Sub-ambiti per la parte relativa all'analisi dei bisogni e del sistema di offerta;
- alla conduzione dei Gruppi Tecnici di Zona e dei Tavoli Tematici;
- alla costruzione dei documenti conclusivi di ciascun Sub-ambito da portare in Conferenza dei sindaci.

In sintesi, si trattava di definire le modalità, i tempi e le procedure, perché dall'incontro, con pari dignità, dei diversi rappresentanti del pubblico, del privato (Terzo settore: Volontariato e Cooperazione) e delle Organizzazioni Sindacali, si assicurasse il funzionamento del sistema nei diversi contesti di sviluppo del processo e nei vari momenti del percorso.

Preoccupazione costante da parte del coordinamento è stata quella di considerare e correlare due elementi:

- da una parte, gli elementi teorici relativi al Piano di Zona, come previsti dalla normativa nazionale e regionale che lo definiscono strumento programmatico triennale in mano alle comunità locali, articolato in varie fasi: programmazione, progettazione, gestione, monitoraggio, verifica e valutazione;
- dall'altra, la struttura organizzativa, pensata a supporto della sua elaborazione e costituita da una numerosa e varia tipologia di soggetti titolari coinvolti, per valorizzare la dimensione comunitaria in tutte le fasi di predisposizione del Piano (vedi sistema di governance),

il tutto avendo ben presente le criticità a livello regionale e zonale messe in evidenza dalle linee guida. In particolare, a livello regionale:

- la complessità del percorso di integrazione del sistema dei servizi sociali con gli altri sistemi di politiche sociali e sanitarie;
- la difficoltà a fare convergere verso i soggetti svantaggiati l'offerta integrata dei servizi disponibili;

a livello locale:

- la scarsa visibilità di legami organici che dovrebbero collegare i servizi sociali con gli altri servizi comunali;
- il ritardo nel coordinamento e nella razionalizzazione degli sportelli di accesso del cittadino ai servizi e alle prestazioni.

E' stato necessario interpretare, condividere, confrontarsi su ruoli, funzioni, regole, tempi e risorse dell'Ufficio di Piano, dei Gruppi Tecnici di Zona, dei Tavoli Tematici. Per le attività di indirizzo e coordinamento è stato inoltre necessario perseguire e cercare di creare alcune condizioni ritenute essenziali: mutua informazione, condivisione di modalità operative, partecipazione attiva e responsabile, continuità di presenza.

Problematiche affrontate nel percorso di lavoro

I problemi affrontati, più o meno risolti, per sostenere il lavoro di gruppo e di tutti i gruppi, hanno riguardato:

- la partecipazione
- l'informazione e la comunicazione
- la rappresentanza significativa
- la corresponsabilità.

Per quanto attiene alla partecipazione, all'informazione e alla comunicazione, la metodologia adottata ha mirato a fornire indicazioni e strumenti per far acquisire competenze atte a costruire i processi partecipativi, osservare, analizzare, verbalizzare, sintetizzare, incrociare dati, ecc., con l'obiettivo che quanto sperimentato potesse, nel tempo, diventare patrimonio comune ed essere riutilizzato, aggiornato, verificato.

Si è voluto investire sul valore aggiunto che un processo partecipato, nato dal dibattito e dal confronto, può dare in termini di crescita sia personale sia di gruppo, anche se, a volte, per tenere insieme il processo è stato necessario rimettere in gioco informazioni o decisioni prese, perché non capite, perché date per scontate o perché non sufficientemente valutate.

Queste considerazioni valgono soprattutto per la variabile "tempo", per il rispetto della programmazione delle varie azioni, per l'utilizzo degli strumenti, per l'elaborazione e l'uso della documentazione. Pur volendo programmare in modo regolare e per tempo gli incontri e le riunioni, facendo pervenire in anticipo la documentazione necessaria, non sempre si è riusciti nell'intento, perché i tempi venivano considerati troppo stretti e perché il percorso ha risentito di alcune turbolenze: un ritardo nelle nomine di alcuni rappresentanti, alcune defezioni o assenze prolungate, il periodo preelettorale ed elettorale. Si è sperimentato come la comunicazione interprofessionale e interistituzionale sia complessa e quanto sia faticoso, a causa dei diversi linguaggi e modalità di recepire e dare informazioni, armonizzarsi perché coloro che lavorano nello stesso territorio possano intendersi.

Per quanto concerne la rappresentanza significativa nei vari gruppi (Tavolo Politico, Ufficio di Piano, Gruppi Tecnici di Zona) e la corresponsabilità, il coordinamento si è confrontato e, per quanto di competenza, ha cercato di governare una complessità attribuibile all'organizzazione e ad altri fattori che normalmente attengono alle modalità con le quali ogni individuo gioca il proprio ruolo.

Durante il percorso che ha accompagnato il lavoro dell'Ufficio di Piano, la segnalazione dell'esistenza di vari gruppi interistituzionali, già impegnati a confrontarsi sui temi di pertinenza del Piano di Zona, ha indotto ad acquisire notizie più precise circa la loro entità e attività. La constatazione del numero elevato e della tipologia ha anche portato ad interrogarsi su quale proposta eventualmente avanzare per rendere più efficace ed efficiente il lavoro delle tante

persone coinvolte, per ricondurre ad una visione più generale e globale i temi che le politiche sociali devono affrontare. L'Ufficio di Piano ha provveduto a redigere un elenco dei vari gruppi interistituzionali (vedi allegato n. 12) sulla base delle risposte fornite dai rappresentanti della Regione, del comune di Aosta, del Sub-ambito 1 e delle Organizzazioni Sindacali, che evidenzia i gruppi esistenti (50 in totale); gli argomenti trattati, gli obiettivi, i riferimenti normativi, il coordinamento.

E' indubbio che generalmente il ruolo rivestito dai diversi attori di un sistema risente ed è condizionato dall'Ente o Associazione rappresentati (i fattori sono in relazione a funzione, potere, mandato istituzionale, ecc.) e da fattori di carattere personale, legati alle modalità e motivazioni di sentire e rivestire il ruolo, ma è altresì chiaro che per evitare le sovrapposizioni di ruoli che sono già di per sé complessi, occorre evitare che le stesse persone siano presenti in più tavoli, con compiti e funzioni diversi e che si confondano i ruoli dei diversi tavoli; inoltre, il mandato deve essere chiaro e formalizzato, gli obiettivi esplicitati e condivisi, le persone legittimate, gli enti disponibili all'investimento. Tutto questo eviterebbe la dispersione di risorse e il disorientamento delle persone.

Più volte, sono emerse difficoltà dichiarate da alcuni componenti rispetto all'impegno richiesto, perché non essendo state loro esplicitate, in sede di nomina, le aspettative riposte nei vari soggetti e le loro responsabilità, il partecipare è stato vissuto come un'incombenza da assumere in più rispetto al proprio lavoro, mentre per molti componenti l'obiettivo da perseguire non poteva essere considerato un adempimento formale o qualcosa che era al di fuori o un di più rispetto ai propri compiti.

Elementi di innovazione

Il percorso non ha potuto essere lineare, ha richiesto continui aggiustamenti, frutto di richieste ed istanze avanzate dai vari interlocutori nel corso delle riunioni, soprattutto a livello di Sub-ambito. Questo ha creato, a volte incertezze, a volte confusione, perché i cambiamenti sono stati recepiti come informazioni e decisioni discordanti, incomplete o tardive rispetto a quanto condiviso in precedenza. Se è vero che un'organizzazione si sviluppa sulla base di conoscenze che acquisisce, quindi anche sugli errori, considerando la reale portata del progetto, il risultato del processo era strettamente legato a motivazioni, interessi, aspettative di ogni attore, ma anche alla capacità di tutti i soggetti, istituzionali e non, di promuovere il coinvolgimento. In questa direzione e con questo obiettivo sono stati proposti ed attivati sia la mappatura, sia i Tavoli Tematici.

La novità dei Tavoli Tematici è stata quella di vedere lavorare insieme e in modo spontaneo su temi, che di solito vengono discussi a livelli istituzionali, le persone comuni, che non avevano ruoli da giocare o da difendere. Enucleare fenomeni, collegare problemi e bisogni non ha significato elaborare semplicemente un elenco di cose rilevate e cose da fare, ma provare a cogliere, di fronte alla complessità sociale, le interdipendenze, i motivi di conflitto (per esempio, tra bisogni della famiglia e regole del mondo del lavoro), le prospettive di conciliazione e la salvaguardia del bene comune e del diritto del singolo, la necessità di costruire alleanze tra generazioni. Si può dire che è stata fatta una diagnosi di comunità sui fenomeni ritenuti più rilevanti. Dal momento che non tutti i fenomeni evidenziati hanno potuto essere approfonditi, si potrebbe valutare come poterlo fare in futuro, magari mantenendo viva l'organizzazione a livello di Sub-ambito.

Aver scelto di suddividere il territorio valdostano in cinque Sub-ambiti ha permesso di tenere insieme la suddivisione territoriale per distretto e la necessità di riconoscere al capoluogo regionale una sua

specificità, evitando che le peculiarità tipicamente urbane di Aosta si imponessero sui bisogni e le analisi relativi agli altri Comuni del Sub-ambito, e ha garantito una fotografia dei bisogni più aderente alla realtà e rispettosa dei singoli territori.

Ragionare a livello di Sub-ambito ha consentito di confrontare diverse situazioni, ha favorito la riflessione per mirare ad un'omogeneizzazione in termini di qualità dei servizi erogati, per proporre soluzioni per una razionalizzazione dell'esistente, per maturare la consapevolezza che oggi è indispensabile lavorare in rete. L'aumento della conoscenza, del dialogo, dello scambio reciproco ha creato occasioni di incontro e può, in un prossimo futuro, rafforzare prassi già consolidate.

Metodo e strumenti

Rispetto alla metodologia adottata si è cercato di valorizzare, ad ogni livello, il lavoro di gruppo considerandolo luogo di riflessione, confronto, informazione, elaborazione e proposta, con l'obiettivo di non offrire soluzioni, ma di stimolare la ricerca e il mettersi in gioco per far emergere i problemi e prospettare ipotesi di soluzione.

Per i lavori a livello di Sub-ambito sono state fornite indicazioni di massima per l'approfondimento dei fenomeni attraverso momenti formativi che sono stati generalmente apprezzati; alcune perplessità sono state, invece, sollevate in merito alla suddivisione dei Tavoli per fasce d'età, al mandato, all'autonomia e alla gestione organizzativa, alla conduzione dei Tavoli Tematici, per la quale i Gruppi non si sono sentiti sufficientemente preparati.

Per quanto concerne il lavoro di ogni Gruppo, è necessario sottolineare che il risultato va correlato alla composizione, più o meno numerosa o stabile, dello stesso, alla presenza di testimoni privilegiati, di stake-holder, di addetti ai lavori.

Rispetto agli strumenti, sono stati predisposti con l'intento di facilitare il lavoro di analisi e raccolta dati, il raffronto delle situazioni, la calendarizzazione degli eventi, la lettura ordinata e comparativa dei prodotti, la diffusione rapida dei contenuti. Il riscontro è stato solitamente positivo; alcuni degli strumenti pensati e proposti dall'Ufficio di Piano (ad esempio, la traccia per la relazione di sintesi) sono stati considerati complessi, mentre altri (ad esempio, le schede di monitoraggio delle presenze) sono stati vissuti come eccessivi e, a volte, non sono stati utilizzati in modo corretto.

Quanto prodotto, frutto di impegno serio e qualificato, ha costituito la base comune sulla quale si è fondato il lavoro di istruttoria del documento finale e, nel contempo, ha esplicitato il senso ed i vantaggi, ma anche i vincoli e la fatica, richiesti dalla partecipazione di tutti i soggetti coinvolti.

Ci si è interrogati su come proseguire nel lavoro, perché alla luce del cammino fatto, del ruolo richiesto ed agito e tenuto conto degli aspetti positivi che i Tavoli Tematici hanno evidenziato, la costruzione del Piano di Zona, grazie alla partecipazione di molte persone competenti e motivate, ha attivato un processo di conoscenza che si svilupperà nella misura in cui si manterranno continuo confronto e scambio di informazioni, che aiuteranno la comunità locale non solo ad esprimere bisogni, ma anche a sviluppare risorse e forme di autopromozione.

QUARTO CAPITOLO

L'ANALISI DEI PROBLEMI SOCIALI, DEI BISOGNI SOCIALI E DEL SISTEMA D'OFFERTA

Fenomeni, problemi e bisogni sociali: il contributo dell'analisi dei territori

In questo capitolo viene presentato, attraverso un lavoro di sintesi, il contenuto dei documenti elaborati dai Gruppi Tecnici di Zona, frutto delle riflessioni e del confronto emersi nei Tavoli Tematici attivati in ogni Sub-ambito.

A questa sintesi si è giunti dopo il confronto su una prima bozza predisposta da chi ha accompagnato il percorso, condivisa dai componenti dell'Ufficio di Piano, inviata a tutti i Sub-ambiti per un riscontro sulla rispondenza e su eventuali integrazioni o precisazioni da apportare. Attraverso la lettura e l'analisi sinottica, facilitata soprattutto dagli elaborati stesi secondo lo schema predisposto, si è cercato di cogliere e di presentare rispetto alla realtà regionale gli elementi che caratterizzano sia l'intero territorio, sia specifici territori, non solo per quanto concerne i fenomeni, i problemi e i bisogni, ma anche per quanto proposto come strategie ed azioni.

Rispetto ai contenuti, ritenendo opportuno valorizzare la ricchezza di analisi che hanno offerto utili approfondimenti, si è specificato il Sub-ambito⁴ e riportato i concetti con la stessa formulazione.

I venticinque Tavoli Tematici, cinque per ogni target (minori, giovani, adulti, anziani e famiglia), si sono confrontati seguendo una metodologia, in linea di massima omogenea: in primo luogo, hanno individuato i fenomeni sociali che attraversano le specifiche fasce d'età (vedi allegato n. 13) e, successivamente, hanno approfondito uno o più fenomeni, cercando di mettere a fuoco, per ciascuno di essi, anche i problemi ed i bisogni sociali correlati e/o conseguenti.

I fenomeni analizzati nella sintesi sono quelli che sono stati approfonditi.

<i>Tavoli tematici</i>	<i>Fenomeni selezionati</i>
Minori	Mutamento delle esigenze familiari Aumento del disagio sociale
Giovani	Consumo di sostanze stupefacenti e alcol Difficoltà a rendersi autonomi dalla famiglia Difficoltà ad essere protagonisti Difficoltà di relazione con le altre generazioni
Adulti	Crisi economica ed aumento delle difficoltà occupazionali Malessere sociale Aumento dell'immigrazione
Anziani	Invecchiamento della popolazione Isolamento e solitudine
Famiglia	Fragilità della famiglia Diversificazione delle forme di famiglia

⁴ I sub-ambiti corrispondono ai distretti e sono così indicati: SA 1 (distretto 1), SA 2 (distretto 2, esclusa Aosta), SA 2 AO (Aosta), SA 3 (distretto 3), SA 4 (distretto 4).

Rispetto a questi fenomeni, vengono anche esplicitati i problemi e i bisogni che i Sub-ambiti hanno evidenziato ed incrociato con le tematiche trasversali proposte con riferimento al Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008: immigrazione, disabilità e non autosufficienza, vecchie e nuove povertà, disagio sociale, violenza.

Arricchiscono i contenuti sulle singole tematiche i contributi emersi dalle audizioni che l'Ufficio di Piano ha realizzato con le Forze dell'Ordine, il mondo della scuola, le associazioni di categoria, i dirigenti regionali dei servizi.

Per facilitare la lettura si esplicita l'articolazione del lavoro. Ogni Tavolo Tematico viene presentato secondo questo schema:

- analisi dei fenomeni, problemi e bisogni sociali, strategie ed azioni proposte;
- situazione attuale degli interventi; riflessione su quanto esiste e sul funzionamento; proposte per migliorare o integrare l'offerta.

Seguono una serie di tabelle che evidenziano per ogni specifico destinatario i servizi/interventi in atto, al momento dello sviluppo dei Tavoli Tematici, suddivisi per ambito territoriale, ossia a valenza regionale o territoriale (Sub-ambito) e per promotore (Regione, Comunità Montana, Comune, Azienda USL Valle d'Aosta, Terzo settore, altro (società, diocesi, organizzazioni sportive, ecc.).

I dati riportati nelle tabelle sono stati elaborati incrociando quanto emerso dal censimento sulla base delle schede che sono pervenute (relative all'anno 2007) e da quanto i Sub-ambiti hanno indicato. È, pertanto, possibile che alcuni servizi non siano stati citati perché non segnalati.

Nel complesso, quindi, i Tavoli tematici hanno offerto una lettura soggettiva e dialogica della realtà: soggettiva perché frutto delle percezioni di ciascuno dei partecipanti al Tavolo e dialogica perché frutto del confronto avvenuto in ciascun Tavolo. Quanto emerso dai Tavoli è integrato da quanto già prodotto dall'OREPS e descritto nei tre Rapporti prodotti e da quanto raccolto e presentato nel capitolo successivo.

Tavolo Tematico Minori (0-17 anni)

Prima di descrivere quanto emerso, è utile precisare che in tutti i Sub-ambiti è stata segnalata l'ampiezza e l'eterogeneità del target di riferimento per il Tavolo Minori, tanto che si è ritenuto utile, a volte, procedere ad analisi separate per le fasce d'età 0-11 anni e 12-17 anni. Si è inteso in questo modo rendere conto, pur in presenza di fenomeni analoghi, della diversa valenza e, quindi, del diverso impatto che essi possono assumere se riferiti all'infanzia piuttosto che all'adolescenza.

Ciò premesso, il lavoro ha messo a fuoco principalmente **due fenomeni**: il mutamento delle esigenze familiari e l'aumento del disagio sociale.

Si è rilevato come **il mutamento delle esigenze familiari**, conseguente ad una modifica dei valori e degli stili di vita, ricada di fatto sui bambini che, in assenza dei genitori che lavorano, sono maggiormente esposti al rischio di rimanere senza adulti tutelanti per diverse ore al giorno e/o per lunghi periodi durante l'anno (ad esempio, durante l'estate).

L'aumento del disagio sociale è messo in relazione, da un lato, alla crisi dei ruoli adulti e dei rapporti tra adulti e bambini e, dall'altro, al processo di adultizzazione precoce a cui i bambini sono sottoposti, che li induce ad assumere comportamenti e atteggiamenti delle età superiori.

Accanto a questi due fenomeni, il Sub-ambito 2 – Città di Aosta ne ha evidenziato un terzo ritenuto particolarmente rilevante: **il crescere, nei bambini, dell'incapacità di tollerare frustrazioni e regole** e, più in generale, **la difficoltà a sostenere il rapporto con gli altri**.

IL MUTAMENTO DELLE ESIGENZE FAMILIARI

La riflessione ha permesso di cogliere alcuni fattori che hanno determinato questo fenomeno: precarietà economica e occupazionale e flessibilità del mondo del lavoro.

Il bisogno per molte famiglie che entrambi i genitori lavorino e la necessità di adattarsi alle esigenze del mondo del lavoro fanno sì che i genitori passino molte ore lontano da casa e che il tempo da investire nella cura dei figli e nella relazione genitore/figlio sia sempre più limitato. I minori si trovano, quindi, ad essere cresciuti ed educati da terzi (nonni, operatori dei servizi, ecc.). Accanto a questo, si rileva la mancanza di una rete familiare e/o sociale su cui contare, con la quale confrontarsi sulle difficoltà per acquisire la consapevolezza del problema e la capacità di affrontarlo. Ne consegue la necessità di aiutare i genitori a riappropriarsi di una corretta relazione con il bambino, fondamentale nel percorso di crescita del minore, insieme all'esigenza di una maggiore flessibilità oraria dell'impegno professionale. Tale situazione si aggrava nei casi in cui il genitore è solo ed è costretto a lavorare o in caso di presenza di minori diversamente abili.

Nel dettaglio, rispetto a questo fenomeno, i Sub-ambiti hanno evidenziato alcuni **problemi e bisogni sociali** su cui il Piano di Zona potrebbe agire:

- a) *la difficoltà da parte dei genitori ad accudire i minori nel quotidiano, dovuta alla difficoltà a conciliare i ritmi e gli impegni di lavoro con il calendario (festività, vacanze, ecc.) e gli orari scolastici (orari di lavoro anticipati rispetto agli orari di entrata della scuola e orari di lavoro posticipati rispetto agli orari di uscita dalla scuola; la chiusura delle scuole il mercoledì pomeriggio, per le primarie, e tutti i pomeriggi, per le medie), a maggior ragione per gli*

operatori del turismo e per i commercianti (SA 3), e con un sistema di trasporti giudicato inadeguato (SA 1). Di qui il bisogno di avere *servizi e spazi specifici, flessibili e maggiormente diversificati in funzione delle diverse fasce d'età e dei relativi bisogni; di ricreare una rete tra famiglie;*

- b) *la delega dell'educazione dei figli a terzi per carenza nella disponibilità di tempo ed inadeguatezza (SA 1). Si rilevano, in particolare, forme di iper/ipo-organizzazione del tempo libero dei minori. I genitori tendono a "riempire" i pomeriggi dei loro figli o a lasciarli chiusi in casa in balia delle nuove tecnologie (televisione, computer, cellulare, play station, ecc.), che diventano nuovi babysitter gratuiti (SA 1- 2 AO-2). Viene, dunque, evidenziato il bisogno, per i genitori, di recuperare la funzione educativa, e per i minori, di poter contare su una presenza dei genitori quantitativamente e qualitativamente più adeguata alle loro necessità;*
- c) *l'aumento della solitudine e dell'isolamento dei minori conseguente alla scarsa presenza dei genitori tra le mura domestiche, alla difficoltà nella gestione delle relazioni interpersonali tra coetanei e con gli adulti (SA 4), a caratteristiche personali e comportamentali condizionate anche dal clima atmosferico (SA 2 AO). In questa situazione, forte è il bisogno per i bambini e gli adolescenti di essere maggiormente coinvolti, di avere figure di riferimento positive e occasioni di incontro, confronto con gli adulti e con i coetanei;*
- d) *l'aumento del disagio relazionale. La tendenziale "disabitudine" dei ragazzi all'educazione e alla socializzazione conseguenti al fatto che, per mancanza di tempo, i genitori delegano a terzi la funzione educativa, hanno messo in crisi le relazioni a livello intergenerazionale, ma anche tra minori stessi. (SA 1- 2 AO). Appare, dunque, più che mai necessario avere tempo per stare in famiglia e recuperare il dialogo ed il confronto tra genitori e figli (SA 1);*
- e) *il costo elevato dei servizi che ne disincentiva l'utilizzo con un conseguente bisogno di avere servizi di cura e per il tempo libero (con particolare riferimento a quelli sportivi) a tariffe adeguate (SA 1-3).*

A fronte di questi problemi, precisato che alcuni saranno affrontati in modo più dettagliato in sede di analisi del fenomeno successivo, i Sub-ambiti hanno ipotizzato alcune possibili **strategie ed azioni**.

Rispetto al bisogno di avere *servizi e spazi specifici, flessibili e maggiormente diversificati in funzione delle diverse fasce d'età e dei relativi bisogni:*

- ✓ evitare la duplicazione di servizi esistenti e capire esigenze non soddisfatte (SA 3)
 - monitorando i servizi esistenti (SA 3);
- ✓ potenziare l'esistente (asili nido, garderies, tate familiari, spazi gioco)
 - aumentando il coordinamento dei servizi (SA 1);
- ✓ diversificare l'offerta, anche per il tempo libero
 - prevedendo nuove forme di assistenza per la prima infanzia a fronte della sempre maggiore richiesta di servizi per tale fascia d'età (ad esempio, possibilità di collaborazione tra le famiglie come nuova modalità di gestione di bisogni comuni del territorio) (SA 1);
 - creando servizi in locali adatti sulla base di progetti educativi pensati ad hoc (SA 3);
- ✓ sostenere l'impegno finanziario degli Enti Locali per il potenziamento dei servizi extrascolastici (SA 3);
- ✓ valorizzare il ruolo dello sport e diffondere la pratica sportiva anche tra i disabili. Le associazioni sportive locali potrebbero essere una valida risposta ai bisogni dei ragazzi di incontrarsi, diventando opportunità di socializzazione e momento di aggregazione stimolante, oltre che strumento di sostegno alla genitorialità. Allo sport deve essere riconosciuto un ruolo educativo positivo e una forma di prevenzione delle possibili devianze (SA 1). Questo può essere realizzato:

- formando gli allenatori non soltanto da un punto di vista tecnico, ma anche da un punto di vista relazionale, perché siano in grado di interagire con i minori per la gestione delle attività e per la trasmissione di messaggi positivi che lo sport offre (SA 1-3).
- proponendo attività di qualità con valenza sociale e formativa (SA 1);
- evitando un esasperato agonismo (SA 1);
- diversificando le attività (non solo lo sci) (SA 4);
- riducendo i costi, soprattutto in ambito sciistico (SA 4).

Rispetto al bisogno di *ricreare una rete tra famiglie*:

- ✓ sviluppare reti di vicinato tra famiglie per condividere difficoltà e risorse.

Rispetto al bisogno dei minori *di contare su una presenza dei genitori quantitativamente e qualitativamente più adeguata alle necessità dei figli*, a cui si collega quello per i genitori di *recuperare la funzione educativa*:

- ✓ promuovere e sostenere le competenze genitoriali
 - individuando occasioni di incontro, confronto e riflessione collettiva tra adulti e minori con il supporto di educatori formati, sia in luoghi istituzionali sia a livello informale;
 - promuovendo interventi socio-ludico-assistenziali che tengano conto delle esigenze e dei desideri dei minori;
 - rendendo i genitori consapevoli della necessità di accompagnare e supervisionare i minori nell'uso delle nuove tecnologie (SA 1).

Rispetto al bisogno di *avere servizi di cura e per il tempo libero (con particolare riferimento a quelli sportivi) a tariffe adeguate* (SA 1-3):

- ✓ sviluppare reti di vicinato tra famiglie per condividere difficoltà e risorse (SA 1);
- ✓ incentivare il coinvolgimento del cittadino fruitore del servizio (SA 2 AO);
- ✓ sostenere l'impegno finanziario degli Enti Locali per il potenziamento dei servizi extrascolastici (SA 3).

L'AUMENTO DEL DISAGIO SOCIALE

La riflessione sul fenomeno del “disagio sociale” ha posto l'accento su diversi aspetti che declinano e approfondiscono l'argomento.

In primo luogo, si sottolinea come il disagio sociale e relazionale emergente tra i minori non sia circoscritto solo a contesti famigliari con evidenti difficoltà socio-economiche-culturali, ma interessi anche la “normalità”, i contesti socio-familiari che non dovrebbero presentare problematiche particolari.

In secondo luogo, si pone l'accento sul fatto che è in atto un progressivo impoverimento della qualità delle relazioni non solo nelle famiglie, ma anche nei contesti locali, sempre meno luoghi di costruzione ed implementazione di forme concrete di benessere relazionale.

In terzo luogo, si conferma che le problematiche di disagio dei minori sono strettamente collegate ai contesti nei quali essi vivono le loro esperienze relazionali (famiglia, scuola, comunità locale).

Si ha la percezione di un indebolimento delle relazioni interpersonali fra i soggetti della famiglia e la stessa sembra incapace di fungere tanto da momento propulsivo quanto da elemento di stimolo rispetto a modelli di comportamento per i minori. Emerge l'impressione che questa generazione di genitori risenta già delle carenze socio-relazionali che investono i figli e che la mancanza di valori, il venir meno di una cultura della famiglia e di reti di sostegno, costituiscono ormai una forma di povertà.

L'impatto delle relazioni familiari sui comportamenti che esprimono disagio si riscontra nel venire meno di alcune funzioni tipiche della famiglia e la conseguente delega ad altre istituzioni. Si attenuano i riferimenti valoriali di quello che era, insieme alla scuola, uno dei luoghi tradizionali di formazione dell'identità dei minori.

La scuola può essere, contemporaneamente, sia l'ambiente in cui le problematiche correlate al disagio relazionale si manifestano in maniera più evidente (comportamenti devianti, aggressività, bullismo, difficoltà di apprendimento, concentrazione e attenzione, ecc.), sia la causa del disagio stesso: gli insuccessi scolastici, la cultura dei risultati, la mancata accoglienza dei bisogni dei minori, le difficoltà di integrazione, ... possono essere, infatti, causa di ulteriori problemi per i ragazzi.

Il SA 3 ha messo in relazione il fenomeno del disagio con il problema della dipendenza, soprattutto da alcol, in adolescenti e pre-adolescenti. Il consumo di vino, che è radicato nella cultura valdostana, sembra essere diminuito, mentre sono aumentati i consumi di birra e superalcolici, con modalità nuove, più frenetiche e rapide, e senza più differenze di prevalenza di genere nel consumo.

In questo panorama, una delle cose che maggiormente stupisce sono le modalità dei ragazzi di stare insieme (uscire tardi la sera, fare la spola da un bar all'altro fino al mattino, trasformare le feste dei coscritti in occasioni per bere ed usare sostanze), modalità che sembrano offrire poche occasioni di reale scambio e che si configurano più come obbligo di aderire ad un modello sociale individuato dal gruppo che come forme di libertà di esprimersi. Il gruppo diventa, quindi, un insieme di tante solitudini.

Due elementi sono stati indicati come ulteriormente caratterizzanti: il forte aumento di minori immigrati in Valle d'Aosta, che implica una necessaria riorganizzazione del sistema attraverso adeguate politiche di integrazione ed un servizio di mediazione coordinato sul territorio, e la difficile accessibilità alle risorse esistenti a causa delle carenze nel sistema dei trasporti (non solo servizi socio-sanitari, ma anche attività sportive, ludico-ricreative, ecc.).

Fra i principali **problemi e bisogni** riscontrati figurano:

- a) *la mancanza nei ragazzi di regole e valori che determina un bisogno di avere regole certe, valori e coerenza nel comportamento degli adulti con cui misurarsi; di figure di riferimento significative nel mondo adulto (anche al di fuori del nucleo familiare) (SA 1);*
- b) *una generalizzata mancanza del senso del limite nella trasgressione, che determina un forte bisogno di senso, di significato (SA 2) e di protezione dalle situazioni a rischio (SA 4);*
- c) *l'aumento della fragilità emotiva che genera, tra l'altro, un'incapacità di gestire i conflitti. Emerge forte il bisogno di confronto e di ascolto oltre che di sperimentarsi nell'assunzione di responsabilità e di spazi decisionali (SA 4);*
- d) *l'aumento dell'uso di alcol e droghe (SA 3-4) quale rimedio alle condizioni di disagio psicologico, alle situazioni emotivamente stressanti ed alla difficoltà a relazionarsi con gli altri. Questo comporta anche l'esposizione dei ragazzi a gravi fattori di rischio: malattie, dipendenza da alcol e passaggio ad ulteriori dipendenze, aumento degli incidenti stradali, difficoltà di dialogo con l'adulto, genitore e non, ...;*

- e) *l'aumento della solitudine e dell'isolamento*. Di qui, il bisogno di avere *maggiori rapporti interpersonali con i coetanei e con le famiglie e di aumentare il confronto e l'ascolto*. In particolare, per i minori di età compresa tra 12 e 17 anni, sono stati sottolineati con forza: il bisogno di *trovare persone capaci di esplorare i loro luoghi comuni e di leggere, con un contatto efficace, i loro bisogni quotidiani, che difficilmente, per diffidenza, vengono esplicitati (SA 4)*; il bisogno di *incontrarsi e condividere spazi per aggregarsi e socializzare tra pari*; il bisogno di *essere considerati parte attiva e di sentirsi coinvolti nella vita sociale del paese*.

Alla luce dei problemi sin qui descritti, i Sub-ambiti hanno ipotizzato alcune **strategie ed azioni**.

Rispetto al bisogno di *avere regole certe, valori e di avere figure di riferimento coerenti e significative con cui misurarsi nel mondo adulto* (anche al di fuori del nucleo familiare):

- ✓ proporre azioni di educazione civica e volontariato coinvolgendo la scuola, le istituzioni e le associazioni (SA 2 AO);
- ✓ potenziare il servizio di educativa territoriale (SA 1);
- ✓ valorizzare i leader positivi, sia tra gli adulti che tra i minori (SA 1- 2 AO);
- ✓ stimolare la costruzione di reti informali di sostegno
 - sensibilizzando i cittadini rispetto al fenomeno in questione al fine di favorire l'attivazione di risorse e potenzialità sul territorio.

Rispetto al problema dell'*aumento dell'uso di alcol e droghe*:

- ✓ monitorare il problema
 - facendo indagini ad hoc;
- ✓ promuovere la prevenzione
 - attraverso un'adeguata informazione ed educazione;
 - inserendo l'educazione alla salute nei programmi scolastici e condividendone i contenuti con genitori e insegnanti, affinché la prevenzione abbia ricadute efficaci sui minori (SA 1);
 - promuovendo stili di vita sani (SA 3).

Rispetto al bisogno di *incontrarsi e condividere spazi per aggregarsi e socializzare tra pari e di confronto e ascolto*:

- ✓ promuovere la cultura dell'incontro, dell'ascolto e del confronto
 - offrendo occasioni di incontro tra adulti e minori e tra pari;
 - facilitando l'accesso ai servizi psicologici e sociali per minori difficoltà (consultori locali, poliambulatorio) (SA 2 AO);
 - potenziando centri di incontro e di aggregazione per il tempo libero (SA 4).

Rispetto al bisogno di *essere considerati parte attiva e di sentirsi coinvolti nella vita sociale del paese*:

- ✓ coinvolgere maggiormente gli adolescenti nella vita sociale e culturale (SA 1)
 - facilitando iniziative auto o co-gestite dai ragazzi (SA 1-2);
- ✓ promuovere politiche e progetti atti a rendere protagonisti i minori
 - valorizzando le loro potenzialità (SA 2).

Si propone, in senso generale, una riflessione attenta sul ruolo della scuola e delle comunità locali, per prevenire il disagio e promuovere una cultura del benessere e dell'ascolto attenta alle esigenze e ai bisogni dei minori.

Situazione attuale degli interventi

Ferma restando la differenza tra il capoluogo, dove sono presenti tutti i servizi socio-sanitari a valenza regionale, ed il resto della Valle, l'offerta regionale per i bambini e gli adolescenti è di due tipi: assistenziale e ricreativo/culturale. È generalmente variegata come tipologia, ma non sempre adeguata a rispondere ai bisogni emersi, perché insufficiente (centri di aggregazione, associazionismo, sostegno extrascolastico e lavoro di strada, laboratori ludico-ricreativi per fasce di età, spazi di ascolto, ecc.), frammentaria o poco flessibile (servizi rivolti alla prima infanzia quali garderies, ecc.). Ad esempio, rispetto alle problematiche del disagio relazionale, si ritiene che si lavori più sull'emergenza che sulla prevenzione e che manchi un adeguato sistema di coordinamento ed integrazione tra i vari servizi e le istituzioni (SA 1-2).

Nello specifico, il SA 1 rileva che:

- una parte dei potenziali fruitori è esclusa dall'attività sportiva sia per il costo elevato della stessa, sia per l'agonismo esasperato,
- il servizio pubblico di trasporto, presente su quasi tutto il territorio, ha orari rigidi e non garantisce i collegamenti con alcuni servizi locali.

Viene espresso anche rammarico per il fatto che, nell'anno scolastico 2007/2008, per motivi organizzativi, sono stati ridotti i corsi di educazione alla salute per gli studenti delle scuole secondarie.

Il SA 2 – Città di Aosta rileva:

- la necessità di puntare su qualità aggiuntive dei servizi, ripensando, ad esempio, il ruolo del consultorio: andrebbe implementato con nuove competenze e reso più rispondente ai bisogni attuali, più legato alla promozione della cultura, della famiglia, all'accompagnamento della stessa nelle sue fasi di vita, non solo per le problematiche patologiche, ma principalmente come supporto alle fasi critiche;
- la mancanza di spazi di aggregazione chiusi, accessibili a tutti e sicuri.

Il SA 4 evidenzia:

- la diversità tra l'offerta di fondo valle e quella delle vallate laterali. Ad esempio, per quanto riguarda le attività sportive, nelle vallate laterali non c'è varietà, esiste solo lo sci;
- l'assenza di servizi per la prima infanzia (tate e asili nido) ed extrascolastici (pre e post scuola);
- il fatto che l'aumento del costo dei Centri Estivi, conseguente all'innalzamento della qualità del servizio, lo renda inaccessibile per le famiglie con fascia di reddito medio-basso.

Per far fronte alle problematiche evidenziate, i Sub-ambiti propongono di intervenire sul sistema dei servizi:

- promuovendo il lavoro di rete tra tutte le componenti presenti al Tavolo Tematico; viene fortemente richiesto il mantenimento del Tavolo ed un confronto con il Tavolo della famiglia, affinché gli adulti che interagiscono con i minori, ed in prima istanza i genitori, possano recuperare una funzione educativa capace di garantire la trasmissione di valori ed esperienze tra generazioni;
- promuovendo politiche di integrazione a favore dei minori immigrati, attivando sul territorio un servizio di mediazione interculturale maggiormente coordinato con la rete dei servizi;
- sensibilizzando le agenzie educative nei confronti delle famiglie.

Tabella 1 - Servizi/interventi a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Adozioni	X					
Affido accoglienza	X					
Asilo nido aziendale				Aosta		
Assistenza Domiciliare Educativa (ADE)	X					
Biblioteca regionale	Aosta					
Centro Comunale Immigrati Extracomunitari (CCIE)	Con il CPEL (Aosta, Morgex, Châtillon, Verrès)					
Centro diurno disabili	St-Vincent					
Centro diurno per assistenza pomeridiana (Orchidea)					Nus (Coop. Bourgeon de Vie)	
Comunità per minori	2 ad Aosta, di cui una per i piccoli e una per gli adolescenti					
Corsi di formazione	X					
Emergenza minori	X					
Laboratorio per autistici (Luna Park Vallée)	X					
Ludoteca				Reparto pediatria		
Mediazione interculturale	X					
Piccoli servizi di animazione					Aosta (Coop. Indaco)	
Riabilitazione equestre	X					
Servizio sociale professionale	X					
Soggiorni di vacanza					Coop. Indaco	Ansed
Soggiorni di vacanza per disabili	X					
Supporto autonomia scolastica	X					
Tata familiare	Attualmente 29 (13 in Aosta, 1 a Pré-Saint-Didier, Valpelline, Gressan, St-Vincent, Pontey, Brusson, Champoluc, Ayas, Fontainemore, Gaby e 2 a Chambave, Pont-Saint-Martin, Saint-Oyen); la Regione ne sta formando altre 17.					
Trasporto						X
Visite protette spazio neutro	X					

Tabella 2 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 1

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Aiuto extrascolastico			2 a Courmayeur e 1 a Pré-Saint-Didier, Morgex, La Salle, Aymavilles			
Asilo nido			Courmayeur, Saint-Pierre, Sarre			
Attività sporadiche di animazione			Courmayeur			Courmayeur (Aspert) Introd (biblioteca)
Attività sportive strutturate		Grand Paradis				(Sci club) Pré-St-Didier e Valgrisenche
Centri di incontro e aggregazione		Grand Paradis (Villeneuve, Saint-Pierre, Sarre)				
Centri diurni estivi		Valdigne-Mont Blanc (Morgex) Grand Paradis (Aymavilles, Rhêmes-Saint-Georges, Rhêmes-Notre-Dame)	Cogne			
Consulenza psicologica				Villeneuve		
Consultorio familiare				Morgex St-Pierre		
Consultorio pediatrico				Morgex St-Pierre Villeneuve		
Corsi iniziazione educazione alla salute				Morgex St-Pierre		
Corsi vari			Pré-St-Didier			Avisé (biblioteca) Società Augusta

						Praetoria
Garderie			La Thuile, Morgex, Cogne, Sarre			
Iniziative sportive		Grand Paradis				
Ludoteca			Courmayeur, Morgex			
Mediazione interculturale		Grand Paradis			consultorio St-Pierre	
Mensa scolastica scuola dell'infanzia			Pré-Saint-Didier, La Thuile, Courmayeur, La Salle, Morgex, Valgrisenche, Rhêmes-Notre-Dame, Avise, Arvier, Introd, Villeneuve, Saint-Nicolas, Saint-Pierre, Aymavilles, Cogne, Sarre			
Mensa scolastica scuola elementare			Pré-Saint-Didier, La Thuile, Courmayeur, La Salle, Morgex, Valsavarenche, Valgrisenche, Rhêmes-Notre-Dame, Rhêmes-Saint-Georges, Avise, Arvier, Introd, Villeneuve, Saint-Nicolas, Saint-Pierre, Aymavilles, Cogne, Sarre			
Mensa scolastica scuola media inferiore		Grand Paradis (Villeneuve)				
Oratorio					4, di cui 1 nel comune di Sarre	
Parco giochi			Pré-St-Didier, Courmayeur, Morgex, La Salle, Valgrisenche, Valsavarenche, Aymavilles			
Pre-scuola			St-Pierre			
Scuolabus scuola dell'infanzia			Pré-Saint-Didier, Courmayeur, La Salle, Morgex, Rhêmes-Notre-Dame, Valsavarenche, Arvier, Introd, Villeneuve, St-Nicolas, Aymavilles, Cogne,			
Scuolabus scuola elementare		Valdigne-Mont Blanc (Pré-Saint-Didier, La Thuile, Courmayeur, La Salle)	Morgex, Rhêmes-Notre-Dame, Rhêmes-Saint-Georges, Valsavarenche, Avise, Arvier, Introd, Villeneuve, St-Nicolas, Aymavilles, Cogne			
Soggiorni di vacanza		Grand Paradis				
Spazio attrezzato			La Salle, Aymavilles			
Spazio gioco			La Thuile, Valgrisenche, Cogne			
Trasporto scolastico scuola media inferiore		Grand Paradis				
Trasporto scolastico scuola media inferiore			Rhêmes-Notre-Dame			

Si segnalano inoltre:

- attività pomeridiane organizzate dalle istituzioni scolastiche per alunni della scuola secondaria di primo grado;
- corsi di educazione alla salute per gli studenti delle scuole secondarie;
- un servizio di mediazione e traduzione documenti (istituzioni scolastiche ed Enti Locali).

Nel 2007 il Dirigente DIGOS della Questura ha tenuto conferenze su bullismo, tossicodipendenza, circolazione stradale presso la scuola elementare di Sarre ed il Liceo Linguistico di Courmayeur (classi IV e V).

Tabella 3 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Aiuto extrascolastico			Pollein, Fénis			
Asilo nido			Gignod, St-Christophe, Nus; il comune di Pollein è convenzionato con l'asilo nido aziendale "La ninfa" di Saint-Christophe; i comuni di Quart, Brissogne e St-Christophe gestiscono in modo consorziale l'asilo di St-Christophe			
Asilo nido aziendale					St-Christophe (coop. La Libellula)	
Assistenza educativa per soggetti disabili a scuola			Fenis			
Assistenza per l'espletamento delle funzioni basilari per i soggetti disabili a scuola			Pollein			
Centri di incontro e spazi aggregazione						Quart (Consorzio CTI)
Centri diurni estivi		Grand Combin Mont Emilius (Brissogne, Pollein, Nus)			Brissogne (Coop. Indaco)	
Consultorio familiare				Nus, Charvensod, Gignod		
Consultorio pediatrico				Nus, Charvensod, Gignod		
Consulenza psicologica				Nus, Charvensod, Gignod		
Corsi/iniziativa educazione alla salute				Consultori Nus, Charvensod		
Corsi vari		Mont Emilius	Valpelline			
Garderie			Charvensod			
Ludoteca			Nus			
Mensa scolastica scuola dell'infanzia			Etroubles, Doues, Gignod Valpelline, Roisan, Jovençon, Gressan, Charvensod, Pollein, Brissogne, St-Marcel, Nus, Fenis			Gressan (Fondazione Cav. Blanchet)
Mensa scolastica scuola elementare			Oyace, Doues, Valpelline, Roisan, Jovençon, Gressan, Charvensod, Pollein, Quart, St-Christophe, Brissogne, St-Marcel, Nus, Fenis			
Mensa scolastica scuola media inferiore		Grand Combin	Quart			
Oratorio					Pontey	St-Christophe, Fenis
Parco giochi			Nus, Fenis			
Prevenzione disagio età scolare						Plan Felinaz (Istituzioni scolastiche)
Scuola dell'infanzia						Gressan (Fondazione Cav. Blanchet)
Scolabus scuola			Allein, Etroubles, Doues,			

dell'infanzia			Valpelline, Bionaz, Roisan, Jovençon Gressan, Pollein, Nus, Fenis			
Scolabus scuola elementare			Allein, Etroubles, Doues, Gignod, Valpelline, Bionaz, Roisan, Jovençon Gressan, Pollein, Quart, Nus, Fenis			
Soggiorni di vacanza		Grand Combin Mont Emilius				
Spazio gioco			Bionaz, Jovençon			
Trasporto scolastico scuola media inferiore		Grand Combin	Quart			
Vigilanza di fronte alla scuola dell'infanzia			Gressan, Fenis			
Vigilanza di fronte alla scuola elementare			Gressan, Fenis			
Vigilanza di fronte alla scuola media inferiore			Fenis			

Nel 2007, il personale dirigenziale della Questura di Aosta ha sostenuto degli incontri nelle scuole medie e superiori su bullismo, legalità e prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti; il Dirigente DIGOS della Questura ha tenuto delle conferenze su legalità e prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti, tossicodipendenza, circolazione stradale presso le scuole elementari e medie di Nus.

Tabella 4 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2 – AOSTA

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Asilo nido			4			
Assistenza educativa per soggetti disabili a scuola						Istituto S. G. Bosco
Attività acquatiche per disabili			X			
Attività estive			X			
Aiuto extrascolastico			1 per bimbi extracomunitari			
Attività sportive strutturate			X			
Biblioteca			2			
Campo scuola			X			
Centri diurni estivi			X			
Centri incontro e aggregazione			1 fruibile dai bambini dell'età della scuola primaria			
Centro per le famiglie "Il cortile"			X			
Consultorio adolescenti				Il Pangolo		
Consultorio familiare				2		
Consultorio pediatrico				2		
Consulenza psicologica				2		
Corsi/iniziative educazione alla salute				Consultori e Corso nascita (Ospedale Beauregard)		
Corsi vari			X			
Educativa territoriale			X			
Garderies			2		Coop. Noi e gli altri	
Il Pangolo				X		
Informagiovani			X			
Iniziativa sportiva			X			
Ludoteca			3			
Mensa scolastica scuola dell'infanzia			X			
Mensa scolastica scuola			X			

elementare						
Oratorio					3	2
Parco giochi			5			
Pre-scuola (elementari)						Istituzioni scolastiche
Prevenzione disagio età scolare						Istituzioni scolastiche
Scuolabus scuola elementare			X			
Soggiorni marini			X			
Spazio attrezzato			Piscina, pattinaggio, pista di atletica, ecc.			
Spazio giovani			2			
Trasporto scolastico scuola media inferiore			X			
Vigilanza di fronte alla scuola materna		Polizia Municipale in collaborazione con il volontariato				
Vigilanza di fronte alla scuola elementare		Polizia Municipale in collaborazione con il volontariato	X			

Nel 2007 e nel 2008 i dirigenti della Questura di Aosta, della DIGOS e la Sezione Minori della locale Squadra Mobile hanno tenuto, anche su richiesta dei dirigenti scolastici, una serie di incontri e conferenze su bullismo, legalità, consumo di sostanze stupefacenti, circolazione stradale, prevenzione da infortuni dovuti ai botti di fine anno, ecc.. In occasione del 60° anniversario della Costituzione italiana sono stati affrontati i temi del fermo, dell'arresto, della Legge sull'intercettazione e di quella sulla schiavitù. Gli incontri e le conferenze sono stati effettuati presso le scuole elementari, medie inferiori e superiori.

La Polizia Locale svolge regolarmente dei corsi di educazione stradale nell'ambito delle istituzioni scolastiche locali, per fornire agli studenti una formazione generale con un taglio prevalentemente pratico, in materia di diritto della circolazione stradale, e per conseguire l'abilitazione alla guida dei ciclomotori.

Tabella 5 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 3

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Aiuto extrascolastico			Saint-Vincent, Saint-Denis			
Asilo nido			Verrayes, Châtillon, Saint-Vincent, Antey-Saint-André; Valtournenche, Pontey è convenz. con Châtillon			
Assistenza per l'espletamento delle funzioni basilari per i soggetti disabili a scuola			Verrayes			
Assistenza trasporto disabili		Monte Cervino				
Attività sporadiche di animazione			Valtournenche Biblioteche comunali			
Centri diurni estivi		Monte Cervino	Istituto Don Bosco Châtillon			Châtillon (Fondazione asilo Rigollet)
Consultorio familiare				Châtillon, St-Vincent		
Consultorio pediatrico				Châtillon, St-Vincent, Antey, Valtournenche, Verrayes		
Corsi vari		Monte Cervino				
Corsi/iniziativa di educazione ambientale e salvaguardia dell'ambiente stesso		Monte Cervino				
Ecole de Lilliane						Chambave

						(Gruppo iniziativa per la scuola)
Garderie			Saint-Denis è convenzionato con la garderie di Verrayes (Coop. Etnozero) Garderie di Valtournenche		Verrayes (Coop. Etnozero)	St-Vincent (Fondazione Crétier-Joris)
Ludoteca			Verrès			
Mediazione interculturale				Poliambulatorio Châtillon		
Mensa scolastica scuola dell'infanzia			Chambave, Pontey, Verrayes, Châtillon, Antey-Saint-André, Saint-Denis, Torgnon, Valtournenche			Châtillon (Fondazione asilo Rigollet)
Mensa scolastica scuola elementare			Chambave, Pontey, Verrayes, Châtillon, Saint-Vincent Antey-Saint-André, Saint-Denis, Torgnon, Valtournenche			
Mensa scolastica scuola media inferiore			Saint-Vincent			
Oratorio			Valtournenche			Châtillon, Pontey, Saint-Vincent
Parco giochi			Saint-Vincent, La Magdeleine, Valtournenche, Verrayes			
Pre-scuola			Châtillon			
Prevenzione disagio età scolare						Ist. scolastica Châtillon, St-Vincent
Scuola dell'infanzia						Châtillon (Fondazione asilo Rigollet)
Scolabus scuola dell'infanzia			Chambave, Verrayes, Châtillon, Antey-Saint-André, Saint-Denis, La Magdeleine, Torgnon, Valtournenche			
Scolabus scuola elementare			Chambave, Verrayes, Châtillon, Saint-Vincent, Antey-Saint-André, Saint-Denis, La Magdeleine, Torgnon, Valtournenche			
Soggiorni di vacanza		Monte Cervino				
Spazio attrezzato						Chambave (UISP)
Spazio gioco						St-Vincent (Fondazione Crétier-Joris)
Trasporto scolastico scuola media inferiore		Monte Cervino	Châtillon, Valtournenche			
Trasporto scolastico scuola media inferiore			Saint-Vincent, Châtillon, Valtournenche			
Vigilanza di fronte alla scuola dell'infanzia			Chambave, Châtillon, St-Vincent, Valtournenche, Pontey			
Vigilanza di fronte alla scuola elementare			Chambave, Châtillon, St-Vincent, Valtournenche, Pontey			
Vigilanza di fronte alla scuola media inferiore			Châtillon, Valtournenche			

Tabella 6 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 4

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Aiuto extrascolastico			Hône Monjovet, Pont-St-Martin		Donnas (oratorio)	
Asilo nido			Verrès, Donnas, Pont-St-Martin			
Attività sporadiche di animazione			Issime, Ayas, Gressoney-La-Trinité			Parrocchia di Brusson, Festa dei coscritti, Pro-loco, Bande musicali
Attività sportive strutturate			Donnas			CAI
Attività sportive strutturate		Evançon				
Campo scuola	Forestale				Agesci	
Centri diurni estivi		Evançon (Issogne, Antagnod, Ayas)			Donnas (oratorio)	

		Mont Rose (Perloz, Champorcher, Hône)				
Centri incontro e aggregazione			Hône			
Consultorio familiare				Brusson, Verrès		
Consultorio Pediatrico				Gaby, Brusson, Verrès		
Consulenza psicologica				Area Minori e Area adulti		
Corsi vari		Evançon	Ayas Gaby, Issogne, Montjovet			Brusson (Sci club)
Garderie			Hône			
Laboratori sociali			Montjovet			
Ludoteca			Lillianes, Gaby, Verrès, Arnad, Hône			
Mensa scolastica scuola dell'infanzia			Brusson, Pont-St-Martin, Montjovet, Perloz, Donnas, Issime, Issogne, Gaby, Champorcher, Hône, Fontainemore, Gressoney-St-Jean, Gressoney-La-Trinité, Challand-St-Victor, Challand-St-Anselme, Arnad, Verrès, Ayas			
Mensa scolastica scuola elementare			Brusson, Pont-Saint-Martin, Montjovet, Perloz, Donnas, Issime, Issogne, Champorcher, Hône, Lillianes, Fontainemore, Gressoney-St-Jean, Gressoney-La-Trinité, Challand-St-Victor, Challand-St-Anselme, Verrès, Arnad, Ayas			
Mensa scolastica scuola media inferiore			Brusson, Verrès, Donnas			
Oratorio					Donnas, Verrès	
Parco giochi			Brusson, Montjovet, Donnas, Verrès, Bard, Hône, Lillianes, Fontainemore, Gressoney-La-Trinité, Challand-St-Anselme, Ayas, Pont-St-Martin			
Pre-scuola			Pont-St-Martin			
Prevenzione disagio età scolare						Istituzione scolastica Verrès Pont-St-Martin
Poliambulatorio				Donnas Servizio di neuropsichiatria età evolutiva		
Scuolabus scuola dell'infanzia			Brusson, Pont-St-Martin, Montjovet, Perloz, Donnas, Issime, Issogne, Champorcher, Fontainemore, Gressoney-St-Jean, Gressoney-La-Trinité, Challand-St-Victor, Challand-St-Anselme, Arnad, Ayas, Bard, Pontboset			
Scuolabus scuola elementare			Brusson, Pont-St-Martin, Montjovet, Perloz, Donnas, Issime, Issogne, Champorcher, Fontainemore, Lillianes, Gressoney-St-Jean, Gressoney-La-Trinité, Challand-St-Victor, Challand-St-Anselme, Arnad, Ayas, Bard, Pontboset			

Soggiorni di vacanza		Mont Rose				
Spazio attrezzato			Hône			
Trasporto scolastico scuola media inferiore		Evançon				
Vigilanza di fronte alla scuola dell'infanzia			Montjovet, Verrès			
Vigilanza di fronte alla scuola elementare			Montjovet, Donnas, Verrès			
Vigilanza di fronte alla scuola media inferiore			Verrès			

Si segnalano, inoltre, il Servizio disagio evolutivo in ambito scolastico (DEAS) che si rivolge agli studenti in condizione di disagio evolutivo ed è regolamentato da un protocollo di intesa tra l'Ente Regione e l'Azienda USL Valle d'Aosta e le attività promozionali dell'Assessorato alle Politiche Giovanili gestite in collaborazione con la Cooperativa Ombre con l'Acca.

Tavolo Tematico Giovani (18-29 anni)

Il lavoro di confronto sviluppato nei territori rispetto al Tavolo Tematico Giovani ha messo l'accento essenzialmente su due fenomeni: il consumo di sostanze stupefacenti e di alcolici, e la difficoltà a vivere questa età in modo autonomo, socialmente attivo e responsabile.

Il fenomeno del **consumo di sostanze stupefacenti e di alcolici**, è stato affrontato in modo trasversale in quasi tutti i Sub-ambiti. Si è sottolineato, in particolare, come questo problema veda sempre più protagoniste anche le età precedenti (pre-adolescenza e adolescenza). E' sempre più bassa, infatti, l'età in cui si inizia a far uso di alcol e sostanze stupefacenti.

Il secondo fenomeno è stato esplorato in tutte le sue sfumature e, a seconda delle diverse sensibilità dei Sub-ambiti, è stato declinato come:

- **difficoltà a rendersi autonomi dalla famiglia** (SA 1 e 3). Il fenomeno è stato visto in relazione alle famiglie ed al mondo del lavoro: il prolungamento della dipendenza dai genitori (e della vita nella stessa abitazione), le difficoltà di inserimento lavorativo, la crescita della condizione di precariato e la conseguente impossibilità di esprimere autonomia e responsabilità, soprattutto in relazione alla possibilità di costruire e progettare il futuro.
- **difficoltà ad essere protagonisti** (SA 1- 2 AO-2). E' stata rilevata la difficoltà dei giovani ad essere protagonisti non solo, come già detto, della propria vita, ma anche della società e della vita sociale nel suo complesso.
- **difficoltà a rapportarsi con le altre generazioni** (SA 2 AO-3-4). Sono stati evidenziati la solitudine e l'isolamento sofferto dai giovani; la difficoltà a essere ascoltati e la scarsa tolleranza tra generazioni (soprattutto da parte dei giovani nei confronti degli anziani), che incidono sulla difficoltà, da parte del mondo adulto, di porsi all'ascolto anche per offrire valori, regole di riferimento per la vita collettiva.

CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E DI ALCOLICI

I Sub-ambiti hanno focalizzato l'attenzione principalmente sul rapporto tra giovani ed alcol, mentre sulle dipendenze da droga e da utilizzo di internet si è soffermato soprattutto il Sub-ambito 1.

È sempre più alto il numero di giovani che cerca una risposta ai propri problemi nel ricorso a sostanze che creano dipendenza. Si possono cogliere diversi fattori che favoriscono questo fenomeno: la perdita di valori e del senso della vita, la famiglia che fa finta di non vedere i problemi dei giovani, la carenza di spazi di ascolto, la facilità con cui si creano mode e tendenze che poi i giovani seguono.

L'alcol è ritenuto una sostanza legata al divertimento di giovani e adulti ed il bere, ormai, rappresenta uno tra gli strumenti che i giovani hanno per socializzare, per divertirsi e per far gruppo, senza riuscire a capire le conseguenze che derivano dal consumo della sostanza, non solo in termini di incidenti, ma anche in relazione a tutte le malattie ad esso correlate.

Il consumo di alcol appare come un elemento costitutivo della cultura locale. Una lunga tradizione legata alla cultura contadina supporta l'idea che il bere sia un buon modo di stare con gli altri, di

favorire la socialità e di sostenere la fatica del lavoro. Molte manifestazioni sono dedicate alla valorizzazione dei prodotti alcolici, e anche tra i giovani, ad esempio nell'ambito della "festa dei coscritti", il bere assume un aspetto molto importante. Questi fattori di ordine culturale, sociale ed economico, sono alla base di un'elevata tolleranza sociale al bere e di una sottovalutazione dei rischi legati ad un consumo sia occasionale che continuativo. La tendenza è a "tirarsi neri" tutte le volte che si esce, altrimenti non ci si diverte.

Emerge una certa confusione nell'individuare il confine tra uso eccessivo di alcol, comunque sporadico, e dipendenza da alcol.

I giovani si avvicinano al bere per molte ragioni, che variano in base alle circostanze personali e sociali (desiderio di appartenenza al gruppo, ricerca di un sostegno per affrontare situazioni di difficoltà, vincere la noia, favorire la socializzazione). Le ragazze, pur bevendo meno dei ragazzi, si avvicinano ai modelli maschili di consumo, esponendosi a rischi gravi soprattutto in età fertile e durante la gravidanza. L'innesto, nella cultura latina, dello stile del bere nord-europeo (concentrato nel dopo pasto serale e nel week-end), con una marcata tendenza all'esagerazione e all'abuso, è uno dei fattori che spiegano la maggiore esposizione alle bevande alcoliche da parte delle nuove generazioni. Le abitudini latine, comprese l'ampia diffusione degli aperitivi, si sono, infatti, sommate a quelle nord-europee. Inoltre, l'aggressività delle case produttrici di alcolici nel "conquistare" ulteriori fasce di mercato (immissione di nuovi prodotti particolarmente seduttivi, campagne pubblicitarie miranti ad abbinare l'alcol ai modelli di vita desiderati) fa sì che l'uso problematico si estenda in particolare tra i giovani.

Tra i **problemi ed i bisogni**, sono stati evidenziati:

- a) *la sottovalutazione del problema e dei rischi che ne conseguono, sia da parte dei giovani che dei genitori, conseguente anche ad una scarsa o errata informazione (SA 2), da cui derivano i bisogni di avere: una maggiore consapevolezza sui rischi derivanti sia dall'abuso abituale di alcol che da quello saltuario con particolare riferimento alla guida ed al lavoro; informazioni ed indicazioni su stili di vita corretti; modelli educativi sul bere; maggiore coerenza da parte degli adulti ed esempi positivi da prendere a modello;*
- b) *l'abitudine al consumo smodato crea dipendenza e la dipendenza innesca un meccanismo circolare per cui si genera ulteriore dipendenza (SA 1-3);*
- c) *l'aumento degli incidenti sulla strada e sul posto di lavoro (SA 4);*
- d) *l'aumento delle violenze sia in famiglia che fuori (SA 4);*
- e) *il rischio di aumento dei suicidi (SA 4).*

Connesso a questi problemi, viene anche rilevato il bisogno di avere spazi e luoghi di incontro alternativi al bar, alla discoteca e/o ai locali "da sballo" presenti in Valle d'Aosta o fuori Regione.

Emerge con forza la necessità di contrastare la "cultura del bere" attraverso **strategie ed azioni** volte a:

- ✓ aiutare i giovani e chi sta loro attorno a prendere coscienza della gravità del problema e dei rischi correlati, sia dal punto di vista sanitario che sociale (scuola, lavoro, affetti, ecc.)
 - aumentando e migliorando l'informazione sui rischi connessi all'uso e all'abuso di alcol (anche saltuario) con specifico riferimento agli ambienti di lavoro, ai pericoli sulla strada, ecc.;
 - coinvolgendo la scuola;
 - impegnando le Forze dell'Ordine per incontri di sensibilizzazione con giovani e genitori;
- ✓ implementare stili di vita e modelli culturali alternativi;

- ✓ aiutare i giovani a rinforzare la propria identità, a rendersi “soggetti capaci di decidere” e di prendere in mano la propria vita, affinché possano affrontare il confronto e la relazione con l'altro per esprimersi e superare le varie situazioni di difficoltà
 - creando spazi, luoghi fisici che consentano la relazione tra le persone, facilitino i processi di aggregazione e favoriscano l'espressione del singolo e dei gruppi;
 - aumentando l'ascolto per aprire un dialogo e favorire la relazione tra generazioni.

Si rilevano anche istanze di aumento dei controlli da parte delle Forze dell'Ordine (SA 4 e audizione con i giovani), di formazione dei proprietari dei locali, di agevolazione dei trasporti (ad esempio, Allô Nuit) e di non finanziamento da parte dei Comuni delle feste in cui sono distribuite bevande alcoliche (SA 4).

Situazione attuale degli interventi

È evidente una progressiva attenzione al fenomeno dell'alcolismo, anche attraverso interventi di prevenzione rivolti ai ragazzi ed azioni di sensibilizzazione destinate alle famiglie. Le politiche di prevenzione messe in atto sul territorio sono orientate al coinvolgimento e alla responsabilizzazione dei giovani, che vengono premiati se adottano comportamenti positivi.

Il **progetto “Premia”**, il cui elemento fondamentale è la continuità delle iniziative di prevenzione ed educazione a favore dei giovani, cerca di far capire i rischi dovuti all'abuso di alcol grazie alla realizzazione di momenti di aggregazione in sinergia con teatro, pro loco, Comunità Montane.

Altri progetti/interventi attivati sono: **“Pit Stop”**, gli **incontri informativi con i Medici di Assistenza Primaria ed i Pediatri**; i **gruppi di mutuo aiuto**, lo **sportello di ascolto** e le esperienze di **Peer education** nelle scuole, gli **stand nelle piazze**.

Tabella 7 - Servizi e interventi a valenza regionale

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Comunità di recupero per tossicodipendenti	Nus (Coop. Bourgeon de vie)			Sarre (Ass. La Svolta)		
Ser.T.				X		
Amministratore di sostegno	X					

DIFFICOLTÀ A RENDERSI AUTONOMI DALLA FAMIGLIA

La generale situazione di instabilità lavorativa ed il costo della vita (costo dell'affitto o delle case, ecc.) ostacolano e/o ritardano per il giovane la definizione di un proprio ruolo sociale all'interno della comunità e di una propria autonomia, impedendo a molti di staccarsi dal nucleo familiare di origine. Aumenta il numero di giovani che rimangono in famiglia senza poter pianificare un futuro autonomo, la creazione di una propria famiglia, l'acquisto di una propria abitazione. Questo ovviamente influisce sul processo di maturazione dei singoli e sull'autostima, generando problemi anche nel confronto con i propri pari e con le altre generazioni, soprattutto con adulti ed anziani.

Si è riflettuto in particolare su alcuni aspetti:

- il frequente spostamento fuori Valle per il proseguimento del percorso scolastico/formativo è stato analizzato nella duplice lettura di problema/risorsa: se da un lato comporta il possibile insorgere di problemi di diverso ordine (economico, di contesto, di trasporto, di cambiamento delle abitudini e delle relazioni, ecc.), dall'altro esso rappresenta un'indubbia opportunità di relazione e di confronto con una realtà diversa dalla propria;
- la discrepanza tra percorso formativo e lavoro svolto è stata individuata come problema reale, non più limitato ai titoli di studio inferiori, ma presente anche a livelli più alti (laurea, master); si rileva, oltre ad un generico allungamento dei tempi necessari al conseguimento dello status professionale richiesto dal mondo del lavoro, una tendenziale difficoltà nell'individuazione di un percorso di studi adeguato, soprattutto in relazione al sistema d'offerta nel mercato del lavoro, da cui deriva un bisogno di maggiore sostegno nell'orientamento formativo;
- il precariato nel mondo del lavoro, che generando una discontinuità lavorativa non facilita l'investimento in progetti di vita;
- le maggiori difficoltà dei giovani con disabilità psico-fisiche in relazione al loro percorso formativo e all'inserimento lavorativo.

L'**incertezza progettuale** se da una parte rischia di disorientare l'individuo, dall'altra può diventare un'opportunità di crescita e di maturazione. La formazione e l'apprendimento lungo l'arco della vita diventano, quindi, elementi indispensabili per accompagnare l'esistenza dell'individuo durante i continui cambiamenti.

Vengono evidenziati i seguenti **problemi e bisogni**:

- la difficoltà e/o impossibilità di pianificare un futuro autonomo, da cui derivano fondamentalmente i bisogni di stabilità lavorativa ed economica (SA 1-3), di raggiungere più precocemente un'indipendenza economica, abitativa e sociale (SA 1), di trovare un lavoro adeguato alle proprie aspettative ed al percorso di istruzione o formativo seguito;*
- la difficoltà di relazione e raffronto con i pari e con le altre generazioni;*
- l'aumento del disagio, che si manifesta attraverso aggressività, violenza e autolesionismo (SA 3);*
- l'aumento della "delega" e del disinteresse per la vita pubblica (SA 3);*
- l'atteggiamento iperprotettivo e condiscendente dei genitori ("mammismo") (SA 3);*
- il rallentamento del processo di maturazione.*

Di fronte a queste situazioni problematiche e di incertezza, sempre più forte diventa nei giovani anche il bisogno di *accompagnamento, supporto, confronto* tra pari e con il mondo degli adulti.

Al fine di accelerare il percorso di autonomia dei giovani, i Sub-ambiti hanno immaginato **strategie ed azioni** con le quali il Piano di Zona potrebbe intervenire:

- ✓ favorire la prefigurazione del futuro e le opportunità di crescita (SA 3);
- ✓ favorire la formazione ed il lavoro per i giovani con disabilità, immigrati o con problemi di disagio attraverso percorsi ad hoc (SA 1);
- ✓ favorire la stabilità economica ed occupazionale
 - garantendo un supporto economico (SA 1);
 - introducendo il salario minimo quale garanzia di stabilità e base da cui partire (SA 3);
 - garantendo un sostegno per l'orientamento formativo (SA 1) e/o lavorativo: maggiori informazioni per l'individuazione di un percorso di studi adeguato al sistema d'offerta del mercato del lavoro (SA 1); ampliamento dell'offerta formativa dell'Agenzia del Lavoro (SA 4);

- ✓ promuovere politiche abitative a favore dei giovani (SA 1)
 - favorendo i giovani residenti, che, non trovando casa, abbandonano più facilmente i Comuni dove abitano (SA 1);
- ✓ sostenere i giovani imprenditori
 - favorendo l'utilizzo di spazi pubblici per attività di impresa (SA 3);
 - indicando bandi sociali per i giovani (SA 4);
 - attivando un percorso di studi universitario sull'ambiente;
 - incrementando la formazione di tipo specialistico;
 - rafforzando l'immagine dell'istruzione e della cultura.

Situazione attuale degli interventi

Esistono politiche volte a favorire l'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro. Tra i vari interventi, si segnalano:

- lo sportello **“Punto Orientamento”** dell'Agenzia del Lavoro, che fornisce informazioni e consulenze orientative a giovani nella scelta di un percorso scolastico, formativo e lavorativo e ad insegnanti, operatori, genitori che ne devono supportare le scelte. Il Punto coordina anche azioni di formazione iniziale per i giovani che hanno abbandonato i percorsi scolastici realizzate da enti locali di formazione;
- **l'apprendistato professionalizzante** per i giovani e **l'apprendistato per l'acquisizione di un diploma o per percorsi di alta formazione** (che può consentire il conseguimento di un titolo di studio) per i giovani tra 18 e 29 anni. La Legge nazionale 196/97 e il D. Lgs 276/03 hanno modificato e aggiornato l'istituto dell'apprendistato considerandolo una “porta di ingresso nel mondo del lavoro” e hanno previsto un aumento delle ore di formazione annua (da erogare all'apprendista anche fuori dal luogo di lavoro), una regolamentazione dei contenuti ed un ampliamento della fascia d'età entro cui è possibile iniziare un lavoro come apprendista (il termine ultimo è stato spostato da 20 a 29 anni);
- **i tirocini formativi, di orientamento e di inserimento lavorativo** collegati alle sopraccitate forme di apprendistato.

DIFFICOLTÀ A ESSERE PROTAGONISTI

Il lavoro dei Sub-ambiti ha rilevato la difficoltà per i giovani a essere protagonisti, in particolare nella vita pubblica. A supporto di tale tesi, si evidenzia che, spesso, i giovani non partecipano ai diversi momenti della vita sociale, istituzionale e culturale e si trovano di conseguenza a subire passivamente le decisioni degli adulti. Questo sembra essere principalmente imputabile ad una mancanza di comunicazione tra il mondo delle istituzioni, identificato con quello degli adulti, e quello dei giovani. E' evidente la difficoltà, da parte degli adulti, di porsi all'ascolto dei giovani e delle loro esigenze, a recepire i loro input e suggerimenti innovativi, come pure la fatica da parte dei giovani di rappresentarsi agli occhi degli adulti come reali interlocutori, soggetti propositivi e “portatori di interessi”. Anche il linguaggio comunicativo/informativo utilizzato appare non del tutto adeguato. Ciò provoca un allontanamento da realtà dalle quali non ci si sente riconosciuti e a cui non si sente di appartenere e si riflette negativamente sulle relazioni intergenerazionali. Si sommano senso di sfiducia e demotivazione.

Il SA 2, ritenendo che l'essere protagonisti risponde ad un'esigenza fondamentale, ha riflettuto sul rapporto tra protagonismo e responsabilità e ne ha evidenziato una valenza positiva quando i giovani vengono responsabilizzati ed impegnati in qualcosa di concreto e negativa quando diventa esibizionismo.

In questo contesto, si rilevano alcuni **problemi e bisogni**:

- a) *la forte sfiducia nelle proprie capacità*. Grande è, dunque, il bisogno di *sentirsi utili* (SA 2 AO), *portatori di interesse, protagonisti/importanti*;
- b) *lo scarso stimolo a fare piuttosto che subire*. Di qui il bisogno di *un coinvolgimento responsabile* (SA 2 AO – 2), *di appropriarsi di diritti e doveri*;
- c) *la difficoltà a esprimere la propria identità*. Ne consegue il bisogno di *avere spazi e opportunità di espressione, di autodeterminarsi, di autopromuovere iniziative artistiche e culturali* (SA 1);
- d) *la difficoltà ad avere relazioni*, per incapacità di mediare e modulare le proprie relazioni per cui ci si esprime con violenza. Di qui il bisogno di *confrontarsi in modo costruttivo con adulti e istituzioni* (SA 1).
- e) il fatto che *i genitori spesso rappresentino un freno*.

Per far fronte a questi bisogni, si individuano le seguenti **strategie ed azioni**:

- ✓ favorire la partecipazione alla vita politica, sociale e culturale
 - creando occasioni e sviluppando forme di comunicazione adeguate (compreso il linguaggio) (SA 2 AO);
 - permettendo ai giovani di accedere alla cultura sotto tutte le sue forme e favorendo il loro potenziale di creatività, anche in campi nuovi (SA 4);
- ✓ promuovere progetti ed attività rivolti ai giovani e/o autogestite (SA 2 AO-3-4)
 - supportandoli con azioni d'informazione e formazione;
 - creando luoghi pensati per i giovani dove gli stessi possano liberamente esprimersi (SA 2 AO);
 - riservando una sezione dedicata ai giovani in seno alla "Saison culturelle" (SA 1);
 - attivando a livello locale un gruppo per valutare i progetti gestiti dai giovani (SA 4).

Situazione attuale degli interventi

Nel 2007, la Regione ha approvato le linee guida regionali in materia di politiche giovanili (DGR 1710/07). Ne sono scaturiti una serie di azioni/interventi:

1. Realizzazione della sezione Politiche giovanili all'interno del sito internet della Regione Autonoma Valle d'Aosta.
2. Approvazione delle modalità di attuazione della Legge regionale 15 dicembre 2006, n. 33 "Interventi regionali per la valorizzazione della funzione sociale ed educativa svolta attraverso le attività di oratorio o attività similari" (DGR 2034/07).
3. Approvazione del Piano di intervento per l'attuazione di progetti in favore dei giovani (DGR 2286/07 e DGR 1310/08).
4. Realizzazione del "Primo seminario regionale tra amministratori locali in materia di politiche giovanili – Anno 2007" (DGR 2428/07).

5. Costituzione di un gruppo regionale per l'attuazione delle linee guida in materia di politiche giovanili (DGR 3430/07).
6. Realizzazione del seminario "Mondo dei giovani, politiche sociali e servizi" nell'ambito del Piano di aggiornamento e delle iniziative formative correlate, per l'anno 2008, per il personale socio-sanitario, socio-assistenziale e socio- educativo (DGR 779/08).
7. Realizzazione del "Primo forum regionale dei giovani – Anno 2008" (DGR 781/08).
8. Stipula dell'Accordo di Programma Quadro "La Valle d'Aosta per i giovani" in materia di politiche giovanili tra lo Stato e la Regione Valle d'Aosta (DGR 1309/08).
9. Approvazione di modalità e procedure di presentazione e valutazione dei progetti per le attività di oratorio o attività similari (DGR 1311/08).
10. Nascita del Gruppo Regionale di Rappresentanza Giovanile (GRRG).
11. Bando per la presentazione di progetti di azioni in favore dei giovani ai sensi dell'art. 4 del D.M. 21 giugno 2007.
12. "Progetto diversità" di sensibilizzazione degli studenti delle Scuole superiori di II grado in materia di disabilità.

Tabella 8 - Servizi e interventi a valenza regionale

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Borse di studio	X					
Rimborsi trasporti	X					
Scuola di Formazione e Orientamento Musicale (S.F.O.M.)	Aosta					
Servizio civile	X					
Università della VdA	X					

Si segnalano inoltre: il Circuito Giovani Artisti Italiani, la Saison Culturelle, l'Espace Populaire, le associazioni sportive e l'organizzazione a livello territoriale di corsi vari.

Tabella 9 - Servizi e interventi a valenza regionale: SUB-AMBITO 1

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Attività sportive strutturate		Grand Paradis	Courmayeur, Morgex			(Sci club Valgrisenche e Valsavarenche)
Iniziative sportive		Grand Paradis	Aymavilles, Morgex		(Pro-Loco Valsavarenche)	(Sci club Valsavarenche e Prés-st-Didier)
Oratorio					4 di cui 1 nel comune di Sarre	
Spazi attrezzati			Courmayeur, Morgex, La Salle, Arvier, Valsavarenche, Aymavilles, Sarre			

Tabella 10 - Servizi e interventi a valenza regionale: SUB-AMBITO 2

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Iniziative sportive e culturali		Grand Combin			(Pro-Loco e ass. culturale Château de Cly)	
Oratorio					Pontey	St-Christophe, Fenis
Spazi attrezzati			Ollomont, Blonaz, Jovençon, Fénis, Nus			

Tabella 11 – Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2 – AOSTA

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Attività sportive strutturate			X			
Biblioteche			3			
Centro giovani			2 (Quartiere Cogne e zona Ovest della città)			
Informagiovani			1			
Iniziative sportive			X			
Lavoro di strada e sviluppo di comunità			X			
Oratorio					3	2
Spazi attrezzati			X			

In Aosta sono inoltre presenti aree verdi facilmente accessibili.

Tabella 12 – Servizi e interventi a valenza regionale: SUB-AMBITO 3

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Attività sportive strutturate			Saint-Vincent			
Oratorio			Valtournenche, Pontey, Châtillon, Saint-Vincent			
Spazi attrezzati			Saint-Vincent, La Magdeleine, Valtournenche, Verrayes		(UISP Monte Cervino e F.C. Chambave)	

Tabella 13 – Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 4

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Attività sportive strutturate		Evançon	Donnas, Gressoney-La-Trinité			
Iniziativa sportiva		Evançon				
Laboratorio teatrale integrato			Montjovet			
Oratorio					Donnas, Verrès	
Spazi attrezzati			Montjovet, Hône, Verrès, Fontainemore, Gressoney-La-Trinité, Pont-St-Martin			

DIFFICOLTÀ DI RELAZIONE CON LE ALTRE GENERAZIONI

I Sub-ambiti hanno approfondito il tema del conflitto o difficoltà a comunicare tra generazioni.

La difficoltà a interfacciarsi e di entrare in relazione è principalmente imputata a fattori quali:

- la mancanza di conoscenza reciproca,
- la presenza di esigenze non conciliabili,
- l'allungamento della vita media, per cui adulti e anziani occupano più a lungo posti di potere, limitando di fatto le possibilità di carriera per i giovani,
- il mutamento delle relazioni genitore-figlio nella direzione amico-amico,
- il generale abbassamento della soglia di sopportazione,
- la mancanza di fiducia da parte dei giovani nelle istituzioni,
- il divario tra le aspettative dei giovani e le risposte della società,
- il disimpegno giovanile.

Tutti questi fattori generano difficoltà di comunicazione, mancanza di rispetto reciproco e di riconoscimento dei rispettivi diritti, dando spazio a sentimenti di diffidenza, paura, allontanamento.

Dal punto di vista degli adulti, e in particolare degli anziani, i giovani occupano spazi "pubblici" e fanno attività "rumorose" (il chiacchiericcio, lo skateboard, i roller, il motorino, ...). Viceversa, spesso, i giovani hanno, nei confronti di chi li riprende, reazioni eccessive, irrispettose e anche violente.

Queste difficoltà sono maggiormente avvertite dai diversamente abili.

Tra i **problemi ed i bisogni** sono stati evidenziati:

- a) *l'impoverimento del sostegno reciproco ed il bisogno di aiuto, sia da un punto di vista umano che economico;*

- b) *la difficoltà a conciliare le diverse esigenze da cui nasce il bisogno di potersi esprimere liberamente e di esercitare i propri diritti (SA 2 AO);*
- c) *l'aumento delle lamentele presso le pubbliche amministrazioni e delle richieste di intervento alle Forze dell'Ordine da parte di adulti e anziani, anche in relazione alla percezione di insicurezza;*
- d) *la mancanza di spazi (occasioni e luoghi) dedicati ai giovani e la conseguente riduzione delle loro possibilità di espressione e di auto-promozione (SA 4);*
- e) *l'esigenza di essere ascoltati e di avere fiducia nelle istituzioni e di essere percepiti come portatori di interessi (SA 4).*

A fronte dei problemi e dei bisogni sin qui riportati, i Sub-ambiti suggeriscono le seguenti **strategie ed azioni:**

- ✓ Facilitare le relazioni intergenerazionali
 - creando spazi di incontro e dialogo tra generazioni diverse (SA 2 AO-4);
- ✓ Favorire le carriere dei giovani (SA 3);
- ✓ Aumentare il senso di appartenenza dei giovani alla comunità ed educare al valore della solidarietà e della cittadinanza attiva (SA 2 AO - 3 - 4)
 - organizzando stages che diano crediti formativi, ecc. (SA 3).

Tavolo Tematico Adulti (30-64 anni)

Prima di descrivere quanto emerso nei Tavoli Tematici Adulti, occorre ricordare che su questa fascia d'età, peraltro piuttosto ampia, gravano responsabilità che toccano anche le fasce precedenti (bambini, adolescenti e giovani) e quella degli anziani. L'adulto si trova, infatti, al centro del sistema delle responsabilità familiari e forse per questo, in tutti i Sub-ambiti, è stato difficile definirsi e leggersi da questo punto di vista, come uomo/donna "adulti" in quanto tali, piuttosto che per il ruolo rivestito o per particolari difficoltà, tant'è che il confronto si è centrato sulle aree problematiche (vecchie e nuove povertà, disagio sociale, disabilità e non autosufficienza, immigrazione).

Il fenomeno maggiormente percepito riguarda **la crisi economica e l'aumento delle difficoltà occupazionali**. Gli aspetti sottolineati sono comuni ai quattro Sub-ambiti e descrivono, seppur con alcune differenze dovute a situazioni contingenti e con un occhio particolare per le fasce deboli della popolazione, le difficoltà di inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro, le conseguenze sociali e psicologiche della precarietà occupazionale ed economica che ne derivano.

Il secondo fenomeno rilevato è quello del **malessere sociale** (disagio sociale e psichico, disabilità e dipendenze) legato al cambiamento degli stili di vita ed alla precarietà di alcune situazioni che, in modo ancora molto sotterraneo, sta attraversando la Regione, aumentando le situazioni di isolamento, disagio sociale e psichico, dipendenza.

Il terzo fenomeno, maggiormente sentito nei Sub-ambiti 2 e 3, riguarda **l'aumento dell'immigrazione**. La situazione è stata analizzata nella sua complessità, rispetto alle dimensioni culturale, sociale, economica e alle difficoltà legate non soltanto all'integrazione e al reperimento di un lavoro, ma anche ai maggiori rischi di disagio sociale e psichico cui gli immigrati sono esposti per l'indebolimento delle reti familiari ed affettive. In questo contesto, le Forze dell'Ordine hanno messo in evidenza il problema della violenza sulle donne: i numeri delle denunce sono bassi a causa di problemi culturali e di una scarsa conoscenza dei propri diritti, ma c'è sicuramente una realtà sommersa che non si può quantificare.

In modo più specifico, nel Sub-ambito 1 sono emerse alcune problematiche inerenti il rapporto tra il cittadino e la salute: il sistema dell'emergenza e della continuità assistenziale, visti l'attuale distribuzione delle sedi di Guardia Medica e il fatto che il medico non sia presente nella sede del 118, non è garantito a sufficienza; le famiglie monoreddito o monoparentali hanno difficoltà a sostenere il costo delle prestazioni sanitarie; è necessario capire quali siano gli interventi più corretti per garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie in un'ottica che punti alla prevenzione. Tra le possibili soluzioni immaginate: individuare sedi sanitarie di primo intervento per le zone disagiate, promuovere una maggiore informazione sui servizi offerti, incentivare il collegamento e la collaborazione tra i medici di medicina generale ed i servizi stessi; sostenere e promuovere azioni politiche volte a rivedere le attuali forme di partecipazione alla spesa sanitaria, ad esempio legando le stesse all'IRSE.

Nel Sub-ambito 3, è stato, invece, fortemente sottolineato il fatto che da alcuni anni il mondo del volontariato si trovi in difficoltà. Appare evidente una riduzione del numero dei volontari e delle competenze nelle diverse organizzazioni del distretto, conseguenti all'abbandono da parte degli adulti, che per esperienza e capacità rappresentano la struttura portante delle organizzazioni di volontariato, e per difficoltà di reclutamento. Tra le maggiori cause evidenziate vi sono: la difficoltà per i volontari di conciliare le esigenze formative e di aggiornamento con la vita personale (lavorativa e familiare); la mancanza di una concreta strategia di comunicazione, di fondi o atti

istituzionali a sostegno di progetti specifici, di spazi e sedi idonei in cui svolgere l'attività. Al fine di incentivare la partecipazione degli adulti alle attività di volontariato, si propongono: l'organizzazione, in collaborazione con gli Enti Locali e il mondo della scuola, di campagne informative mirate, sia a livello regionale che locale, e di percorsi formativi/stages rivolti ai giovani e finalizzati alla promozione ed allo sviluppo di forme di "cittadinanza attiva"; l'istituzione di forme di agevolazione sul luogo di lavoro e/o studio per consentire la partecipazione ai corsi di formazione e aggiornamento; la promozione di forme di agevolazione tariffaria per la telefonia, l'acquisto di beni e servizi, ...; l'informatizzazione delle sedi di volontariato per aggiornamento FAD.

Per maggiori precisazioni su queste ultime due tematiche, si rimanda alle relazioni dei Gruppi Tecnici di Zona.

CRISI ECONOMICA E AUMENTO DELLE DIFFICOLTÀ OCCUPAZIONALI

La Valle d'Aosta regge la sua attività economica prevalentemente sul terziario, sul turismo e sulle micro imprese. Per questo, nonostante anche la Regione risenta degli effetti della crisi economica generale che ha investito diversi settori produttivi, non si rileva tanto una mancanza d'offerta lavorativa, quanto uno scostamento tra le caratteristiche dell'offerta stessa (stagionalità, contratti precari, alta professionalità) e quelle della domanda (bisogno di continuità e di sicurezza, offerta adeguata alla proprie professionalità o risorse), che richiede ai lavoratori una grande flessibilità e capacità di adattamento, oltre che un'adeguata qualificazione professionale. La crisi economica, che ha portato alla chiusura di alcune imprese e alla conseguente riduzione dei posti di lavoro, ha spinto gli imprenditori a rivedere le politiche aziendali nella direzione di una maggiore richiesta di manodopera qualificata, provocando la riduzione di richieste di manodopera generica. Parallelamente, i valdostani studiano e si formano, ma non necessariamente in funzione dell'offerta esistente, per cui, spesso, se vogliono lavorare, devono adattarsi a ruoli diversi da quelli per cui sono qualificati. Permane, inoltre, una forte aspettativa occupazionale nei confronti dell'Ente Pubblico che induce scarso investimento nella preparazione professionale.

Lo scostamento descritto tra le caratteristiche della domanda e quelle dell'offerta incide, soprattutto, sulle fasce deboli della popolazione: persone emarginate, diversamente abili o affette da malattia psichiatrica e/o dipendenze; persone in procinto di perdere il posto di lavoro o disoccupati di lungo periodo; donne prive di qualifica, straniere e/o con vincoli famigliari, mentre, paradossalmente, facilita gli stranieri, che mostrano maggiori capacità di adattamento.

L'assenza di garanzia del posto di lavoro, in una società altamente competitiva e consumistica, genera un forte senso di inadeguatezza, precarietà, incertezza, che si ripercuote su numerosi aspetti della vita (personali e famigliari) rendendo di fatto più difficile o impossibile creare situazioni di vita autonome. Ne conseguono perdita di ruolo, crisi di identità, stress, emarginazione, depressione, aumento delle situazioni di povertà, vulnerabilità, dipendenza delle persone dalla famiglia e dai servizi, necessità di interventi di emergenza e di prima accoglienza.

Si elencano di seguito i **problemi e bisogni** su cui il Piano di Zona potrebbe intervenire.

- a) *La difficoltà a trovare un lavoro, a mantenerlo o ad essere ricollocati*, in particolare per coloro che appartengono a fasce deboli o espulse dal mondo del lavoro o over 50 (SA 3-4-AO). Mancano proposte di lavoro adeguate alle caratteristiche dei soggetti con basso profilo di

occupabilità (SA 4) e manodopera qualificata rispetto al tipo di offerta (SA 1 - 4). Si rilevano difficoltà di accesso ai corsi di formazione ed alle possibilità di sostegno offerte dal servizio sociale, sia per carenza di informazione e accompagnamento che per la configurazione territoriale: in assenza di totale autonomia, le persone devono fare i conti con un sistema di trasporti pubblici che è giudicato inadeguato dal punto di vista degli orari (scolastico), della frequenza (poche corse) e dei costi (SA 1). Da non dimenticare, infine, la difficoltà a conciliare i tempi di lavoro con quelli di cura, con un rischio di aumento dei costi sociali, in particolare per le famiglie monoparentali (SA 1 – 2 AO). Di qui il bisogno di avere un lavoro stabile (SA 2-3-4); conoscere le offerte lavorative, i bisogni del mondo del lavoro e le azioni a sostegno dei soggetti con difficoltà occupazionali (SA 1); poter usufruire di un servizio di trasporti adeguato (SA 1).

- b) *La precarietà economica.* Le persone non riescono a far fronte alle spese (mutui, affitto, spese sanitarie, mantenimento dello status economico) e per alcuni sono evidenti difficoltà di accesso al credito (SA 1-2-3- 2 AO). L'incertezza economica genera non soltanto difficoltà nel reperimento di una casa (particolarmente sentita nelle zone turistiche (SA 1) perché le abitazioni disponibili sono poche, i costi elevati, i proprietari non le affittano in quanto non sono sufficientemente tutelati in caso di morosità nei pagamenti, danneggiamenti strutturali, necessità di recupero del bene per uso personale), ma anche dipendenza economica e assistenziale dalla famiglia e dai servizi (SA 4 - 2 AO), difficoltà a fare progetti di vita a lungo termine (SA 2 AO), aumento dei conflitti e delle tensioni famigliari (SA 4 - 2 AO) oltre che degli stati depressivi (SA 4 - 2 AO). I Sub-ambiti individuano, quindi, la necessità di soddisfare i bisogni primari (mangiare, avere una casa e un lavoro) e di avere un livello di vita minimo ritenuto accettabile (SA 2).
- c) *L'aumento della presenza di immigrati* con tutti i problemi che ne derivano e che saranno più approfonditamente presentati nell'analisi dello specifico fenomeno (SA 1-2-4- 2 AO).

In riferimento a quanto emerso, i territori hanno individuato alcune possibili **strategie ed azioni**.

Rispetto al bisogno di avere un lavoro stabile (SA 2-3-4), si ritiene importante:

- ✓ favorire la conciliazione dei tempi lavoro-famiglia (SA 1);
- ✓ favorire la riconversione dei lavoratori che hanno perso il lavoro (SA 3);
- ✓ individuare e aumentare le opportunità occupazionali, in particolare per i soggetti con basso profilo di occupabilità, diversamente abili o over 50 (SA 3-4)
 - defiscalizzando ed incentivando l'apertura di nuove imprese (SA 3);
 - promuovendo interventi a sostegno delle piccole imprese con almeno 15 dipendenti (SA 3);
 - ripensando i contenuti dei LUS (SA 4);
- ✓ facilitare la formazione, in particolare quella delle donne straniere, ultraquarantenni, sole o con figli a carico (SA 4)
 - formandole e qualificandole nel distretto (SA 4);
 - fornendo sostegno sociale durante la formazione, ad esempio garantendo alle madri sole o con difficoltà diverse servizi di baby-sitting, asili nido, ecc.. (SA 1).

Rispetto al bisogno di conoscere le offerte lavorative, i bisogni del mondo del lavoro e le azioni a sostegno dei soggetti con difficoltà occupazionali (SA1), si propone di aumentare l'informazione migliorando le forme di promozione e pubblicizzazione (SA 1).

Rispetto al bisogno di poter usufruire di un servizio di trasporti adeguato (SA 1), si propone di rendere i trasporti pubblici più flessibili e adeguati alle esigenze dei lavoratori residenti nel distretto

- tenendo conto delle sedi e degli orari di apertura dei servizi (uffici comunali, servizi sanitari, sociali e scolastici) (SA 1);
- istituendo servizi a chiamata come, ad esempio, l'Àllobus (SA 1);
- promuovendo tariffe agevolate.

Rispetto al bisogno di *soddisfare i bisogni primari* e di *avere un livello di vita minimo ritenuto accettabile* (SA 2), si ritiene che la questione possa essere affrontata

- istituendo forme di sostegno economico per le famiglie disagiate (SA 1);
- facilitando l'accesso al credito per le fasce deboli (SA 3);
- prevedendo ammortizzatori sociali per le aziende di piccole dimensioni (SA 3).

Per quanto riguarda, nello specifico, il problema della casa, si propone di intervenire per affrontare l'emergenza abitativa sui due versanti della domanda e dell'offerta:

- facilitando l'acquisto della casa (SA 3);
- incrementando l'edilizia pubblica seppur con l'attenzione di evitare inserimenti abitativi ghettizzanti (SA 3);
- mettendo a disposizione alloggi pubblici per l'emergenza abitativa (SA 1);
- promuovendo prezzi calmierati per l'edilizia privata (SA 1);
- istituendo forme di tutela (ad esempio polizze assicurative) e sostegno del credito (ad esempio mutui) per coloro che perdono temporaneamente il posto di lavoro (SA 3);
- prevedendo sgravi fiscali ai possessori di seconda casa che si rendono disponibili ad affittare a persone residenti (SA 1);
- tutelando i proprietari attraverso polizze assicurative e/o garanzie da parte dei Comuni a vantaggio dei proprietari che rendono disponibili immobili da affittare per le fasce in situazioni di disagio (SA 1-3) e per i lavoratori stagionali (SA 1).

Il SA 3, in particolare, evidenzia che servono maggiori informazioni sulla disponibilità degli immobili nel Sub-ambito e chiede una maggiore tutela degli affittuari immigrati.

Situazione attuale degli interventi

Gli operatori hanno rilevato che i servizi territoriali operano in stretto rapporto con l'Agenzia del Lavoro (SA 4) ed hanno evidenziato alcune criticità:

- i lavori di utilità sociale (LUS) sono utilizzati in modo improprio e per questo hanno perso la loro funzione: gli stessi soggetti, non diversamente occupabili, ripetono per più anni gli stessi progetti senza una reale ricaduta occupazionale; i lunghi tempi di inattività tra un progetto e l'altro generano solitudine e malessere; si progetta più in funzione delle esigenze degli enti che non di quelle dei soggetti svantaggiati; le offerte nel settore cantonieristico escludono alcune categorie (donne);
- c'è poca informazione circa le opportunità, le esigenze delle imprese e le forme di sostegno (SA 1);
- persistono difficoltà di accesso dovute all'inadeguatezza del sistema dei trasporti pubblici, sia dal punto di vista dell'orario (legato prevalentemente alle necessità degli studenti anziché dei lavoratori), che della frequenza (poche corse) e del costo (SA 1);

- il numero di operatori che vengono impiegati per l'inserimento lavorativo e nei servizi socio-sanitari a supporto è insufficiente: i soggetti disabili e/o affetti da dipendenza richiedono una presa in carico integrata che tenga conto non soltanto delle problematiche connesse all'attività lavorativa ma, anche, delle necessità di cura degli interessi personali e delle relazioni sociali (SA 4);
- le relazioni conclusive sulle residue capacità lavorative per l'iscrizione al collocamento mirato sono troppo restrittive e vincolanti e ostacolano il reperimento di un'occupazione (SA 4);
- il lavoro di rete delle équipes territoriali presenta ancora delle difficoltà legate ad aspetti di integrazione a vari livelli (istituzionale, gestionale e operativo) (SA 4);
- i progetti di orientamento, formazione e riqualificazione (Agenzia del Lavoro) rivolti a soggetti deboli spesso non producono sbocchi lavorativi.

I Sub-ambiti ritengono prioritario intervenire sul sistema dei servizi:

- ✓ evitando gli interventi settoriali (improduttivi e antieconomici), creando sinergie tra i diversi interlocutori e rafforzando il coordinamento delle attività esistenti (SA 2 AO);
- ✓ aumentando le risorse e individuando strumenti più adeguati per promuovere e seguire i percorsi di orientamento e gli inserimenti lavorativi (SA 4);
- ✓ offrendo alle cooperative che operano in Bassa Valle un sostegno affinché assumano caratteristiche di impresa e non siano vincolate ai LUS (SA 4);
- ✓ diminuendo il divario tra domanda e offerta con azioni di promozione/sensibilizzazione delle aziende e con formazione professionalizzante mirata su disoccupati-svantaggiati (SA 4);
- ✓ creando già a livello progettuale una rete di sostegno alla persona, per la quale è in essere o in previsione un inserimento lavorativo anche per gli aspetti extra-lavorativi, sfruttando sia le risorse istituzionali che quelle del volontariato. A titolo esemplificativo, si propone, per gli alcolisti di attivare il Ser.T e i gruppi di auto-mutuo aiuto; per coloro che hanno problemi di socializzazione di coinvolgere le associazioni ricreative e sportive, il volontariato, ecc. (SA 4);
- ✓ rivedendo i tempi e le prassi dei percorsi di avvicinamento al lavoro (SA 4);
- ✓ sondando nuovi ambiti di inserimento lavorativo (SA 4);
- ✓ favorendo la ricaduta occupazionale post-LUS, sensibilizzando gli Enti Locali all'utilizzo della Legge 52/96 e del Codice degli appalti (SA 4).

Tabella 14 - Servizi/interventi a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Agevolazioni regionali sui mutui per le giovani coppie	X					
Alloggi a canone agevolato						(ARER)
Ammortizzatori sociali						Cassa integrazione (INPS)
Banco alimentare						(Fondazione Banco alimentare e S. Vincenzo)
Borse lavoro	Il soggetto non ha copertura previdenziale					
Centri per l'impiego	Morgex, Aosta, Verrès					
Centro agricolo	Ollignan					
Centro per il diritto al Lavoro dei disabili e degli svantaggiati	Gestisce il collocamento mirato					
Contributi regionali ai sensi della L. R. 19/94 per reddito minimo vitale	X					

Contributo economico						(S. Vincenzo)
Gruppi di auto-mutuo aiuto per alcolisti, amici e familiari di alcolisti, famiglie con problemi alcol correlati					AA: Alcolisti Anonimi Al-Anon: Gruppi di familiari e amici di alcolisti CAT: Club Alcolisti in trattamento e famiglie	
Laboratorio occupazionale di cucina per disabili	Ollignan					
Lavori di utilità sociale (LUS)	X	X	X		X	
Le mura oltre le mura (progetto per emergenza abitativa)	Montjovet, Pollein					
Magazzino Caritas					Aosta (Caritas)	
Piano regionale del fondo europeo	X					
Piano regionale della politica del lavoro	X					
Progetti di formazione, orientamento e accompagnamento al lavoro per persone in situazione di difficoltà						
Progetti di orientamento, formazione e riqualificazione	(Agenzia del Lavoro)					(CGIL CISL)
Reinserimento lavorativo		X	X		Coop. Tandem, Mont Fallère, Les Relieurs, Les Jeunes Relieurs	
Servizio sociale professionale	X					
Sportello mirato e personalizzato di incontro domanda offerta	(Agenzia del Lavoro)					
Sportello unico per l'immigrazione	X					
Tavola amica					Aosta (Caritas)	

Tabella 15 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 1

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Sgravi ICI per favorire l'allocatione delle seconde case a residenti o a chi presta attività lavorativa nei comuni			La Salle, La Thuile, Morgex			

Tabella 16 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			Gressan			

Tabella 17 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2 - AOSTA

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			X			
Patrimonio abitativo di edilizia residenziale pubblica			X			
Regolamento Locazione Incentivata			X			
Servizio sociale professionale	X		X			

Tabella 18 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 3

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			Chambave, Valtournenche			
Contributo riscaldamento anziani			Châtillon, Saint-Vincent			

Tabella 19 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 4

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			Pont-St-Martin, Donnas			

IL MALESSERE SOCIALE

Disagio sociale e psichico, disabilità e dipendenze

La Regione è attraversata da uno stato di malessere, di disagio sociale e psichico, principalmente imputabile al fatto che le persone vivono sempre più situazioni di precarietà, povertà relazionale ed economica, marginalità. Tra le cause vengono individuate: la precarietà occupazionale ed economica, già ampiamente descritta nelle pagine precedenti, e il cambiamento dei valori e degli stili di vita. La società moderna è individualista, competitiva, consumista, centrata sulla produttività e sui servizi; chiede all'individuo di essere sempre all'altezza, di non rimanere indietro. Gli impegni quotidiani e la necessità di rispondere ad aspettative così alte sono fonte di tensioni, ansia, stress, conflitti e lasciano poco tempo per stare in famiglia, coltivare le relazioni e la solidarietà. Inoltre, paradossalmente, avendo tanti servizi a disposizione, grazie alle nuove tecnologie, si ha sempre meno bisogno dell'altro. Questa condizione di isolamento e povertà relazionale può essere maggiormente avvertita da chi vive solo, in abitazioni più isolate o in zone del territorio meno popolate anche solo durante il giorno (frazioni, villaggi, ecc.) e determina maggiori difficoltà per chi deve confrontarsi con eventi improvvisi ed imprevisti (separazioni, perdita del lavoro, lutti, sfratti, malattia, ecc.) che determinano un peggioramento della qualità della vita senza trovare sostegno o assistenza.

Il disagio è percepito come fenomeno complesso, pregnante e difficile da affrontare in quanto parzialmente ancora sommerso, invisibile, difficile da osservare e, quindi, da quantificare.

Il consumo di alcol è molto diffuso tra gli adulti ed è una delle principali cause di incidenti sulla strada; è legato ad una "cultura del bere" molto radicata e difficile da scardinare. Lo stesso dicasi per l'uso di sostanze stupefacenti.

Come rilevato dal Piano regionale per la Salute ed il Benessere sociale 2006-2008, anche il disagio psichico è sempre più diffuso, ma la società è ancora poco preparata a riconoscerlo e ad accettarlo: spesso identifica il malato con la sua malattia, dimenticando che è una persona, ed è molto diffidente nei suoi confronti. Il malato e la sua famiglia devono far fronte, quindi, a difficoltà non soltanto di tipo sanitario (riconoscere e accettare la malattia, curarla, ecc.) ma, anche, di tipo sociale, frutto di atteggiamenti colpevolizzanti o autocolpevolizzanti, pregiudizi e diffidenza che producono isolamento ed emarginazione. Tale situazione è acuita dal fatto che questi malati hanno difficoltà a trovare un lavoro e a vivere una vita sessuale ed affettiva; facilmente circuibili, si mettono in situazioni di rischio a diversi livelli: ci sono casi di dipendenze da sostanze psico-attive o da gioco d'azzardo e da giochi in borsa (attraverso internet).

Tra i **problemi e bisogni** rilevati vengono segnalati:

- a) una scarsa disponibilità finanziaria e la tendenza a vivere al di sopra delle proprie possibilità, per cui *si fa fatica ad arrivare a fine mese* con un conseguente aumento dei costi sociali per le famiglie separate (SA 2-AO). Aumenta il bisogno di *sostegno a persone con disagio sociale* al fine di garantire il soddisfacimento dei bisogni primari (mangiare, avere una casa e un lavoro) e relazionali minimi, ritenuti accettabili; *poter ottenere alloggi a prezzi equi* (SA AO);
- b) la difficoltà a *fare progetti a lungo termine* (SA 2-AO);
- c) la difficoltà a *trovare spazi per stare in famiglia* (SA 2);

- d) *la mancanza di tempo libero per socializzare (SA 2), per cui si richiedono opportunità di incontro, svago, confronto e crescita collettiva (SA 2-3) e tempo libero per coltivare hobby (SA 2);*
- e) *la scarsa solidarietà nell'aiutarsi e nel chiedere aiuto, in particolare quando ci si trova in difficoltà per l'assistenza ai minori (SA 2), quando si è soli e si ha bisogno di assistenza a seguito di traumi o malattie (SA 3) e quando si deve far fronte ad un malato che non intende rivolgersi ai servizi o interrompe il percorso di cura (SA 4). Di qui il bisogno di: riconoscere tempestivamente l'insorgere di patologie e prevenire fasi di acuzie e ricadute (gravi stati depressivi che preludono il suicidio, depressioni post-parto, Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) (SA 4); essere assistiti a casa (SA 3); avere servizi personalizzati (SA 4); vedere garantita la continuità degli operatori (SA 4); essere supportati nella ricerca di una propria autonomia (SA 2 AO e 1). Viene rilevato anche il bisogno della famiglia di essere sostenuta e accompagnata nella comprensione della malattia del congiunto e coinvolta nel percorso di cura (SA 4);*
- f) *l'aumento delle situazioni di isolamento agito e/o subito in cui vivono, in particolare, persone con problemi psichiatrici (SA 2-AO) a seguito di colpevolizzazione sociale ed auto-colpevolizzazione e degli stili di vita, (SA 4). Si evidenzia il bisogno di vivere in un contesto sociale e in una comunità accogliente e preparata a riconoscere ed accettare la patologia psichiatrica (SA 4).*

A fronte di tutte queste esigenze, i Sub-ambiti hanno immaginato **strategie ed azioni** con le quali il Piano di Zona potrebbe intervenire.

Rispetto al bisogno di *sostegno a persone con disagio*:

- ✓ promuovere l'agio piuttosto che prevenire/trattare il disagio (SA 2);
- ✓ individuare forme di supporto per adulti in situazione di disagio e disabili (SA 3)
 - legando le forme di partecipazione alla spesa sanitaria all'IRSE (SA 1).

Rispetto al bisogno di *avere opportunità d'incontro, svago, confronto e crescita collettiva*:

- ✓ promuovere la cultura dell'incontro, dell'aggregazione e della socializzazione (SA 1)
 - valorizzando il ruolo dello sport per bambini, giovani e disabili (SA 1);
 - educando al valore della solidarietà per una cittadinanza attiva (SA 2 AO-3);
- ✓ migliorare l'accesso ai servizi finalizzati all'aggregazione (SA 1)
 - individuando forme di coordinamento per l'organizzazione dei vari spazi di aggregazione al fine di migliorare l'accesso (SA 1-2), che interessino il Comune, la Pro-loco e le associazioni (SA 2);
 - creando modelli di azione integrata tra gli attori coinvolti nell'erogazione dei servizi (SA 2 AO);
 - utilizzando il passa parola, i volantini, le biblioteche e le parrocchie, le e-mail, gli sms per migliorare il livello conoscitivo dei servizi e degli spazi adibiti all'aggregazione (SA 2).

Rispetto al bisogno di *trovare spazi per stare in famiglia*:

- ✓ incentivare politiche del lavoro che favoriscano i tempi di cura (SA 3).

Rispetto al tema del consumo *di alcol e di sostanze stupefacenti*:

- ✓ passare dalla cultura della "tolleranza" per l'abuso di alcol e stupefacenti alla cultura che vede in questo atteggiamento una malattia da curare (SA 1)

- promuovendo e migliorando l'informazione e la comunicazione sul tema e sui servizi offerti per la dipendenza da alcol (SA 1);
 - incentivando il collegamento e la collaborazione dei Medici Medicina Generale con i servizi per la dipendenza da alcol (SA 1);
- ✓ migliorare l'offerta dei servizi che contrastano le dipendenze attraverso interventi di educazione alla salute, azioni di prevenzione e/o informazione integrata con Forze dell'Ordine, scuola, sanità, medici e pediatri
- realizzando comunità alloggio per soggetti alcolodipendenti;
 - realizzando comunità di mutuo aiuto.

Rispetto al tema del *disagio psichiatrico*:

- ✓ investire risorse per il disagio psichiatrico (SA 1) e sensibilizzare le realtà territoriali nei confronti del malato psichiatrico (SA 4)
- realizzando strutture semi-residenziali per malati psichiatrici (SA 1);
 - organizzando eventi pubblici, attività visibili e di pubblica utilità per la sensibilizzazione della comunità rispetto ai problemi del malato psichiatrico (SA 4);
 - coinvolgendo la popolazione in attività organizzate dai servizi (corsi, laboratori ecc.) (SA 4);
 - collaborando con i medici di base quali operatori che entrano per primi in contatto con il problema psichiatrico e fungono da connettori con le risorse/servizi (SA 4);
 - garantendo una formazione mirata nei confronti dei medici rispetto al riconoscimento precoce dei sintomi e alle risorse disponibili verso le quali, eventualmente, indirizzare la persona (SA 4);
 - incrementando i servizi territoriali esistenti con settori specifici per persone con disturbo psichiatrico (assistenza domiciliare, assistenza infermieristica, incremento dell'educativa territoriale) (SA 4);
 - sostenendo la persona affetta da patologia psichiatrica negli ambienti di lavoro e di vita (SA 4);
 - garantendo spazi temporali e ambientali dedicati agli incontri d'équipe (SA 4);
 - garantendo la continuità degli operatori (SA 4);
 - diversificando e personalizzando l'offerta dei servizi (SAD, ADE, Assistenza infermieristica, psicoterapia), adeguandola alle diverse situazioni patologiche e familiari rispondendo anche ad esigenze di "bassa protezione" (comunità alloggio) (SA 4).

Rispetto al tema della *disabilità*:

- ✓ promuovere la cultura della disabilità per superare le barriere di ogni tipo (SA 1).

Situazione attuale degli interventi

Per quanto riguarda il **disagio sociale**, i servizi sono generalmente impreparati a dare risposte adeguate alle richieste di aiuto (SA 2 AO) e si è incapaci di coinvolgere gli adulti nelle attività di aggregazione già attivate nel territorio (SA 2).

Per quanto riguarda gli **adulti soli e non, in situazione di disabilità o non autosufficienza** anche solo temporanea, si rileva la mancanza di strutture di accoglienza temporanea; l'assistenza domiciliare è orientata prevalentemente alla cura dell'anziano e non si fa adeguatamente carico delle esigenze degli adulti; la rete dei trasporti non è adeguata al tipo di territorio ed alle esigenze dei suoi abitanti (SA 3).

Per quanto riguarda **la salute mentale**, nel corso degli anni la filiera dei servizi è andata arricchendosi, ma permangono importanti lacune sia nell'attivazione di alcuni servizi che nel miglioramento e potenziamento di quelli già esistenti. Nel SA 4, in particolare, si rilevano carenze legate alla quantità ed alle modalità organizzative ed operative delle risorse. In senso generale, si ritiene che:

- i servizi sono poco conosciuti ed accettati;
- non esiste a livello distrettuale un'équipe stabile e preposta alla sola attività psichiatrica, ma viene costituita al bisogno, tutto avviene in funzione della motivazione e del tempo che i singoli riescono a mettere a disposizione; inoltre, vi sono difficoltà a lavorare in équipe per motivi di ordine organizzativo (le stesse stanze sono utilizzate da più figure professionali e questo rende rigidi gli orari di presenza) e per mancanza di tempo;
- il numero degli operatori (in particolare degli psicologi) è insufficiente al bisogno; non c'è spazio per pensieri e progetti di tipo preventivo; si rincorre l'urgenza;
- il turn-over degli operatori convenzionati disincentiva la domanda (bisogno di continuità);
- gli operatori dei servizi territoriali (assistenza domiciliare, educativa territoriale) sono poco formati;
- i servizi sono pensati in funzione delle risorse disponibili e non dei bisogni delle persone; succede che alcune strutture, ad esempio il centro diurno di Donnas, siano sottoutilizzate. Il mancato utilizzo è imputato al fatto che gli utenti che se ne dovrebbero giovare non ne riconoscano la necessità; inoltre, la retta, che è analoga e non proporzionata a quella dei servizi residenziali, ne ostacola l'accesso;
- il servizio psico-socio-educativo territoriale per attività di socializzazione, educativo-riabilitative, di reinserimento sociale è poco utilizzato dagli operatori;
- la normativa sulla privacy, in alcuni casi, ostacola i percorsi perché impedisce ai familiari di essere informati sui progetti terapeutici del paziente;
- le difficoltà aumentano in presenza di utenti extracomunitari per difficoltà di comunicazione e di relazione a causa degli ostacoli culturali e linguistici;
- il coinvolgimento di volontari non appartenenti ad un'associazione all'interno delle strutture è ostacolato dalla necessità che siano assicurati.

Si evidenzia la **richiesta** di:

- aumentare l'organico di operatori sociali (assistenti sociali, educatori, ecc.) (SA 2 AO);
- un servizio infermieristico domiciliare ed un servizio di assistenza domiciliare psichiatrica perché se l'utente non è seguito a domicilio, dopo la dimissione, si rischiano riacutizzazioni della malattia;
- interventi di sostegno alle famiglie atti a promuovere la formazione di gruppi di mutuo aiuto ed ogni altra forma di terapia familiare;
- il proseguimento della formazione ai medici di medicina generale in materia di riconoscimento dei sintomi e risorse disponibili;
- attività di sensibilizzazione a largo raggio;

- servizi che permettano la permanenza al proprio domicilio per i non autosufficienti ai quali prima badavano i genitori;
- strutture che accolgano e accompagnino la persona a trovare una propria autonomia;
- potenziare i servizi attualmente rivolti quasi unicamente agli anziani, adattandone la funzionalità anche alle esigenze di adulti in temporanea situazione di disagio-non autosufficienza (SA 3);
- incrementare e qualificare il volontariato per poter rispondere ad alcuni bisogni a fronte di riduzioni di risorse economiche (SA 2 AO-3);
- individuare diverse modalità di rapporto tra Enti Locali, Azienda USL Valle d'Aosta, RAVA e Terzo settore al fine di migliorare la comunicazione, creare collaborazioni/sinergie costruendo una rete di servizi (SA 2 AO).

Tabella 20 - Servizi/interventi per le dipendenze a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Amministratore di sostegno	X					
Assistenza post penitenziaria	X					
Attività di prevenzione e repressione						(Forze dell'Ordine)
Centro counseling per consumatori/abusatori				X		
Centro riabilitativo alcolologico diurno (CRAD)				X		
Centro servizio sociale adulti						(Ministero di Giustizia)
Comunità di recupero per tossicodipendenti	Nus (Coop. Bourgeon de vie)			Sarre (Coop. La Svolta)		
Gruppi di auto-mutuo aiuto per alcolisti, amici e familiari di alcolisti, famiglie con problemi alcolcorrelati					AA: Alcolisti Anonimi Al-Anon: Gruppi di familiari e amici di alcolisti CAT: Club Alcolisti in trattamento e famiglie	
Pasti a domicilio		X				
Servizio ambulatoriale e territoriale per le dipendenze patologiche (Ser.T.)				Per la presa in carico di tossicodipendenti e alcolodipendenti		
Servizio di assistenza domiciliare		X				
Servizio Dipendenze patologiche, Salute mentale e Promozione della salute	X					
Servizio sociale professionale	X					
Servizio specialistico residenziale per soggetti con patologie invalidanti correlate all'abuso di sostanze				Convenzione con coop. Bourgeon de vie	Nus (Coop. Bourgeon de vie)	

Si segnala, inoltre, il Progetto Premia della Comunità Montana Grand Combin, attivato in collaborazione con l'Assessorato regionale sanità, salute e politiche sociali, con lo scopo di mettere in atto azioni di sensibilizzazione sulle tematiche della prevenzione e sui corretti stili di vita.

Tabella 21 - Servizi/interventi per il disagio mentale a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare educativa per utenti psichiatrici	X					
Attività				Terapie farmacologiche,		

ambulatoriale psichiatrica				colloqui psicoterapeutici, visite domiciliari e presso strutture, terapie long acting.		
Attività di volontariato					Ascolto, consulenza, supporto psicologico, formazione Attività di volontariato per animazione, socializzazione, sensibilizzazione, formazione, ecc.. (Associazione Diapsi)	
Centro diurno				Donnas, Aosta (Cooperativa Arc en ciel)		
Comunità terapeutiche riabilitative	Sarre (Mont Fallère), Châtillon (La Lumière) (programmi terapeutici individualizzati finalizzati al recupero e allo sviluppo delle risorse relazionali e di autonomia in un ambiente di vita comunitario con assistenza h. 24/24. Accesso previo parere del Dipartimento di salute mentale)			Donnas e fuori Valle (programmi terapeutici individualizzati finalizzati al recupero e allo sviluppo delle risorse relazionali e di autonomia in un ambiente di vita comunitario con assistenza h. 24/24. Accesso previo parere del Dipartimento di salute mentale)		
Corsi psico-educazionali					(Associazioni)	
Gruppi di auto-mutuo aiuto					Per utenti e famigliari (Diapsi)	
Gruppo appartamento	Aosta (Coop. Arc en Ciel)					
Servizio di psicologia per adulti				Per psicoterapie e colloqui di sostegno		
Servizio psico-socio-educativo territoriale	Attività di socializzazione, educativo-riabilitative, di reinserimento sociale					
Servizio psico-socio-educativo territoriale					Per attività di socializzazione, educativo-riabilitative, di reinserimento sociale	
Servizio sociale professionale	X			X		
Centro di ascolto per famigliari					(Diapsi)	
Corsi di formazione				X		

Tabella 22 - Servizi/interventi per il disagio mentale a valenza territoriale SUB-AMBITO 1

Nel Sub-ambito 1, si segnala la disponibilità di locali comunali per attività di socializzazione e terapeutiche a favore di utenti psichiatrici. Per quanto riguarda i servizi sul tema del disagio sociale, oltre a quanto elencato per gli altri due fenomeni, segnaliamo ancora:

Tabella 23 - Servizi/interventi per il disagio sociale a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Attività di consulenza					(Centro aiuto alla vita, Viola)	(CISL, CGIL, SAVT)
Gruppo appartamento					(Centro di aiuto alla vita)	

Tabella 24 - Servizi/interventi per il disagio sociale a valenza territoriale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare (SAD)		Tutte	Aosta			
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		Tutte	Aosta			
Telesoccorso		Monte Cervino	Aosta			

Tabella 25 - Servizi/interventi per la disabilità a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza alla vita indipendente	X					

Centro Educativo Assistenziale (CEA)	Aosta, Quart, Hône, Châtillon, Champdepraz				Saint-Vincent (Coop. Nella) Châtillon (La Lumière)	
Comunità protetta	Montjovet					
Soggiorni di vacanza	X					

L'AUMENTO DELL'IMMIGRAZIONE

Negli ultimi anni, richiamati dalle opportunità di lavoro e da normative incentivanti, gli stranieri presenti nella Regione sono notevolmente aumentati. Non tutti sono residenti (alcuni hanno soltanto il permesso di soggiorno) e la loro presenza non è omogeneamente distribuita sul territorio. Si tratta prevalentemente di giovani e adulti in età lavorativa, occupati stagionalmente nel settore agricolo ed edile, ma, negli ultimi anni, conseguentemente al fenomeno dei ricongiungimenti familiari e del badantato, sono aumentate anche le donne ed i minori.

Le differenze linguistiche, culturali e religiose, oltre che una reciproca diffidenza, ostacolano la comunicazione e, quindi, l'integrazione. Gli stranieri fanno fatica ad inserirsi nelle nostre comunità e tendono ad aggregarsi tra loro formando dei "clan"; questo favorisce la creazione di veri e propri "ghetti", che non fanno che esasperare le difficoltà già presenti: la concentrazione in uno spazio fisico (urbano, scolastico, ecc.) rende gli stranieri ancor più visibili e assume agli occhi della popolazione locale le caratteristiche di una vera e propria "occupazione". Gli stranieri sono, inoltre, più esposti di altri al rischio di povertà economica e psico-sociale a causa della lontananza dai familiari e della precarietà occupazionale ed economica.

In questo contesto, si rilevano alcuni **problemi e bisogni**:

- a) *le difficoltà di adattamento, comunicazione e integrazione* dovute alle differenze linguistiche, culturali e religiose, ma anche all'idea che "tutto è dovuto" (pretesa di servizi ad hoc, di testi scritti nella loro lingua, ecc.). Si evidenziano in particolare:
 - ✓ difficoltà di accesso all'informazione e, per le donne, poca cultura del diritto (audizioni dell'Ufficio di Piano con le Forze dell'Ordine);
 - ✓ mancanza di segnaletica in lingua straniera in uffici e luoghi pubblici (SA 3).
 A questo problema è riconducibile il bisogno di *integrazione*;
- b) *l'instabilità lavorativa ed economica*: le persone giungono con la speranza di trovare un lavoro; se lo trovano è sovente solo stagionale, con conseguenti difficoltà sul piano economico. Di qui l'esigenza di godere di *stabilità lavorativa ed economica*;
- c) *la difficoltà a reperire un'abitazione adeguata* in quanto le richieste sono superiori alle offerte, i costi sono elevati; spesso vengono loro affittate abitazioni non idonee e poco decorose. La richiesta conseguente è quella di *avere un'abitazione decorosa*;
- d) *la lontananza dai familiari (SA 2) e le problematiche del ricongiungimento familiare* per i tempi, le procedure e le difficoltà legate all'inserimento dei minori (SA 2);
- e) *il disagio sociale che si manifesta attraverso una maggiore incidenza delle psicopatologie, delle dipendenze e della violenza sulle donne*;

Per far fronte a questa situazione, i Sub-ambiti propongono alcune **strategie ed azioni**.

Rispetto al bisogno di *integrazione*:

- ✓ favorire l'integrazione degli immigrati (SA 3)

- evitando la ghettizzazione (SA 1);
- agevolando progetti di inserimento a favore dello straniero (SA 2);
- aumentando la conoscenza (compresa quella dello specifico territorio) e la comprensione reciproca (SA 3);
- offrendo maggiori occasioni di incontro e condivisione;
- coinvolgendo gli stranieri nella vita delle comunità locali;
- creando un unico punto di riferimento tra noi e loro (SA 3);
- creando punti di informazione (SA 3);
- formando gli operatori al fine di abbattere le barriere culturali esistenti (SA 3);
- aumentando i mediatori interculturali, non solo nelle scuole, ma anche per interventi mirati agli adulti ed alle donne.

✓ rivedere il ruolo del mediatore culturale (SA 2) nella direzione di una figura *super partes*, capace di lavorare non soltanto per l'integrazione tra lo straniero e i residenti, ma anche tra i residenti e lo straniero.

Rispetto al bisogno di *stabilità lavorativa ed economica*:

✓ far emergere il lavoro nero degli immigrati, garantire migliori condizioni di lavoro e maggiore stabilità lavorativa (SA 3).

Rispetto al bisogno di avere un'abitazione decorosa, si ritiene fondamentale garantire un'abitazione a prezzi equi (SA2).

Situazione attuale degli interventi

Si registra un aumento significativo e continuo delle attività e dei servizi rivolti agli stranieri, conseguente all'aumento degli stessi, a una maggiore presenza di donne e bambini e a un'aumentata sensibilità nei confronti dei bisogni di mediazione e informazione.

Tra le criticità segnalate in riferimento al sistema dei servizi, si rileva che:

- le norme per ottenere la residenza sono molto rigide e restrittive e non facilitano l'integrazione ed il ricongiungimento familiare; aumenta, così, il rischio che le stesse vengano ignorate, con un incremento della clandestinità (SA 2);
- negli uffici e nei luoghi pubblici manca la segnaletica in lingua straniera (SA 3);
- il mediatore interculturale svolge un ruolo non sempre positivo: anziché limitarsi ad essere un facilitatore culturale, troppo spesso incentiva comportamenti opportunistici da parte dello straniero (SA 2);
- nei casi di violenza sulle donne, le Forze dell'Ordine intervengono solo su segnalazione di emergenza o denuncia; i numeri delle denunce, però, come già evidenziato, sono molto bassi e non esiste una banca dati interforze. Si segnala, comunque, come aspetto positivo la collaborazione con le associazioni.

Tabella 26 - Servizi/interventi a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Agevolazioni e contributi economici come da normative	X		X			(ARER)
Ambulatorio medico del SISI				rivolto agli immigrati con tesserino s.t.p. che non possono iscriversi al servizio sanitario regionale e che non		

				possiedono il permesso di soggiorno e l'eventuale dichiarazione di indigenza (Aosta)		
Centro Comunale Immigrati Extracomunitari (CCIE)			Aosta, Morgex, Châtillon, Verrès in collaborazione con RAVA per percorsi di orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale; consulenza agli enti che lavorano con gli immigrati; interazione con gli interlocutori del territorio; attività di ricerca e monitoraggio; servizio di incontro con i detenuti stranieri della casa circondariale di Aosta			
Casa di accoglienza					"Abri M. Vincent" (uomini) e "Casa nostra" (donne) – (Caritas)	
Centro di Ascolto					Aosta (Caritas)	
Corsi di alfabetizzazione					(Rayon de soleil)	(Centro Territoriale Permanente – CTP)
Lo Arcolaio	Sede secretata; accoglie donne maltrattate					
Magazzino Caritas					(Caritas)	
Percorsi di alfabetizzazione linguistica e di formazione	Agenzia del Lavoro					
Servizio di mediazione interculturale	Elenco regionale e servizio che opera nelle aree dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, ospedaliera e dell'istruzione				Ali e radici (Coop. La Sorgente) (Rayon de soleil)	
Sportello donna					(Ass. Uniendo Raices)	
Sportello informativo			Aosta, Morgex, Châtillon, Verrès	Sportello informativo per la salute degli immigrati (SISI): fornisce informazioni di carattere sanitario ai cittadini stranieri presenti sul territorio valdostano residenti, domiciliati, temporaneamente presenti (Aosta)	(Caritas)	(CGIL, CISL, SAVT)
Sportello Unico per l'Immigrazione	X					
Tavola Amica					(Caritas)	
Ufficio stranieri						(Questura)

Si segnalano, inoltre:

- il Progetto Cavahn (attivato nel 1999, si è occupato di immigrazione e mediazione interculturale);
- il Consiglio Territoriale per l'immigrazione, che ha il compito di svolgere un'analisi delle esigenze emergenti e di promuovere interventi da attuare a livello regionale;
- la presenza di numerose associazioni di immigrati extracomunitari (Uniendo Raices, Lega Islamica Valle d'Aosta, ecc.).

Tabella 27 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2 - AOSTA

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Dormitorio pubblico			1			
Servizio pubblico docce			X			

Tabella 28 - Servizi/interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 3

Si segnala un'ordinanza del sindaco e la delibera del Consiglio comunale di Châtillon per richiedere l'agibilità dell'alloggio affittato agli immigrati.

Tavolo Tematico Anziani (65 anni ed oltre)

La popolazione anziana, in Valle d'Aosta come in Italia, ha conosciuto una profonda trasformazione determinata dai cambiamenti avvenuti nella struttura demografica e nell'assetto sociale e produttivo del Paese e, per questo motivo, seppur meglio protetta rispetto al passato dal rischio di povertà economica assoluta, risulta sempre più esposta a rischi di vulnerabilità sociale e sanitaria, conseguentemente alla perdita dell'autosufficienza, alla solitudine e all'indebolimento delle reti di sostegno familiare.

L'attenzione del programmatore è richiamata principalmente su **due fenomeni** che accomunano indistintamente tutti i Sub-ambiti: l'invecchiamento della popolazione anziana e l'aumento delle situazioni di isolamento e solitudine.

Il tema dell'**invecchiamento della popolazione** pone l'accento sull'aumento degli anziani non-autosufficienti e sulle crescenti problematiche connesse all'assistenza in una società sempre meno capace di farsi carico dei suoi membri più deboli.

Il tema dell'aumento delle situazioni di **isolamento e solitudine**, che ha toccato trasversalmente tutti i Tavoli Tematici, è invece correlato a problemi quali la perdita del ruolo sociale, la povertà relazionale ed economica, il confronto con una società "nemica" e devalorizzante, che fanno sì che l'anziano si senta inutile, escluso, incapace di integrarsi e di rappresentarsi all'interno della famiglia e della società, esponendolo ad un aumentato rischio di disagio sociale e psichico.

Il Sub-ambito 3 ha dedicato un'attenzione particolare alle problematiche degli **anziani che sono genitori di figli disabili** e che spesso devono confrontarsi non soltanto con i problemi naturalmente connessi all'assistenza di un figlio disabile nel quotidiano e in situazioni improvvise ed imprevedibili, ma anche con la preoccupazione del futuro, del "dopo di noi"; risulta indispensabile censire i nuclei aventi queste caratteristiche ed intervenire a loro favore garantendo un supporto (istituzionale e non) e promuovendo la conoscenza dei servizi offerti sul territorio.

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Come in Italia e nel resto dei paesi industrializzati, anche in Valle d'Aosta, conseguentemente al miglioramento delle condizioni di vita ed ai progressi della medicina, la durata della vita media si è allungata. Questo ha determinato non soltanto un aumento della popolazione anziana, ma anche una modifica della sua composizione e delle relazioni tra generazioni: sono sempre più numerose, infatti, le persone che superano gli 80 anni, i cosiddetti "grandi vecchi", e, di conseguenza, gli anziani soli (per effetto della perdita del coniuge, dei figli, ecc.), fragili e/o non-autosufficienti (a causa dell'incidenza di patologie croniche ed invalidanti a forte valenza sanitaria) ed i figli anziani; parallelamente, aumenta il divario generazionale e si pongono nuovi problemi di coesistenza e di relazione tra le vecchie e le nuove generazioni.

L'aumento delle necessità e della complessità assistenziale, sia sociale che sanitaria, ha ricadute negative sulla famiglia e sull'anziano. La famiglia, che a causa dei cambiamenti che l'hanno attraversata mostra già normalmente oggettive difficoltà a farsi carico dei suoi membri più deboli, è

posta, in questo caso, in una condizione di particolare stress e, quindi, di maggiore fragilità. Questo espone l'anziano ad un aumentato rischio di disagio sociale e psichico e di dipendenza dai servizi. Il lavoro di cura è, infatti, sempre più affidato a terzi: si rileva, in particolare, un aumento del numero delle badanti straniere, con tutti i problemi che questo comporta dal punto di vista economico e gestionale. Pur in presenza di cospicui interventi da parte dell'Ente Pubblico (vedi Legge regionale 22/93 e successive modificazioni; molti servizi, ecc.), per tante famiglie il costo e l'impegno personale richiesto a supporto permangono onerosi.

ISOLAMENTO E SOLITUDINE

La popolazione anziana della Regione sembra essere sempre più sola ed isolata all'interno della società e della famiglia: sono in aumento i nuclei unipersonali composti da anziani e le situazioni di disagio sociale e psichico. Questo è dovuto alla combinazione di diversi fattori per lo più indipendenti dal fatto di essere anziano e per i quali l'anzianità diventa semmai un'aggravante:

- a) la modifica dei valori e l'indebolimento delle reti familiari e sociali: rispetto al passato, la diversa composizione ed organizzazione familiare, i ritmi quotidiani, l'imporsi di modelli e stili di vita ancorati ai miti della bellezza e della giovinezza altamente competitivi e consumistici, ecc. fanno sì che gli scambi intergenerazionali, amicali e di vicinato siano notevolmente ridotti, che la cultura ed i valori di cui sono portatori gli anziani siano poco valorizzati, che l'anziano rivesta un ruolo sempre più marginale in seno alla società ed alla famiglia, diventando un peso di cui la famiglia stessa non riesce più a farsi carico al suo interno;
- b) il territorio regionale è caratterizzato dalla presenza di luoghi fisicamente isolati (villaggi, frazioni, case singole e sparse) o di piccola dimensione, spopolati e lontani dai servizi, e in cui le opportunità di socializzazione mancano o sono ridotte, le associazioni di volontariato sono poco presenti e si può contare solo sulla famiglia;
- c) la società è molto complessa, evolve molto velocemente (nuove tecnologie, novità legislative, ecc.) e richiede ai suoi membri continui e repentini riadattamenti, che escludono tutti coloro che non riescono a stare al passo;
- d) l'accesso ai servizi, inteso sia come possibilità fisica di accedere agli stessi sia come possibilità di agire un diritto, diventa sempre più difficile a causa delle molte barriere architettoniche, organizzative, gestionali, operative, ecc.;
- e) la differenza di genere può incidere: il fenomeno della solitudine investe maggiormente le donne che vivono più a lungo degli uomini;
- f) nell'anziano il rischio di solitudine e isolamento è già normalmente aumentato da una serie di elementi ed eventi di ordine caratteriale (l'anziano è tendenzialmente pigro, difficile da stimolare e coinvolgere, ha difficoltà ad interloquire con gli altri, ecc.) e sociale (il pensionamento, l'uscita di casa dei figli, la perdita del coniuge).

In questo contesto, la persona anziana non può che sentirsi inadeguata, inutile, sola, esclusa. Aumentano, quindi, il senso di insicurezza e di paura ed il rischio di disagio sociale e psichico.

Si tratta di un fenomeno silenzioso e difficile da quantificare, ma la scarsa capacità di integrazione sociale dell'anziano traspare anche dalla difficoltà che ha nel trovare forme di "rappresentatività".

Dai due fenomeni descritti discendono una serie di **problemi e bisogni** piuttosto simili che possono essere così riassunti:

- a. *l'aumento delle necessità assistenziali* (ad esempio, l'anziano solo con fragilità mentali non è in grado di gestire il proprio patrimonio) e *sanitarie* (SA 1-2-4), per l'emergere di patologie sempre più croniche, gravi ed invalidanti e di difficile gestione in famiglia (SA 1), che determinano un bisogno di *risposte flessibili, adeguate alle diverse patologie e necessità assistenziali per prevenire e/o ritardare l'istituzionalizzazione*;
- b. *la difficoltà e l'isolamento nell'accedere alle informazioni ed ai servizi* (SA 1-2 AO-2-3-4), in particolare per coloro che sono soli e vivono lontani dai principali centri abitati e/o dai servizi stessi (SA 1-2-3), a causa della scarsa conoscenza degli stessi (SA 2), del loro costo (SA 1-2 AO-2-4) soprattutto con l'applicazione dell'IRSE, della conformazione del territorio, della varietà e dispersione degli uffici (numerosi, con diversità di orari di apertura, distanti gli uni dagli altri), della carenza e/o inadeguatezza della rete territoriale dei trasporti (SA 1-2-3), della rapidità con cui evolve il sistema normativo (SA 3) e della complessità degli iter burocratici (SA 2 AO-3). Ne deriva il bisogno di *conoscere i servizi presenti sul territorio e di semplificare le modalità di accesso e di utilizzo dei servizi*;
- c. *la difficoltà di comunicazione e la rarefazione dei rapporti interpersonali* (SA 1-2 AO-2-3-4) con un conseguente *aumento del rischio di solitudine ed isolamento*, in particolare per gli anziani over 80 che escono di meno, hanno meno contatti e relazioni (SA 4). Gli anziani sono refrattari a farsi coinvolgere in momenti di socialità, di aggregazione (ad esempio i centri diurni), di pubblica utilità (SA 2-4) perché prigionieri di apatia, tendenza a rinchiudersi in se stessi e a lasciarsi andare, depressione, soprattutto se non più impegnati in attività lavorative (SA 1-2-3). Da non trascurare, inoltre, il fatto che lo sviluppo di nuove tecnologie abbia modificato gli strumenti e le modalità di comunicazione senza tener conto delle esigenze e delle competenze dell'anziano (SA 1-2). Ne deriva il bisogno di *mantenere relazioni sociali, avere punti di riferimento e occasioni di ascolto e confronto*;
- d. *la difficoltà delle famiglie a garantire sostegno e/o assistenza ai propri famigliari* (SA 2 AO-2-3-4) soprattutto se in situazioni sanitarie precarie (SA 3), perché non riescono a conciliare l'attività lavorativa e l'impegno nell'assistenza, a causa dell'instabilità del lavoro e della poca flessibilità degli orari di lavoro (SA 2 AO); in caso di over 80, perché sono anziani a loro volta (SA 4), con il rischio che la cura dell'anziano venga interamente delegata ai servizi e, in caso di inserimenti in struttura, che lo stesso venga letteralmente abbandonato. Di qui il bisogno per i famigliari che si occupano di persone non autosufficienti di *mantenere l'equilibrio familiare, di essere sostenuti psicologicamente, di avere momenti di sollievo* (SA 2), *di godere di stabilità e/o orari lavorativi atti a facilitare il lavoro di cura* (SA 2-AO);
- e. *l'aumento delle situazioni di povertà economica* (SA 1-2 AO): l'anziano solo con un'unica pensione spesso deve affrontare spese onerose al di fuori delle sue possibilità (affitti, spese per cure dentistiche, medicinali, ecc.) ed ha, quindi, bisogno di *vedersi garantita la sicurezza dell'abitazione, l'assistenza sociale e sanitaria* (SA 3);
- f. *l'aumento del rischio di truffe, raggiri, furti, vessazioni, violenze e sfruttamento economico anche all'interno delle famiglie, ecc.* (SA 2 AO-4-UdP), da cui deriva un forte bisogno di *protezione e tutela dei propri diritti*;
- g. *l'aumento del salto generazionale e la perdita della testimonianza, del patrimonio di esperienza degli anziani, della memoria storica della famiglia* (SA 2 AO-3-4) con il

conseguente bisogno di *mantenere un ruolo e relazioni sociali significativi all'interno della famiglia e/o con le giovani generazioni, al fine anche di garantire la trasmissione generazionale* (SA 2 AO-4).

Per far fronte a questi problemi, sono state immaginate alcune possibili **strategie e azioni**.

Rispetto al bisogno di avere *risposte flessibili, adeguate alle diverse patologie e necessità assistenziali*:

- ✓ diversificare l'assistenza e, di conseguenza, i costi (SA 2 AO)
 - prevedendo strutture per lungo-degenti (SA 4);
 - ridestinando vecchie strutture e prevedendone di nuove a maggior valenza sanitaria all'interno dei distretti (SA 1-2-4);
 - potenziando e rendendo più flessibili gli interventi di SAD e ADI (SA 1-2-4);
- ✓ “sponsorizzare” e promuovere servizi e progetti a sostegno della disabilità (SA 2 AO)
 - coinvolgendo i privati (ad esempio, le banche) (SA 2 AO).

Rispetto al bisogno di *prevenire e/o ritardare l'istituzionalizzazione*:

- ✓ conoscere, quantificare, tipicizzare, monitorare la popolazione anziana con figli disabili a carico (SA 3) e quella sola e/o non conosciuta dai servizi (SA 1-3-4) individuando le cause di solitudine (SA 2)
 - usando dati già in possesso (emergenza caldo) (SA 2 AO);
 - diffondendo ed incrementando “servizi di prossimità” con una forte componente di volontariato (SA 2 AO);
 - istituendo la figura dell'operatore visitatore (SA 4) o dell'adest di quartiere (SA 1) che sonda i bisogni dell'anziano con la metodologia “porta a porta”;
 - creando una rete di auto-mutuo aiuto di quartiere o di villaggio (SA 4);
 - favorendo i rapporti di vicinato, dove esistenti (SA 3);
 - attivando forme di sostegno attraverso il volontariato, le parrocchie e gli anziani stessi (SA 3);
 - sensibilizzando i medici di base affinché segnalino ai servizi le situazioni di disagio conosciute (SA 2);
- ✓ “censire” la perdita di autonomia nella fase iniziale dell'invecchiamento o della disabilità (SA 2 AO)
 - facendo in modo che i Comuni monitorino gli anziani soli (SA 3);
- ✓ incrementare e potenziare la cultura della prevenzione (SA 2 AO)
 - promuovendo stili di vita capaci di incidere sull'invecchiamento per favorire un miglioramento della qualità della vita (SA 2 AO) anche organizzando incontri con consulenti su specifiche patologie (SA 2);
 - sensibilizzando i medici di base affinché segnalino ai servizi le situazioni di disagio conosciute (SA 2);
- ✓ favorire la cultura della domiciliarità (SA AO-3)
 - potenziando e rendendo più flessibili gli interventi di SAD e ADI (SA 1-2-4);
 - utilizzando le nuove tecnologie (SA 2 AO);
 - garantendo contributi economici per adeguare le abitazioni (SA 2 AO);
 - continuando a favorire il mantenimento dell'anziano al proprio domicilio (SA 3).

Rispetto al bisogno di *conoscere i servizi presenti sul territorio*:

- ✓ garantire l'informazione e promuovere la conoscenza dei servizi sul territorio attraverso:
 - campagne informative (SA 2 AO-3), sfruttando tutti i canali di informazione (istituzionali e non) e organizzando rubriche settimanali su TV, radio e giornali

- locali (RAI 3, Monte Rosa e Rete St. Vincent, Sentinella del Canavese, La Vallée, Gazzetta Matin) e prevedendo momenti informativi presso i Centri anziani (SA 4);
- Carta dei servizi (SA 1).

Rispetto al bisogno di *semplificazione delle modalità di accesso e di utilizzo dei servizi*:

- ✓ facilitare l'accesso ai servizi, compresi quelli destinati all'incontro e alla socializzazione (SA 2 AO-2-3)
 - diffondendo “punti unici” di accesso/informazione ai servizi (ad esempio, un numero verde anziani) (SA 2 AO) o creando uno sportello unico per l'anziano nel quale lo stesso possa trovare le prime informazioni (orari di apertura dei diversi uffici, loro ruolo e possibilità di supporto e assistenza) ed un primo supporto sulle pratiche burocratiche (SA 3);
 - migliorando/potenziando il sistema dei trasporti (SA 2-3), ad esempio approvando un provvedimento legislativo per incentivare le associazioni ad intervenire, attraverso convenzioni ed accordi, per offrire un servizio più efficiente e maggiormente adeguato alle esigenze dell'anziano (SA 2);
 - istituendo presso le associazioni un filtro per servizi (call-center) (SA 2);
 - semplificando l'informazione, affinché possa essere ben compresa dall'anziano (SA 2);
 - garantendo assistenza per il disbrigo delle pratiche amministrative (SA 3);
 - creando sportelli delocalizzati (anche aperti saltuariamente) ed informatizzando le procedure per il rilascio di certificati e prenotazioni (SA 3);
- ✓ supportare l'anziano per il disbrigo delle pratiche amministrative (SA 3)
 - utilizzando il personale addetto ai servizi domiciliari (SA 3);
- ✓ stimolare le varie istituzioni per azioni comuni relative ai trasporti, alla dislocazione geografica degli uffici e all'organizzazione degli stessi, atte a semplificare le modalità di accesso agli uffici e ai servizi (SA 3)
 - strutturando un “piano di ubicazione” degli uffici maggiormente frequentati dall'utenza anziana (SA 3);
 - attivando/potenziando il servizio di *Àllo bus* (SA 1);
 - utilizzando i volontari del soccorso ed i mezzi di trasporto delle Comunità Montane per migliorare i trasporti secondari dalle strutture periferiche verso l'ospedale e viceversa (SA 1).

Rispetto al bisogno di *mantenere relazioni sociali, avere punti di riferimento e occasioni di ascolto e confronto*:

- ✓ promuovere l'incontro e la socializzazione
 - creando/ampliando i luoghi e gli spazi di incontro e socializzazione in collaborazione con gli enti istituzionali e non, ad esempio le parrocchie (SA 2 AO-2-3);
 - attraverso la lettura di bollettini in modo da ottenere una miglior divulgazione delle informazioni (SA 2);
 - promuovendo attività di socializzazione atte a favorire l'inserimento dell'anziano nella vita sociale (SA 3).

Rispetto al bisogno di *mantenere un ruolo e relazioni sociali significative all'interno della famiglia e/o con le giovani generazioni, al fine anche di garantire la trasmissione generazionale*:

- ✓ promuovere una nuova cultura della Terza Età atta a superare i pregiudizi associati all'invecchiamento ed a valorizzare l'anziano come risorsa, favorendone l'inserimento sociale e l'autostima (SA 2 AO-3)

- attraverso campagne informative a mezzo stampa e televisione, manifestazioni di richiamo, conferenze, incontri, distribuiti sul territorio (SA 2 AO-3);
- creando occasioni (ad esempio, percorsi formativi) per reclutare anziani “validi” per le attività di volontariato (SA 1- 2 AO);
- coinvolgendo gli anziani in attività di volontariato di carattere sociale (SA 3) e rendendoli risorsa per i coetanei (SA 2 AO);
- dando continuità ad iniziative culturali e sociali di coinvolgimento attivo degli anziani nella vita sociale (SA 4);
- mappando le associazioni e gli enti presenti sul territorio nei quali l’anziano può prestare la sua opera compatibilmente con le sue possibilità (SA 3);
- ✓ promuovere la cultura dell’incontro, dell’aggregazione, della socializzazione (SA 1-3)
 - coinvolgendo attivamente nella vita sociale gli anziani (SA 4) quali portatori di risorse, competenze, memoria (SA 3);
 - sensibilizzando gli studenti delle scuole superiori rispetto all’anno di volontariato (SA 1);
 - dando continuità alle iniziative di carattere culturale e sociale organizzate in tal senso (SA 4);
- ✓ favorire e potenziare gli scambi generazionali (SA 2 AO)
 - realizzando condomini misti (SA 2 AO);
 - favorendo percorsi culturali e di sensibilizzazione generazionali (SA 2 AO).

Rispetto al bisogno di *protezione e tutela dei propri diritti*:

- ✓ prevenire il degenerare delle situazioni a rischio (SA 4)
 - conoscendole e monitorandole (SA 4);
 - organizzando campagne informative;
 - sensibilizzando i medici di base affinché segnalino ai servizi le situazioni di disagio conosciute (SA 2).

Rispetto al bisogno dei famigliari di *mantenere l’equilibrio familiare, essere sostenuti psicologicamente, avere momenti di sollievo, di godere di stabilità e/o orari lavorativi atti a facilitare il lavoro di cura*:

- ✓ sostenere operativamente ed incentivare economicamente i famigliari che assistono a domicilio i propri cari (SA 2-AO)
 - prevedendo ricoveri di sollievo (SA 2);
 - prevedendo una rete di sostegno e informazioni per i care-giver (SA 2 AO);
 - prevedendo “Unità di crisi” per sostenere la famiglia nei momenti particolarmente difficili (SA 2 AO);
 - prevedendo ulteriori sussidi, assegni di cura (vedi LR 44/98, LR 22/93, L. 104/92) (SA 2-2 AO);
 - garantendo un supporto istituzionale e non ai nuclei di genitori anziani con disabili anche tramite la collaborazione fra enti, pubblici e privati (SA 3);
 - promuovendo scambi sociali e ricreativi tra care-giver e assistiti (SA 2 AO);
- ✓ promuovere sinergie tra le politiche del lavoro e quelle assistenziali (SA 2 AO)
 - garantendo una maggiore flessibilità degli orari di lavoro (SA 2 AO).

Rispetto al bisogno di *vedersi garantita la sicurezza dell’abitazione, l’assistenza sociale e sanitaria*:

- ✓ supportare l’anziano dal punto di vista sociale e sanitario (SA 3)
 - prevedendo azioni di programmazione per sostegno al reddito (SA 2 AO);

- ridestinando le strutture residenziali non più consone all'uso iniziale verso utilizzazioni che rispondono alle esigenze abitative (comunità-alloggio, ecc.) (SA 1);
- individuando persone disponibili a svolgere il ruolo di amministratori di sostegno (SA 1),
- fornendo garanzie per prestiti per gli alloggi che possono essere reperiti sul mercato (SA 3).

Situazione attuale degli interventi

La Regione dispone di una rete assistenziale di rilevanti dimensioni e costi, organizzata in modo da mantenere il più possibile l'anziano presso il proprio domicilio.

La rete dei servizi è giudicata complessivamente di buon livello tanto che, in generale, non è emersa una valutazione negativa della qualità percepita, quanto la necessità di promuovere una qualità aggiunta. Da tempo funzionano le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e Ospedaliera (UVO), sono stati messi a punto protocolli di collaborazione e prassi per la presa in carico e sono stati approvati nel 2007 gli standard per le strutture. È buona la collaborazione tra il servizio di Assistenza domiciliare di quartiere promosso dal Comune di Aosta e le Forze dell'Ordine per il monitoraggio delle situazioni di fragilità. Nonostante questo, si rileva in particolare che:

- i servizi sono ancora insufficienti, sia da un punto di vista del domicilio che delle strutture. Per quanto riguarda le strutture, in particolare, i Sub-ambiti 2 e 2 AO segnalano che, visto il trend di crescita della popolazione anziana, i posti potrebbero non bastare;
- i servizi peccano anche di poca flessibilità e standardizzazione e non sono adeguati alla tipologia di utenza che è sempre più colpita da patologie invalidanti e ad alta complessità sanitaria; ne discende la richiesta di differenziare l'offerta in funzione delle diverse patologie e necessità assistenziali, di potenziare e rendere più flessibili i servizi domiciliari (SAD, ADI, ecc.), di ridestinare alcune strutture e di prevedere maggiori risposte sanitarie. Mancano, ad esempio, strutture per lungo-degenti e per soggetti terminali (Hospice) che possano accompagnare la famiglia e il soggetto stesso alla morte; alcuni servizi sanitari specialistici, di cui gli anziani hanno più necessità, sembrano avere lunghe liste di attesa (SA 1-2-3-2 AO-4);
- le informazioni sono poco diffuse ed i servizi esistenti (ad esempio, fornitura ausili, fruizione di servizi dedicati, previdenze economiche, ecc.) poco conosciuti, tanto che ad Aosta si sente l'esigenza di procedere ad una mappatura (SA 1, 2, 2 AO, 4);
- l'attività di volontariato e l'associazionismo sono insufficienti (SA 1-2 AO-2); ci sono difficoltà a reperire volontari (SA 4-2 AO) da destinare, ad esempio, ad interventi di socializzazione per l'anziano nelle strutture e a domicilio (SA 3-4) e mancano gruppi di auto-aiuto (SA 4-2 AO);
- manca un'ottica preventiva (SA 1);
- il coordinamento e la sinergia tra i vari attori coinvolti nell'assistenza sono carenti (SA 2 AO);
- gli operatori non sono adeguatamente formati; ne discende una richiesta di formazione costante e specifica (SA 2 AO);
- i diritti degli anziani non-autosufficienti non sono tutelati (SA AO);
- mancano spazi aggregativi (SA 2 AO) e i centri d'incontro faticano a svilupparsi adeguatamente, ma sono utili e forse dovrebbero essere adattati alle esigenze delle persone anziane (SA 2);

- la qualità dei servizi non è omogenea; ci sono, ad esempio, microcomunità in cui l'assistenza infermieristica è meno presente che in altre (SA 4);
- i famigliari che hanno un anziano in struttura dovrebbero essere maggiormente coinvolti nel progetto (SA 4);
- il pagamento dei servizi sulla base dell'indice IRSE costituisce un deterrente all'utilizzo degli stessi (SA 4);
- sono presenti ancora criticità nel passaggio di informazioni tra ospedale e territorio in fase di dimissione (SA 4);
- gli operatori segnalano difficoltà a monitorare gli anziani che vivono soli, in situazione di fragilità e che, per scelta o altri motivi, non sono in carico e/o non sono noti ai servizi (SA 4);
- le attività di sensibilizzazione, a diversi livelli, dovrebbero avvenire in modo meno sporadico (SA 4);
- la rete territoriale dei servizi di trasporto è inadeguata a far fronte alle esigenze degli anziani che vivono lontani dai maggiori centri abitati o dai servizi di interesse;
- alcune attività di socializzazione, aggregazione o pubblica utilità non riscontrano interesse da parte degli anziani.

Rispetto al *sistema dei servizi* si evidenziano le seguenti **strategie e azioni**:

- ✓ favorire la sinergia tra Istituzioni e Terzo settore, tra politiche socio-sanitarie e le politiche altre (lavoro, trasporti, tempo libero, scuola, ecc.), tra le iniziative pubbliche e private per passare da una "rete di servizi" a un sistema di "servizi in rete" (SA 2-2 AO-3-4), ad esempio
 - predisponendo uno spazio permanente a livello distrettuale rappresentativo di tutti gli attori del territorio (Ente Locale, Volontariato, Cooperazione, Sindacato) che lavorano a vari livelli a favore del benessere degli anziani. Questo organismo dovrebbe avere la funzione di "tenere insieme" la rete, di confrontarsi circa gli orientamenti in tema di politiche e strategie a favore degli anziani (SA 4);
 - fissando degli incontri semestrali per il Tavolo Tematico per dare continuità a questo lavoro e potersi confrontare (SA 1);
- ✓ investire nella formazione costante e specifica degli operatori e promuovere la "professionalità" del lavoro di cura (SA 2 AO);
- ✓ potenziare i servizi domiciliari
 - aumentando le risorse umane ed economiche (SA 3);
- ✓ stimolare, sostenere e coordinare l'attività di volontariato (SA 1-2 AO-2-3-4) con specifico riferimento all'animazione all'interno delle strutture (SA 4)
 - definendo un piano per la promozione della attività di volontariato fra gli anziani e il loro utilizzo come risorsa (SA 3);
 - agevolando chi decide di dare del tempo per gli altri per partecipare ad attività (tariffe agevolate) (SA 3).

Tabella 29 - Servizi e interventi a valenza regionale

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Amministratore di sostegno, tutore curatore	X					
Ascolto telefonico					S. Vincenzo, associazioni parrocchiali, Diapsi	
Banco Alimentare						Fondazione Banco Alimentare
Case di riposo private					Aymavilles	La Salle Cogne Aosta, (Refuge Père

						Laurent e J. B. Festaz) Châtillon, (Casa della Provvidenza) Donnas (Domus Pacis)
Comunità alloggio		Grand Combin				
Contributi per il ricovero i istituto o casa di riposo	X					
Contributi assistenza alternativa al ricovero come da L. R. n. 22/93	X					
Contributi regionali come da L. R. n. 19/94	X					
Corsi di formazione						CISL, SAVT
Corsi di riqualificazione da Adest in OSS e qualificazione in OSS	X					
Donazione volontaria sangue					AVIS	
Emergenza caldo			In collaborazione con Azienda USL e Tesan			
Fisiokinesiterapia ambulatoriale				X		
Fisiokinesiterapia domiciliare				X		
Gruppi auto-aiuto					Ass. Viola Ass. AVLAR	
Medico di base				X		
Nucleo Alzheimer				Aosta (J. B. Festaz)		
Nucleo Alzheimer						Donnas (Domus Pacis)
Patronati						Informazione svolgimento pratiche (pensioni, invalidità, assunzioni badanti, ecc.)
Près de toi, servizio informativo attraverso numero verde gratuito	X					
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)				Aosta (J. B. Festaz) Antey		
Ser.T.				X		
Servizio di assistenza domiciliare privato					Coop. Indaco, Oasi della Terza Età, Sole e Luna	
Servizio di consulenza/supporto familiare per il reperimento delle badanti					Coop. La Sorgente, Associazione Diritti Anziani, Caritas	
Servizio di trasporto per disabili (ATI)	X					
Servizio infermieristico a domicilio				X		
Servizio sociale professionale ospedaliero				X		
Servizio sociale professionale regionale	X					
Soggiorni termali		Valdigne- Mont Blanc				
Sportello "Informa"						Antea
Sportello per la conciliazione lavoro-famiglia rivolto ai dipendenti regionali	X					
Unità di assistenza prolungata (UAP)				Aosta (J. B. Festaz)		
Università della Terza Età						

Tabella 30 - Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 1

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare (SAD)		Valdigne-Mont Blanc, Grand Paradis				
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		Valdigne-Mont Blanc, Grand Paradis				
Attività sporadiche di animazione					ASPERT	
Centri incontro e spazi			Aymavilles			Morgex St-Pierre (autogest.)

aggregazione						Courmayeur Morgex (gruppi gestiti da ADEST) Villeneuve La Salle (ogni 15 giorni incontro parrocchia)
Compagnia telefonica e domiciliare					Cogne (parrocchia)	
Corsi vari			Pré-St-Didier			
Gruppi di socializzazione					Cogne (parrocchia)	
Microcomunità		Valdigne-Mont Blanc (La Thuile, Pré-Saint-Didier), Grand Paradis (Saint-Pierre, Sarre, Introd, Cogne Arvier)				
Servizio pasti		Valdigne-Mont Blanc				
Soggiorni climatici		Valdigne-Mont Blanc, Grand Paradis				
Soggiorni termali		Grand Paradis				
Telesoccorso		Valdigne-Mont Blanc, Grand Paradis				
Trasporto		Valdigne-Mont Blanc			Cogne (parrocchia)	

Tabella 31 - Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare (SAD)		Mont Emilius, Grand Combin				
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		Mont Emilius				
Centro d'incontro			Nus, Quart			
Centro diurno			Valpelline			
Comunità alloggio		Grand Combin				
Corsi vari						Charvensod (biblioteca)
Microcomunità		Mont Emilius (Gressan, Saint-Christophe, Fenis), Grand Combin (Roisan, Doues, Gignod)				
Soggiorni climatici		Mont Emilius				
Soggiorni termali		Mont Emilius				
Telesoccorso		Mont Emilius				
Trasporto			Gressan			

Tabella 32 – Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 2 –Aosta

Il Comune di Aosta gestisce i suoi servizi in forma diretta o tramite convenzione con terzi (Cooperative sociali, Associazioni di Volontariato, società private, ecc.).

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Aiuti economici e sostegno al reddito			X			
Amministratore di sostegno		X				
Assistenza domiciliare (SAD)		X				
Assistenza domiciliare di quartiere (ADQ)			Quartieri Cogne e Dora			
Assistenza domiciliare integrata (ADEI)		X				
Assistenza notturna		X				
Attività di volontariato						Trasporto, spesa, compagnia telefonica e domiciliare (Associazione L'Ascolto)
Centro diurno		5				
Centro diurno e notturno		1				
Centro incontro			2 (gite, pranzi, animazione, attività culturali, corsi di lavoro artigianale)			
Circolino						Parrocchia
Compagnia telefonica e domiciliare			In collaborazione con Ass. Ascolto			
Comunità alloggio uomini soli						Caritas
Contributi per l'assistenza alternativa al ricovero come da L. R. n. 22/93		X				
Corsi vari			Ginnastica e attività in piscina			

Edilizia residenziale pubblica		X			
Microcomunità		3			
Nonni vigile		X			
Oratorio				Sant'Anselmo	
Orti		X			
Residenza protetta		1			
Servizio sociale professionale		X			
Soggiorni climatici		Autosufficienti e parzialmente autosufficienti			
Sportello del cittadino		X			
Telesoccorso e teleassistenza		X			

Si segnalano inoltre:

- la Convenzione tra il Comune di Aosta ed alcuni Comuni facenti parte del Conseil de la Plaine per attività in favore degli anziani;
- l'attività di Monitoraggio grandi vecchi, soli e fragili in caso di emergenza caldo in convenzione con la Croce Rossa Italiana – Sezione di Aosta ed in collaborazione con l'Azienda USL Valle d'Aosta;
- i Corsi di riqualificazione da Adest in OSS e qualificazione di base in OSS organizzati dal Consorzio Trait d'Union;
- alcuni progetti che, con modalità didattiche diverse (ricerche, interviste, testimonianze portate a scuola), promuovono un avvicinamento tra bambini e anziani (Istituzioni scolastiche).

Tabella 33 - Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 3

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Accompagnamento visite mediche		Monte Cervino				
Amministratore di sostegno, tutore curatore			Verrayes			
Assistenza domiciliare (SAD)		Monte Cervino				
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		Monte Cervino				
Centri di incontro		Monte Cervino (Châtillon e Saint-Vincent)	Châtillon			
Contributo riscaldamento			Châtillon, St-Vincent			
Corsi vari			Châtillon			
Microcomunità		Monte Cervino (Pontey, Torgnon, Valtournenche c/o R.S.A. Antey-Saint-André, Verrayes)				
Pasti a domicilio		Monte Cervino				
Servizio doccia-igiene		Monte Cervino				
Soggiorni climatici e termali		Monte Cervino				
Telesoccorso		Monte Cervino				
Trasporto mercato			Châtillon, St-Vincent			
Trasporto per visite mediche o extraospedaliero		Monte Cervino in collaborazione con AVS				

Si segnala inoltre che i Comuni svolgono attività di monitoraggio degli anziani e ci sono associazioni aperte agli anziani.

Tabella 34 - Servizi e interventi a valenza territoriale: SUB-AMBITO 4

	RAVA	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare (SAD)		Mont Rose Evançon				
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		Mont Rose Walser-Alta valle del Lys				
Attività di animazione					AVULS	
Attività di volontariato					Insieme e AVULS	
Ballo settimanale			Montjovet			
Centri di incontro		Mont Rose	Montjovet Verrès			
Comunità alloggio			Fontainemore			
Microcomunità		Evançon (Verrès, Challand-Saint-Victor, Challand-Saint-Anselme, Brusson) Mont Rose (Hône, Perloz) Walser-Alta valle del Lys Gressoney-Saint-				

		Jean, Gaby)				
Soggiorni climatici		Mont Rose Evançon Walser-Alta valle del Lys	Issime			
Soggiorni termali		Mont Rose Walser-Alta valle del Lys				
Telesoccorso e teleassistenza		Mont Rose Evançon				
Trasporto per visite mediche o extraospedaliero					Donnas (AVS)	

Si segnala, inoltre, che alcuni Comuni organizzano attività sporadiche rivolte agli anziani.

Tavolo Tematico Famiglia

Le riflessioni sulla famiglia in Valle d'Aosta sono molto collegate a quanto riscontrato rispetto alle diverse fasce d'età. Alcune questioni riemergono e si approfondiscono.

I fenomeni maggiormente evidenziati sono: la fragilità della famiglia e la diversificazione delle forme di famiglia.

La **fragilità della famiglia** è stata analizzata in tutte le sue sfumature: antropologica, etica, relazionale, economica e strutturale e appare fortemente connessa alle modificazioni della cultura, dei valori e degli stili di vita. La famiglia è descritta come sempre più debole (anche da un punto di vista culturale), vulnerabile, esposta a situazioni di instabilità (lavoro, casa, salute, relazioni, ...) e sommersa da problematiche superiori alle sue forze. Questa fragilità sembra colpire tutte le fasce sociali, anche quelle considerate, un tempo, relativamente al sicuro e si moltiplica per i nuclei monoparentali, per quelli con carichi di cura elevati, dovuti a particolari situazioni di difficoltà di uno o più dei componenti (non autosufficienza, disabilità, dipendenza), per gli immigrati. I Sub-ambiti 1 e 3, in particolare, rilevano come per la disabilità tali problemi siano ulteriormente aggravati dalla presenza di barriere culturali che impediscono un'adeguata integrazione. Il Sub-ambito 4 evidenzia come il fenomeno della dipendenza destabilizzi l'equilibrio familiare e mini il ruolo di sostegno nei confronti dei figli.

La **diversificazione delle forme di famiglia** mette in evidenza come la crisi del modello tradizionale, accompagnata da una crescita costante delle separazioni e dei divorzi, abbia generato, nel tempo, non soltanto nuclei con minore numero di componenti, ma anche nuovi nuclei, che spesso si configurano come instabili, discontinui e non progettuali.

A questi due fenomeni sono riconducibili il problema delle **difficoltà delle famiglie con carichi di cura** (affrontato dai Sub-ambiti 1, 3 e 4), quello della **crisi del ruolo genitoriale**, con la modifica delle relazioni genitori-figli e la conseguente necessità, per entrambi, di riappropriarsi del proprio ruolo (analizzato dai Sub-ambiti 2 Aosta e 3) e, infine, quello della **conciliazione tra tempi di lavoro e cure genitoriali** (su cui ha riflettuto il Sub-ambito 2 Aosta).

LA FRAGILITÀ DELLA FAMIGLIA

La società deve fare i conti con un profondo cambiamento di valori e stili di vita che hanno messo in crisi il concetto tradizionale di famiglia, modificandone la struttura e l'organizzazione. La nascita di diverse forme di convivenza, l'assenza da casa di entrambi i genitori per molte ore, la rarefazione delle relazioni e delle reti di aiuto, accompagnate, a volte, da una mancanza di senso di responsabilità, hanno isolato e indebolito la famiglia, rendendola meno capace di rispondere al ruolo cui era socialmente preposta: accudire i propri membri. Le relazioni in famiglia, e specialmente quelle di coppia, sono dunque più fragili con conseguenze rilevanti soprattutto sui membri più deboli (minori e persone in situazione di disagio psichico, sociale, fisico). Perde consistenza l'autorevolezza genitoriale che, anche quando c'è, viene confusa come una rigidità d'altri tempi e non al passo con il cambiamento dei costumi e della società.

La società, e le istituzioni in particolare, pur riconoscendo questa fragilità, continuano a considerare la famiglia come risorsa e a ricondurre ad essa un insieme di responsabilità, lasciandola, però, il più delle volte, sola ad affrontarle.

DIVERSIFICAZIONE DELLE FORME DELLA FAMIGLIA

Accanto al modello tradizionale, esistono e aumentano altre forme di famiglia. Una prima considerazione riguarda sia struttura e composizione dei nuclei (unipersonali, coppie senza figli o con figli, famiglie monogenitoriali, coppie di fatto, con figli concepiti fuori dal matrimonio, vedove/vedovi), sia tipologia di famiglia (unioni miste, famiglie allargate, ricostituite).

In queste "nuove" modalità di essere famiglia possono generarsi modifiche dei ruoli genitoriali: cambiando i membri del nucleo familiare, cambiano sia i ruoli, sia la percezione degli stessi.

Le dinamiche familiari risultano più complesse e, molto spesso, i figli minori, al centro di situazioni confuse, sono privi di punti di riferimento significativi.

Da questi due fenomeni derivano **problemi e bisogni** di vario ordine e natura.

- a. *la povertà economica* (SA 1- 2 AO-2-3-4), che si intreccia con altri fattori di debolezza sociale (mancanza o perdita di lavoro, disagio psichico e tossicodipendenza) e che incide soprattutto sui giovani e sulle fasce deboli, che hanno maggiori problemi nel reperire e/o mantenere il posto di lavoro e, nel caso di lavoratori autonomi, a condurre la propria impresa. Tra le situazioni di povertà della famiglia si evidenzia quella connessa alle conseguenze della dipendenza da gioco d'azzardo (SA 4). Si rileva, oltre al bisogno di *stabilità lavorativa* (SA 1), anche la necessità di *avere sostegni economici* (SA 4).
- b. *l'aumento del rischio di emarginazione ed isolamento* determinato da: fattori di tipo strutturale, quali la conformazione del territorio, dei paesi e dei quartieri che non facilita l'aggregazione (SA 2 AO); la dimensione privata della famiglia che genera timore di essere invadenti nell'interessarsi all'altro e ritrosia nel chiedere aiuto (SA 2-4); la presenza di una rete sociale debole (SA 2 AO); il fatto che le coppie e le famiglie vivano e conducano la propria quotidianità poco in sintonia con il contesto abitativo, dando un'impronta individualista alla propria organizzazione (SA 2 AO); l'aumento delle famiglie straniere e le difficoltà di integrazione tra diverse culture e lingue differenti. La difficoltà relazionale riscontrata non si riferisce soltanto alle famiglie straniere, ma anche a quelle provenienti da altre Regioni italiane e caratterizza contemporaneamente chi giunge (che tende a fare gruppo con chi conosce) e chi accoglie (che non si propone come facilitatore). Le situazioni problematiche in famiglia (la presenza di importanti carichi assistenziali, di problemi di dipendenza e di violenza, ecc.) aumentano l'isolamento (SA 4). Si sottolinea il bisogno di *avere spazi di confronto delle famiglie con le famiglie* (SA 1), con particolare riferimento a quelle di nuova generazione (SA 2 AO).
- c. *la fragilità delle relazioni familiari* determinata dalla perdita di valori di riferimento e dal cambiamento degli stili di vita (SA 2 AO). Si rilevano, in particolare, la diminuzione delle esperienze di fratellanza (SA 3), la fatica da parte dei componenti di affrontare situazioni di conflitto (SA 1-2) e di adattamento nelle famiglie ricomposte, la mancanza di sicurezza nell'educazione dei figli, la difficoltà di coinvolgimento della figura paterna (SA 3). Di qui il bisogno di *ascolto ed attenzione, di relazioni migliori, di supporto per recuperare la capacità di dare risposte qualitative alla vita familiare* (SA 2-3).
- d. *la presenza di un membro in difficoltà*. La disabilità o, più in generale, una malattia o una situazione di difficoltà legata alle dipendenze, determinano un significativo aggravio dei carichi familiari e un maggior rischio di povertà (SA 1-3-4).

- a. In presenza di un anziano non autosufficiente, si evidenziano, in particolare, difficoltà nell'assunzione del doppio ruolo (di genitori e figli) da parte della generazione di mezzo, che si trova a dover assistere sia i figli che i genitori. Di qui, il bisogno di *avere un supporto per occuparsi dei propri anziani* (non ancora gravemente compromessi, ma che richiedono un'assistenza costante), soprattutto se di giorno si è assenti da casa per motivi di lavoro (SA 3).
- b. In presenza di un disabile, i problemi che emergono sono molteplici e di diversa natura: dall'isolamento in cui, spesso, si trova a vivere la famiglia, alla mancanza di pari opportunità (accessibilità, trasporti, costi, barriere architettoniche, percorso formativo e lavorativo, sport, ...), alla "paura" conseguente a scarsa informazione. A questo si aggiungono la fatica e la stanchezza di "essere genitori" nella quotidianità (non sentirsi pronto ed adeguato, il problema del "durante noi" e del "dopo di noi", ...). In generale, si avverte la mancanza di continuità nel sostegno al disabile ed al nucleo familiare, dall'infanzia fino all'età adulta (accessibilità e mobilità, mancanza di strutture, ecc.). Il disabile necessita di adeguate opportunità e possibilità di accesso al mondo della scuola, dello sport, del lavoro, a seconda delle diverse abilità e delle fasce d'età; di essere accettato dalle altre famiglie e dalla società; di essere assistito lungo tutto l'arco della vita. Parallelamente, i genitori hanno bisogno di avere prospettive rassicuranti rispetto al futuro assistenziale dei loro figli e di avere un sostegno di fronte alla stanchezza nella gestione del ruolo di genitore (SA 1-3). La famiglia, infine, chiede un sostegno di fronte alle difficoltà economiche e all'insorgere di una disabilità (SA 1) e di essere sollevata dal carico assistenziale che il proprio familiare disabile comporta nel quotidiano (SA 3) o nelle situazioni di emergenza (SA 1).
- c. La presenza di un membro con dipendenza (da alcol, sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo) (SA 4) è stata analizzata tenendo conto della differenza di genere e delle ricadute sui figli, soprattutto se minori. Si rilevano: problemi di violenza e di tutela dei figli; perdita di autorevolezza, giochi di alleanze e triangolazioni nelle relazioni tra adulti e tra genitori e figli; processi di adultizzazione precoce del minore; isolamento fisico e sociale (a maggior ragione per chi vive nelle vallate laterali); maggior rischio di separazioni e rotture. Forte, in queste situazioni, è il bisogno di *relazioni, di essere ascoltati, di essere aiutati e di poter aiutare; di riacquistare il proprio ruolo a livello lavorativo e sociale; di sostegno economico, quando il lavoro non è possibile o quando la famiglia è coinvolta in dissesti finanziari.*
- e. *la difficoltà di conciliazione dei tempi di lavoro/cura* (SA 2 AO-2-3): l'attuale stile di vita ed il costo della stessa rendono difficile, e a volte impossibile, conciliare la necessità di avere uno stipendio adeguato, quella di soddisfare le esigenze personali e quella di prendersi cura della famiglia. Alcune difficoltà sono direttamente conseguenti alla tipologia di lavoro (precario, con orari rigidi o turnazioni sull'intero arco della giornata; con assenza o minor garanzia, soprattutto nel privato, di ammortizzatori sociali), altre alla scelta stessa di costituire una famiglia e di avere figli, che viene rimandata nel tempo e vincolata alla presenza di garanzie. Le famiglie sono sempre più costrette a ricorrere ad aiuti esterni (servizi) e, a volte, costosi. Emerge, quindi, forte il bisogno di *avere più tempo per stare in famiglia e maggiori garanzie e aiuti per poterne sostenere il costo economico e personale.*
- f. *la difficoltà a svolgere in modo adeguato il ruolo genitoriale* (SA 1-2 AO-2-3), per la difficoltà a conciliare i tempi di lavoro/cura, per una crescente immaturità e carenza di valori, per l'incapacità di ricoprire con autorevolezza il ruolo di genitore, di rapportarsi con le altre agenzie educative (in primis la scuola) e per la difficoltà a comunicare in quanto

troppo centrati su se stessi. La difficoltà aumenta, per ovvii motivi, in presenza di separazioni o divorzi e di famiglie allargate e ricostituite. Ne consegue una tendenza a delegare ad altri l'educazione dei figli. In questo contesto, il bisogno rilevato è quello di essere *preparati, accompagnati ed aiutati nell'assumere responsabilmente il ruolo di genitore*.

Dal momento che la famiglia resta l'elemento fondamentale per il ben-essere dell'individuo e la coesione tra le diverse generazioni, si ritiene importante promuoverla e tutelarla intervenendo con opportune **strategie ed azioni**.

Rispetto al bisogno di avere *più tempo per stare in famiglia*:

- ✓ promuovere misure e servizi a sostegno della conciliazione tra il tempo/lavoro ed il tempo/famiglia
 - diversificando l'offerta di servizi per il tempo libero a favore dei minori (SA 2 AO-3);
 - garantendo agevolazioni e misure di sostegno economico alle famiglie numerose o con particolari carichi di cura (SA 1-3).

Rispetto ai bisogni delle *famiglie con particolari carichi di cura*:

- ✓ incentivare politiche del lavoro che favoriscano i tempi di cura nei confronti dei famigliari, concedendo orari flessibili, congedi e permessi;
- ✓ rafforzare la solidarietà associativa
 - facilitando la costituzione di gruppi di auto mutuo-aiuto;
 - attivando e consolidando la rete delle risorse istituzionali e non, nei periodi di reinserimento lavorativo;
 - attivando servizi per il "dopo di noi", di pronto intervento sociale (SA 1-4), ricoveri di sollievo (SA 1-3);
- ✓ ripensare il sistema dell'Assistenza domiciliare (SA 3-4);
- ✓ promuovere la cultura della disabilità
 - attivando gruppi di lavoro istituzionali locali che valutino gli impatti degli interventi pubblici sulla famiglia (SA 1-3);
 - creando spazi per esperienze di solidarietà e di educazione all'accettazione del diverso (SA 1-3);
- ✓ informare e sensibilizzare maggiormente la comunità sui problemi delle dipendenze e sui servizi ad essi dedicati
 - aiutandola ad uscire dalle mura del proprio privato, a ritrovare la capacità di essere autosolidale, a rinunciare ad atteggiamenti di delega (SA 4).

Rispetto al bisogno di avere *maggiori garanzie e aiuti per poter sostenere il costo economico e personale della creazione di una famiglia*:

- ✓ diversificare i servizi rivolti alla famiglia
 - adeguandoli alle attuali esigenze per attività di consulenza (pre-matrimoniale e matrimoniale) e di mediazione familiare (SA 3);
 - recuperando il ruolo originario dei consultori famigliari in sinergia tra Regione, Azienda USL Valle d'Aosta e CPEL (SA 2 AO).

Rispetto al bisogno di essere *preparati, accompagnati ed aiutati nell'assumere responsabilmente il ruolo di genitore*:

- ✓ rinforzare l'identità genitoriale (SA 2 AO);
- ✓ favorire il confronto tra famiglie, in particolare quelle di nuova generazione

- creando spazi dove una o più famiglie che hanno superato varie difficoltà legate al rapporto genitori e figli possano essere d'aiuto e di sostegno agli altri (SA 1-2 AO);
- ✓ sostenere e supportare l'attività educativa attraverso percorsi formativi, seminari, serate a tema, conferenze, messaggi mirati rivolti ai genitori (SA 1);
- ✓ sviluppare la cultura dell'ascolto
 - individuando nei servizi esistenti a carattere socio-sanitario o educativo azioni o spazi per la conoscenza reciproca (SA 1-2-3);
 - curando l'informazione delle iniziative realizzate dai vari enti e servizi in modo efficace e non improvvisato;
 - dando attenzione al bisogno che le persone esprimono anche in modo silenzioso;
 - divulgando le iniziative già esistenti a favore della famiglia (SA 2 AO);
- ✓ aiutare la famiglia a capire i suoi bisogni nelle diverse fasi di vita (SA 2 AO);
- ✓ garantire altri punti di riferimento per il bambino (scuola, parroco, istruttore sportivo) (SA 1);
- ✓ garantire spazi di socializzazione e di confronto per i bambini senza fratelli e senza cugini (SA 3).

Situazione attuale degli interventi

Nei capitoli precedenti, si è potuto constatare che la rete di servizi a sostegno delle necessità dei singoli è molto estesa. Si riportano, quindi, di seguito soltanto i servizi e le iniziative per la famiglia.

I Sub-ambiti rilevano che l'attività di sostegno alla genitorialità e alla famiglia, pur praticata anche dalle istituzioni e dall'Azienda USL Valle d'Aosta, è particolarmente sviluppata nel Terzo settore ed in particolare nell'area cattolica.

Ad Aosta, l'attività di aggregazione delle famiglie è facilitata dalla rete dei servizi per la prima infanzia (asili nido, garderies, ecc.).

Ciò premesso, si segnala:

- una scarsa informazione rispetto alle provvidenze previste dalle leggi regionali, ai servizi (ad esempio, consultorio) e alle attività delle associazioni di volontariato o informali (SA 2 AO);
- una mancanza, in ambito pubblico, di interventi formativi di preparazione alla vita familiare e di coppia (prima e durante il matrimonio): alla convivenza, al matrimonio e alle dinamiche di coppia in generale (SA 2-2 AO);
- un sottoutilizzo dei servizi pubblici esistenti (ad esempio, consultori) (SA 2 AO);
- l'esistenza di una realtà difficile da raggiungere (SA 2 AO);
- una mancanza di collegamento tra enti/servizi (SA 2 AO).

Per quanto riguarda il tema della disabilità, si lamenta, sia a livello regionale che di Sub-ambito:

- la mancanza di servizi di carattere socio-assistenziale e socio-educativo (ad esempio, l'ADE prende in carico solo le problematiche relative al disagio; nel Sub-ambito 1 manca il Centro Educativo Assistenziale (CEA); dopo il percorso scolastico delle superiori, i ragazzi con patologie meno gravi sono inseriti nel mondo del lavoro, mentre quelli con patologie più gravi nei CEA, ma non c'è nulla per la fascia intermedia;

- la mancanza di servizi per il tempo libero;
- la difficoltà di accesso ai servizi esistenti per mancanza di informazione ed impedimenti di tipo fisico, culturale, strutturale (nelle fermate degli autobus mancano le pensiline, sui bus mancano le pedane e gli autisti, anche quelli del servizio di Assistenza Trasporto Invalidi (ATI), non sempre aiutano i disabili perché non previsto dal contratto);
- la difficoltà di inserimento scolastico: gli operatori sociali, nonostante debbano rapportarsi quotidianamente con la disabilità, non hanno una formazione specifica e sono vincolati al Progetto Educativo Integrato (PEI), non sono autonomi nell'organizzazione di iniziative e progetti individualizzati;
- la difficoltà di inserimento lavorativo;
- la scarsa valorizzazione della figura dell'amministratore di sostegno.

Per quanto riguarda, infine, i servizi rivolti alle dipendenze patologiche, si segnala soltanto che i dati ufficiali non rispecchiano la situazione reale. I componenti del gruppo tecnico del SA 4, segnalano che, per motivi personali e professionali o per attività di volontariato, sono a conoscenza di situazioni che non afferiscono ai servizi.

Tabella 35 - Servizi/interventi a valenza regionale

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare					(Coop.Indaco)	
Assistenza domiciliare educativa (ADE)	X					
Attività sporadiche di animazione					(Azione Cattolica e Oratori)	
Banco alimentare					(Fondazione Banco alimentare)	
Centro di ascolto per familiari disagio mentale					(Associazione Diapsi)	
Centro di prima accoglienza ed emergenza abitativa	Le mura oltre le mura – Montjovet					
Contributi collegi/convitti	X					
Contributi per i minori	L. R. n. 17/84					
Contributi per l'assistenza	L. R. n. 19/94 e L. R. n. 22/93					
Contributi alla famiglia	L. R. n. 44/98 (Art. 20 e assegno post-natale)					
Contributo per spese scolastiche	X					
Corsi di preparazione al matrimonio						(Pastorale per la famiglia e per la terza età – Diocesi Aosta)
Corso allattamento al seno				X		
Corso nascita				X		
Gruppi di mutuo auto-aiuto per dipendenze					(La Svolta, Alcolisti Anonimi)	
Gruppi di socializzazione					Aosta (Centro volontari sofferenza, AISM)	
Magazzino Caritas					(Caritas)	
Mediazione interculturale	X				(Coop. La Sorgente)	
Pastorale familiare						Diocesi di Aosta
Patronati						(CISL SAVT CGIL - compilazione ISE-IRSE)
Servizio adozioni	X					
Servizio affido-accoglienza	X					
Servizio assistenza familiare (badanti)					(Coop. La sorgente)	
Servizio di accoglienza per donne vittime di violenza	Arcoiaio – sede secretata					
Servizio sociale professionale	X					
Servizio visite protette – spazio neutro	X					
Voucher per servizio tata familiare	X					

Tabella 36 – Servizi/interventi a valenza territoriale – SUB-AMBITO 1

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Assistenza domiciliare (SAD)		X				
Attività sporadiche di animazione					(Aspert)	
Parco giochi e aree attrezzate			X			

Si segnala, inoltre, che a Saint-Pierre da tre anni esiste un gruppo d'auto mutuo-aiuto costituito da famiglie che usufruiscono di uno spazio dove s'incontrano regolarmente e che la cooperativa La Sorgente promuove delle serate a tema.

Tabella 37 – Servizi/interventi a valenza territoriale – SUB-AMBITO 2

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			Gressan			
Assistenza domiciliare (SAD)		X				
Attività sporadiche di animazione			Ollomont, Bionaz			
Consulterio familiare				X		
Parco giochi e aree attrezzate			X			

Tabella 38 - Servizi/interventi a valenza territoriale – SUB-AMBITO 2 - AOSTA

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			X			
Assistenza domiciliare (SAD)			X			
Assistenza domiciliare di quartiere			X			
Centro per la famiglia			Il Cortile			
Consulenza legale				Diritto di famiglia		
Parco giochi e aree attrezzate			X			
Servizio sociale professionale			X			

Il Centro per le famiglie “Il Cortile” promuove iniziative di contatto e di scambio tra famiglie, affinché le stesse assumano progressivamente un ruolo attivo e possano diventare in futuro promotori sociali di aggregazione e di auto aiuto, passando dalla logica della famiglia come destinataria di interventi mirati ai bisogni dei suoi componenti a quella della famiglia come risorsa.

Tabella 39 - Servizi/interventi a valenza territoriale – SUB-AMBITO 3

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			Chambave, Valtournenche			
Assistenza domiciliare (SAD)		X				
Attività sporadiche di animazione			X			
Consulterio familiare				Poliambulatorio di Châtillon		
Parco giochi e aree attrezzate			X			

Si segnala, inoltre, che lo spazio-gioco famiglia Crétier-Joris propone diverse iniziative, tra cui un servizio socio-educativo per famiglie e bambini, degli “incontri di sopravvivenza per genitori”, la banca del tempo. Ulteriori iniziative di aggregazione per le famiglie sono proposte dalle parrocchie, dagli oratori, dall'Istituto Don Bosco.

Tabella 40 - Servizi/interventi a valenza territoriale – SUB-AMBITO 4

	Regione	CM	Comune	USL	3° Settore	Altri
Alloggi a canone agevolato			Donnas, Pont-St-Martin			
Assistenza domiciliare (SAD)		X				
Attività sporadiche di animazione			X			
Consulenza legale				Diritto di famiglia		
Consulterio familiare				Poliambulatorio Donnas		
Gruppi di auto mutuo-aiuto					Pont-Saint-Martin	

					(AFI, Caritas, Associazione Insieme)	
Pronto soccorso e solidarietà sociale					Verrès (Ass. Insieme)	

QUINTO CAPITOLO

LA VALLE D'AOSTA IN CIFRE

Premessa

Questa parte del documento di programmazione è dedicata alla presentazione di dati statistici relativi alla Valle d'Aosta che integrano quanto emerso e descritto nel capitolo precedente, frutto del confronto avvenuto nei Tavoli Tematici.

Il capitolo illustra una serie di dati ed indicatori che offrono, in modo sintetico ed esauriente, un quadro complessivo della situazione valdostana, suddivisa – laddove possibile – per distretto.

Per costruire il capitolo sono stati consultati studi e ricerche dell'Istat (Istituto italiano di statistica) e della Regione Autonoma Valle d'Aosta, per raccogliere statistiche ufficiali; sono state anche analizzate ricerche e studi condotti in Valle d'Aosta da enti e centri di ricerca locali. Le ricerche prese in esame (vedi allegato n. 14) riguardano:

- la dispersione scolastica
- i giovani e le appartenenze
- le famiglie monogenitoriali
- l'immigrazione
- gli anziani ed i loro bisogni sociali.

Di ciascuno studio è fornita una breve descrizione dei promotori e degli autori, del metodo, del numero e tipo di soggetti coinvolti, delle finalità e dei principali risultati conseguiti.

Statistiche per un quadro di sfondo

Per sviluppare alcune analisi in funzione degli obiettivi del Piano di Zona si utilizzano alcuni indici o indicatori di sintesi. Gli indici sono stati calcolati sulla globalità del territorio e, laddove possibile anche sui singoli Sub-ambiti. È operato il confronto, quando disponibile, anche con il dato nazionale.

Il capitolo affronta cinque argomenti che attengono: alla dimensione demografica della Valle d'Aosta, alla scolarizzazione, alla dimensione del mercato del lavoro, alla dimensione della vulnerabilità sociale, alla dimensione della salute e del benessere.

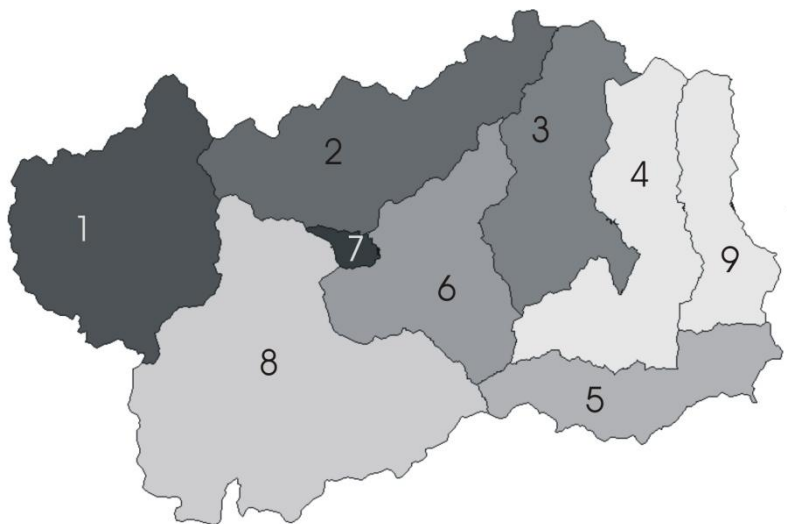
Sono, infine, presi in esame alcuni indicatori riferiti alla capacità di costruire e realizzare processi di tutela e di risposta ai bisogni della popolazione.

IL QUADRO GEOGRAFICO

La Valle d'Aosta è suddivisa in 74 Comuni. Ad eccezione del Comune di Aosta (capoluogo regionale), tutti gli altri afferiscono ad una Comunità Montana. In tutto vi sono otto Comunità Montane. Un'ulteriore riaggregazione è quella per distretto sanitario o Sub-ambito del Piano di Zona. Nelle tabelle, e nei grafici seguenti, sono riportati l'elenco dei Sub-ambiti, delle comunità montane e dei comuni.

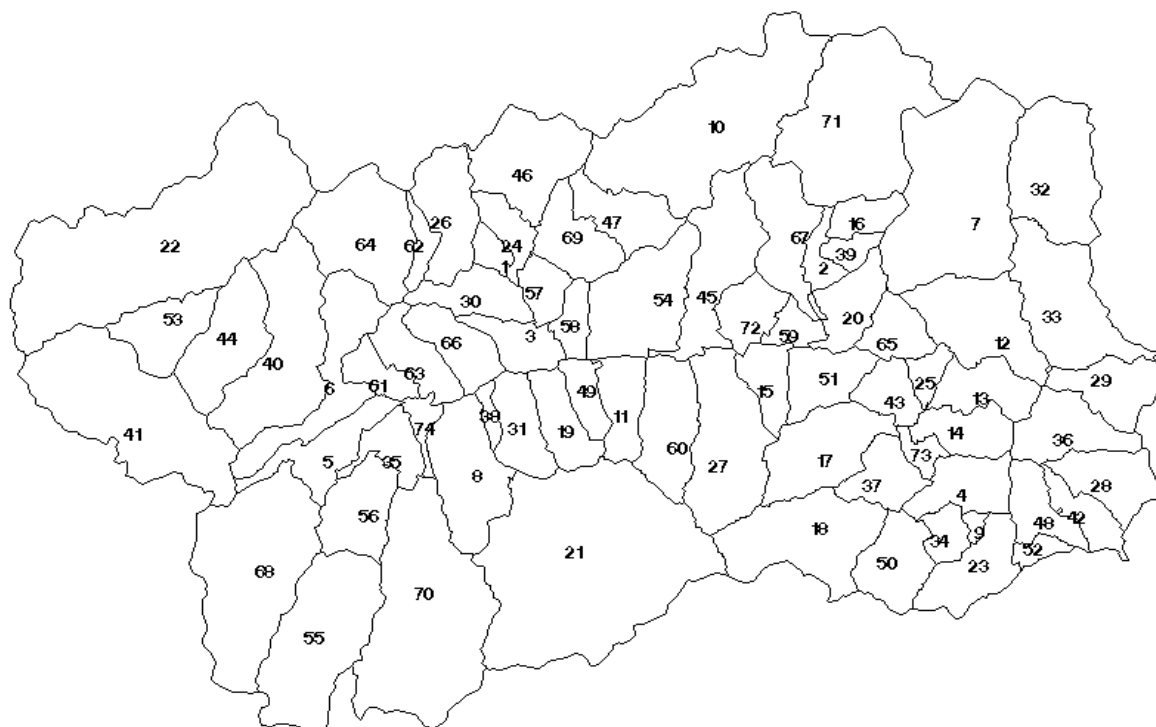
Sub-ambito 1	Valdigne-Mont Blanc Grand Paradis	Sub-ambito 3	Monte Cervino
Sub-ambito 2	Grand Combin Mont Emilius Città di Aosta	Sub-ambito 4	Evançon Monte Rosa Walser-Alta Valle del Lys

Le Comunità Montane della Valle d'Aosta



- | | | | |
|---|---------------------|---|---------------------------|
| 1 | Valdigne-Mont Blanc | 6 | Mont Emilius |
| 2 | Grand Combin | 7 | Città di Aosta |
| 3 | Monte Cervino | 8 | Grand Paradis |
| 4 | Evançon | 9 | Walser-Alta Valle del Lys |
| 5 | Monte Rosa | | |

I Comuni della Valle d'Aosta



- | | | |
|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 Allein | 26 Etroubles | 51 Pontey |
| 2 Antey -Saint- André | 27 Fenis | 52 Pont-Saint-Martin |
| 3 Aosta | 28 Fontainemore | 53 Pré-Saint-Didier |
| 4 Arnad | 29 Gaby | 54 Quart |
| 5 Arvier | 30 Gignod | 55 Rhêmes-Notre-Dame |
| 6 Avise | 31 Gressan | 56 Rhêmes-Saint-Georges |
| 7 Ayas | 32 Gressoney-La-Trinité | 57 Roisan |
| 8 Aymavilles | 33 Gressoney-Saint-Jean | 58 Saint-Christophe |
| 9 Bard | 34 Hône | 59 Saint-Denis |
| 10 Bionaz | 35 Introd | 60 Saint-Marcel |
| 11 Brissogne | 36 Issime | 61 Saint-Nicolas |
| 12 Brusson | 37 Issogne | 62 Saint-Oyen |
| 13 Challand -Saint- Anselme | 38 Jovençon | 63 Saint-Pierre |
| 14 Challand -Saint- Victor | 39 La Magdeleine | 64 Saint-Rhemy-En-Bosses |
| 15 Chambave | 40 La Salle | 65 Saint-Vincent |
| 16 Chamois | 41 La Thuile | 66 Sarre |
| 17 Champdepraz | 42 Lillianes | 67 Torgnon |
| 18 Champorcher | 43 Montjovet | 68 Valgrisenche |
| 19 Charvensod | 44 Morgex | 69 Valpelline |
| 20 Châtillon | 45 Nus | 70 Valsavarenche |
| 21 Cogne | 46 Ollomont | 71 Valtournenche |
| 22 Courmayeur | 47 Oyace | 72 Verrayes |
| 23 Donnas | 48 Perloz | 73 Verrès |
| 24 Doues | 49 Pollein | 74 Villeneuve |
| 25 Emarèse | 50 Pontboset | |

INDICATORI DEMOGRAFICI

La popolazione valdostana, al 31.12.2007, consta di quasi 126mila persone e rappresenta lo 0,2% di tutta la popolazione italiana, con una distribuzione per genere sostanzialmente omogenea e con un saldo attivo della popolazione di 1.167 residenti (cioè, la differenza tra la popolazione residente al 31.12.2007 e la popolazione residente all'1.1.2007), pari all'1% della popolazione all'inizio dell'anno.

Indicatori relativi alla distribuzione della popolazione

Tali indicatori individuano la percentuale di popolazione riferita ad alcune fasce d'età particolarmente significative nell'ambito del lavoro del Piano di Zona.

Le tabelle seguenti propongono la suddivisione della popolazione per Sub-ambito, con l'aggregazione anche per Comunità Montana, all'interno del Sub-ambito, con le percentuali di ciascuna aggregazione di età rapportate al totale della popolazione corrispondente per territorio:

- per quanto riguarda la prima infanzia, il territorio con la quota maggiore di bambini è il Sub-ambito 2, sia rispetto alla fascia 0-2 anni (2,8%), sia rispetto alla fascia 0-5 anni (6,7%);

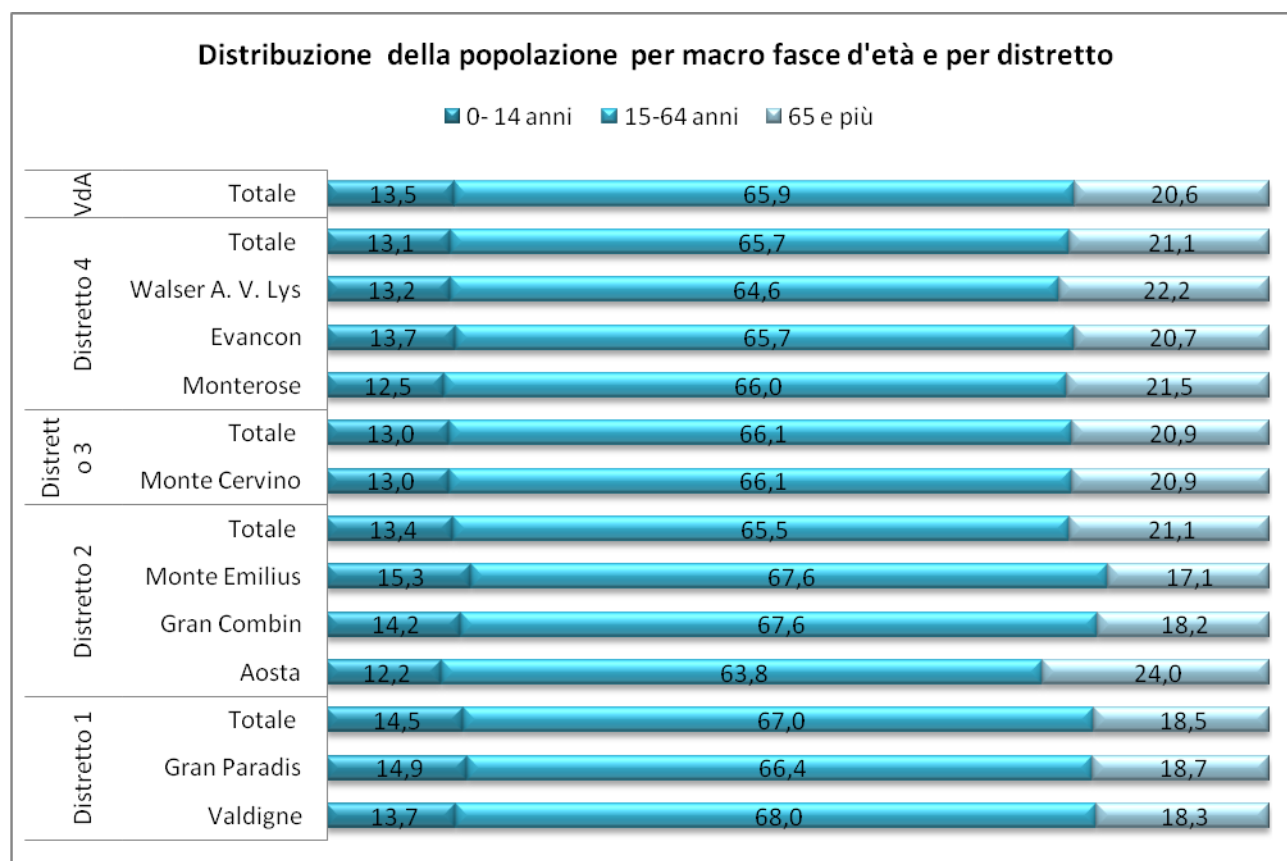
Tabella 41 – Distribuzione dell'infanzia, per Sub-ambito

Anni	Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3		Sub – ambito 4			VdA
	Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
0-2	3,0	1,1	1,8	2,5	3,2	3,3	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,9
0-5	5,9	4,0	4,7	5,0	6,2	6,7	5,7	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,7

- il territorio del Sub-ambito 1 presenta la percentuale maggiore di bambini entro i 14 anni (14,5%) e la percentuale maggiore di persone nella fascia considerata "attiva", quella 15-64 anni (67,0%). I territori dei Sub-ambiti 2 e 4 presentano, invece, la quota maggiore di persone oltre i 65 anni (21,1%);

Tabella 42 – Distribuzione della popolazione per macro-fasce d'età, per Sub-ambito

Anni	Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3		Sub – ambito 4			VdA
	Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
0-14	13,7	14,9	14,5	12,2	14,2	15,3	13,4	13,0	12,5	13,7	13,2	13,1	13,5
15-64	68,0	66,4	67,0	63,8	67,6	67,6	65,5	66,1	66,0	65,7	64,6	65,7	65,9
>65	18,3	18,7	18,5	24,0	18,2	17,1	21,1	20,9	21,5	20,7	22,2	21,1	20,6
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



- il territorio che presenta la quota maggiore di giovani (15-29 anni) è quello del Sub-ambito 1 (15%), mentre quello con meno giovani è il Sub-ambito 3 (14,3%);

Tabella 43 – Distribuzione della popolazione per giovanile, per Sub-ambito

Anni	Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3	Sub – ambito 4				VdA
	Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
15-29	15,1	14,8	15,0	13,0	15,3	16,1	14,3	14,1	14,3	14,6	14,0	14,4	14,4

- il territorio con la quota maggiore di adulti (30-64 anni) è il Sub-ambito 1 (53%), mentre quello con meno adulti è il Sub-ambito 2 (51,2%);

Tabella 44 – Distribuzione della popolazione adulta, per Sub-ambito

Anni	Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3	Sub – ambito 4				VdA
	Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
30-64	52,8	53,1	53,0	49,7	52,7	53,4	51,2	52,0	51,7	51,1	50,6	51,3	51,5

- per quanto riguarda la Quarta Età, ovvero gli anziani oltre i 75 anni, sono più presenti nel Sub-ambito 2 (10,2%), mentre ne registra di meno il Sub-ambito 1 (8,8%).

Tabella 45 – Distribuzione della popolazione anziana, per Sub-ambito

Anni	Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3	Sub – ambito 4				VdA
	Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walsler Alta Valle Lys	Tot	
>75	8,3	9,1	8,8	11,9	8,5	7,9	10,2	9,8	10,3	9,6	10,6	10,0	9,8

Indici di struttura demografica

Le tendenze demografiche possono essere meglio comprese con il ricorso ad alcuni indici, molto importanti nell'analisi dei bisogni sociali. Questo tipo di approccio consente di evidenziare immediatamente e con un elevato grado di attendibilità alcune informazioni fondamentali relative alle esigenze e alle risorse di carattere sociale, attuali e future, presenti nel territorio (struttura per età, carichi sociali, tendenze, ...).

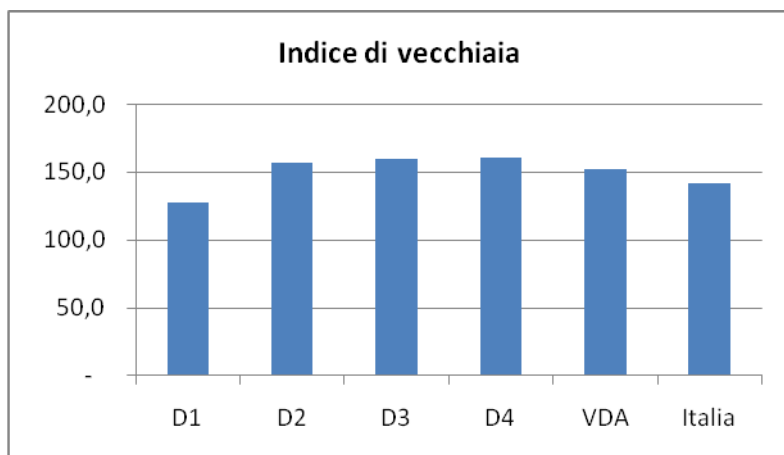
Gli indici calcolabili sono molti e la loro scelta dipende, ovviamente, dai dati disponibili e dagli interessi. In questo caso, l'interesse è rivolto a comprendere il presente ed il futuro che si prefigura per la società valdostana. Nella tabella seguente sono riportati i più comuni indici demografici.

Tabella 46 – Indici demografici

	Sub-ambito 1	Sub-ambito 2	Sub-ambito 3	Sub-ambito 4	Valle d'Aosta	Italia
Indice di vecchiaia	125,2	157,2	160,1	161,0	152,3	140,0
Indice di dipendenza	49,3	52,7	51,3	52,1	51,7	51,6
Indice di dipendenza giovanile	21,6	20,5	19,7	20	20,5	19,3
Indice di struttura	114,7	117,3	120,1	122,5	122,8	104,7
Indice globale ridefinito	49,5	52,0	49,8	56,5	52,0	53,6

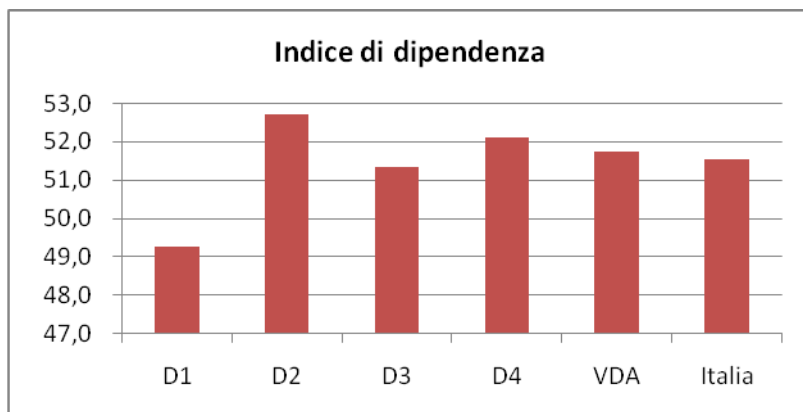
L'indice di vecchiaia rapporta le persone che hanno da 65 anni in su con quelle di età compresa nella fascia 0-14 anni. È un indicatore dinamico, che cerca di stimare il grado di invecchiamento di una popolazione mettendo in rapporto la popolazione anziana con quella dei bambini. Un valore superiore a 100 indica una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

La Valle d'Aosta presenta nel 2007 un indice pari a 148,3, superiore di dieci punti al valore medio tra le Regioni italiane, e nel 2008 un indice pari a 152,6 in crescita costante nel corso degli anni. La situazione per Sub-ambito appare notevolmente differenziata, con un indice più alto di quello regionale nei Sub-ambiti 2-3-4 e significativamente più basso nel Sub-ambito 1, che risulta, quindi, quello meno anziano.



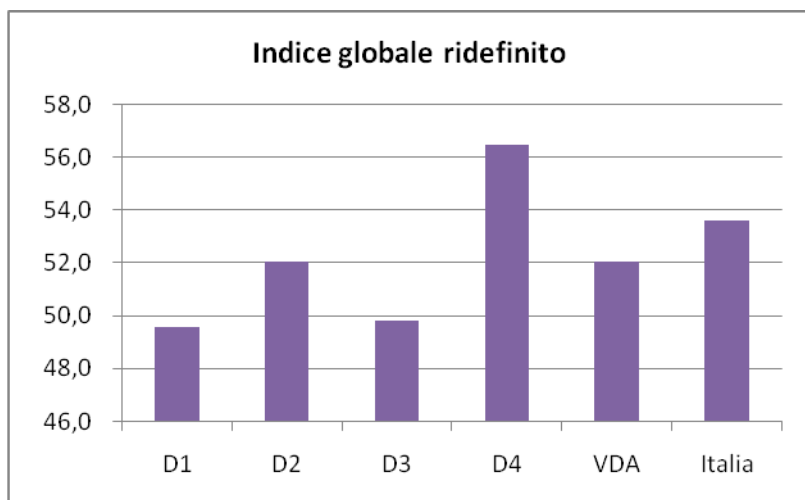
L'indice di dipendenza (o di carico sociale) mette in rapporto la popolazione che, per età (0-14 e >65 anni), si ritiene essere "non autonoma", cioè dipendente, e la fascia di popolazione che, essendo attiva (15-64 anni), dovrebbe provvedere al suo sostentamento.

L'indice della Valle d'Aosta è di 51,7 (nel 2001 era pari a 47,5) ed è di poco superiore al valore nazionale. Ci sono 52 persone "dipendenti" ogni 100 persone in età lavorativa. La situazione è, però, differenziata nei vari Sub-ambiti: nei Sub-ambiti 2 e 4 l'indice è più alto di quello regionale, mentre il Sub-ambito 3 e, in misura maggiore, il Sub-ambito 1, presentano indici al di sotto di quello regionale.



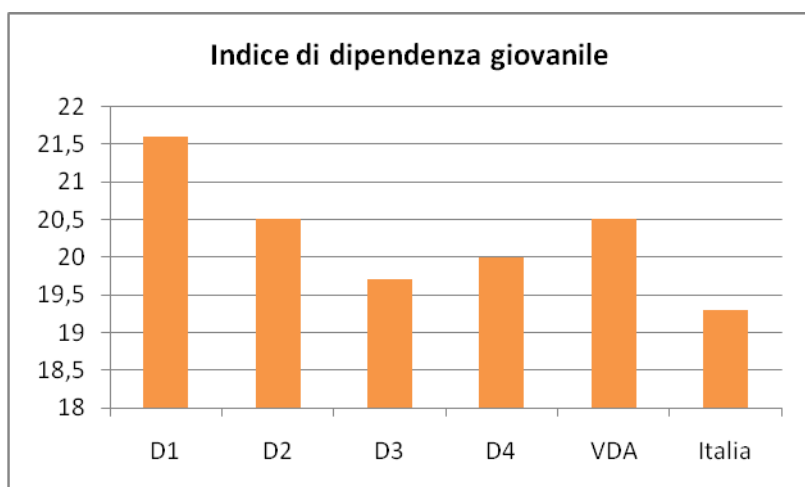
L'indice di dipendenza globale ridefinito mette in rapporto la prima (0-14 anni) e la Quarta Età (>75 anni), persone che hanno bisogno di cura, con la popolazione in età adulta (30-59 anni), che normalmente è chiamata a farsene carico. L'indicatore mette in evidenza il carico di cura che grava sull'età adulta.

Il valore dell'indice italiano è di 53,6 persone "dipendenti" ogni 100 in età adulta e quello medio valdostano si colloca al di sotto di questo (52,0%). La situazione dei Sub-ambiti è diversa: il Sub-ambito 4 ha un valore superiore a quello regionale (56,5%), gli altri ce l'hanno inferiore, con due Sub-ambiti al di sotto del valore 50.



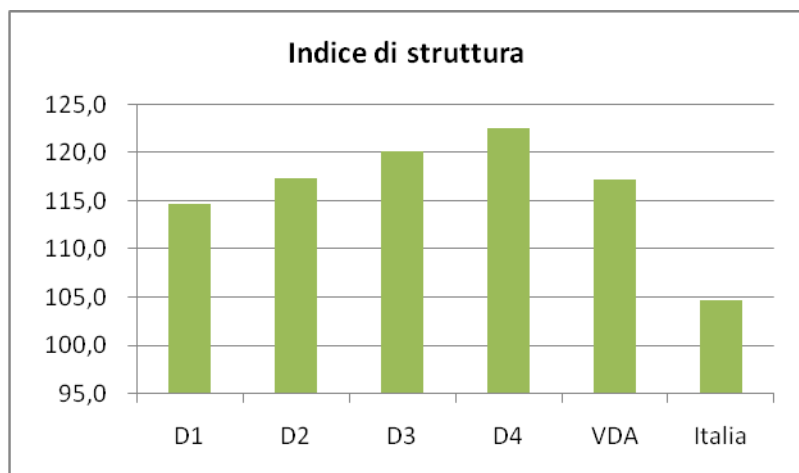
L'indice di dipendenza giovanile correla i giovanissimi (0-14 anni) con le persone che si presume li sostengano con il loro lavoro (15-64 anni).

Il valore della Valle d'Aosta è di 20,5, maggiore di quello nazionale (19,3), con elevate differenze relative ai distretti: il valore più alto è registrato nel distretto 1, dove vi sono 21 giovanissimi ogni 100 persone che li sostengono, il valore più basso è registrato nel distretto 3, dove ci sono 19 giovanissimi ogni 100 persone che li sostengono.



L'indice di struttura stima il grado di invecchiamento della popolazione in età attiva, rapportando le 25 generazioni più "giovani" (15-39 anni) con le 25 generazioni più "anziane" (40-64 anni), che dovranno essere sostituite. Tanto più basso è l'indice, tanto più giovane è la struttura della popolazione in età lavorativa.

La Valle d'Aosta ha un indice complessivo di 117,2 superiore a quello nazionale (105). Il Sub-ambito 1 è quello con il valore più basso e il Sub-ambito 4 quello con il valore più alto.



La componente straniera

Il tasso migratorio è il rapporto tra il saldo migratorio nell'anno e la popolazione media residente. In Italia il valore è intorno al 4,1, sostanzialmente in linea con i dati dell'ultimo quinquennio. In Valle d'Aosta, nel 2007, invece, il valore è 7,3, in calo rispetto a quello del 2002, pari a 8,9. La Valle d'Aosta è al secondo posto nella graduatoria italiana per valore del tasso interno (relativo agli scambi di entrate e uscite verso altri Comuni italiani) ed al quattordicesimo posto per valore del tasso esterno (scambi da e per l'estero).

La popolazione straniera (i dati si riferiscono alla sola popolazione regolarizzata) rappresenta in Italia poco meno del 4% della popolazione complessiva ed il valore è molto al di sotto di quanto si registra negli altri Paesi europei (in Spagna e Germania la percentuale è del 10%, in Francia poco sopra il 5%). La Valle d'Aosta si colloca al quattordicesimo posto nella graduatoria delle Regioni per tasso di popolazione straniera, con un valore di 38 permessi di soggiorno ogni 1.000 abitanti, in linea con il valore medio nazionale. La quota degli stranieri residenti per 1.000 abitanti è di circa 22, rispetto al 26 nazionale.

INDICATORI DI VULNERABILITÀ

In questa sezione sono proposti alcuni indicatori che permettono, insieme a quelli appena proposti, di sviluppare una lettura multidimensionale della situazione valdostana, attraverso la costruzione di profili di vulnerabilità⁵, tramite i quali rappresentare e confrontare i Sub-ambiti.

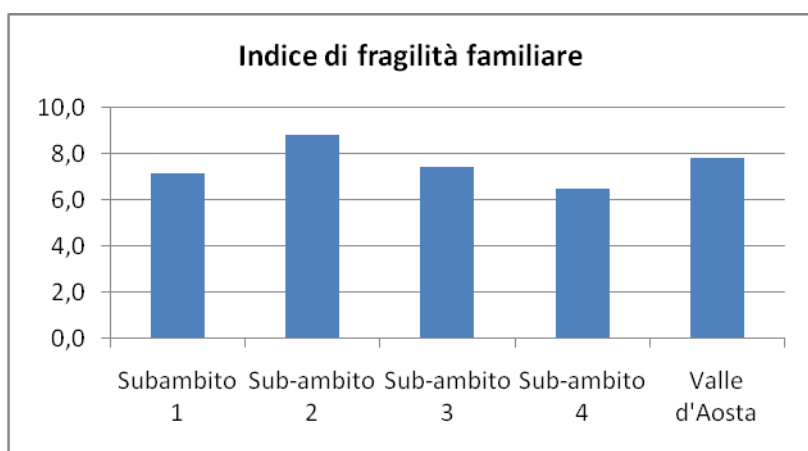
A tal fine, sono stati selezionati una serie di indici: l'indice di fragilità familiare, l'indice di migratorietà, l'indice di solitudine degli anziani, l'indice di disagio, l'indice di deprivazione degli anziani, l'indice di disabilità.

⁵ Cfr. Bezze M., Castegnaro A., *Dimensioni della povertà e della vulnerabilità sociale*, in Studi Zancan, 3, 2005.

L'indice di fragilità familiare è dato dal rapporto tra la somma delle donne vedove e divorziate (in età 30-55 anni) e la popolazione femminile nella medesima classe di età. Si tratta di donne che, nella maggioranza dei casi, hanno figli minori e vivono in famiglie monoparentali. Il valore regionale è pari a 7,8%. I valori dei Sub-ambiti sono molto vicini a quello regionale: il Sub-ambito 2 presenta un indice con un punto percentuale in più (8,8%), mentre il Sub-ambito 4 presenta un indice con un valore inferiore a quello regionale (6,5%).

Tabella 47 – Indicatore di fragilità familiare, per Sub-ambito

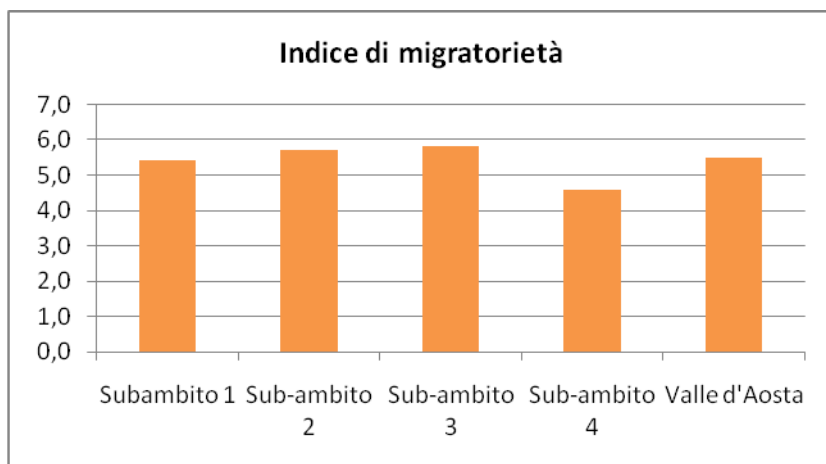
Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3	Sub – ambito 4				VdA
Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
6,4	7,9	7,1	9,9	6,7	6,8	8,8	7,4	6,3	5,6	6,3	6,5	7,8



L'indice di migratorietà esprime l'incidenza che la componente immigrata esercita sul complesso della popolazione. È dato dal rapporto tra il numero degli immigrati e la popolazione totale. Il valore medio regionale è pari a 5,5. Il Sub-ambito che presenta il valore più distante da quello regionale è il Sub-ambito 4, con un valore pari a 4,6. Occorre registrare, però, che all'interno del Sub-ambito la situazione della Comunità Montana Evancon è sostanzialmente simile a quella regionale, mentre è nelle Comunità Montane Mont Rose e Walser Alta Valle del Lys che si registrano i valori più bassi dell'indice di migratorietà.

Tabella 48 – Indicatore di migratorietà, per Sub-ambito

Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3	Sub – ambito 4				Valle d'Aosta
Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
5,3	5,4	5,4	6,0	5,9	5,3	5,7	5,8	4,2	5,3	4,3	4,6	5,5

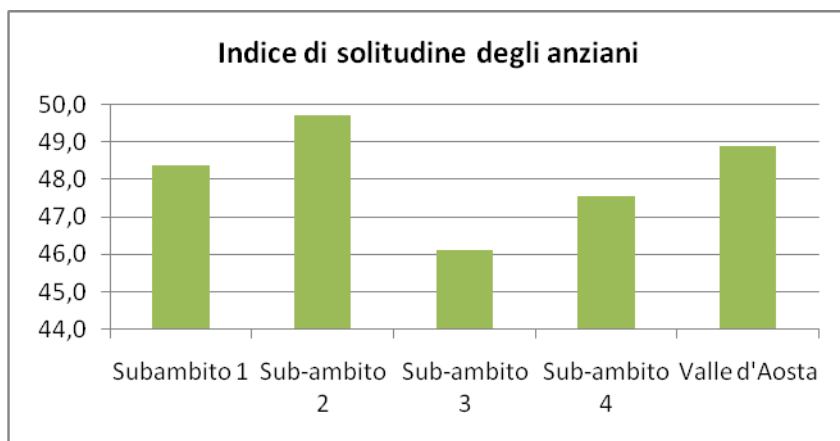


L'indice di solitudine degli anziani nella Quarta Età si calcola rapportando vedovi/e con più di 74 anni e popolazione in quella stessa classe di età. Si propone di approssimare il peso che assumono le persone sole nell'età in cui l'esigenza di aiuto e sostegno inizia a manifestarsi in modo rilevante.

Il valore regionale è 48,9, quindi, quasi un anziano su due di età superiore a 74 anni è solo. I valori dei Sub-ambiti sono molto vicini: leggermente più alto quello del Sub-ambito 2 (49,7%) e leggermente più basso quello del Sub-ambito 3 (46,1%).

Tabella 49 – Indicatore di solitudine tra anziani, per Sub-ambito

Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3	Sub – ambito 4				VdA
Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Cervino	Mont Rose	Evancon	Walser Alta Valle Lys	Tot	
46,9	49,8	48,4	49,8	48,9	49,5	49,7	46,1	46,2	53,0	45,1	47,5	48,9



L'indice di disagio è dato dal rapporto tra il numero di persone assistite dai servizi di salute mentale e la popolazione totale. Pur trattandosi di un indicatore parziale, appare utilizzabile in quanto altri segmenti di disagio sembrano meno incidenti. Il valore regionale è pari a 1,6, ottenuto mettendo in rapporto il numero delle persone in trattamento nel servizio di salute mentale nel 2007 (1.971) e la popolazione complessiva (125.979).

L'indice di deprivazione degli anziani esprime la dimensione della povertà negli anziani e si ottiene dal rapporto tra il numero delle pensioni sociali erogate a persone di oltre 65 anni e la popolazione con 65 anni e più. È possibile calcolare l'indice solo a livello regionale, in quanto non si dispone dei dati delle pensioni a livello di singolo Comune. Il valore regionale è pari a 3,5% (il valore nazionale è 17,3%), ottenuto dal rapporto tra 911 (il numero delle pensioni sociali erogate in Valle d'Aosta) e la popolazione in età > 65 anni (25.931 persone).

L'indice di disabilità indica la diffusione delle disabilità manifestate dalle invalidità caratterizzate da una certa gravità. Si ottiene rapportando la somma di pensioni di invalidità Inps e invalidità civili e la popolazione in età 18-64 anni. Il valore regionale è 12,9% (quello nazionale è 11,5%), calcolato sulla base della somma del numero di pensioni di invalidità Inps (6.541) più il numero delle pensioni di invalidità civile (3.478) in rapporto alla popolazione tra 18-64 anni (77.697).

ALTRI INDICATORI DEMOGRAFICI

Il tasso di nuzialità (rapporto tra il numero di matrimoni celebrati e l'ammontare medio della popolazione residente) registra nel Paese un valore di 4,2 per 1000 abitanti, in calo negli ultimi dieci anni. In Valle d'Aosta il tasso è in crescita: da 3,4 nel 2001 a 4,2 nel 2008. Da registrare che cresce la quota di matrimoni contratti con rito civile: nel 2001 in Valle d'Aosta rappresentavano il 40% del totale dei matrimoni, mentre nel 2008 sono il 48% del totale.

Il tasso di nuzialità totale (calcolato mettendo in rapporto il numero dei matrimoni con la popolazione x1000) è, nel 2007 in Valle d'Aosta, 524 tra i maschi e 596 tra le femmine, a fronte di valori nazionali medi pari rispettivamente a 572 e 630.

Il tasso di fecondità (numero medio di figli per donna in età fertile) è una delle componenti positive che concorrono a determinare la dinamica demografica di una popolazione. Il tasso di fecondità totale indica il numero medio di figli che ciascuna donna, appartenente a una determinata popolazione, genera durante la sua vita feconda. Questo parametro permette di osservare i comportamenti riproduttivi di una popolazione in un determinato anno e fornisce importanti elementi per la determinazione dei meccanismi di ricambio generazionale. Il dato della Valle d'Aosta è in crescita negli ultimi anni: dal 2005 al 2008 è passato da 1,34 a 1,56, così come quello italiano che passa da 1,32 a 1,41 nello stesso periodo.

Il tasso di natalità misura la frequenza delle nascite in una popolazione, generalmente nel corso di un anno di calendario. È un dato molto importante che permette di valutare l'evoluzione di una popolazione se osservato nel suo sviluppo diacronico. Il tasso di natalità si definisce come il rapporto tra il numero totale delle nascite in una popolazione durante il periodo di tempo considerato e l'ammontare della popolazione media nello stesso periodo. In Valle d'Aosta, nel 2008, è pari a 10,2, in costante crescita dal 2005 (quando si attestava a 9,4). Il valore italiano di riferimento è, per il 2008, 9,6.

La speranza di vita è il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in quel Paese, in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno considerato. La

speranza di vita alla nascita costituisce, insieme alla mortalità infantile, uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie di un Paese, configurandosi, quindi, non solo come un indicatore demografico, ma anche del livello di sviluppo di un Paese. Tale indice colloca l'Italia ai primi posti nel mondo per numero medio di anni di vita previsti alla nascita. Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, le donne hanno una speranza di vita di quasi sei anni superiore a quella degli uomini, con valori in linea con quelli nazionali (83,6 anni per le donne e 77,9 per gli uomini).

Tasso di mortalità infantile: è la mortalità che colpisce i nati vivi nell'intervallo tra la nascita e il primo compleanno. Si ottiene rapportando il numero dei bambini morti entro il primo anno di vita nell'unità di tempo considerata (generalmente un anno) al numero dei bambini nati vivi nello stesso anno, moltiplicando il risultato finale per 1000. Il tasso di mortalità infantile è un parametro molto importante, in quanto costituisce un indicatore essenziale del livello di sviluppo di un Paese in relazione alle sue caratteristiche sanitarie, sociali ed ambientali. L'Italia presenta valori che si collocano nella parte bassa della graduatoria europea (3,7 a fronte della media europea del 5,8). La situazione della Valle d'Aosta è migliore di quella italiana: il tasso medio di mortalità infantile è del 2,59 ogni 1000 nati vivi, mentre il tasso di mortalità nel primo anno di vita è ancora più basso, pari all'1,7 rispetto alla media nazionale del 2,7.

I tassi generici di separazione e divorzio sono in crescita per l'Italia, seppure la situazione, rapportata a quella degli altri Paesi, evidenzia una posizione regionale in coda alla graduatoria. La Valle d'Aosta presenta in entrambi i casi tassi superiori a quelli medi italiani: 6,7% e 5,6% (quelli italiani sono 5,4% e 3,3%).

INDICATORI DI ISTRUZIONE

Si riportano alcune informazioni basilari per comprendere aspetti importanti della scuola valdostana. Si precisa che i dati sotto riportati sono censuari tranne dove diversamente specificato.

L'Assessorato Istruzione e cultura, ai sensi della legge regionale n. 19/2000 sull'autonomia scolastica, si è dotato dal 2007 di una Struttura regionale per la valutazione del sistema formativo (SREV) quale strumento per lo sviluppo e il miglioramento dell'azione formativa. Le caratteristiche peculiari della struttura sono legate alla capacità di raccogliere in modo sistematico e di trattare, elaborare, correlare ed interpretare dati ed informazioni, secondo metodi scientificamente fondati e convenzionalmente riconosciuti.

I dati che seguono, dunque, sono stati messi a disposizione dalla SREV; si precisa che sono dati censuari, tranne dove diversamente specificato.

Il numero degli alunni iscritti nelle scuole regionali (scuole paritarie escluse) nell'a.s. 2008/2009 è riportato nella tabella seguente:

Scuola dell'infanzia	3.033
Scuola primaria	5.281
Scuola secondaria di primo grado	3.224
Scuola secondaria di secondo grado	4.530
Totale	16.068

A questi vanno aggiunti gli allievi che frequentano le scuole paritarie:

Scuola dell'infanzia	501
Scuola primaria	342
Scuola secondaria di primo grado	148
Scuola secondaria di secondo grado	632
Totale	1.623

Il totale complessivo degli studenti valdostani di ogni ordine e grado è pari a 17.691 unità.

La **percentuale di allievi stranieri** (alunni con cittadinanza non italiana) è del 7,7 % nella scuola dell'infanzia, dell'8,8% nella scuola primaria, del 7,6% nella scuola secondaria di primo grado e del 4,9% nella scuola secondaria di secondo grado. I dati riguardanti l'Italia, riportati nella tabella seguente si riferiscono all'a.s. 2007/2008⁶ essi risultano lievemente inferiori ai dati della Valle d'Aosta, ma analizzando i dati del Nord-Ovest si evidenziano percentuali sensibilmente superiori a quelle valdostane.

	Valle d'Aosta*	Nord – Ovest**	Italia**
Scuola dell'infanzia	7,7	10,5	7,2
Scuola primaria	8,8	11,6	8,1
Scuola secondaria di primo grado	7,6	11,1	7,6
Scuola secondaria di secondo grado	4,9	6,9	4,5

* riferiti all'a.s. 2008/2009

** riferiti all'a.s. 2007/2008

Un dato interessante è quello della percentuale di alunni stranieri nati in Italia sul totale degli alunni stranieri; per la scuola dell'infanzia, nell'a.s. 2008/2009, si arriva al 73,9%, per la scuola primaria al 44%, per la scuola secondaria di primo grado al 22,3% e per la scuola secondaria di secondo grado al 10,3%.

Rispetto alla distribuzione degli allievi nei tipi di scuole secondarie di secondo grado e nella formazione professionale integrata (escluse le scuole paritarie) nell'anno scolastico 2008/09 si ha che il 21,5% frequenta i licei, il 4,3% l'istituto d'arte, il 27% gli istituti ex-magistrali, il 22,3% gli istituti professionali, il 21,8% gli istituti tecnici e il 3% la formazione professionale integrata.

⁶ I dati sono riferiti all'ultima rilevazione integrativa effettuata dal Movimento Immigrazione Ufficio Regionale

Nelle tabelle seguenti sono riportate le distribuzioni percentuali dei maschi, delle femmine, degli alunni con cittadinanza italiana e di quelli con cittadinanza non italiana nei vari indirizzi delle scuole secondarie di secondo grado:

Sesso	Maschi	Femmine
Licei	21,1	21,9
Istituto d'arte	3,6	5,0
Istituti ex-magistrali	17,1	35,9
Istituti professionali	21,5	23,0
Istituti tecnici	34,4	10,7
Formazione professionale integrata	2,4	3,5

Cittadinanza	Italiana	Non italiana
Licei	22,4	6,9
Istituto d'arte	4,5	1,7
Istituti ex-magistrali	27,4	20,3
Istituti professionali	21,6	34,1
Istituti tecnici	21,6	26,7
Formazione professionale integrata	2,5	10,3

Di seguito sono proposti una serie di indicatori utilizzati per valutare l'andamento dei percorsi scolastici nelle scuole superiori e nelle università. I dati esposti si riferiscono all'anno scolastico 2008/09 e hanno come fonte il Dipartimento Sovraintendenza agli Studi della Regione Autonoma Valle d'Aosta. Quelli nazionali sono tratti da tabelle di sintesi che producono annualmente sia l'Istat, sia il Ministero dell'istruzione e si riferiscono all'a. s. 2006-2007.

Il **tasso di scolarità** mette in relazione il numero di iscritti alla scuola superiore e la popolazione residente (desunta dal numero di aventi tessera sanitaria) nelle fasce di età 15-18 anni (obbligo formativo) e 15-16 anni (obbligo scolastico); potrebbe assumere valori superiori a 100 per la presenza di ripetenze, anticipi di frequenza o di studenti residenti in altre Regioni. Nell'a.s. 2006-07, il valore medio nazionale del tasso di scolarità è pari al 90,1%; in Valle d'Aosta per l'a.s. 2008-09 è pari rispettivamente a:

- 15-18 anni – 92,64%
- 15-16 anni – 100,48% (compresi gli studenti iscritti in scuole valdostane, ma provenienti da fuori Valle).

Il **tasso di regolarità** è calcolato come rapporto tra gli iscritti con età pari od inferiore a quella teorica di frequenza ed il totale degli iscritti. Il dato nazionale medio si attesta intorno al 25,5%. In Valle d'Aosta, nella scuola secondaria di primo grado, il 16,5% degli studenti risulta in ritardo nel percorso scolastico; nella scuola secondaria di secondo grado, il 38,5% e nella formazione professionale integrata il 74,2%.

Il **tasso di diplomati** rispetto ai diciannovenni, riferito all'a.s. 2007/2008 è il seguente:

residenti con 19 anni di età	diplomati al 5° anno	formazione prof. integrata	Totale diplomati	% diplomati al 5° anno	% con formazione prof. integrata
1.011	656	98	754	64,89%	74,58%

Gli allievi iscritti alla formazione professionale integrata vengono inseriti nel totale dei diplomati, come previsto nell'annuario statistico italiano 2008 e nella pubblicazione "La scuola in cifre"; il dato valdostano risulta in linea, se non addirittura superiore, a quasi tutte le altre Regioni del Nord Italia la cui percentuale è pari a 71,2%.

Il **tasso degli studenti non ammessi** alla classe successiva in Italia è pari al 14,5%, in Valle d'Aosta è 19,2%. Nella tabella sono riportati i confronti per strato omogeneo:

	Valle d'Aosta	Italia
Licei	10 %	7 %
Ex- Magistrali	20,3 %	10,9 %
Istituti professionali	24,5 %	24 %
Istituti tecnici	20,8 %	18 %
Istituto d'arte	28 %	16,9 %

La **percentuale di diplomati con voto alto** (voto tra 91 e 100), in Valle d'Aosta è l'11,8%, a fronte di una media nazionale del 15,8%.

Per ciò che concerne il **tasso di abbandono scolastico**, (fino a sedici anni, cioè i nati nel 1993 e 1994) si può affermare che in Valle d'Aosta tale fenomeno è inesistente, mentre a livello nazionale si attesta intorno all'11%.

L'analisi integrata degli indicatori illustrati permette di sintetizzare un dato complessivo: la **probabilità di conseguimento del titolo di studio nell'arco dei cinque anni**. In Italia tale probabilità, per l'a.s. 2006-2007, è del 68,6%, in flessione di due punti rispetto all'anno precedente, mentre in Valle d'Aosta è del 62%⁷.

I dati seguenti sono tratti da un'indagine campionaria eseguita dall'ISTAT:

Per il **tasso di iscrizione all'università** (dato dal rapporto tra il numero degli iscritti alle università e il numero di giovani residenti in età 19-25 anni), il dato medio italiano si posiziona intorno al 66%, mentre quello della Valle d'Aosta è del 77%.

Per l'indicatore relativo al **numero di laureati** (per 100 persone di 25 anni), il valore della Valle d'Aosta è 17% (12,2% tra i maschi, 22,8% femmine), mentre il valore nazionale è 20%.

⁷ Si noti che la percentuale è sottostimata, in quanto la formazione professionale integrata non era ancora integrata al sistema scolastico e quindi i dati non sono disponibili.

INDICATORI SUL LAVORO

Un primo indice importante è quello di ricambio, che mette in rapporto gli abitanti di età 15-19 anni e la popolazione di età 60-64 anni, cioè quelli che a breve entreranno nel mercato del lavoro e quelli che ne usciranno. Il dato valdostano è decisamente superiore a quello medio nazionale (111,9), infatti sfiora quota 138: per 100 persone che entrano nel mercato del lavoro ve ne sono 138 che escono.

Il tasso di occupazione italiano (dato dal rapporto tra numero di occupati nella fascia 15-64 anni rispetto al totale della popolazione corrispondente) nel panorama europeo (dati riferiti al 2006), vede l'Italia in difficoltà rispetto a molte altre nazioni, nonostante nel corso degli ultimi cinque anni siano stati registrati notevoli progressi: il saldo attivo è di oltre 4 punti percentuale. La media europea è di poco superiore al 70% per gli uomini e di poco inferiore al 60% per le donne. I dati medi italiani sono 69% tra gli uomini e 45% tra le donne. In Valle d'Aosta la situazione occupazionale presenta valori medi superiori alla media nazionale per entrambi i generi, posizionano la Regione nei primi cinque posti.

Il tasso di occupazione tra le persone in età 55-64 anni della Valle d'Aosta è pari a 35%, in costante crescita nel corso degli ultimi dieci anni, superiore alla media nazionale (33,8%).

La partecipazione al lavoro delle donne, come già messo in luce, è bassa in Italia e la Valle d'Aosta si mantiene coerente con i valori nazionali medi.

Il tasso di disoccupazione (dato dal rapporto percentuale tra il totale della popolazione di oltre 15 anni in cerca di occupazione e le forze lavoro totali), posiziona l'Italia nella fascia mediana del panorama europeo, con valori intorno all'8%. Rispetto alle differenze regionali, la Valle d'Aosta spicca per un valore molto basso, notevolmente inferiore a quello medio italiano: 3,2%.

Analogamente, il quadro relativo alla disoccupazione giovanile vede la Valle d'Aosta con un valore pari all'11,8%, inferiore di otto punti percentuali a quello medio italiano, ma tra i più alti nel Nord. Il 34% dei giovani attende un lavoro da più di un anno (il valore medio italiano è di poco inferiore al 50%).

Un altro indicatore di notevole interesse è costituito dalla quota di unità di lavoro non regolari, intese come posizioni lavorative "non a tempo pieno" trasformate statisticamente in unità a tempo pieno. Secondo questo indice, in Valle d'Aosta vi sarebbe il 10,8% di lavoro non regolare, con una stabilità nel corso degli ultimi anni, a fronte di un valore medio nazionale del 12%. Tra le Regioni del Nord, la Valle d'Aosta si posiziona nella fascia alta di lavoro non regolare.

INDICATORI MACROECONOMICI

La Valle d'Aosta, insieme alla Provincia Autonoma di Bolzano e alla Lombardia, presenta un Pil procapite tra i più elevati d'Italia: nel 2006, a fronte di una media nazionale di 20.917 euro, il

valore valdostano è pari a 27.077 euro, con una variazione percentuale rispetto ai cinque anni precedenti che, progressivamente, si riduce allo 0,1.

La propensione a consumare piuttosto che ad investire, caratteristica di quasi tutti i Paesi europei, con rapporti diversi tra le due componenti (agli estremi europei vi sono Cipro, con 95% di consumi e 5% di investimenti, e il Lussemburgo, con 56% di consumi e 44% di investimenti; il dato italiano si sovrappone alla media europea), vede la Valle d'Aosta tra le Regioni nelle quali i consumi assorbono la maggior quota del Pil prodotto: il valore medio valdostano dei consumi nel 2006 è pari a 93,8% a fronte di una media nazionale di 79,8%.

Nel 2006 migliora leggermente la situazione a livello di produttività rispetto agli anni precedenti, in linea con i dati complessivi del Paese. La Valle d'Aosta si colloca in una posizione mediana tra le Regioni italiane, molto vicina al valore medio.

I dati sull'inflazione evidenziano una situazione regionale quasi sempre al di sotto della media nazionale: nel 2006 il valore medio italiano è 1,8 quello valdostano è 1,4.

INDICATORI RELATIVI A QUALITÀ DELLA VITA, MALESSERE E DISAGIO SOCIALE

La Valle d'Aosta, tra le Regioni del Nord-ovest d'Italia, è quella che presenta la percentuale più elevata di persone con più di 3 anni di età che praticano sport: 49mila persone (quasi il 41% della popolazione). Di queste, 30mila lo fanno in modo continuativo e 19mila in modo saltuario.

Quasi il 10% dei residenti in Valle d'Aosta nel 2006 si trova a vivere in situazione di povertà (oltre 12mila persone) e quasi il 9% delle famiglie vive in povertà (poco meno di 5mila nuclei familiari). I dati raccolti relativi agli individui singoli e alle famiglie collocano la Regione a metà della graduatoria italiana.

In ordine all'indice di disuguaglianza nella distribuzione del reddito, la Valle d'Aosta (che ha un reddito medio di 28mila euro procapite), presenta una situazione migliore di quella media italiana, con un maggior livello di uguaglianza: l'indice medio di disuguaglianza in Italia è 0,321, mentre quello valdostano è 0,256, il più basso in Italia insieme a quello della provincia di Trento.

Per quanto attiene l'indice di delittuosità, la Valle d'Aosta mette in luce due aspetti della problematica: da un lato, si registra una crescita progressiva del numero assoluto dei delitti, che passano da 25 ogni 1000 abitanti nel 2000 a 40 ogni 1000 abitanti nel 2005; dall'altro, si registra il fatto che la Valle d'Aosta si posiziona tra le Regioni con minori livelli di delittuosità, al di sotto della media nazionale (44 delitti ogni 1000 abitanti).

I minorenni denunciati alla Procura per i minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta nel 2006 per aver commesso reati in Valle d'Aosta sono 97, sul totale italiano di 41.434; in larga maggioranza il reato per cui è stata operata la denuncia è quello contro il patrimonio (50), con particolare frequenza dei furti. A seguire vi sono i reati contro la persona (33), di cui 15 denunce per violenze sessuali. Le denunce per produzione e spaccio di stupefacenti sono 9.

Nell'indagine Istat sulla vita quotidiana del 2006⁸ è stata raccolta la percezione dei cittadini italiani circa i problemi prioritari. La disoccupazione e la criminalità sono le problematiche più importanti secondo il campione nazionale. Analoga valutazione esprimono i cittadini valdostani, seppur con percentuali inferiori a quelle nazionali. I cittadini valdostani valutano più rilevanti l'evasione fiscale, i problemi ambientali, il debito pubblico, l'inefficienza del sistema giudiziario, l'immigrazione extra-comunitaria, mentre considerano meno rilevanti problematiche come la povertà, l'inefficienza del sistema sanitario o del sistema scolastico, la criminalità e la disoccupazione.

Tabella 50 – Problemi prioritari percepiti dalla popolazione

	Problemi prioritari									
	Disoccupazione	Criminalità	Evasione fiscale	Problemi ambientali	Debito pubblico	Inefficienza sistema sanitario	Inefficienza sistema scolastico	Inefficienza sistema giudiziario	Immigrazione extra-comunitaria	Povertà
Valle d'Aosta	54,1	54,8	22,6	17,4	20,3	18,4	3,5	12,3	32,4	26,3
Italia	70,1	58,7	17,9	16,2	12,4	25,9	6,3	10,6	27,3	29,4

Uno studio recente dell'Istat relativo ai consumi delle famiglie italiane svolto nel 2006, ha preso in esame diversi indicatori di disagio e/o inclusione sociale.⁹

Il primo indicatore riguarda la percezione delle famiglie circa i problemi presenti nel proprio contesto territoriale. In primo luogo, alle famiglie intervistate è stato posto il quesito sulla presenza o meno, in strada, di sporczia, di persone che si drogano o ubriacano o prostituiscono e sulla presenza di atti di criminalità, vandalismo e violenza. I dati raccolti sono stati analizzati secondo la variabile territoriale regionale e macro-regionale e secondo la variabile "stato di povertà": le famiglie intervistate sono state suddivise in due gruppi, "povere" e "non povere".

Più di un terzo delle famiglie italiane dichiara di riscontrare almeno uno dei tre problemi nella propria area territoriale. I dati relativi alle famiglie valdostane denotano una situazione significativamente meno problematica di quella di altre Regioni: la percentuale è 25%, che colloca la Valle d'Aosta nella parte bassa della graduatoria nazionale. Da annotare che il 16% delle famiglie valdostane indica di vedere sporczia, il 10% dichiara l'esistenza di criminalità, vandalismo e violenza, il 10% annota la presenza di persone che si drogano, si ubriacano o si prostituiscono. Occorre sottolineare che i dati sono fortemente influenzati dalle dimensioni del Comune: il disagio, infatti, tende a crescere man mano che cresce l'ampiezza del Comune. Nei Comuni piccoli (fino a 2000 abitanti) la percentuale di presenza di almeno un problema è 16%, mentre nei Comuni metropolitani sale al 60%.

Un secondo indicatore è costituito dall'accesso ai servizi sanitari. Due famiglie su dieci, in Italia, manifestano grandi difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e al pronto soccorso. In Valle d'Aosta la situazione è migliore, in quanto la percentuale media è del 7,5%, con una prevalenza di chi ha

⁸ Cfr. ISTAT, *La vita quotidiana nel 2006*, Istat, Roma 2007, pag. 195.

⁹ Cfr. Istat, *Alcuni indicatori di disagio sociale*, Istat, Roma 2007.

dichiarato di avere gravi difficoltà di accesso al pronto soccorso piuttosto che ai vari servizi dell'Azienda USL. La Valle d'Aosta si posiziona nella parte bassa della graduatoria tra le Regioni.

L'incidenza delle persone con disabilità sulla popolazione è 3,1%, ma si modifica significativamente in relazione alle diverse età della vita, crescendo progressivamente:

- nella fascia 0-5 anni è 0,4%
- nella fascia 6-17 è 0,8%
- nella fascia 18-64 anni è 1,1%
- nella fascia 65-75 anni è 4,6%
- nella fascia oltre i 75 anni è 18,5%.

L'indice degli alunni con disabilità nell'anno scolastico 2006-2007 è 1,8%: 35 frequentano la scuola dell'infanzia (1,2% di disabili sul totale degli allievi), 95 la scuola elementare (1,8%), 73 la scuola media (2,4%), 76 la scuola secondaria di secondo grado (1,8%).

Il tasso standardizzato di invalidità per malattia mentale è di 0,30 per 100 persone. In relazione al sesso, la variazione vede un tasso maggiore tra le femmine; rispetto alla popolazione con oltre 65 anni il tasso cresce a 0,60, quasi esclusivamente coinvolgente donne.

Il quoziente di suicidi per 100.000 abitanti, in Valle d'Aosta, calcolato in relazione agli otto suicidi avvenuti nel 2007, è 6,4 rispetto al valore nazionale di 4,8.

Il tasso di fumatori per 100 abitanti è 22,5% in Valle d'Aosta a fronte di un valore medio nazionale pari a 28,6%. La percentuale cambia in relazione alle diverse fasce d'età e al sesso. Prendendo in esame solo le fasce d'età con una percentuale superiore al 10% di fumatori, risulta che:

- tra i maschi nella fascia tra 45 e 54 vi sia il 30% dei fumatori, nella fascia dai 25 ai 44 anni il 26-27%, tra i giovani (15-24 anni) il 25%;
- tra le femmine tra i 25 e 44 anni vi sia il 30% di fumatrici, tra i 45 e 54 il 26%, tra i 55 e 64 anni vi è il 18%, tra i 15 e 24 anni il 12%.

La percentuale di persone (da 11 anni in su) che consumano alcol giornalmente è in Valle d'Aosta del 31%, a fronte di una media nazionale del 29,5%. La percentuale di chi si è ubriacato almeno una volta negli ultimi dodici mesi è in Italia 8,4%, mentre in Valle d'Aosta il valore è 14,2%.

La quota di anziani che usufruisce, in Valle d'Aosta, del servizio di Assistenza domiciliare integrata (ADI) è pari al 3% del totale della popolazione anziana nel 2006. La situazione regionale è molto lontana dalla media nazionale, che si attesta a 0,2%.

Il numero dei minori per i quali è stato attivato un intervento di tutela ai sensi della Legge 149/01 è in totale 182: di essi 96 sono seguiti con interventi di educativa domiciliare, 41 sono in affidamento familiare e 45 sono collocati in una comunità residenziale. Il tasso di incidenza globale è dello 0,9% sulla popolazione di età corrispondente.

Il numero di persone in trattamento presso il SerT è complessivamente di 504, di cui 249 per tossicodipendenza e 255 per alcodipendenza. Il Tasso standardizzato sul totale della popolazione corrispondente è del 2%.

SESTO CAPITOLO

IL SISTEMA D'OFFERTA DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN VALLE D'AOSTA

Premessa

L'Ufficio di Piano e il Tavolo Politico hanno deciso di raccogliere informazioni in ordine a ciò che esiste – a livello di servizi e interventi sociali – nel territorio valdostano per completare il quadro informativo contenuto nei primi tre rapporti dell'OREPS, che danno conto principalmente dei servizi attivati dall'Amministrazione regionale, gestiti direttamente o attraverso soggetti, quali cooperative ed altre organizzazioni.

L'Ufficio di Piano ha predisposto, a tal fine, una scheda di raccolta dati (vedi allegato n. 8), privilegiando uno sguardo complessivo piuttosto che un'analisi particolarmente dettagliata.

La scheda conteneva quesiti relativi a:

- nome del servizio-intervento,
- soggetto promotore,
- soggetto gestore,
- collocazione territoriale,
- età dell'utenza,
- problematiche affrontate,
- costo annuale,
- fonti di finanziamento,
- livello di partecipazione finanziaria dell'utenza,
- tipo di operatori impiegati.

In questa fase, per evitare di appesantire la rilevazione, non si è ritenuto necessario porre quesiti sul numero, la cittadinanza, lo stato civile, il sesso, ecc., degli utenti e, sul numero degli operatori, ecc..

La scheda è stata trasmessa a tutti i soggetti che operano nel sociale tramite le organizzazioni e gli enti rappresentati nel Tavolo Politico e nell'Ufficio di Piano. Per completare la rilevazione ci si è avvalsi anche di tutte le banche dati esistenti e della tecnica del rimando continuo.

Il lavoro di rilevazione si è svolto nel periodo dicembre 2007 – febbraio 2008. Al termine di questa fase sono state raccolte 958 schede. Hanno risposto tutte le Comunità Montane, 72 dei 74 Comuni, la Regione (Direzione politiche sociali, Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute, Direzione agenzia regionale del lavoro), l'Azienda USL Valle d'Aosta (limitatamente alle attività a valenza sociale o ad alta integrazione riferite ai distretti sanitari), 46 associazioni di volontariato aderenti al CSV, 20 cooperative sociali, 3 organizzazioni sindacali e 16 soggetti di altra natura.

Il lavoro è proseguito in due direzioni:

- l'acquisizione di ulteriori schede,
- la verifica e il controllo delle schede raccolte, che sono state riunite e integrate laddove il servizio-intervento era lo stesso.

Si è così giunti al totale di 888 schede relative ad altrettanti servizi o interventi esistenti in Valle d'Aosta.¹⁰

I dati proposti di seguito, relativi alle 888 schede pervenute e verificate, sono da ritenersi una fotografia rappresentativa della realtà regionale, anche se il lavoro di raccolta dati proseguirà permanentemente.

La tipologia degli interventi-servizi esistenti in Valle d'Aosta

I compilatori delle schede sono stati invitati non solo a descrivere il proprio intervento-servizio, ma anche ad indicarne la denominazione e ad attribuire un codice di classificazione. A tal fine è stato proposto un elenco di oltre cento tipologie di interventi-servizi tra cui scegliere. Nella tabella seguente è riportata la distribuzione delle classificazioni operata dai compilatori delle schede.

La dispersione dei dati raccolti è elevata: tutte le tipologie di intervento risultano essere presenti nel territorio, ma con frequenze diverse. La tipologia di intervento più ricorrente ha raccolto 76 segnalazioni, pari al 9% di tutte le schede raccolte e all'8% di tutte le segnalazioni operate (il totale delle segnalazioni è, infatti, superiore al numero delle schede, in quanto ogni compilatore poteva attribuire al proprio servizio-intervento più classificazioni).

Di seguito sono riportati, suddivisi per fasce d'età, gli interventi/servizi, con l'indicazione del codice e del numero di schede raccolte.

Area prima infanzia 0-5 anni

Codice	Tipologia del servizio/intervento	N. schede raccolte
7	Asilo nido	20
6	Asilo nido aziendale	2
10	ADE Assistenza domiciliare educativa	1
12	Assistenza disabili	3
13	Assistenza per espletamento funzioni basilari nella scuola	4
16	Attività di animazione sporadiche	9
17	Attività sportive strutturate	2
22	Centri vacanza-centri estivi	15
29	Centro per le famiglie	1
33	Comunità residenziale per minori	2
38	Consultorio e consultorio pediatrico	5
43	Corsi vari	2
44	Corsi iniziative educazione alla salute	2
48	Garderies	14
57	Ludoteca	2
59	Mensa scolastica	62
62	Oratorio	2

¹⁰ Le tabelle seguenti a volte propongono un totale diverso da 888. In alcuni casi perché il totale si riferisce al totale delle risposte fornite dai promotori delle iniziative: laddove alla stessa domanda si potevano dare più risposte il totale è coincidente con il totale delle risposte date e non delle schede raccolte. In altri casi la diversità è dovuta a mancate risposte. In altri termini se ad una determinata domanda alcuni promotori non hanno risposto il totale include solamente le schede che contengono le risposte alla domanda posta.

64	Parco giochi	17
65	Assistenza prescolastica	2
68	Riabilitazione equestre	1
69	Scuola bus	51
71	Servizio adozioni	1
72	Servizio affido	1
75	Consulenza psicologica	1
78	Emergenza minori	1
85	Spazio attrezzato	1
86	Spazio gioco	7
87	Spazio neutro	1
89	Tata familiare	29
92	Vigilanza di fronte alle scuole	10
97	Scuola dell'infanzia	2
98	Prevenzione disagio	6
104	Interventi finanziari a favore di istituzioni scolastiche	1

Area infanzia 6-10 anni

Codice	Tipologia del servizio/intervento	N. schede raccolte
1	Aiuto extrascolastico	13
8	SAD Assistenza domiciliare	1
10	ADE Assistenza domiciliare educativa	1
11	ADI Assistenza domiciliare integrata	1
12	Assistenza a disabili	5
13	Assistenza a mensa per disabili	5
14	Attività sportive	1
15	Attività di consulenza e assistenza	1
16	Animazione sporadica	10
17	Attività sportive strutturate	2
18	Attività educativa	3
22	Centri vacanze -centri estivi	16
29	Centro per le famiglie	1
33	Comunità residenziali per minori	2
38	Consutorio	2
43	Corsi vari	11
44	Corsi iniziative educazione alla salute	2
54	Iniziative sportive	4
57	Centro educativo e aggregativo ludoteca	11
59	Mensa scolastica	73
60	Laboratorio	1
62	Oratorio	8
64	Parco giochi	21
65	Attività prescuola	7
68	Riabilitazione equestre	1
69	Scuola bus	63
70	Segretariato sociale	1
71	Servizio adozioni	1
72	Servizio affido	1
75	Consulenza psicologica	1
78	Emergenza minori	1
82	Soggiorni climatici e centri estivi	5
85	Spazio attrezzato	3
86	Spazio gioco	3
87	Spazio neutro	1
92	Vigilanza di fronte alle scuole	12
94	Festa degli alberi	1
97	Istruzione scolastica	1
98	Prevenzione disagio	6

Area preadolescenza e adolescenza 11-17 anni

Codice	Tipologia del servizio/intervento	N. schede raccolte
1	Aiuto extrascolastico	5
10	ADE Assistenza domiciliare educativa	1
12	Assistenza educativa disabili	4
13	Servizio supporto all'autonomia scolastica	3
14	Attività sportive	4
16	Attività di animazione sporadiche	7
18	Attività educativa	2
20	casa famiglia	1
21	Centro aggregazione	7
22	Centri vacanza centri estivi	9
23	CEA Centro diurno disabili	1
33	Comunità residenziale per minori	2
37	Consultorio familiare	2
15	Centro diurno educativo	2
39	Consultorio adolescenti	1
41	Agenzia regionale del lavoro	2
43	Corsi vari	12
44	Corsi iniziative educazione alla salute	2
46	Lavoro di strada sviluppo di comunità	1
52	Informagiovani	1
53	Laboratori	2
54	Iniziative sportive	3
57	Ludoteca	7
59	Mensa scolastica	19
62	Oratorio	6
64	Parco giochi	14
68	Riabilitazione equestre	1
69	Scuolabus	22
71	Servizio adozioni	1
72	Servizio affido	1
75	Servizio consulenza psicologica	1
76	Servizio trasporto	1
78	Emergenza minori	1
82	Soggiorni di vacanza	5
85	Spazio attrezzato	4
86	Spazio gioco	1
87	Spazio neutro	1
92	Vigilanza di fronte alle scuole	5
94	festa degli alberi	1
97	Istruzione scolastica	1
98	Prevenzione disagio	6
99	Trasporto disabili	1
104	Interventi finanziari a favore delle scuole	2

Area giovani 18-29 anni

Codice	Tipologia del servizio/intervento	N. schede raccolte
2	Alloggi a canone agevolato	6
3	Amministratore di sostegno	1
8	SAD Assistenza domiciliare	1
10	ADE Assistenza educativa domiciliare	2
12	Servizio supporto all'attività scolastica	2
13	Assistenza trasporto disabili	3
15	Attività di consulenza e informazione	19
17	Attività sportive strutturate	2
20	Casa famiglia	1

21	Progetto giovani	4
23	Centro diurno	3
25	Centro agricolo	1
27	Centro educativo assistenziale	5
28	Centro comunale immigrati	6
31	Casa accoglienza per senza fissa dimora	1
32	Comunità residenziale di recupero	2
33	Comunità residenziale per minori	1
34	Comunità psichiatrica	3
35	Centro di ascolto per famiglie	1
37	Consultorio familiare	2
41	Corsi di formazione	11
43	Corsi vari	5
44	Corsi iniziative educazione alla salute	3
45	Centro assistenza notturna	1
46	Progetto giovani lavoro di strada e sviluppo comunità	1
51	Gruppo appartamento per psichiatrici	1
52	Informagiovani	1
53	Laboratorio occupazionale	3
54	Attività sportive	2
55	Lavori utilità sociale	9
59	Mensa scolastica	2
61	Comunità protetta	1
62	Oratorio	2
66	Reinserimento lavorativo e sociale	2
68	Riabilitazione equestre	1
69	Trasporti per istituzioni scolastiche	1
73	Arcolaio	1
74	Servizio di consulenza legale	5
77	Servizio doccia e igiene	1
82	Soggiorni vacanze per disabili	1
85	Spazio attrezzato	3
87	Spazio neutro	1
88	Sportello informativo immigrati	5
93	Servizio civile nazionale	1
99	Assistenza alla vita indipendente	2
100	Avis	1
104	Rimborsi trasporti scolastici	1

Area adulti 30-64 anni

Codice	Tipologia del servizio/intervento	N. schede raccolte
2	Alloggi a canone agevolato	6
3	Amministratore di sostegno	1
8	SAD Assistenza domiciliare	8
11	ADI Assistenza domiciliare integrata	6
15	Attività di consulenza e informazione	27
17	Attività sportive strutturate	2
19	Casa di riposo	4
21	Centri incontro	10
23	Centro diurno	6
24	Centro diurno e notturno	1
28	Centro comunale immigrati	6
30	Compagnia telefonica	2
31	Casa accoglienza per senza fissa dimora	3
34	Comunità psichiatrica	2
35	Centro di ascolto per famiglie	2
41	Corsi di formazione	6
43	Corsi vari	4
45	Centro assistenza notturna	1
47	Emergenza caldo	3

49	Viola	1
50	Volontariato	1
51	Gruppo appartamento per psichiatrici	1
55	Lavori utilità sociale	2
60	Pasti a domicilio	3
61	Comunità protetta	27
62	Oratorio	2
63	Orti per anziani	1
66	Reinserimento lavorativo e sociale	2
67	Residenza protetta	1
73	Arcolaio	1
74	Servizio di consulenza legale	6
77	Servizio doccia e igiene	1
80	Servizio sociale professionale	1
81	Soggiorni climatici	9
83	Soggiorni termali	4
85	Spazio attrezzato	1
88	Sportello informativo immigrati	5
90	Telesoccorso	7
100	Avis	2
102	Rsa	1
104	Contributi riscaldamento	2
107	Nucleo Alzheimer	1

Area famiglia

Codice	Tipologia del servizio/intervento	N. schede raccolte
2	Alloggi a canone agevolato	2
8	SAD Assistenza domiciliare	1
15	Attività di consulenza e informazione	1
29	Centro per le famiglie	1
30	Compagnia telefonica	6
35	Centro di ascolto per famiglie	1
41	Corsi di formazione	4
42	Corsi di preparazione al matrimonio	1
43	Corsi vari	1
49	Viola	1
62	Oratorio	1
64	Parco giochi	4
70	Pre de toi	1
74	Servizio di consulenza legale	2
75	Consultorio	3
79	Volontari soccorso	4
80	Servizio sociale professionale	1
84	Banco alimentare	7
92	Vigilanza scuola	1
100	Avis	1
104	Contributi economici	4
108	Centro prima accoglienza	1

In gran parte si tratta di schede relative ad interventi e servizi che afferiscono ad un ambito intermedio di intervento, che si attuano nel territorio, mentre in misura minore sono presenti schede relative ad interventi di tipo residenziale, domiciliare o orientati all'accesso e all'informazione.

La dislocazione territoriale degli interventi-servizi censiti

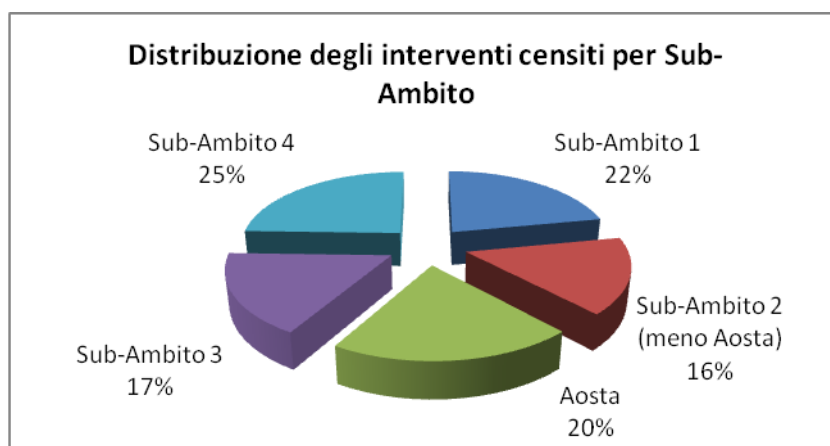
Le schede contengono informazioni circa la dislocazione territoriale in riferimento:

- al Sub-ambito,
- alla Comunità Montana di riferimento,
- al bacino territoriale su cui agisce ciascun intervento-servizio censito.

Per quanto riguarda la distribuzione per Sub-ambito, è evidente la situazione di netta prevalenza del Sub-ambito 2 (con il 36% degli interventi censiti), che include anche la Città di Aosta, la quale da sola registra oltre il 20% delle schede. A seguire, gli altri tre Sub-ambiti, tutti tra il 17% e il 24% degli interventi censiti.

Tabella 52 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per Sub-ambito

	VA	% sul totale
Sub-ambito 1	188	22,0
Sub-ambito 2	312	36,4
<i>di cui città di Aosta</i>	175	20,4
Sub-ambito 3	146	17,1
Sub-ambito 4	210	24,4
Totale	856	100,0
NR	32	
Totale	888	



In merito alla distribuzione per Comunità Montana, i dati raccolti indicano nella Comunità Montana Monte Cervino quella con il maggior numero di interventi censiti (150, pari al 17% del totale), e nella Comunità Montana Walser-Alta Valle del Lys quella con meno frequenze (26, pari al 3% del totale).

Tabella 53 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per Comunità Montana

	VA	% sul totale delle segnalazioni
Città Aosta	179	20,2

Monte Cervino	150	16,9
Grand Paradis	105	11,8
Valdigne Mont Blanc	92	10,4
Mont Emilius	91	10,2
Mont Rose	81	9,1
Evancon	97	10,9
Grand Combin	50	5,6
Walser Alta Valle Lys	26	2,9
Tutta la Regione	17	1,9
Totale	888	100,0

Per quanto riguarda il bacino territoriale interessato dall'attività (che può essere diverso dalla collocazione territoriale), la situazione che ricorre più frequentemente è quella di interventi-servizi a valere su tutto il territorio regionale: 405 interventi su 885 (pari al 46%) sono, infatti, messi a disposizione di tutti i residenti nella Regione, indipendentemente dal Comune ove sono ubicati. Al secondo posto, si trovano gli interventi e servizi con bacino di interesse esclusivamente comunale (il 30% dei casi) o solo nella Comunità Montana (19%) o solo nel Sub-ambito (6%).

Tabella 54 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per bacino di azione

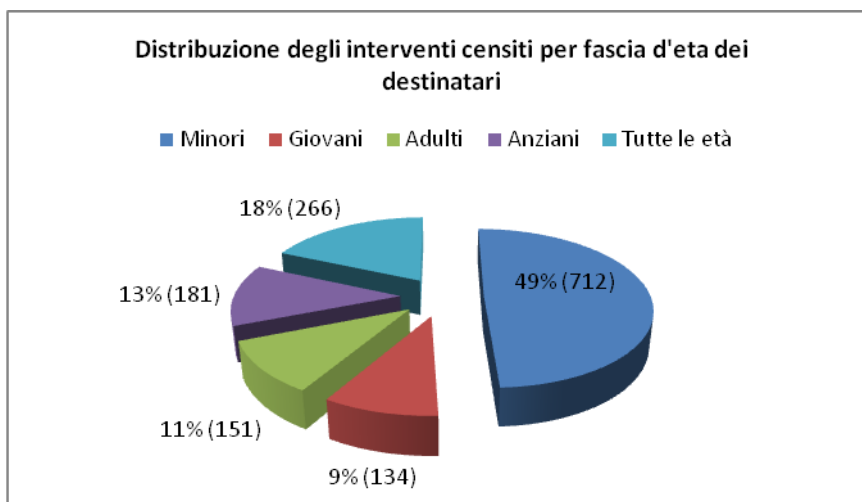
	VA	% sul totale delle segnalazioni
Solo comunale	260	29,4
Solo CM	168	19,0
Solo Sub-ambito	52	5,9
Tutta la Regione	405	45,8
Totale	885	100,0
NR	3	
Totale	888	

Tipologia di intervento

Utenza e problematiche al centro di attenzione degli interventi-servizi censiti

Sono state considerate due variabili: l'età degli utenti e le problematiche e bisogni affrontati dagli interventi-servizi.

Rispetto alle fasce d'età dei destinatari dei servizi e interventi schedati, una prima distribuzione è quella riportata nel grafico seguente, che mette in luce la prevalenza di interventi rivolti all'età minorile:



Per quanto attiene agli interventi in area minorile è possibile un'ulteriore specificazione: 269 di essi sono orientati alla prima infanzia, 285 all'età 6-10 anni, 158 all'età adolescenziale. Mentre per quanto riguarda gli interventi rivolti a tutte le età, occorre registrare che 36 di essi hanno come destinatario dichiarato le famiglie nel loro complesso.

Tabella 55 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per età dei destinatari

Fasce d'età interessate	VA	% sul totale delle scelte (VA = 1.444)
0-5 anni	269	18,6
6-10 anni	285	19,7
11-17 anni	158	10,9
18-29 anni	134	9,3
30-64 anni	151	10,5
oltre 65 anni	181	12,5
Tutte le età	230	15,9
Famiglia	36	2,5
Totale	1.444	100,0

In ordine alle problematiche e ai bisogni considerati dagli interventi censiti, è opportuno analizzare la percentuale sui casi, che mette in luce quanti interventi sul totale degli stessi, hanno affrontato ciascuna problematica.

Il bisogno di socialità è quello che ricorre più frequentemente: esso è registrato nel 31% delle schede. A seguire, con percentuale di frequenza quasi simile, si trovano le problematiche connesse alla disabilità. Più di un quarto degli interventi censiti affronta le tematiche del sostegno alla genitorialità, mentre un intervento su cinque considera il disagio sociale e la non autosufficienza. Il supporto per l'accesso è l'area con il minore numero di schede.

Tabella 56 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per problematiche affrontate

	VA	% sul totale delle segnalazioni
Dipendenze	49	7,2
Disabilità	211	31,1
Disagio mentale	86	12,7
Disagio psicologico	96	14,2
Disagio sociale	153	22,6
Fragilità familiare	125	18,4
Immigrazione integrazione	90	13,3
Isolamento sociale	57	8,4
Marginalità	86	12,7
Non autosufficienza	136	20,1
Socialità	212	31,3
Sostegno alla genitorialità	192	28,3
Supporto per l'accesso	25	3,7
Altro	263	38,8
Totale	1.781	

La dimensione gestionale degli interventi-servizi censiti

Sono stati presi in esame tre aspetti: il soggetto promotore, il soggetto gestore e le figure professionali operanti negli interventi-servizi.

La lista dei soggetti promotori è molto ampia e la prevalenza è di interventi a cura di enti pubblici (75%) rispetto a quelli promossi da soggetti del Terzo settore (25%).

Tra gli enti pubblici è elevata la quota di interventi promossi dai Comuni (46%), di cui una buona parte dal Comune di Aosta, a cui si aggiungono quelli promossi dalle Comunità Montane (14%). La Regione è direttamente promotrice del 9% degli interventi-servizi censiti, mentre l'Azienda USL Valle d'Aosta del 4%.

Tra le organizzazioni del Terzo settore è rilevante la componente sindacale e delle associazioni che sono direttamente promotrici (ciascuna) del 10% degli interventi, rispetto a quella delle cooperative che promuovono in modo diretto il 2% degli interventi-servizi.

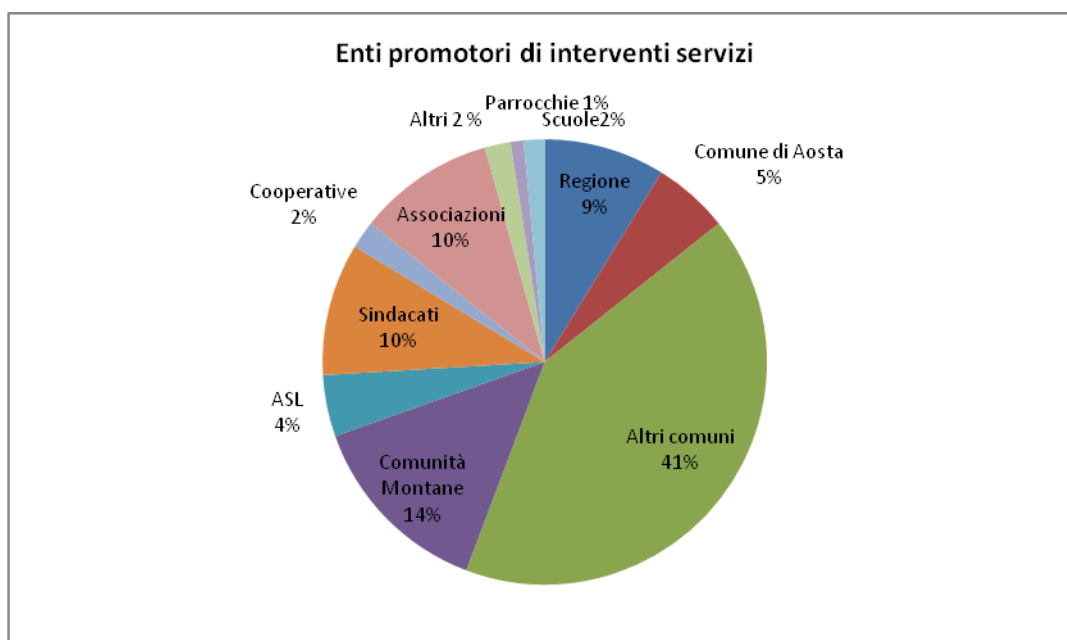


Tabella 57 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per soggetto promotore

Tipologia degli interventi	VA	% sul totale
Regione Autonoma Valle d'Aosta	75	8,8
Comune di Aosta	47	5,5
Comunità Montana Valdigne Mont Blanc	14	1,6
Comunità Montana Grand Paradis	24	2,8
Comunità Montana Grand Combin	14	1,6
Comunità Montana Monte Emilius	16	1,9
Comunità Montana Monte Cervino	23	2,7
Comunità Montana Evançon	15	1,8
Comunità Montana Monterose	8	0,9
Comunità Montana Walser Alta Valle Lys	4	0,5
Azienda USL Valle d'Aosta	38	4,5
Comune di Allein	2	0,2
Comune di Antey	4	0,5
Comune di Arnad	3	0,4
Comune di Arvier	6	0,7
Comune di Avise	2	0,2
Comune di Ayas	6	0,7
Comune di Aymaville	10	1,2
Comune di Bard	2	0,2
Comune di Bionaz	5	0,6
Comune di Brissogne	1	0,1
Comune di Brusson	5	0,6
Comune di Challand Saint Anselme	4	0,5
Comune di Challand Saint Victoir	2	0,2
Comune di Chambave	8	0,9
Comune di Champorcher	2	0,2
Comune di Charvensod	2	0,2
Comune di Chatillon	10	1,2
Comune di Cogne	6	0,7
Comune di Courmayeur	12	1,4
Comune di Donnas	15	1,8
Comune di Doues	3	0,4
Comune di Etroubles	2	0,2
Comune di Fenis	11	1,3
Comune di Fontainemore	5	0,6
Comune di Gaby	3	0,4
Comune di Gignod	2	0,2
Comune di Gressan	7	0,8
Comune di Gressoney La Trinité	7	0,8
Comune di Hone	8	0,9
Comune di Introd	2	0,2
Comune di Issime	2	0,2
Comune di Issogne	4	0,5
Comune di Jovencan	4	0,5
Comune di La Magdaleine	4	0,5
Comune di La Salle	6	0,7
Comune di La Thuile	4	0,5
Comune di Lillianes	4	0,5
Comune di Montjovet	15	1,8
Comune di Morgex	13	1,5
Comune di Nus	7	0,8
Comune di Ollomond	3	0,4
Comune di Oyace	2	0,2
Comune di Perloz	2	0,2
Comune di Pollein	5	0,6
Comune di Pontboset	1	0,1
Comune di Pontey	4	0,5
Comune di Pont Saint Martin	10	1,2
Comune di Pre Saint Didier	8	0,9
Comune di Quart	3	0,4
Comune di Rhemes Notre Dame	3	0,4
Comune di Rhemes Saint Georges	3	0,4
Comune di Roisan	2	0,2
Comune di Saint Rhemy	2	0,2

Comune di Saint Christophe	1	0,1
Comune di Saint Denis	4	0,5
Comune di Saint Marcel	2	0,2
Comune di Saint Nicolas	2	0,2
Comune di Saint Oyen	1	0,1
Comune di Saint Pierre	3	0,4
Comune di Saint Vincent	14	1,6
Comune di Sarre	8	0,9
Comune di Torgnon	3	0,4
Comune di Valgrisenche	4	0,5
Comune di Valpelline	4	0,5
Comune di Valsaverenche	5	0,6
Comune di Valtournanche	10	1,2
Comune di Verrayes	7	0,8
Comune di Verres	15	1,8
Cgil	20	2,3
Cgil Spi	8	0,9
Cisl Etsi	1	0,1
Cisl Ial VdA	1	0,1
Cisl VdA	16	1,9
Savt	36	4,2
Cooperativa Bourgeon de Vie	1	0,1
Cooperativa C'era con l'acca	1	0,1
Cooperativa Enaip VdA	2	0,2
Cooperativa Etnoziro	4	0,5
Cooperativa Indaco	1	0,1
Cooperativa La Libellula	1	0,1
Cooperativa La Sorgente	2	0,2
Cooperativa Jeunes Relieurs	1	0,1
Cooperativa Mont Fallere	1	0,1
Cooperativa Noi e gli altri	1	0,1
Cooperativa Ombre con l'acca	1	0,1
Cooperativa Tandem	1	0,1
Abvam	1	0,1
ADA	1	0,1
Adoc VdA	4	0,5
Agesci	1	0,1
Aps J. B. Festaz	1	0,1
Aspert	2	0,2
Caritas	5	0,6
Associazione culturale Liason	1	0,1
Associazione comuni S. Christophe, Quart, Brissogne	1	0,1
Associazione Insieme	1	0,1
Associazione Italiana Sclerosi multipla	6	0,7
Associazione La Svolta	1	0,1
Associazione Nazionale Pedagogisti VdA	1	0,1
Associazione Uniendo Raices	1	0,1
Associazione Noi Oratori	1	0,1
Avis	9	1,1
Avlar	1	0,1
AVS Chatillon	1	0,1
AVS Cogne	1	0,1
AVS S. Pierre	1	0,1
Biblioteca Avise	1	0,1
Biblioteca Brusson	1	0,1
Biblioteca Introd	2	0,2
Centro Aiuto Vita	1	0,1
Centro volontari sofferenza	3	0,4
Congregazione Volontari San Giuseppe	1	0,1
Consorzio CTI	1	0,1
Consorzio dell'Envers	1	0,1
CPEL	1	0,1
CIE	1	0,1
CRI	3	0,4
CSEN	1	0,1
Diapsi VdA	2	0,2
École de village	1	0,1
Fondazione Asilo infantile Rigollet	3	0,4

Fondazione Cretier-Joris	3	0,4
Fondazione Ecole Blanchet	2	0,2
Gruppo volontari Diakonia	1	0,1
Istituto San Giovanni Bosco	2	0,2
Istituzione scolastica	6	0,7
Istituzione scolastica Einaudi	1	0,1
Istituzione scolastica Martinet	1	0,1
Istituzione scolastica Quart Cogne	1	0,1
Istituzione scolastica Saint Francesco	1	0,1
Istituzione scolastica Saint Roch	1	0,1
L'Amitié	1	0,1
Lega Ambiente	1	0,1
Oftal VdA	1	0,1
Opera Pia Missioni Diocesi Aosta	1	0,1
Oratorio Intercomunale	1	0,1
Oratorio Interparrocchiale Centro	1	0,1
Oratorio Interparrocchiale Sarre	1	0,1
Parrocchia	3	0,4
Parrocchia San Maurizio	2	0,2
Polisportiva Pontey	1	0,1
Pro Loco	2	0,2
Donnas	1	0,1
Eam Al- Anon	1	0,1
Enti Locali	2	0,2
Sci Club	1	0,1
Sci Club Brusson	1	0,1
Sci Club Tersiva	1	0,1
Sci Club Valgrisenche	1	0,1
Sci Club Valsavarenche	2	0,2
Società Augusta Pretoria	1	0,1
Società San Vincenzo de Paoli	12	1,4
Società Uisp Montecervino	1	0,1
Solidarietas	1	0,1
Ufficio Pastorale della famiglia e della terza età	1	0,1
Totale	852	100,0
NR	36	
Totale	888	

Per quanto riguarda il soggetto gestore degli interventi e servizi censiti una percentuale di poco meno due terzi risulta gestita dallo stesso ente promotore e una percentuale di poco superiore ad un terzo gestita in modo indiretto, con l'apporto di altri enti ed organizzazioni.

Tabella 58 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per tipo di gestione

Ente gestore	VA	%
Gestione diretta	555	64,4
Gestione indiretta	296	34,8
Totale	851	100,0
NR	37	
Totale	888	

In ordine alla tipologia di operatori impiegati negli interventi, le figure professionali più ricorrenti sono i coordinatori di servizio e i volontari (19% dei casi), gli animatori (19%), gli educatori, gli adest e i referenti di struttura (12%).

Tabella 59 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per tipo di professionalità impegnate

Professionalità impiegate	VA	% sulle scelte
Adest	95	5,7
Animatori	147	8,8
Assistenti sociali	58	3,5
Coordinatori di servizio	151	9,0
Educatori non professionali	65	3,9
Educatori professionali	96	5,7
Infermieri	79	4,7
Medici	82	4,9
Oss	68	4,1
Psicologi	54	3,2
Referenti di struttura	95	5,7
Terapisti della riabilitazione	47	2,8
Volontari	150	8,9
Altre professionalità	490	29,2
Totale	1.677	100,0

La dimensione economica degli interventi-servizi censiti

Sono stati presi in esame tre aspetti: l'entità del costo dell'intervento-servizio, le fonti di finanziamento e la dimensione della partecipazione finanziaria dell'utenza.

Poco più del 50% delle schede raccolte contiene il dato relativo al costo dell'intervento-servizio. I dati raccolti, pertanto, sono da considerarsi assolutamente tendenziali, in attesa del completamento della raccolta anche per le schede mancanti dell'informazione.

La situazione dei dati è di grande dispersione: le cifre indicate dai compilatori delle schede vanno dal minimo di 30 euro annui al massimo di 4.208.000 euro. La media è di 176.000,00 euro.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni aggregate per grandi fasce di costo di esercizio. Come si può notare, le aggregazioni in fasce di costo più frequenti sono quella al di sotto di cinquemila euro (23%) e quella da 20.001 a 50.000 euro. Gli interventi-servizi con un costo superiore a centomila euro sono in tutto 95, pari al 21% del totale delle schede registrate.

Tabella 60 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per fascia di costo

	VA	%
< 5.000 euro	103	22,6
Da 5.001 a 10.000 euro	54	11,8
Da 10.001 a 20.000 euro	46	10,1
Da 20.001 a 50.000 euro	102	22,4
Da 50.001 a 100.000 euro	56	12,3
Da 100.001 a 500.000 euro	72	15,8
Da 500.001 a 1.000.000 euro	12	2,6
> 1.000.001 euro	11	2,4
Totale	456	100,0
NR	432	
Totale	888	

Tra le fonti di finanziamento, nel 63% degli interventi-servizi analizzati è indicato il Comune, nel 51% è indicata l'utenza (in quanto co-partecipazione alla spesa), nel 40% la Regione Valle d'Aosta, nel 10% l'Azienda USL Valle d'Aosta.

Tabella 61 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per tipo finanziamento

Fonti di finanziamento	VA	% sulle scelte
Comune/i	520	31,8
Utenza	424	25,9
Regione Valle d'Aosta	328	20,0
Altre fonti	160	9,8
ASL	86	5,3
Comunità Montana	68	4,2
Associazione	23	1,4
Ministero	14	0,9
Fondazione	8	0,5
Cooperativa	5	0,3
Totale	1.636	100,0

In ordine alla partecipazione finanziaria dell'utenza al servizio-intervento, i dati evidenziano una quota del 47% degli interventi censiti per i quali non è prevista alcuna partecipazione finanziaria. Negli altri casi, gli utenti partecipano in base ad una quota fissa (25% di tutti i casi) o sulla base dell'IRSE (21% di tutti i casi).

Tabella 62 – Distribuzione delle frequenze degli interventi per partecipazione al costo da parte dell'utenza

Costo per l'utenza	VA	%
Nessun costo	385	43,4
Contributo parziale su base fissa	205	23,1
Contributo parziale su base IRSE	168	18,9
Contributo parziale su base altri criteri	103	11,6
Costo totale a carico dell'utenza	26	2,9
Totale	887	100,0
NR	1	
Totale	888	

Nella tabella che segue sono proposte, per gli interventi-servizi censiti, due informazioni di tipo sintetico: in quale Sub-ambito sono attivate e per quali macro fasce d'età.

Tabella 63 – Indicazione dei servizi/interventi per ubicazione

Tipologia	SA 1	SA 2	AO	SA 3	SA 4
Accompagnamento psicologico	●		●	●	
Aiuto scolastico extrascuola	●	●	●	●	●
Alloggi a canone agevolato	●	●	●	●	●
Amministratore di sostegno		●	●	●	
Armadio dei poveri		●	●		
Asilo nido	●	●	●	●	●
Asilo nido aziendale		●	●		
Assistenza domiciliare educativa	●	●	●	●	●
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	●	●	●	●	●
Assistenza domiciliare quartiere			●		
Assistenza domiciliare (SAD)	●	●	●	●	●
Assistenza educativa per soggetti disabili a scuola		●	●		●
Assistenza per espletamento funzioni basilari soggetti disabili a scuola		●	●	●	●
Attività acquatiche per disabili	●	●			
Attività di assistenza e consulenza legale	●	●	●	●	●
Attività di sportello a scuola		●		●	●
Attività sporadiche di animazione	●	●	●	●	●
Attività sportive strutturate	●	●	●	●	●

Campo scuola					●
Casa di riposo		●	●	●	●
Casa domotizzata		●			
Casa famiglia			●		
Centri di incontro centri di aggregazione	●	●	●	●	●
Centri diurni estivi	●	●	●	●	●
Centri notturni			●		
Centro agricolo		●			
Centro diurni		●	●	●	●
Centro educativo assistenziale (Cea)		●	●	●	●
Centro immigrati	●		●	●	●
Centro per le famiglie			●		
Compagnia telefonica e domiciliare	●		●	●	
Comunità alloggio		●	●		●
Comunità di recupero per tossicodipendenti	●	●			
Comunità terapeutica psichiatrica	●			●	●
Consulenza individuale per inserimento lavorativo			●	●	●
Consultorio familiare	●	●	●	●	●
Consultorio pediatrico	●	●	●	●	●
Consultorio per adolescenti			●	●	●
Contributo economico	●	●	●	●	●
Corsi di formazione	●	●	●	●	●
Corsi di preparazione al matrimonio		●	●		
Corsi vari	●	●	●	●	●
Corsi/iniziative di educazione ambientale				●	
Donazione sangue	●	●	●	●	●
Dormitorio			●		
Educativa territoriale	●	●	●	●	●
Emergenza abitativa			●		●
Emergenza caldo	●	●	●	●	●
Garderias	●	●	●	●	●
Gruppi appartamento			●		
Gruppi di auto-aiuto	●		●		
Gruppi di socializzazione			●		
Informagiovani			●		
Iniziative culturali			●	●	●
Iniziative di educazione alla salute	●	●	●	●	●
Iniziative di laboratori sociali		●			●
Iniziative sportive	●	●	●	●	●
Istruzione scolastica privata		●	●	●	
Lavori di utilità sociale	●	●	●	●	●
Ludoteca			●		●
Mediazione interculturale	●	●	●		
Mensa scolastica	●	●	●	●	●
Mensa/servizio pasti	●	●	●	●	●
Microcomunità	●	●	●	●	●
Nucleo Alzheimer			●		
Oratorio	●	●	●	●	●
Orti			●		
Parco giochi	●	●	●	●	●
Pellegrinaggi	●	●	●	●	●
Pre-scuola	●		●	●	●
Prestazioni sanitarie domiciliari e/o ambulatoriali		●	●		
Progetto Giovani			●		
Reinserimento lavorativo e sociale		●	●	●	●
Residenza protetta			●	●	●
Residenza sanitaria assistenziale (RSA)			●	●	
Rieducazione equestre			●		
Scuolabus e trasporto scolastico	●	●	●	●	●
Segretariato sociale	●	●	●	●	●
Servizio adozioni		●			
Servizio affido		●			
Servizio civile			●		
Servizio di accoglienza per donne vittime di violenza			●		
Servizio di assistenza alla vita indipendente			●		
Servizio di consulenza legale	●	●	●	●	●
Servizio di consulenza psicologica	●	●	●	●	●

Servizio di trasporto	●	●	●	●	●
Servizio doccia e igiene			●	●	
Servizio per minori stranieri non accompagnati		●			
Servizio soccorso extra-ospedaliero	●	●	●	●	●
Servizio sociale professionale	●	●	●	●	●
Soggiorni climatici	●	●	●	●	●
Soggiorni di vacanza	●	●	●	●	●
Soggiorni termali	●	●			
Sostegno alimentare	●		●		
Spazio attrezzato	●	●	●	●	●
Spazio gioco	●	●	●	●	●
Spazio neutro			●		
Sportello informativo immigrati	●		●	●	●
Strutture di accoglienza per turismo sociale		●	●	●	
Tata familiare	●	●	●	●	●
Telesoccorso-teleassistenza	●	●	●	●	●
Vigilanza di fronte alle scuole	●	●	●	●	●

SETTIMO CAPITOLO

LA DIMENSIONE ECONOMICA DELLE POLITICHE SOCIALI IN VALLE D'AOSTA

Premessa

La costruzione del Piano di Zona è stata un'occasione preziosa per costruire un sapere condiviso sulle politiche sociali tra i soggetti che hanno espresso corresponsabilità programmatica.

L'attività di analisi condotta ha riguardato i bisogni e le problematiche sociali, lo stato dei servizi e degli interventi, ma anche la dimensione economica che tali politiche e tali interventi movimentano.

Si è cercato di raccogliere dati, in modo completo e organico, sia sul versante delle entrate che su quello delle spese nel campo delle politiche sociali, limitando l'indagine agli interventi di tutela, sostegno e supporto alle persone in difficoltà. In futuro si potrà integrare l'analisi anche con i dati relativi agli interventi in campo sanitario, del diritto al lavoro, dell'educazione e della formazione, della casa, della cultura, dei trasporti, ecc.

Il lavoro ha preso in esame in modo particolare:

- i bilanci della Regione Autonoma Valle d'Aosta (limitatamente alla Direzione politiche sociali, al Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute e alla Direzione invalidità civile e assistenza agli immigrati), in quanto non solo ente di programmazione, ma anche di gestione di diversi servizi;
- i bilanci dei Comuni (quello di Aosta, in particolare), in quanto enti di gestione di alcuni servizi sociali.

Si è cercato, altresì, di sondare la dimensione economica del Terzo settore (cooperative sociali e organizzazioni di volontariato), escludendo i trasferimenti per gestione di servizi in convenzione.

Quanto di seguito presentato è da intendersi, pertanto, come un primo significativo risultato dello sforzo congiunto di dare visibilità alla dimensione economica dell'impegno sociale dei soggetti pubblici e privati che operano in Valle d'Aosta.

Per realizzare questa parte di analisi sono stati consultati e utilizzati i seguenti testi:

- Regione Autonoma Valle d'Aosta Assessorato sanità, salute e politiche sociali Direzione Politiche Sociali, *Osservatorio per le politiche sociali, Primo rapporto, Aosta 2005*,
- Regione Autonoma Valle d'Aosta Assessorato sanità, salute e politiche sociali Direzione Politiche Sociali, *Osservatorio per le politiche sociali. Secondo rapporto, Aosta 2006*,
- Regione Autonoma Valle d'Aosta Assessorato sanità, salute e politiche sociali Direzione Politiche Sociali, *Osservatorio per le politiche sociali, Terzo rapporto, Aosta 2007*,
- Istat, *Prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni. Anno 2003*, Roma 2005,
- Istat, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni. Anno 2004*, Roma 2007,
- Istat, *L' indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni. Anno 2005*, Roma 2008,

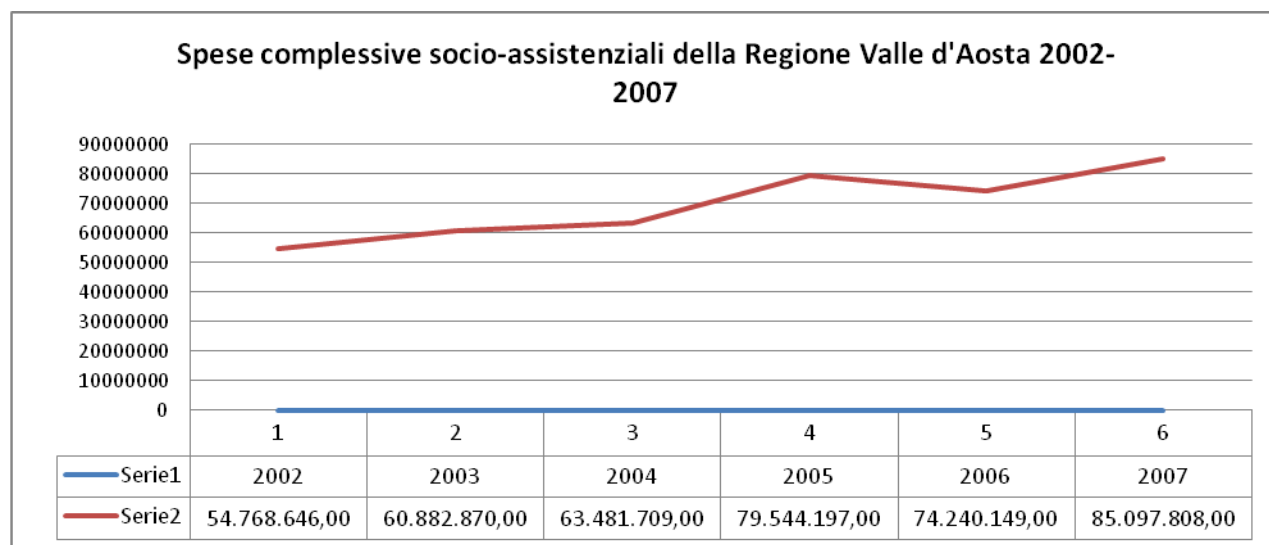
- Fondazione E. Zancan, *Sistemi regionali di welfare: profili e analisi comparata. Primo rapporto*, Fondazione E. Zancan, Padova 2005.
- CSV Valle d'Aosta – Università della Valle d'Aosta, *Risultati della rilevazione della soddisfazione delle Organizzazioni di Volontariato rispetto ai servizi del CSV in Valle d'Aosta*, CSV Aosta, 2008.0

La spesa socio-assistenziale della Regione Autonoma Valle d'Aosta

I rapporti dell'OREPS dal 2004 in poi documentano, annualmente, lo stato dell'arte delle politiche regionali in materia di welfare. Uno degli aspetti costantemente osservato è la dimensione della spesa che è considerata in relazione a quattro diverse fonti di finanziamento:

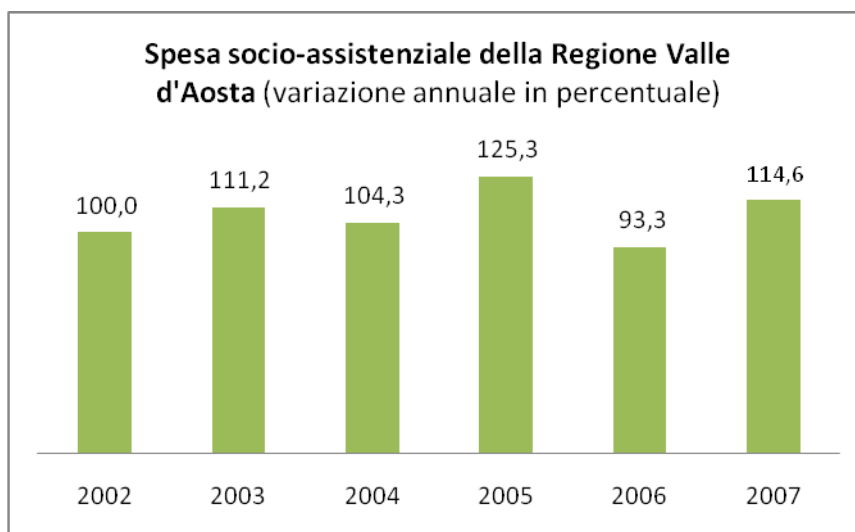
- il Fondo nazionale per le politiche sociali
- il Fondo regionale per le politiche sociali
- il Fondo regionale integrativo per specifiche aree di attività
- gli interventi di finanza locale.

La tabella e i grafici sottostanti delineano, per il periodo 2004-2007, l'entità complessiva della spesa nel campo delle politiche sociali, degli stanziamenti dell'Amministrazione regionale, delle spese impegnate, della differenza e dell'entità della variazione annuale rispetto all'anno precedente.



Emerge una tendenza alla crescita della spesa regionale che, in sei anni, passa da poco meno di 55milioni di euro a poco più di 85milioni di euro, con una crescita in percentuale pari al 55% rispetto al 2002. Si registra un solo anno, il 2006, nel quale la cifra complessiva è diminuita rispetto all'anno immediatamente precedente, pur risultando superiore agli anni addietro. Nel 2007 la tendenza alla crescita ha ripreso la sua progressione normale.

La cifra di 85milioni di euro investiti nelle politiche socio-assistenziali rappresenta il 3% di tutta la spesa regionale.



Per quanto riguarda il rapporto tra cifre stanziare e cifre effettivamente impegnate, è da sottolineare il fatto che la percentuale di queste ultime non è mai inferiore al 97% di quelle stanziare.

Tabella 64 – Stanziamento complessivo per le politiche sociali 2002-2007
(in euro)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	54.768.646	60.882.870	63.481.709	79.544.197	74.240.149	85.097.808
di cui spesa impegnata	53.270.990	60.682.021	61.454.183	77.644.567	73.307.117	84.130.508
di cui differenza	1.497.656	200.849	2.027.526	1.899.630	933.052	967.300

A partire dai dati proposti è possibile determinare l'entità della spesa procapite annua per ciascun residente valdostano e quanto essa cambia nel corso degli anni.

La tabella seguente mette in luce come i dati, relativi alla spesa complessiva e relativi alla popolazione totale, crescano ma con ritmi diversi: più elevato quello della spesa rispetto a quello della popolazione. Ne trae un notevole beneficio la spesa pro-capite, che passa da 458 euro annui per residente, nel 2002, a 682 euro annui per residente nel 2006.

Tabella 65 – Stanziamento complessivo per le politiche sociali 2002-2007 e spesa pro-capite annua (in euro)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Spesa socio-assistenziale complessiva	54.768.646	60.882.870	63.481.709	79.544.197	74.240.149	85.097.808
Popolazione complessiva	119.546	120.909	122.040	122.868	123.978	124.812
Spesa procapite (euro)	458,14	503,54	520,17	647,40	598,82	681,81

Un altro livello di analisi è relativo alla destinazione delle spese regionali complessive. A questo scopo è doveroso annotare che l'OREPS, nei suoi Rapporti, prende in considerazione diverse voci di spesa:

- anziani e disabili

- infanzia, adolescenza e famiglia
- politiche migratorie
- invalidi e altri interventi
- povertà ed esclusione sociale
- tossicodipendenza e salute mentale
- prima infanzia (come voce autonoma compare dal 2006, con il Terzo rapporto)
- invalidi
- funzionamento
- Piano di Zona (come voce autonoma compare dal 2006, con il Terzo rapporto)
- altre finalizzazioni.

La tabella propone la distribuzione della spesa complessiva dal 2002 al 2007 per ciascuna delle aree suindicate. Non rientrano nelle voci di spesa quelle per il personale regionale dipendente che opera nella Direzione politiche sociali, nella Direzione invalidità civile e assistenza agli immigrati e nel Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute. Non rientrano, altresì, le spese per gli immobili (affitti e manutenzione ordinaria e straordinaria).

Tabella 66 – Ripartizione dello stanziamento complessivo per le politiche sociali 2002-2007 (in euro)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anziani e disabili	27.052.387	31.146.596	27.635.051	41.277.678	33.201.078	38.211.340
Formazione	69.700	50.000	45.000	50.000	80.000	110.000
Funzionamento	274.887	400.943	377.500	370.000	72.000	47.000
Piano di Zona					40.000	90.000
Invalidi e altri interventi	20.591.958	22.044.000	24.200.000	24.395.000	4.617.376	24.678.850
Prima infanzia					3.582.750	7.385.633
Minori e famiglia	5.980.450	6.145.532	9.648.228	12.655.389	11.506.945	13.328.015
Politiche migratorie	175.877	150.000	600.000	600.000	560.000	496.800
Povertà ed esclusione sociale	399.314	675.000	809.800	30.000	60.000	150.000
Tossicodipendenza, salute mentale	224.073	224.000	150.000	150.000	150.000	100.000
Ulteriori finalizzazioni	-	46.799	16.130	16.130	370.000	500.170
	54.768.646	60.882.870	63.481.709	79.544.197	74.240.149	85.097.808

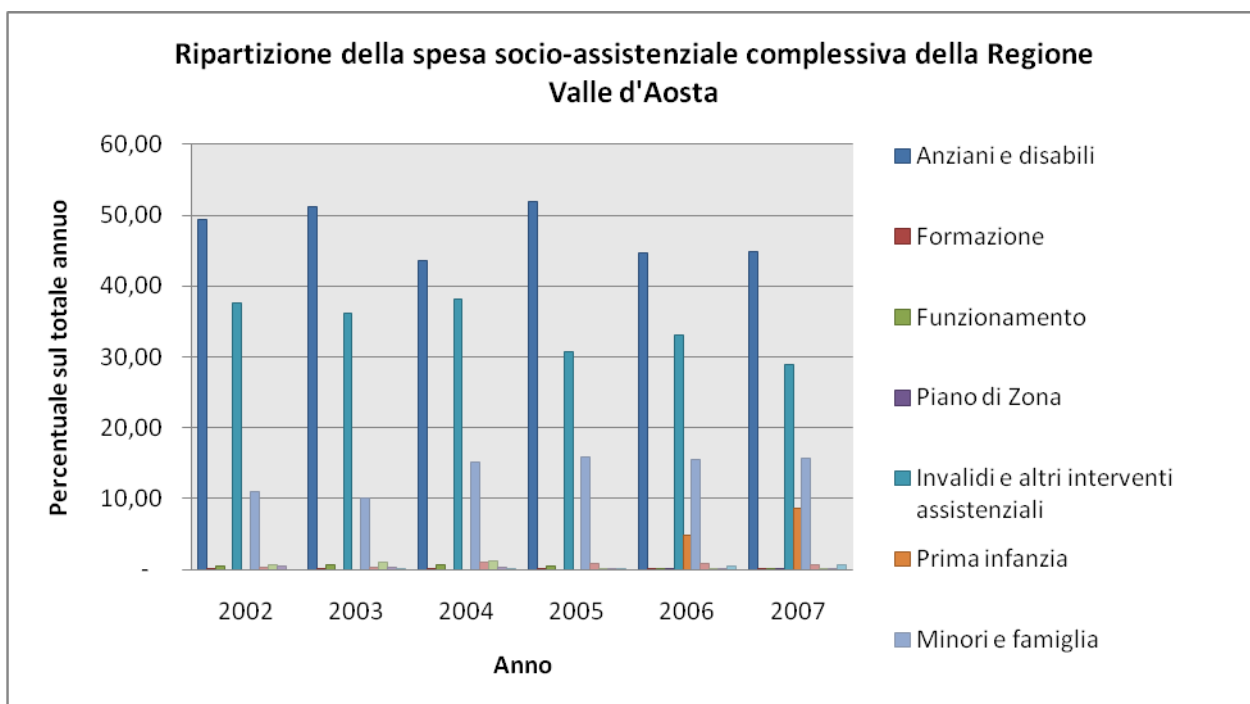
L'area degli anziani e disabili è quella che ha beneficiato in misura maggiore delle risorse complessive regionali: l'investimento in quest'area nel periodo considerato, non è mai sceso al di sotto del 43% (nel 2004) del totale della spesa, ed ha raggiunto anche la quota del 52% nel 2005.

La seconda area di beneficiari è quella degli invalidi (pensioni di invalidità e altri interventi assistenziali ad essi destinati), che oscilla tra il 29% ed il 38%.

A seguire, vi è l'area della famiglia e dell'infanzia, che dal 2004 è stabile intorno al 15-16% della spesa totale. Se, però, a questa quota si unisce (dal 2006) anche quella per la prima infanzia, quest'area arriva ad utilizzare il 23-24% delle risorse regionali. Le altre aree di spesa, generalmente, registrano quote annuali non superiori all'1%.

Se si considera l'intero periodo, si confermano le tendenze poc'anzi esposte: poco meno del 48% è destinato all'area degli anziani e dei disabili, poco meno del 37% a quella degli invalidi, il 17% a quella della famiglia e dell'infanzia. Tutte le altre aree non superano il 2% insieme.

Da annotare che dal 2006 compare una voce specifica destinata al Piano di Zona, alla quale sinora sono stati dedicati stanziamenti per un ammontare complessivo di 130.000,00 euro.



Senza arrivare a livelli di dettaglio particolarmente elevati, è possibile indicare per i diversi settori di spesa presi in esame l'entità delle risorse stanziare nell'anno 2007¹¹.

Tabella 67 – Ripartizione delle spese della Regione Autonoma Valle d'Aosta 2007 (in euro)

Area intervento	Servizio-intervento	Cifra stanziata
Area stranieri	Progetti mediazione interculturale	60.000,00
	Mediazione nei servizi socio-assistenziali	22.152,00
	Corsi di lingua per stranieri	101.250,00
	Contributo per Centro immigrati di Aosta	250.000,00
		433.402,00
Area prima infanzia	Spesa per asili nido	2.620.981,00
	Spese per garderies	291.412,00
	Spese per tate familiari	582.890,00
	Spesa per spazi gioco	9.000,00
	Contributo per costruzione nuova sede	3.200.000,00
	Totale	6.704.283,00
Area famiglia, minori, giovani	Spesa per affidamenti familiari	213.501,00
	Spesa per assistenza domiciliare educativa (A.D.E.)	412.651,00
	Spesa per assistenza economica	1.022.227,00
	Spesa per Centro per le famiglie	100.000,00
	Spesa per comunità regionali per minori	901.266,00
	Spesa per Conferenza regionale sulla Famiglia	8.820,00
	Spesa per indennità	35.880,00
	Spesa per interventi a sostegno della famiglia	1.154.473,00
	Spesa per servizio di emergenza minori e visite protette	27.423,00
	Spesa per soggiorni di vacanza	167.542,00
	Contributi a collegi e convitti	454.409,00
	Contributo a Istituto Don Bosco	2.500.000,00
	Finanziamento di progetti per la famiglia	5.735,00
	Finanziamento progetti di giovani	62.800,00
Finanziamento progetti di oratori	60.000,00	
	Totale	7.126.727,00

¹¹ Dal conteggio sono escluse le voci di spesa inerenti al funzionamento (spese per il personale dipendente, per gli affitti e la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili, ecc.).

Area anziani	Spesa per assistenza economica	2.351.849,00
	Spesa per i servizi	21.390.000,00
	Spesa per soggiorni climatici	190.684,00
	Spese per investimenti	1.220.000,00
	Contributi per strutture di accoglienza	4.175.000,00
	Contributi a Enti Locali	3.812.587,60
	Totale	33.140.120,60
Area disabili	Spesa per servizi residenziali	704.471,00
	Spesa per servizi diurni	632.393,00
	Spesa per servizi integrativi	539.423,00
	Spesa per interventi economici	2.499.984,00
	Spesa per investimenti	900.000,00
	Finanziamento di progetti per disabili	169.972,00
	Totale	5.446.243,00
Area invalidità	Provvidenze a favore di vari soggetti in relazione a specifiche invalidità	401.936,00
	Provvidenze a favore di invalidi civili	22.629.878,00
	Spese di funzionamento di commissione mediche per accertamento invalidità civile	164.400,00
	Integrazione trattamento pensionistico ex combattenti ed assimilati	819.918,00
	Contributi straordinari a favore di soggetti affidati alla tutela e/o cura della RAVA	15.000,00
		Totale
Area formazione	Borse di studio e contributi a universitari	36.774,00
	Centro di documentazione per acquisto opere	4.000,00
	Programma di formazione e aggiornamento per operatori	79.613,00
		Totale
Disagio sociale	Contributi per dormitori e buoni pasto	524.210,00
	Spese per interventi di sostegno economico e accoglienza urgenti	79.025,00
	Spese per servizi per il disagio femminile	182.907,00
	Spesa per assistenza economica;	714.318,00
	Spese per detenuti ed ex-detenuti	43.694,00
		Totale

Di seguito sono considerate le diverse fonti di contribuzione.

a) Il Fondo nazionale per le politiche sociali

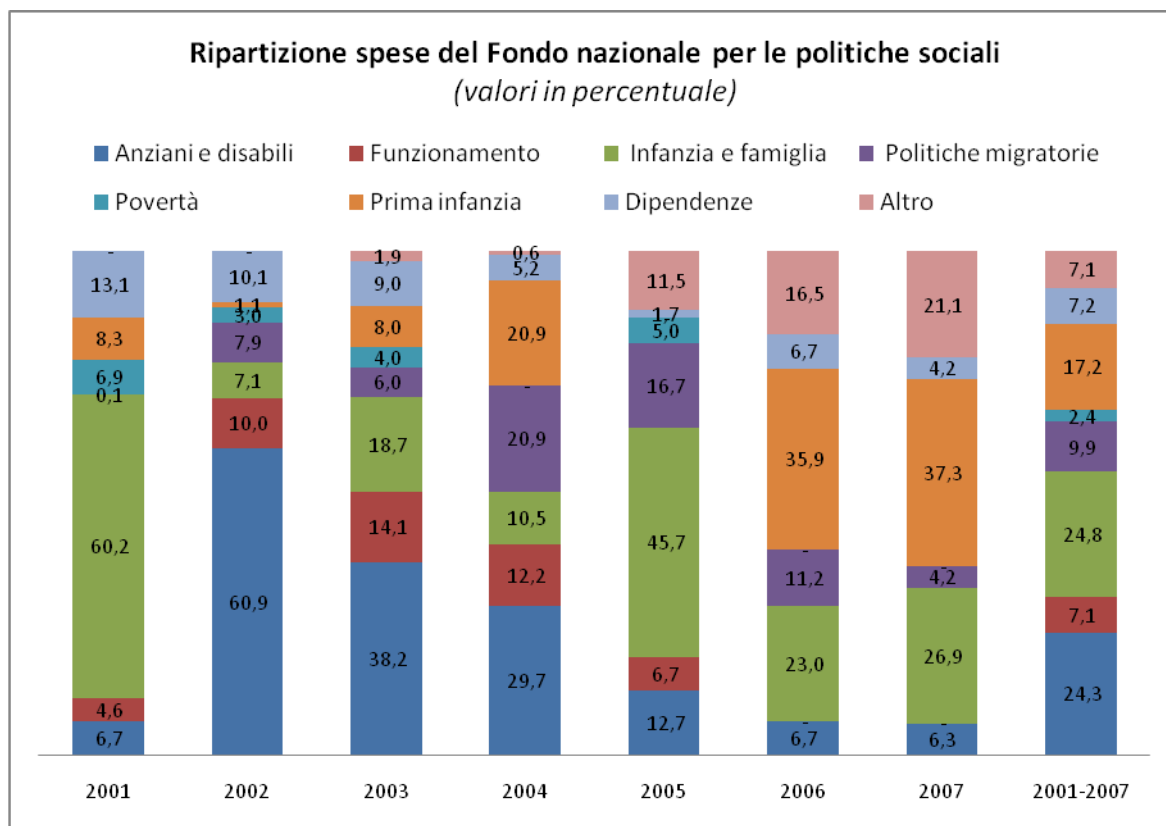
Annualmente lo Stato trasferisce alle Regioni un fondo per la realizzazione degli interventi sociali.

Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, il Fondo, nel periodo considerato, aumenta del 33%: passa da un trasferimento di 1.782.000 euro nel 2001 ad uno di 2.375.000 di euro nel 2007, per una spesa procapite pari a 19 euro annui.

Anche per questo fondo è stata analizzata la destinazione, operata dall'Amministrazione regionale, che è riportata nella tabella e nel grafico seguenti.

Tabella 68 – Ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali 2002-2007 (in euro)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anziani e disabili	119.446	1.354.966	950.000	850.000	190.315	150.000	150.000
Funzionamento	82.643	222.655	350.000	350.000	100.000		
Infanzia e famiglia	1.073.480	157.866	464.667	300.000	683.000	514.000	639.645
Politiche migratorie	2.600	175.877	150.000	600.000	250.000	250.000	100.000
Povertà esclusione sociale	122.365	67.000	100.000	-	75.000		
Prima infanzia	148.580	24.100	200.000	600.000		802.750	885.633
Tossicodipendenza salute mentale	233.194	224.073	224.000	150.000	25.000	150.000	100.000
Ulteriori finalizzazioni	-	-	46.799	16.130	171.700	370.000	500.170
Totale	1.782.308	2.226.537	2.485.466	2.866.130	1.495.015	2.236.750	2.375.448



Per quanto riguarda questo fondo, i dati mettono in evidenza che, negli anni, la destinazione si modifica secondo diverse priorità. Nell'insieme, considerando l'ammontare complessivo del fondo, il 41% riguarda la prima infanzia, i minori e la famiglia, il 24% gli anziani e i disabili, il 10% le politiche migratorie, il 7%, rispettivamente, le dipendenze, le spese di funzionamento e le altre destinazioni.

b) Il Fondo regionale per le politiche sociali

La seconda linea di finanziamento delle politiche sociali valdostane è costituita dal Fondo regionale per le politiche sociali, che ammonta, nel 2007, a poco più di 24 milioni di euro. Nel periodo 2002-2007 anche questo fondo mette in luce un incremento costante: la dotazione del 2007 rappresenta il 70% in più dell'ammontare del fondo nel 2002.

Tabella 69 – Ripartizione del Fondo regionale per le politiche sociali 2002-2007
(in euro)

Valori assoluti	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anziani e disabili	7.560.519	8.461.962	8.695.051	7.966.688	9.651.078	10.737.930
Formazione	69.700	50.000	45.000	50.000	80.000	110.000
Funzionamento	52.232	50.943	27.500	20.000	112.000	137.000
Invalidi	734.162	709.000	532.000	582.000	722.000	600.000
Minori e famiglia	5.798.484	575.000	6.550.253	9.555.389	10.992.945	12.688.370
Povertà	332.314	5.339.043	809.800	30.000	370.000	546.800
Totale	14.547.411	15.185.948	16.659.604	18.204.077	21.928.023	24.820.100
Percentuali	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anziani e disabili	52,0	55,7	52,2	43,8	44,0	43,3
Formazione	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4

Funzionamento	0,4	0,3	0,2	0,1	0,5	0,6
Invalidi	5,0	4,7	3,2	3,2	3,3	2,4
Minori e famiglia	39,9	3,8	39,3	52,5	50,1	51,1
Povertà	2,3	35,2	4,9	0,2	1,7	2,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'analisi delle aree di destinazione mostra la tendenza generale già osservata. Infatti, le aree principalmente beneficiarie sono due: quella di anziani e disabili, alla quale va poco meno del 50% di tutte le risorse a disposizione, e quella dei minori e della famiglia, alla quale è destinato il 40% delle risorse. Poco più del 10% delle risorse è destinato a tutte le altre aree: povertà, invalidità, formazione, funzionamento.

c) Fondo regionale integrativo per le politiche sociali

La Regione dispone anche di un fondo regionale integrativo che, nell'insieme degli anni considerati, raggiunge l'entità di 136milioni di euro, con una quota annuale abbastanza stabile di circa 23milioni di euro. Gran parte di questo fondo (il 93%) è destinata all'erogazione di provvidenze a favore di invalidi civili: le pensioni di invalidità civile e gli assegni di accompagnamento sono erogati, infatti, direttamente a carico della Regione.

Tabella 70 – Consistenza del Fondo regionale integrativo 2002-2007
(in migliaia di euro)

Anno	
2002	19.857.796
2003	21.335.000
2004	23.758.000
2005	23.813.000
2006	23.895.376
2007	23.895.376

Alle cifre sino a questo momento descritte per la Regione Autonoma Valle d'Aosta vanno aggiunti i costi del personale dipendente che opera nella Direzione politiche sociali, nella Direzione invalidità civile e assistenza agli immigrati e nel Servizio dipendenze patologiche, salute mentale e promozione della salute. Globalmente l'entità della spesa annua è di circa 4.500.000,00 euro.

d) Finanza locale

Si tratta degli interventi di finanza locale per la copertura delle spese sostenute dagli Enti Locali nell'ambito dei servizi sociali. L'entità del 2007 è cresciuta del 13% rispetto all'anno precedente ed è pari a 24.690.000 euro. La cifra complessiva è ripartita tra interventi per anziani e disabili (21.290.822,00 euro) e interventi per la prima infanzia (3.300.000,00 euro).

Altre dimensioni economiche

A partire dal 2007, l'Amministrazione regionale dispone di altri fondi per trasferimenti dallo Stato da destinarsi alla realizzazione di servizi/interventi a favore di specifiche problematiche.

Detti fondi sono da considerarsi aggiuntivi rispetto alle risorse già destinate. Nel dettaglio:

- a) il fondo per le politiche giovanili, definito in base ad accordi quadro (APQ) tra il Ministero delle politiche giovanili e ciascuna Regione. In base a questi accordi ad ogni Regione è assegnata dal Ministero una cifra a valere per un triennio e trasferita in riparti annuali, che le Regioni si impegnano a co-finanziare. L'Accordo quadro concernente la Valle d'Aosta ha un valore complessivo di 174.000,00 euro annui;
- b) il fondo per le politiche per la famiglia finanzia interventi a favore della famiglia e il suo utilizzo è definito in dettaglio dall'Intesa Stato-Regioni. Nel 2007, la scelta è stata di operare a favore delle famiglie numerose, per la riorganizzazione dei consultori e la qualificazione del lavoro degli assistenti familiari. Per il 2007 alla Regione Valle d'Aosta sono stati assegnati 279.955,00 euro;
- c) il fondo per i servizi educativi per la prima infanzia per il 2007 assegnato alla Valle d'Aosta è pari a 335.185,00 euro. La somma deve essere destinata all'incremento di posti negli asili nido (per almeno il 50% della cifra), al fine di raggiungere la copertura territoriale prevista dal Consiglio d'Europa con l'Accordo di Lisbona (33% entro il 2010);
- d) il fondo per la non autosufficienza ha una dotazione di 242.748,00 euro per l'anno 2007, di 732.863,21 euro per l'anno 2008 e di 977.966,97 per l'anno 2009. Le somme devono essere utilizzate per la creazione o il rafforzamento di punti unici di accesso, per l'attivazione di modalità di presa in carico attraverso un Progetto di Assistenza individualizzata (PAI), per l'attivazione di servizi socio-sanitari o socio-assistenziali, con particolare riferimento alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti.

Sono disponibili anche altri fondi, ad esempio, il Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione, ma la gestione dello stesso non è a carico dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali.

La spesa socio-assistenziale dei comuni

L'Istat, da alcuni anni, conduce un'analisi particolarmente approfondita sulla spesa socio-assistenziale dei Comuni e degli enti associati ed ha già predisposto tre rapporti relativi al periodo 2003-2005.

Anche se i dati non sono allineati temporalmente con quelli proposti inerenti alla spesa socio-assistenziale della Regione Valle d'Aosta, è opportuno prendere in esame queste informazioni, poiché permettono, per passi progressivi, di completare il quadro della spesa sociale in Valle d'Aosta.

Le indagini censuarie sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati rilevano informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai Comuni per i servizi che erogano da soli e/o in associazione con altri, secondo un modello di organizzazione che può variare non soltanto tra le Regioni, ma anche all'interno della stessa Regione.

L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai Comuni singoli e dalle loro associazioni quali comprensori e consorzi, oltre che da Comunità montane e da distretti socio-sanitari/USL che affiancano i Comuni singoli e talvolta li sostituiscono.

Le informazioni raccolte sono articolate in sette aree di utenza dei servizi: famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati, disagio adulti, multiutenza. Gli interventi e i servizi sociali sono riconducibili a tre macro-aree: interventi e servizi di supporto, trasferimenti in denaro, strutture.

La tabella seguente riepiloga i dati riferiti a tutte le Regioni ed alle macro ripartizioni regionali, con l'indicazione della spesa sostenuta dall'insieme dei Comuni di ciascuna Regione e della media pro-capite rapportata al totale della popolazione residente di ciascun anno.

Tabella 71 – Spesa per servizi sociali dei Comuni singoli e associati per Regione e ripartizione geografica - Anni 2003-2005 (valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite)

	2003			2004			2005		
	Spesa ⁽¹⁾		media pro-capite	Spesa ⁽¹⁾		media pro-capite	Spesa ⁽¹⁾		media pro-capite
	VA	%		VA	%		VA	%	
Piemonte	545.835.118	10,5	128,4	533.564.093	9,9	124,1	554.628.053	9,7	127,9
Valle d'Aosta⁽²⁾	33.982.461	0,7	279,7	42.200.920	0,8	344,6	39.492.664	0,7	319,9
Lombardia	840.493.889	16,2	91,6	974.492.199	18,1	104,6	982.446.527	17,1	104,1
Trentino AA	240.984.167	4,6	251,9	249.733.410	4,6	257,8	222.721.690	3,9	227,3
Bolzano⁽³⁾	133.607.000	2,6	284,6	136.600.810	2,5	288,0	99.740.497	1,7	207,8
Trento⁽⁴⁾	107.377.167	2,1	220,5	113.132.600	2,1	228,9	122.981.193	2,1	245,9
Veneto	476.284.622	9,2	103,3	442.355.415	8,2	94,7	566.709.626	9,9	120,1
Friuli VG	183.757.365	3,5	153,8	178.874.516	3,3	148,9	208.869.119	3,6	173,1
Liguria	154.154.033	3,0	97,9	164.538.880	3,1	103,8	168.886.135	2,9	105,5
Emilia R.	576.594.480	11,1	142,2	610.461.972	11,4	148,3	619.853.563	10,8	148,7
Toscana	414.933.150	8,0	117,2	415.758.895	7,7	116,1	434.904.867	7,6	120,5
Umbria	64.553.753	1,2	76,7	66.132.884	1,2	77,5	70.258.599	1,2	81,4
Marche	128.699.072	2,5	86,1	140.936.680	2,6	93,2	143.428.240	2,5	94,1
Lazio	519.134.884	10,0	100,3	536.397.543	10,0	102,4	603.572.789	10,5	114,1
Abruzzo	67.370.936	1,3	52,6	67.111.034	1,2	51,9	72.652.592	1,3	55,8
Molise	13.588.039	0,3	42,3	13.909.251	0,3	43,2	13.448.154	0,2	41,8
Campania	222.569.772	4,3	38,8	213.498.725	4,0	37,0	228.134.034	4,0	39,4
Puglia	158.024.100	3,0	39,2	159.710.139	3,0	39,4	172.501.731	3,0	42,4
Basilicata	25.708.109	0,5	43,1	26.580.770	0,5	44,5	24.391.365	0,4	40,9
Calabria	54.068.800	1,0	26,9	54.164.328	1,0	26,9	54.118.283	0,9	26,9
Sicilia	271.667.631	5,2	54,5	320.430.174	6,0	64,0	377.856.385	6,6	75,3
Sardegna	205.873.385	4,0	125,5	166.762.210	3,1	101,3	182.480.545	3,2	110,4
ITALIA	5.198.277.766	100,0	90,2	5.377.614.038	100,0	92,4	5.741.354.961	100,0	97,9

⁽¹⁾ Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2003, di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: Cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente).

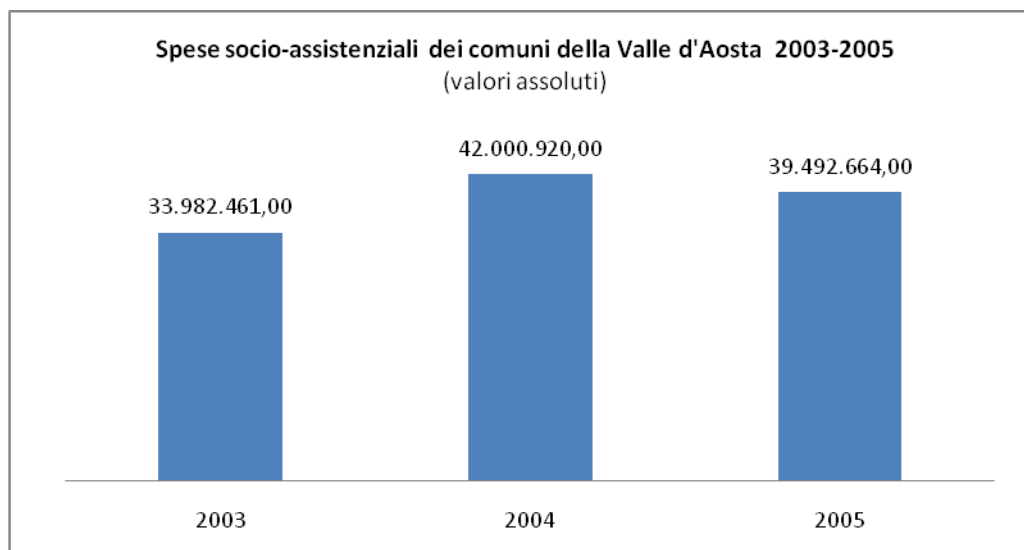
⁽²⁾ La Regione Valle d'Aosta mantiene il ruolo di ente che oltre a programmare gestisce le politiche sociali.

⁽³⁾ Nell'indagine la Provincia di Bolzano è stata considerata come una associazione di comuni; la Provincia di Bolzano concentra infatti tutte le competenze in materia sociale e i comuni non hanno alcuna competenza e spesa propria. Un'altra caratteristica riguarda le pensioni di invalidità per i disabili che la provincia di Bolzano finanzia con il proprio fondo sociale, mentre nel resto del Paese il finanziamento avviene a livello centrale. Nel 2003 la quota destinata dalla provincia di Bolzano alle pensioni di invalidità è stata di 62.340.000 euro. Per rendere più omogeneo il confronto tra gli enti oggetto della rilevazione si è sottratta tale somma dalla spesa per trasferimenti ai disabili, modificando il dato pubblicato sulla "Statistica in breve" nel dicembre 2005.

⁽⁴⁾ Nella Provincia di Trento la rilevazione ha interessato i comuni e gli enti gestori delle funzioni delegate dalla Provincia autonoma ai comuni stessi. Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia con apposito Fondo socio-assistenziale.

Nel panorama italiano la spesa dei Comuni della Regione Valle d'Aosta è pari allo 0,7% del totale della spesa annua dei Comuni italiani e ammonta a circa 38milioni di euro. Analizzando, però, la spesa procapite, la situazione della Valle d'Aosta appare di notevole interesse, in quanto, nell'anno

2005, occupa la prima posizione della graduatoria con la cifra di 319 euro, a fronte di una media nazionale di poco meno di 100 euro pro-capite.



L'analisi della ripartizione della spesa dei Comuni della Valle d'Aosta (con riferimento al 2005), per area di utenza, consente di osservare una netta prevalenza di investimenti economici a favore degli anziani, ai quali sono destinati i due terzi delle risorse. Alla famiglia e ai minori è destinato un quarto delle risorse e a tutte le altre aree insieme il rimanente 9%. Questo però non dovrebbe sorprendere se rapportato al fatto che le competenze degli Enti Locali in materia di servizi sociali sono più limitate rispetto a quelle dell'Amministrazione regionale.

Tabella 72 – Ripartizione delle spese dei Comuni della Valle d'Aosta per area di intervento (in euro)¹²

	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Famiglie e minori	9.268.654	12.322.130	9.775.122	27,3	29,2	24,8
Anziani	19.082.762	26.591.048	26.274.843	56,2	63,0	66,5
Disabili	3.965.514	2.421.804	2.487.043	11,7	5,7	6,3
Disagio adulti	1.313.718	537.632	582.971	3,9	1,3	1,5
Immigrati	274.775	276.034	342.727	0,8	0,7	0,9
Dipendenze	9.147	-	-	0,0	-	-
Multiutenze	67.891	52.272	29.958	0,2	0,1	0,1
Totale	33.982.461	42.200.920	39.492.664	100	100	100

Un primo livello di dettaglio è quello che riguarda il soggetto responsabile della spesa. I dati relativi al 2005 indicano, per la Valle d'Aosta, una cifra di 10.594.290 euro per i Comuni ed una cifra di 28.898.374 euro per le Comunità Montane.

In ordine alle diverse aree di investimenti, i dati dell'indagine tra i Comuni della Valle d'Aosta, indicano che i due terzi circa della spesa sono destinati all'assistenza domiciliare integrata

¹² Nel 2005 hanno risposto all'indagine dell'Istat i seguenti enti: Regione Autonoma Valle d'Aosta, Comunità Montane Evançon, Grand Combin, Grand Paradis, Mont Emilius, Monte Cervino, Monte Rosa, Valdigne-Mont Blanc; Comuni di Antey Saint André, Aosta, Arnad, Arvier, Aymavilles, Bionaz, Brusson, Challand Saint Anselme, Challand Saint Victor, Chambave, Chamois, Charvensod, Chatillon, Cogne, Courmayeur, Donnas, Emarese, Fenis, Gaby, Gressoney La Trinité, Gressoney Saint Jean, Hone, Issime, Jovençon, La Magdaleine, La Salle, La Thuile, Lillianes, Morgex, Pontey, Pont Saint Martin, Pré Saint-Didier, Quart, Saint Christophe, Saint Denis, Saint Marcel, Saint Nicolas, Saint Pierre, Sarre, Valgrisenche, Valtournenche, Verrayes, Verres, Villeneuve.

(limitatamente agli interventi socio-assistenziali) e poco meno di un terzo all'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) e che quote minime sono destinate al telesoccorso, ai voucher e alla distribuzione di pasti e lavanderia a domicilio.¹³

Tabella 73 – Ripartizione delle spese dei Comuni della Valle d'Aosta nell'area dell'assistenza domiciliare– Anno 2005 (valori assoluti e percentuali)

Assistenza domiciliare	Cifra investita	
	Valore assoluto	Percentuale
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2.989.472,00	32,0
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	6.127.571,00	65,5
Servizi di prossimità (buonvicinato)	0,00	0
Telesoccorso e teleassistenza	44.898,00	0,5
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	7.283,00	0,1
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	181.619,00	1,9
Totale	9.350.843,00	100,0

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, la spesa dei Comuni è diretta, stante le competenze degli stessi, prevalentemente agli anziani: ad essi sono destinati 9.267mila euro, con un rapporto pari a 75mila euro di spesa per 1000 abitanti.

Tabella 74 – L'assistenza domiciliare: spesa dei Comuni singoli e associati per area di utenza – Anno 2005 (valori assoluti e percentuali)

	Valore assoluto	Percentuale	Spesa in rapporto alla popolazione (x 1000 abitanti)
Famiglia e minori	2.283	0,02	18,00
Disabili	80.967	0,87	656,00
Anziani	9.267.593	99,11	75.088,00
Totale	9.350.843	100,0	75.763,00

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata, la spesa dei Comuni è diretta prevalentemente agli anziani: per gli interventi è destinata una cifra di 6.127mila euro, pari a 8.225 per utente. Tutti i Comuni garantiscono il servizio.

Tabella 75 – L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari: spesa e spesa media per utente– Anno 2005 (valori assoluti e percentuali)

	Spesa	Spesa media per utente	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio(a) (per 100 persone) (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti(c) (per 10.000 persone)(b)
Area anziani	6.127.571,00	8.225,00	100,0	100,0	301

(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione o della ripartizione.

(b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni che vivono in famiglia, quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - anno 2004-2005 - e disabili fino a 65 anni ospiti nelle strutture residenziali, quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2005".

(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione o della ripartizione.

¹³ I dati proposti nelle tabelle relative alla ripartizione della spesa in riferimento all'assistenza domiciliare e all'assistenza domiciliare integrata sono stati valutati dall'Ufficio di Piano della Valle d'Aosta come non congruenti e non coerenti con le informazioni in possesso degli Enti Locali valdostani. L'Ufficio di Piano si impegna a verificare i dati delle future indagini prima della pubblicazione degli stessi.

Per quanto riguarda l'erogazione di voucher, assegni di cura o buono a favore di disabili, la spesa complessiva è di 5.000 euro e porta ad una spesa di 500 euro per utente, considerata la copertura del servizio in tutti i Comuni.

Tabella 76 – Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area disabili: spesa e spesa media per utente – Anno 2005 (valori assoluti e percentuali)

Spesa	Spesa media per utente	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indice di copertura territoriale del servizio(a) (per 100 persone) (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti(c) (per 10.000 persone)(b)
5.000,00	500,00	100,0	100,0	119

Infine, in riferimento alle strutture residenziali, i Comuni hanno investito 15.264.962 euro, di cui il 93% nell'area anziani, il 4% nell'area minori e l'1% nell'area del disagio degli adulti.

Tabella 77 – Le strutture residenziali: spesa per area di utenza – Anno 2005 (valori assoluti e percentuali)

Famiglia e minori	Disabili	Anziani	Povertà e disagio adulti	Totale
704.714,00	281.436,00	14.276.285,00	2.527,00	15.264.962,00
4,6	1,8	93,5	0,1	100,0

La spesa socio-assistenziale del Comune di Aosta

Un ulteriore livello di analisi è stato svolto in ordine alla spesa socio-assistenziale del Comune di Aosta, che ha compiti gestionali diretti nell'area degli anziani, della prima infanzia e dei giovani. Si tratta di un'analisi di particolare rilievo in relazione a diversi aspetti, in quanto il Comune di Aosta:

- è il capoluogo regionale e il Comune capofila del Piano di Zona,
- ha 34.672 abitanti (circa il 28% del totale dei residenti in Valle d'Aosta), alla data del 31/12/2007,
- offre molteplici servizi ed opportunità agli abitanti di tutta la Valle, che frequentano la città per lavoro, divertimento e/o fruizione di servizi.

Tabella 78 – Ripartizione delle spese sociali delle entrate del Comune di Aosta – 2007 (in euro)

Consuntivo 2007 (Valori assoluti)	Spese	Entrate				Differenza a carico del Comune
		Da utenti	Da Regione	Da altri	Totale	
Servizi Sociali U.O.I n. 1 Anziani	6.853.893	1.314.107	4.096.722	4.500	5.415.330	1.436.562
Servizi Sociali U.O.I n. 2 Prima infanzia, disagio	3.255.836	369.662	1.238.920	0	1.608.583	1.647.253
Spese per servizi alla persona	3.326.396	811.193	6.200	35.000	852.393	2.474.003
Totale	13.436.126	2.494.963	5.341.843	39.500	7.876.307	5.559.818
Consuntivo 2007 (Percentuali sul totale di riga)	Spese	Entrate				Differenza a carico del Comune
		Da utenti	Da Regione	Da altri	Totale	
Servizi Sociali U.O.I n. 1 Anziani	51,0	19,0	60,0	0,0	79,0	21,0
Servizi Sociali U.O.I n. 2 Prima infanzia e disagio	24,2	11,0	38,0	0,0	49,0	51,0
Spese per servizi alla persona	24,8	24,0	0,0	1,0	25,0	75,0
Totale	100,0	19,0	40,0	0,0	59,0	41,0

La tabella permette di apprezzare una quota complessiva di oltre 13 milioni di euro di spesa nel sociale, che porta ad una spesa procapite annua di 107,00 euro.

L'analisi della ripartizione delle spese mette in mostra una netta prevalenza di spese a favore degli anziani (oltre la metà dell'ammontare complessivo delle spese). Poco meno di un quarto sono dedicate alla prima infanzia e alle tematiche del disagio, mentre il 26% sono dedicate al sociale in senso lato. In quest'ultima categoria rientrano anche le spese a favore di adolescenti e giovani.

L'analisi delle voci di entrata, invece, mette in luce un contributo proprio del Comune nell'ordine del 41% del totale delle spese. Tra i contributi che provengono dall'esterno, la parte più rilevante è quella della Regione Valle d'Aosta, che trasferisce fondi per un valore complessivo di 5.341.000 euro, pari al 40% delle spese. Le entrate da utenti ammontano complessivamente a 2.494.00 euro, pari al 19% delle spese.

Tale ripartizione non è omogenea laddove si considerino i diversi centri di costo:

- per quanto riguarda la spesa inerente al mondo degli anziani, le entrate coprono il 79% delle spese (la percentuale maggiore in assoluto); di questo 79%, oltre il 60% proviene dalla Regione;
- per quanto riguarda la spesa inerente al mondo delle famiglie e dei bambini, le entrate coprono il 49% delle spese; di questo 49%, il 38% proviene dalla Regione (il valore minimo);
- per quanto riguarda la terza area di lavoro, le entrate rappresentano un quarto delle spese e, in questo caso, il contributo regionale è pari a zero. Il Comune interviene, dunque, per il 75% delle spese per garantire la gestione delle diverse attività.

La spesa relativa ai servizi dell'area anziani concerne le microcomunità (che utilizzano il 42% della cifra complessiva per l'area), la residenza protetta di Via Cap. Chamonin e l'annesso Centro diurno, il Centro diurno e notturno J. B. Festaz, il Servizio di Assistenza Domiciliare (per il quale è utilizzato il 38% della cifra a disposizione per l'area), i soggiorni climatici, il Servizio di telesoccorso, i Centri di incontro per anziani, la gestione degli orti comunali e l'attività di vigilanza di fronte alle scuole.

La spesa relativa ai servizi dell'area prima infanzia e disagio riguarda gli asili nido (il 72% del totale), le garderies (il 14% del totale), il Centro per le famiglie "Il Cortile", il Centro Comunale Immigrati Extracomunitari (CCIE) e il Centro Comunale di Assistenza Notturna (CCAN).

La spesa per servizi alla persona comprende una serie diversificata di servizi/interventi: i centri estivi (11% della spesa), la ludoteca (4%), il trasporto scolastico (il 3%), la refezione scolastica (il 37%), i corsi di avviamento allo sport (il 9%), i contributi a manifestazioni sportive giovanili (il 3%), gli impianti sportivi (il 16%), il progetto giovani per la parte di gestione e attività (lo 0,7%), il centro educativo nel quartiere Dora (l'1%), Enfanthéâtre (l'1%), i corsi e le attività bibliotecarie (lo 0,5%), il progetto "Strade del cinema" (il 6%), i corsi di musica (l'1%). Aggregando queste cifre per fasce d'età, è possibile ascrivere all'area infanzia la quota complessiva di 1.893.444,00 (pari al 57% del totale della spesa), all'area giovani la quota complessiva di 334.744,00 (pari al 10%) e a più fasce d'età la quota di 1.098.203,00 (pari al 33% del totale).

La spesa socio-assistenziale del Terzo settore

Un tentativo di raccogliere dati inerenti alla dimensione economica è stato realizzato anche rispetto al Terzo settore. Il Centro Servizi per il Volontariato (CSV) e il Consorzio di Cooperative sociali Trait d'Union hanno fornito alcune informazioni che offrono un primo punto di riferimento.

Per costruire una fotografia attendibile del Terzo settore in Valle d'Aosta è possibile utilizzare quanto emerso in una ricerca nazionale sulle Organizzazioni di Volontariato (OdV) realizzata dalla Fondazione italiana per il volontariato (Fivol) nel 2004.

Nell'indagine sono state prese in esame 833 istituzioni non profit valdostane, pari allo 0,4% del totale censito. Il rapporto tra istituzioni censite e popolazione è pari a 69 unità ogni 10mila abitanti, molto al di sopra della media nazionale (38 ogni 10mila abitanti).

Di queste organizzazioni, il 42,3% sono associazioni riconosciute (352), 11 sono Fondazioni (1,3%), 404 sono associazioni non riconosciute (48,5%), 22 sono Comitati (2,6%), 28 sono cooperative (3,4%), 15 hanno altre forme giuridiche (1,8%).

Complessivamente in queste istituzioni sono occupate 1.109 persone, di cui il 43% nel campo dell'assistenza e servizi sociali, e sono impegnate oltre 8150 volontari, di cui il 53% nel settore della cultura, il 19% nel settore dell'assistenza e il 16% nel settore della sanità.

Nel 2004 le quindici cooperative valdostane (di cui 10 di tipo A, 4 di tipo B, 1 di tipo C), secondo quanto emerge dallo studio, hanno un valore della produzione pari a 17.910.124 euro, con un patrimonio netto pari a 3.692.635.

Un altro studio interessante è quello condotto dal CSV, nel 2005, sulla dimensione economica del volontariato in Valle d'Aosta.

La ricerca parte dall'assunto che l'accesso a finanziamenti plurimi o differenziati è da intendersi come un indicatore di efficienza complessiva dell'organizzazione, in quanto rivela buona aderenza (contributi di soci e sostenitori), reputazione sociale (soprattutto rispetto ai donatori), capacità progettuale (accesso ai finanziamenti vincolati), visibilità e accreditata funzionalità (contributi e rimborsi da parte delle Amministrazioni pubbliche). Inoltre, una buona dotazione finanziaria garantisce all'organizzazione, secondo i ricercatori, autonomia rispetto ai soggetti finanziatori, in particolare nei confronti dell'Amministrazione pubblica.

La ricerca ha permesso di accertare le fonti e l'entità dei finanziamenti delle organizzazioni della Regione Valle d'Aosta.

Le fonti di finanziamento su cui esse possono contare sono in media tre per le organizzazioni di volontariato e due per le associazioni di promozione sociale (APS). Spicca la capacità del volontariato organizzato locale di autofinanziarsi con attività dirette e con il sostegno dei propri associati e sostenitori. Ciò è maggiormente evidente tra le unità costituite negli ultimi 12 anni e attive nei settori della partecipazione civica.

Altre due fonti di entrata importanti sono quelle reperite da soggetti privati, singoli od organizzazioni, sotto forma di donazioni, contributi o finanziamento di progetti e, soprattutto, quelle ricevute da Enti pubblici, anch'esse distinte tra contributi, convenzioni o corrispettivo di servizi resi.

I contributi pubblici prevalgono di gran lunga rispetto ai finanziamenti ricevuti sotto forma di rimborso spese o sulla base di rapporti pattizi con le Amministrazioni pubbliche e, ancor più, rispetto ai proventi acquisiti per la realizzazione di progetti. Le unità che si avvalgono meno diffusamente di entrate pubbliche riescono ad acquisire in misura maggiore contributi di soci e tesserati, entrate da autofinanziamento se non anche proventi di enti privati. Ciò vale in particolare per le unità sorte dopo la Legge regionale del 1993.

Tab. 79. Fonti di entrata delle OdV/APS nel 2004, in totale e per alcune variabili descrittive

Fonti	Forma organizzativa		Macro-settore		Epoca di nascita	
	OdV	Aps	Welfare	Partecipazione civica	<'93	'93-'04
Contributi di soci o tesserati	64,5	100,0	51,5	90,6	56,3	86,0
Da autofinanziamento	34,6	28,6	32,4	35,8	28,2	42,0
Da vendita di beni e servizi marginali	7,5	7,1	7,4	7,5	8,5	6,0
Donazioni di cittadini, lasciti, offerte	54,2	28,6	52,9	49,1	53,5	48,0
Contributi di enti privati	34,6	0	30,9	30,2	22,5	42,0
Finanziamenti di progetti (enti privati)	18,7	7,1	14,7	20,8	14,1	22,0
Da convenzione o come corrispettivo per prestazioni o servizi resi	31,8	0,0	39,7	13,2	33,8	20,0
Finanziamenti pubblici di progetti	13,1	7,1	11,8	13,2	11,3	14,0
Contributi di Enti pubblici	70,1	21,4	76,5	49,1	59,2	72,0

La maggioranza delle organizzazioni valdostane può contare su entrate complessivamente modeste. Il 46% ha superato i 5.000 euro nel 2004, mentre le unità con entrate superiori ai 25 mila euro non superano il 15% del totale. Solo 4 unità su 100 dichiarano, tuttavia, di non avere entrate o di non disporre di rendicontazione al riguardo.

Tab. 80. Distribuzione delle OdV/APS per classi di entrata nel 2004 in totale, per macrosettore

Tipologia delle fonti di entrata	In totale	Macro settore	
		Welfare	Partecipazione civica
Contributi di Enti pubblici	70,1	76,5	49,1
Non calcolabile, prive di rendicontazione	2,5	4,4	0
Nessuna entrata	1,6	0	3,7
Meno di 5.000 euro	54,0	52,9	55,5
Da 5.000 a 10.000 euro	16,4	14,7	18,5
Da 10.001 a 25.000 euro	10,7	10,3	11,1
Da 25.001 a 50.000 euro	7,4	5,9	9,3
Da 50.001 a 150.000 euro	4,9	7,4	1,9
Oltre i 150.000 euro	2,5	4,4	0

Le organizzazioni in assoluto più dotate di risorse finanziarie si sono rivelate le OdV, in quanto maggiormente interessate, rispetto alle APS, a differenziare le proprie fonti di approvvigionamento economico per realizzare le loro attività pro-sociali. Le OdV sono risultate essere quelle con elevati indici di vitalità, di interazione con gli Enti pubblici e di attenzione ai bisogni della popolazione su cui vanno a impattare.

È interessante notare che il mondo del volontariato non guarda solo alle Amministrazioni pubbliche locali per accedere a finanziamenti. Ad esempio, (fonte CSV) negli ultimi anni, è riuscito ad ottenere finanziamenti per progetti a valere sul Fondo sociale europeo (FSE) per circa 50mila euro.

Uno studio analogo è stato realizzato dall'Istat nel 2005 sulle cooperative in Italia.

Lo studio ha preso in esame le cooperative iscritte al registro regionale e provinciale, che sono oltre 7.300 e, di queste, quelle valdostane sono 32.

Queste ultime impegnano 1.109 unità, di cui 110 volontari, 3 religiosi, 9 obiettori di coscienza, 534 dipendenti a tempo pieno, 408 a part-time, 77 collaboratori.

Le cooperative operano prevalentemente nel settore dello sviluppo economico e sociale e dell'assistenza sociale.

Gli utenti delle cooperative di tipo A sono oltre 16.300, di cui 9.315 minori, 2.215 utenti senza specifici disagi, 2.562 anziani autosufficienti, 1.300 immigrati, 308 anziani non autosufficienti, 200 senza tetto e senza dimora, 196 persone con altri disagi, 93 disabili fisici, sensoriali e psichici, 76 pazienti psichiatrici, 30 tossicodipendenti, 17 alcolisti.

Gli utenti (persone svantaggiate) delle cooperative di tipo B ad oggetto misto sono complessivamente 118, di cui la maggior parte è costituita da persone con disabilità fisica, sensoriale e psichica (69 su 118).

La ripartizione per classi di valore economico della produzione vede nettamente prevalente la classe da 500 e più euro (13 su 32), seguita dalla classe da 250 a 500 euro, con 8 cooperative.

Per 28 cooperative su 32, la fonte di finanziamento è prevalentemente pubblica: oltre l'83% dei ricavi deriva da vendite e da prestazioni verso enti pubblici, il 12,5% deriva da vendite e prestazioni a fonte privata e il 5% da altre fonti.

Tab. 81. Ricavi delle cooperative della Valle d'Aosta (in migliaia)

Ricavi di fonte pubblica delle vendite e delle prestazioni	Ricavi di fonte privata delle vendite e delle prestazioni	Altri ricavi e proventi di fonte pubblica	Altri ricavi e proventi di fonte privata	Totale
25.215	3.789	1.355	132	30.333
83,1	12,5	4,5	0,4	100

Per quanto riguarda le Cooperative sociali aderenti al Consorzio Trait d'Union, siamo in grado di dire che nel periodo 2005-2007, le cooperative di tipo A hanno ricevuto finanziamenti dal FSE per un importo complessivo pari a 1.691.614 euro, da altre fonti per un importo pari a circa 450mila euro, da donazioni per un importo pari a 150mila euro e dagli utenti per 649.250mila euro circa. Le cooperative di tipo B, invece, registrano un ricavo per vendite di servizi pari a 2.362milioni di euro e un finanziamento da altre fonti pari a 47.197mila euro.

SECONDA PARTE

LE PROPOSTE PER IL PIANO DI ZONA DELLA VALLE D'AOSTA 2009-2011



PRIMO CAPITOLO

IL PERCORSO DELLA SECONDA FASE DI LAVORO

Premessa

Il compito del programmatore locale in materia di politiche sociali è sempre più difficile, in quanto occorre gestire le emergenze e risolvere le problematiche note e, nel contempo, delineare strategie per affrontare l'evoluzione dei bisogni sociali della popolazione.

Rispetto alle problematiche "note" la programmazione è facilitata: grazie ai sistemi informativi è possibile avere dati significativi per valutare lo stato degli interventi in essere, e introdurre – se necessario – modificazioni, per permetterne l'evoluzione nella direzione della migliore capacità di risposta alle situazioni di bisogno.

Per quanto riguarda le "emergenze", che possono derivare da cause remote e prossime, e le "nuove" problematiche sociali, poiché è impossibile conoscerle in anticipo, la programmazione deve sviluppare un lavoro di riconoscimento e sperimentazione, per comprendere la natura del problema e immaginare le modalità più adeguate per intervenire. Rispetto a questo punto è doveroso riconoscere che oggi, quanto meno per alcune aree di problemi e bisogni, non vi è, nel sociale, conoscenza e certezza dell'efficacia degli interventi.

Certamente, nel campo delle politiche sociali, la mutevolezza degli scenari e dei bisogni, nonché la molteplicità e varietà di situazioni e problemi determinano la necessità di un'attenzione costante e di un atteggiamento di disponibilità ed apertura verso le novità, non necessariamente legate alle politiche sociali in senso stretto, ma connesse ad altri comparti della vita sociale che, a loro volta, influiscono sulle politiche sociali, contribuendo a generare bisogni o a modificare quelli già presenti.

Tutto ciò è, altresì, condizionato dall'incertezza delle risorse a disposizione, sia di tipo economico che sociale.

Le politiche sociali si fondano sul lavoro di persone che, attraverso servizi, interventi e progetti, operano a favore di altre persone: gli operatori professionali che lavorano nelle istituzioni, nelle organizzazioni del Terzo settore e, più in generale, nelle organizzazioni presenti nel territorio sono l'elemento centrale di tutto il sistema, che si regge sulle competenze e su altri aspetti di grande rilevanza, quali, ad esempio, le motivazioni ad agire, il desiderio di contribuire a migliorare la propria realtà di vita, la qualità delle relazioni tra organizzazioni e soggetti, ecc. Questi aspetti non possono essere dati per scontati.

Per quanto riguarda la componente economico-finanziaria delle politiche sociali, la programmazione oggi è sempre più difficile perché aumenta la forbice tra bisogni e risorse disponibili. In un periodo di grandi difficoltà economiche, come quello che il Paese sta attraversando, è prevedibile un aumento della domanda di servizi e prestazioni sociali ma non c'è, nel medio periodo, analoga previsione di aumento delle risorse finanziarie disponibili.

Infine, contrariamente a quanto previsto dalla Legge, a differenza di quanto avvenuto in ambito sanitario, non sono stati definiti, a livello nazionale, i livelli essenziali di assistenza (LIVEAS).

In ragione delle criticità sopra elencate, una programmazione efficace e aderente alla realtà chiede alle istituzioni e alle comunità, la capacità di assumere una logica incrementale, basata sull'idea di un continuo processo di sviluppo, segnato da mete e punti di transito che vanno definiti e conseguiti con l'apporto di tutti.

In questo quadro, appare realistico assegnare al primo Piano di Zona della Valle d'Aosta una funzione sperimentale. Il Piano deve essere visto come un'occasione per individuare ipotesi di sviluppo, realizzare le azioni previste e conseguire i risultati attesi. Appare, dunque, essenziale un costante presidio di tutte le fasi del processo, al fine di poterne valutare l'esito in un'ottica di continuo miglioramento.

La prospettiva del Piano è di garantire interventi di qualità, cercando di perseguire l'appropriatezza degli interventi, coniugando efficacia ed efficienza.

Il dialogo sviluppato tra cittadini, organizzazioni sociali, operatori e amministratori ha permesso di costruire una mappa condivisa dei problemi sociali e dei bisogni ad essi correlati e, coerentemente con quanto previsto dai commi 2 e 4 dell'art. 22 della L. 328/00¹⁴, ha indicato quale priorità la necessità di garantire equità e giustizia nella tutela dei soggetti più deboli.

La popolazione e i bisogni di benessere sociale

Gli elementi di maggiore rilievo emersi nei documenti di Sub-ambito, in relazione alle cinque aree oggetto di attenzione (temi guida) e più diffusamente riportati nella prima parte del documento, possono essere così sintetizzati:

¹⁴ 2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla Legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla Legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata Legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.
(...)

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

- per quanto riguarda i minori (0-17 anni)
 - la difficoltà da parte dei genitori a coniugare ritmi di lavoro e cure dei minori, non solo nella prima infanzia
 - l'eccessiva delega dell'educazione verso esterni alla famiglia
 - l'aumento della solitudine e dell'isolamento dei minori
 - l'aumento del disagio relazionale
 - il difficile accesso ai servizi
 - la mancanza nei ragazzi di regole e valori
 - la mancanza del senso del limite
 - l'aumento della fragilità emotiva
 - l'aumento dell'uso di alcol e droghe

- per quanto riguarda i giovani (18-29 anni)
 - l'esposizione ai rischi di dipendenza
 - l'abitudine al consumo
 - l'aumento degli incidenti sulla strada e sul posto di lavoro
 - l'aumento delle violenze, sia in famiglia che fuori
 - la mancanza di spazi e luoghi di incontro alternativi al bar o ai locali "da sballo"
 - la difficoltà di pianificare un futuro autonomo e di raggiungere l'indipendenza economica, abitativa e sociale
 - la difficoltà di relazione e raffronto con i pari e con le altre generazioni
 - l'aumento del disagio, che si manifesta attraverso aggressività, violenza e autolesionismo
 - l'aumento della "delega" e del disinteresse per la vita pubblica
 - l'atteggiamento iperprotettivo e condiscendente o, all'opposto, frenante dei genitori
 - il rallentamento del processo di maturazione
 - la forte sfiducia nelle proprie capacità e la tendenza a subire
 - la difficoltà ad esprimere la propria identità
 - la riduzione delle possibilità di espressione e di auto-promozione

- per quanto riguarda gli adulti (30-64 anni)
 - l'instabilità lavorativa ed economica, connessa alla difficoltà a trovare un lavoro, a mantenerlo o ad essere ricollocati, in particolare per coloro che appartengono a fasce deboli o espulse dal mondo del lavoro o over 50
 - la difficoltà di accesso ai corsi di formazione ed alle possibilità di sostegno offerte dal servizio sociale per le fasce deboli o espulse dal lavoro, sia per carenza di informazione e accompagnamento che per la configurazione territoriale
 - la difficoltà di conciliare i tempi di lavoro con quelli di cura, con il rischio di aumento dei costi sociali, in particolare per le famiglie monoparentali
 - le difficoltà di integrazione tra la popolazione autoctona e quella immigrata, con tutti i problemi che ne derivano
 - la scarsa disponibilità finanziaria e la tendenza a vivere al di sopra delle proprie possibilità
 - la difficoltà di fare progetti a lungo termine
 - la difficoltà a trovare spazi per stare in famiglia
 - la mancanza di tempo libero per socializzare
 - la scarsa solidarietà nell'aiutarsi
 - l'aumento delle situazioni di isolamento agito e subito, in particolare per le famiglie di persone con problemi psichiatrici

- il disagio sociale che si manifesta attraverso una maggiore incidenza delle psicopatologie, delle dipendenze e della violenza sulle donne
- per quanto riguarda gli anziani (da 65 anni in poi)
 - l'aumento delle necessità assistenziali e sanitarie anche per l'emergere di patologie sempre più croniche, gravi ed invalidanti e di difficile gestione in famiglia
 - la difficoltà di accesso alle informazioni e ai servizi
 - la difficoltà di comunicazione e rarefazione dei rapporti interpersonali, con un conseguente aumento del rischio di solitudine e isolamento
 - la difficoltà delle famiglie a garantire sostegno e/o assistenza ai propri famigliari, soprattutto se in situazioni sanitarie precarie
 - l'aumento del rischio delle situazioni di povertà economica
 - l'aumento del rischio o della percezione del rischio di truffe, violenze e sfruttamento economico
 - la perdita di un ruolo significativo nella società per quanto concerne la trasmissione della cultura tra generazioni
- per quanto riguarda la famiglia
 - la povertà economica, che si intreccia con altri fattori di debolezza sociale e che incide soprattutto sui giovani e sulle fasce deboli
 - l'aumento del rischio di emarginazione e isolamento determinato da fattori di tipo strutturale, dall'assenza di reti sociali, dall'estraniamento con il territorio, dalle difficoltà di integrazione tra diverse culture
 - la fragilità delle relazioni familiari connessa alla perdita di valori di riferimento e al cambiamento degli stili di vita
 - la presenza di componenti delle famiglie in situazione di difficoltà (disabilità, malattia, dipendenze, ...) che genera significativi aggravii dei carichi sui familiari e aumenta il rischio di fragilità delle famiglie, di povertà e di isolamento, di scarsa tutela e abuso dei minori
 - la difficoltà di conciliazione dei tempi di lavoro/cura
 - la difficoltà a svolgere in modo adeguato il ruolo genitoriale, anche per la crescente immaturità ed incapacità di ricoprire con autorevolezza il ruolo di genitore.

Con la relazione di sintesi i Gruppi Tecnici di Zona sono stati sollecitati a produrre delle sintesi ragionate, tentando di:

1. individuare le priorità;
2. descrivere e valutare le risposte in atto (livello quantitativo e qualitativo dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni, dei servizi e dei progetti in essere);
3. analizzare il rapporto tra bisogni e sistema dei servizi valutato (quanto il sistema risponde e cosa manca);
4. indicare gli obiettivi di benessere, di sistema e strategici ritenuti prioritari.

Sinteticamente, per ciascuna area, è possibile delineare quanto emerso da questo lavoro:

Area minori	Si segnala, soprattutto, l'esigenza di migliorare la qualità delle strutture e dei servizi destinati all'occupazione del tempo libero dei minori in età scolare; di tutelare il diritto del bambino a vivere secondo i ritmi e le esigenze proprie della sua età; di promuovere lo sviluppo di maggiori e migliori rapporti tra bambini (gioco, sport, tempo libero in generale...); di contrastare il fenomeno del bullismo e della devianza minorile.
Area giovani	Emerge una forte sollecitazione a coinvolgere e responsabilizzare i giovani come risorsa delle comunità e a favorire, in loro, le possibilità di scelte consapevoli per il futuro.
Area adulti	Si sottolinea l'urgenza di operare per contrastare la precarietà occupazionale e la perdita di senso di identità e di appartenenza, che favorisce, negli adulti, estraniamento e impossibilità di pensarsi come risorsa per gli altri e per la propria comunità.
Area anziani	Le sollecitazioni vanno nella direzione di ridurre il senso di solitudine e di inutilità sociale vissuto da molti anziani, favorendo, all'opposto, la crescita di autostima sociale e di attenzione al rapporto tra persona e contesto socio-ambientale. Viene, inoltre, sottolineata l'esigenza di un piano adeguato di politica socio-sanitaria per far fronte ai problemi derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dal conseguente aumento di situazioni con patologie invalidanti e cronicità.
Area famiglia	Si segnalano, da un lato, l'urgenza della preparazione socio-pedagogica delle nuove generazioni di genitori, per favorire la crescita delle capacità necessarie alla cura educativa e allo sviluppo di un bambino, soprattutto quando presenta disabilità o malattie significative, e, dall'altro, l'esigenza di garantire il benessere di chi nelle famiglie assume compiti di care-giver (condizione per l'esercizio di un buon lavoro di cura in famiglia) in rapporto a persone con malattia mentale, disabilità o altre malattie gravi.

Altri elementi di rilievo, ad integrazione di quanto proposto dai Tavoli Tematici, emergono dall'analisi dei dati statistici (presentati nel sesto capitolo della Prima Parte del documento).

I dati confermano quanto raccolto nel territorio circa l'invecchiamento della popolazione e lo svilupparsi di una serie di problematiche connesse a questo fenomeno:

- l'aumento dei problemi e del carico sociale, soprattutto in relazione alla perdita o alla riduzione dell'autonomia personale e del benessere complessivo,
- l'aumento del rischio di solitudine,
- l'aumento del carico di cura sulle generazioni intermedie (gli attuali adulti) e, ancora di più, sulle generazioni adulte del futuro (gli attuali giovani nella fascia di età 15-30 anni),
- l'aumento del rischio di fragilità delle famiglie, connesso all'aumento del carico di cura che esse devono svolgere verso gli anziani.

Una seconda area di criticità è connessa all'aumento del tasso di fragilità familiare, che vede nei divorzi e nelle separazioni il segno di maggiore visibilità, ma che contiene anche altre

problematiche, collegate alla conflittualità intrafamiliare prima e successivamente alla separazione e al divorzio.

Una terza area di criticità è rappresentata dalla dimensione della “fatica scolastica”, sia sotto il profilo delle performances (risultati e prodotti sociali della formazione), sia sotto il profilo della regolarità del processo formativo.

Nel mondo giovanile, ma non solo, emerge un altro aspetto di criticità: il rapporto con le sostanze alcoliche, che rimanda alle problematiche emerse nei Tavoli Tematici in ordine ai processi di socializzazione culturale ed educativa delle nuove generazioni.

Un'ulteriore area di criticità è legata alla soglia della povertà, al di sotto della quale, in Valle d'Aosta, si trovano il 10% della popolazione e il 9% delle famiglie. È un'area a forte impatto sociale in quanto la povertà oggettiva e il senso soggettivo di povertà sono elementi che rendono più difficile per una famiglia (e in particolare per quelle monogenitoriali) la gestione dei propri compiti sociali e di cura.

Tutte queste problematiche, che possono essere lette come una questione dei singoli, ricadono, di fatto, sui nuclei famigliari, in quanto determinano necessità di cura e di sostegno che aumentano i rischi di ingresso nella situazione di povertà e/o di disagio sociale, di conflitti intrafamiliari e di diseguità nell'esercizio delle funzioni familiari nei confronti di tutta la famiglia.

Il sistema dei servizi è interpellato dalla molteplicità dei bisogni sociali

Tutto quanto emerso e proposto nelle relazioni dei Sub-ambiti è stato analizzato per costruire un quadro di sintesi complessivo anche in relazione ai possibili obiettivi di sistema del Piano di Zona, connessi alle problematiche dei processi organizzativi e dei servizi.

Tra le criticità emerse si annotano quelle proposte dai Gruppi Tecnici di Zona:

- la mancanza di diversificazione dell'offerta di servizi ed opportunità, soprattutto per quanto riguarda gli spazi di socialità tra le persone,
- il costo per l'utenza di alcuni servizi, soprattutto nel campo della cura dei bambini, che a volte ne disincentiva l'utilizzo,
- la mancanza di servizi, soprattutto nell'ambito del tempo libero o, quanto meno, una differente distribuzione delle opportunità nel territorio regionale,
- la mancanza o la presenza di difficoltà nell'integrazione e coordinamento tra servizi nello stesso territorio,
- la mancanza di continuità e/o potenziamento di alcuni servizi, presenti ed essenziali, ma non completamente sufficienti sul piano quantitativo,
- l'inadeguatezza del sistema dei trasporti, che rende più difficile l'accesso ai servizi esistenti a chi non possiede mezzi propri di trasporto o ha una ridotta autonomia di movimento,
- la difficoltà di accesso a servizi psicologici e sociali per questioni di tipo logistico,

- una maggiore concentrazione, in alcuni Sub-ambiti, sull'emergenza piuttosto che sulla prevenzione,
- la necessità di ripensare alcuni servizi, la loro finalità ed il loro oggetto di lavoro, nonché le metodologie utilizzate (è il caso dei consultori, della mediazione interculturale, dei lavori socialmente utili, ecc.),
- la mancanza di informazione circa le opportunità esistenti in Valle,
- la mancanza di strutture di accoglienza temporanea,
- la necessità di orientare l'assistenza domiciliare non solo rispetto agli anziani, ma anche rispetto agli adulti,
- le difficoltà di comunicazione con utenti extracomunitari.

Finalità ed obiettivi del Piano di Zona della Valle d'Aosta

Il Piano di Zona rappresenta uno strumento e un processo di indagine e pianificazione dal triplice valore: culturale, scientifico e operativo.

Dal punto di vista culturale, con il suo processo partecipato, esso è l'espressione concreta del principio di sussidiarietà e realizza un modello di governance che coinvolge la comunità.

Da un punto di vista scientifico, esso dà una fotografia dei bisogni emergenti e delle risorse disponibili sul territorio.

Da un punto di vista operativo, esso offre l'occasione per progetti e interventi sperimentali e rispondenti alle analisi dei singoli territori.

FINALITÀ GENERALI DEL PIANO DI ZONA

Il Piano di Zona si impegna ad operare, nel triennio a venire, in funzione delle seguenti finalità di carattere generale. Si tratta di finalità che riguardano la cultura e il modo di pensare e considerare le problematiche sociali da parte dei cittadini, degli amministratori e di chi opera, a vario titolo, nel sociale.

In ordine a tali finalità, il Piano di Zona si impegna nel triennio, insieme ai diversi soggetti della comunità valdostana, a promuovere e realizzare momenti di incontro, scambio e confronto con l'attenzione di costruire opportunità in tutto il territorio regionale.

- Promuovere **la cultura dell'incontro tra persone, gruppi e comunità**, sia nell'ottica del superamento dei conflitti intergenerazionali che in quella della valorizzazione dello scambio sociale tra soggetti della comunità. Di fondo, c'è la volontà di favorire la crescita del senso

di appartenenza dei cittadini valdostani alla comunità e la crescita della coesione sociale. È, pertanto, necessario intervenire per favorire l'incontro (con la predisposizione di spazi ed opportunità), ma anche per contrastare i fattori che lo impediscono, siano essi strutturali (come il sistema dei trasporti), culturali o psicologici.

- Promuovere **la cultura dell'accoglienza della diversità e dell'integrazione**. Sembra ancora molto lontana la capacità di accogliere chi è "diverso", di superare le barriere che impediscono di cogliere, ad esempio, che dietro la parola "disabile" o la parola "straniero" ci sono "persone" e che la disabilità o la condizione di immigrato sono uno degli aspetti della vita delle persone, aspetti che riguardano tutti. Questa direzione di intervento del Piano è funzionale, da un lato, alla capacità della Valle d'Aosta di costruire nuovi spazi ed opportunità di accoglienza e solidarietà e, più in generale, di rendere esigibili diritti enunciati nella recente Carta internazionale dei diritti delle persone con disabilità; dall'altro, di favorire il riconoscimento di ciascuna etnia, cultura, religione come risorsa per il futuro della Valle d'Aosta, sia per quanto riguarda i processi produttivi, sia per quanto riguarda i processi sociali e culturali. In questa direzione, occorre un lavoro approfondito intorno ai temi dell'incontro e del riconoscimento culturale e sociale delle diversità, per comprenderne le potenzialità e per sviluppare, in modo nuovo, le stesse politiche sociali (si pensi, ad esempio, alla prospettiva dell'affidamento familiare omo-culturale, al fatto che molte persone che svolgono le funzioni di cura a domicilio per i residenti sono straniere, al fatto che nelle scuole di ogni ordine e grado, in cui si può sviluppare la formazione di una diversa cultura dell'accoglienza, sono già presenti molti studenti stranieri).
- Promuovere **la cultura della domiciliarità** come prospettiva entro cui collocare gli interventi a supporto delle persone che hanno difficoltà sociali e che si rivolgono ai servizi sociali. La casa e il domicilio sono una risorsa per la persona (anziano, bambino o adulto che sia) all'interno delle strategie di aiuto e supporto sociale, ma sono anche la base per costruire nuove prospettive in ordine alla vita della collettività.
- Promuovere **la cultura della salute**, che, secondo l'OMS, non è semplice assenza di malattia, ma stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, vale a dire la risorsa della vita quotidiana che consente alle persone di condurre un'esistenza soddisfacente a livello individuale, sociale ed economico. Sviluppando questa cultura è possibile costruire efficaci strategie ed azioni di prevenzione rispetto agli stili di vita (relativi ad alimentazione, movimento, sport, consumi, socialità, comportamenti a rischio), per contrastare e ridurre l'impatto – per i singoli individui, le famiglie, le comunità e il sistema dei servizi – di fenomeni sociali quali le dipendenze (da stupefacenti, alcol, fumo, gioco d'azzardo, ecc.), l'esclusione sociale, la violenza (soprattutto verso le donne e i bambini), il bullismo, la solitudine e l'isolamento. Nel concetto di cultura della salute rientra il recupero della capacità di porsi come risorsa educativa verso le persone e contrastare, così, la tendenza alla delega a specialisti, esperti, ecc.
- Promuovere **la cultura della famiglia**, in un momento storico in cui la "famiglia" è al centro di fenomeni sociali che ne evidenziano la forte fragilità, per costruire, invece, un nuovo senso del "familiare" (e dei modelli di famiglia) e un nuovo significato della "genitorialità", sia in chiave interna alla famiglia sia in chiave esterna, cioè sociale.
- Promuovere **la cultura dell'affettività**, favorendo la creazione e il mantenimento di un sistema di equilibri fra le varie relazioni affettive, differenti per caratteristiche e peso (amicizie, rapporti familiari, corrispondenze amorose, incontri saltuari, relazioni di lavoro,

ecc...), allacciate nel corso della vita di ciascuna persona, nella sua comunità di appartenenza, attraverso lo sviluppo di sensibilità, dell'intelligenza emotiva (capacità di identificare, regolare ed esprimere le proprie emozioni e quelle del prossimo), della reciproca comprensione per empatia. Questo è perseguibile attraverso azioni formative, proposte di attività comunitarie, dove le dimensioni narrativa e rappresentativa rivestono un ruolo-chiave, o ancora, occasioni di scambio e di reciprocità in cui affettività, vita emotiva ed elaborazioni intellettuali concorrono, in pari misura, alla realizzazione di forme, eventi, esperienze compiute, in cui l'intero gruppo e ciascun individuo siano in grado di identificarsi, ritrovarsi.

- Promuovere **la cultura della partecipazione, dell'impegno sociale, del servizio civico nella comunità** come contrasto alla cultura dell'indifferenza, dell'individualismo e della frammentazione sociale, sia a livello individuale (in quanto scelta personale), sia a livello di gruppi e organizzazioni. In questa direzione sarà essenziale un'azione costruita con le realtà associative, con il mondo del volontariato e con chi opera già nel territorio valdostano per costruire e vivere spazi di protagonismo, in cui sia possibile, per bambini, giovani, adulti, anziani e famiglie, partecipare alla gestione delle problematiche sociali.
- Promuovere **la cultura della professionalità sociale** che va difesa, valorizzata e supportata affinché possa sempre più costituire la base di competenza che i cittadini devono poter trovare nei servizi sociali quando entrano in rapporto con operatori diversi.
- Promuovere **la cultura dell'ascolto sociale** in due direzioni: da un lato, nella direzione di far crescere la capacità del sistema dei servizi di cogliere l'emergere di nuove domande e problematiche sociali; dall'altro, nella direzione di far aumentare nei cittadini valdostani la consapevolezza delle problematiche sociali esistenti e delle risorse che la Valle ha e mette a disposizione dei singoli, delle famiglie e dei gruppi sociali.

OBIETTIVI DI BENESSERE

Il Piano di Zona propone di sviluppare, nell'arco del triennio, azioni finalizzate a:

- rispetto ai minori:
 1. ridurre il disagio, in particolare riferito all'esperienza scolastica, intervenendo sui fattori protettivi e rafforzando le competenze emotive e relazionali dei minori e le competenze educative degli adulti che interagiscono con i minori nell'ambito formativo e del tempo libero,
 2. garantire la libera espressione del minore nei momenti educativi e di socializzazione,
- rispetto ai giovani:
 3. accrescere la dimensione di protagonismo dei giovani, sostenendo esperienze di partecipazione sociale e civile e di solidarietà,
 4. promuovere la salute ed il benessere, operando per rafforzare le capacità dei giovani di sviluppare competenze e stili di vita corretti,
- rispetto agli adulti:

5. contrastare la fragilità della coppia, offrendo opportunità di mediazione per superare le situazioni di conflittualità,
 6. rafforzare la dimensione dell'essere adulti, sostenendo la riflessione sulla sua complessità, incentivando esperienze di studio e ricerca intergenerazionale sul tema,
 7. contrastare le diverse forme di disagio e povertà derivanti dall'attuale situazione di crisi economica attraverso azioni di orientamento e ri-orientamento lavorativo e professionale e interventi di carattere economico,
- rispetto agli anziani:
8. ridurre il rischio di solitudine ed isolamento nella popolazione anziana, con azioni di coinvolgimento delle comunità, di miglioramento della mobilità (trasporti, barriere architettoniche, ecc.) e dell'autonomia,
 9. aumentare il protagonismo degli anziani nelle comunità, attraverso azioni di recupero delle loro esperienze, memorie, competenze e capacità solidali inter e intragenerazionali,
- rispetto alla famiglia:
10. rafforzare nei genitori la competenza genitoriale attraverso azioni formative rivolte a giovani coppie e attraverso azioni di ricerca per comprendere il significato attribuito all'essere educatori e all'educare,
 11. tutelare la stabilità familiare sostenendo gli adulti che si trovano a svolgere funzioni di caregiver nell'ambito familiare, con compiti di cura per persone della propria rete familiare, attraverso azioni di tipo assistenziale, psicologico, formativo e informativo.

OBIETTIVI DI SISTEMA

Per quanto riguarda gli obiettivi riferiti al sistema dei servizi e degli interventi sociali, il Piano di Zona fa proprie alcune delle esigenze espresse dal territorio, assumendole come direttrici di lavoro per il triennio:

- aumentare le opportunità di accesso all'informazione sui servizi e sugli interventi sociali, per favorire sia la conoscenza sia la capacità di scelta da parte dei cittadini circa le risorse presenti nella Regione,
- aumentare l'integrazione socio-sanitaria,
- aumentare il coordinamento tra servizi, istituzioni ed organizzazioni sociali per ridurre la frammentazione sociale, la disuguaglianza nei vari territori della Valle (di accesso alle opportunità di sostegno ed aiuto), lo spreco (laddove ci sono sovrapposizioni di interventi, servizi, progetti),
- garantire l'efficacia dei servizi e degli interventi (anche nella direzione della diversificazione delle opportunità) e la capacità di valutare l'efficienza per attribuire valore alle esperienze,
- valorizzare quanto esiste, riconoscendo le buone pratiche come motore di sviluppo del territorio,

- favorire l'incontro e l'integrazione tra politiche sociali, politiche socio-sanitarie, politiche del lavoro e della formazione, della casa e dei trasporti.

OBIETTIVI STRATEGICI

Alla luce di quanto sinora proposto, con il Piano di Zona si intendono perseguire i seguenti obiettivi:

- garantire la massima diffusione delle informazioni in ordine al Piano di Zona ed alle progettualità ed azioni che verranno attivate nel territorio regionale nei prossimi anni, creando così le condizioni per dare continuità al processo partecipativo che è stato attivato in questo primo anno,
- valorizzare e riconoscere i ruoli e le competenze dei diversi attori coinvolti nel Piano di Zona,
- sostenere e completare il processo di trasferimento delle funzioni amministrative nel campo di servizi sociali dalla Regione agli Enti Locali, così come previsto dalla legislazione regionale,
- conoscere l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie destinate all'ambito sociale e la loro allocazione,
- sostenere lo sviluppo della cultura della valutazione nel sociale, sviluppando una metodologia di lavoro basata sulle buone prassi e investendo sulla crescita della scientificità dell'agire sociale.

STRATEGIE OPERATIVE

Per tradurre gli obiettivi da raggiungere in ipotesi di intervento e azioni concrete è necessario il coinvolgimento di tutti i soggetti (Regione, Azienda USL Valle d'Aosta, Comuni, Comunità Montane, Volontariato, Cooperazione sociale) ai vari livelli di responsabilità (istituzioni, servizi e professioni). Occorre, dunque, attivare luoghi e spazi di costruzione condivisa, che implicano azioni a tre livelli:

- a) il primo è interno a ciascun ente e organizzazione che ha partecipato al percorso di costruzione del Piano di Zona. Le analisi e le proposte contenute nel documento possono svolgere una funzione di stimolo alla riflessione interna, sotto il profilo sia organizzativo che gestionale-operativo. Quanto maturato all'interno degli enti e dei servizi dovrebbe essere condiviso nell'ambito del Piano di Zona, non solo ai fini conoscitivi, ma anche per monitorare la ricaduta degli eventuali processi di cambiamento ad esso connessi. Operativamente, l'Ufficio di Piano, in accordo con gli enti gestori, potrebbe raccogliere le informazioni in un documento da presentare al Tavolo Politico.
- b) Il secondo e il terzo livello riguardano il Piano di Zona stesso e nello specifico:
 - ✓ il secondo riguarda ciò che può essere attivato a livello regionale, attraverso l'Ufficio di Piano, che assume di conseguenza una funzione operativa nello sviluppo di una sperimentazione regionale sul tema dell'accesso, informazione e segretariato sociale, secondo quanto indicato nel capitolo successivo. L'Ufficio di Piano, altresì, svolge funzione

di promozione e sviluppo di tutte le azioni indicate nei prossimi capitoli, riferite ai temi della formazione, dell'informazione, della dimensione gestionale e economica.

- ✓ il terzo riguarda le azioni che possono essere attivate a livello locale. In questo caso, ogni Gruppo Tecnico di Zona deve predisporre, per il periodo 2009-2011, sulla base delle indicazioni di cui all'allegato n. 15, un unico progetto correlato ai bisogni emersi nel proprio territorio. Per la sua redazione, il Gruppo potrà avvalersi di eventuali consulenze. L'Ufficio di Piano, oltre che coordinare il percorso, ha il compito di approvare i progetti, stabilire il relativo finanziamento e le modalità di monitoraggio e valutazione in itinere. La gestione economica del progetto è in capo alla Comunità Montana e al Comune capofila. Si distinguono 3 diverse fasi: la progettazione, l'attuazione e la valutazione.

Fasi	Azioni		Responsabilità	Tempi
Progettazione	Presentazione della proposta di progetto	La proposta deve contenere: <ul style="list-style-type: none"> ▪ il bisogno/problema sui cui si intende agire ▪ le finalità e gli obiettivi del progetto ▪ i destinatari del progetto ▪ le modalità di progettazione (specificare se si intende avvalersi di una consulenza) ▪ il referente del progetto per conto del Gruppo Tecnico di Zona 	Gruppo Tecnico di Zona	Entro un mese dalla data che verrà indicata al momento dell'approvazione ufficiale del Piano di Zona
	Approvazione della proposta di progetto	L'approvazione tiene conto dei seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> ▪ coerenza con i problemi/bisogni evidenziati nella relazione tecnica del Sub-ambito ▪ stretta connessione con l'ambito territoriale di riferimento e sviluppo di comunità 	Ufficio di Piano	Entro una settimana dalla data fissata per la presentazione della proposta da parte del Gruppo Tecnico di Zona
	Presentazione del progetto	Il progetto dovrà esplicitare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ i titolari del progetto e gli eventuali partner ▪ il bisogno/problema sui cui si intende agire ▪ le finalità e gli obiettivi del progetto ▪ i destinatari del progetto ▪ il territorio di riferimento ▪ le fasi, le azioni e i tempi ▪ le risorse (professionali, strutturali ed economiche) ▪ le modalità di attuazione ▪ le modalità di monitoraggio, verifica e valutazione del progetto ▪ gli elementi di innovazione Il Gruppo tecnico di Zona dovrà specificare se il progetto si caratterizza per innovazione e a quali aspetti si collega. Il piano finanziario deve essere presentato ogni anno.	Gruppo Tecnico di Zona	Entro due mesi dall'approvazione della proposta
	Approvazione del progetto (finanziamento)	L'approvazione è finalizzata a definire l'ammontare del finanziamento e tiene conto dei seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> ▪ la fattibilità e la sostenibilità del progetto ▪ le modalità con cui si intende garantire l'informazione ai cittadini e alle formazioni sociali, la 	Ufficio di Piano	Entro 15 giorni dalla scadenza per la presentazione dei progetti. Qualora i progetti fossero giudicati poco chiari o incompleti, è

		<p>partecipazione alle attività da parte dei cittadini, singoli o associati, e il monitoraggio, la verifica e la valutazione degli esiti del progetto</p> <p>Le voci ammesse a finanziamento sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - personale - consulenza (nella misura massima del 10% del costo complessivo del progetto) - attrezzature (nella misura massima del 15% del costo complessivo del progetto) - spese di gestione - altro (da specificare e motivare) <p>L'atto di approvazione deve indicare le modalità di erogazione del finanziamento, le modalità di rendicontazione delle spese, i dati richiesti per il monitoraggio a carico dell'Ufficio di Piano, i tempi per la prima verifica (3 mesi dall'avvio effettivo del progetto) e per la presentazione della relazione periodica (semestrale) e/o finale.</p> <p>Il piano di finanziamento deve essere approvato ogni anno.</p>		<p>facoltà dell'Ufficio di Piano richiedere ulteriori approfondimenti e stabilire ulteriori scadenze</p>
--	--	---	--	--

Fasi	Azioni		Responsabilità	Tempi
Attuazione	Attuazione delle azioni necessarie per la realizzazione del progetto		Il Gruppo Tecnico di Zona e il gestore del progetto	Le fasi di attuazione devono essere presidiate dal referente del progetto individuato in seno al Gruppo Tecnico di Zona
	Monitoraggio e verifica del progetto	<p>Il monitoraggio e la verifica devono riguardare sia il processo che gli esiti dello stesso e dovranno essere attuati secondo le modalità indicate nel progetto (per quanto riguarda il Gruppo Tecnico di Zona) e secondo le modalità indicate nell'atto di approvazione (per quanto riguarda l'Ufficio di Piano).</p> <p>È prevista un'attività di monitoraggio con strumentazione omogenea a tutti i progetti.</p> <p>Devono essere previste delle scadenze.</p>	<p>Il referente del Gruppo Tecnico di Zona e l'Ufficio di Piano, per le rispettive competenze</p> <p>Il coordinatore dell'Ufficio di Piano tiene informato il Tavolo Politico circa l'andamento dei progetti</p>	
	Eventuale ridefinizione del progetto			

Fasi	Azioni		Responsabilità	Tempi
Valutazione	Valutazione finale del progetto	La valutazione riguarda sia il processo che gli esiti (raggiungimento degli obiettivi fissati)	Il referente del Gruppo Tecnico di Zona e l'Ufficio di	Da definire in sede di approvazione del progetto

			Piano per le rispettive competenze. Il coordinatore dell'Ufficio di Piano illustra al Tavolo Politico gli esiti della valutazione	
--	--	--	--	--

È prevista la possibilità di stipula di Accordi di programma tra le Comunità Montane e/o il Comune capofila e i soggetti coinvolti nella gestione del progetto.

SECONDO CAPITOLO

ACCESSO, INFORMAZIONE E SEGRETARIATO SOCIALE

L'accesso: storia e attualità

Esiste una strettissima connessione tra vita e informazione, in quanto l'informazione ha un ruolo essenziale in tutti i processi vitali, a qualsiasi livello di organizzazione. La necessità di informazione cresce a dismisura con il crescere del livello di organizzazione della società umana, che nella sua evoluzione risulta condizionata in modo sempre più determinante dalla possibilità di disporre di informazioni tempestive e affidabili. L'informazione è indispensabile per conoscere, per fare scelte, per accedere ai servizi.

Nel rapporto tra cittadino e Pubblica Amministrazione l'informazione è per il primo un diritto, per la seconda un dovere. La legislazione che affronta e disciplina l'informazione ed il diritto di accesso trova il suo fondamento nella Costituzione ed in norme più specifiche che regolamentano l'attività della Pubblica Amministrazione.

Nell'ambito dei servizi sociali, l'informazione sociale, tra la fine del 1960 e l'inizio del 1970, è collegata al servizio di "segretariato sociale", considerato, unitamente al servizio sociale, all'assistenza economica, all'assistenza domiciliare, un servizio di base. La dizione "segretariato sociale" appare per la prima volta in Italia in un editoriale della rivista "Assistenza d'oggi" che scriveva: *"L'istituzione di un servizio di "segretariato sociale" viene sollecitata dai risultati di numerose indagini e dallo stesso contatto con la popolazione assistita attraverso cui si è più volte messa in luce la necessità che i cittadini, bisognosi di determinati servizi sociali, siano opportunamente orientati a scoprire ed a utilizzare nel modo più corretto le risorse sociali esistenti in un determinato ambito territoriale"*.

Nel 1972 si svolgeva ad Aosta, organizzato dall'Amministrazione Aiuti Internazionali (A.A.I.) in collaborazione con la Regione, un convegno internazionale sul segretariato sociale, nell'ambito del quale veniva presentato il modello elaborato dall'EISS (Ente Italiano di Servizio Sociale) nel 1971 e in corso di sperimentazione in sette regioni del Sud e una del Nord d'Italia. Il modello era fondato sulla seguente definizione: *"Il servizio di segretariato sociale costituisce una sede attiva di informazione esatta ed aggiornata rivolta a tutti i cittadini che ne abbiano interesse, anche se non esplicito, e alla comunità nel suo complesso e nei suoi raggruppamenti. Fornisce in rapporto alle esigenze esistenziali notizie pertinenti sulla situazione locale e generale in fatto di risorse e sulle prassi per accedervi. Aiuta la corretta utilizzazione di esse. Dà un contributo alla programmazione dei servizi sociali"*.

Questi cenni storici sono stati riportati per evidenziare che la funzione sociale dell'informazione, il suo valore, i contenuti, i destinatari erano analoghi a quelli che la più recente legislazione le attribuisce.

Nel 2000, infatti, la L. 328 di riforma dei servizi sociali ribadisce l'importanza dell'informazione sociale inserendola tra i livelli essenziali di assistenza (LEA) e collegandola strettamente ai temi del segretariato sociale e dell'accesso ai servizi.

Laddove preso in considerazione, il segretariato sociale è stato sinora affrontato dalle Regioni italiane in modo diversificato. Ad esempio, l'Emilia Romagna, con la L. R. 2/03, parla di sportelli sociali; la Liguria, con la Delibera del Consiglio Regionale 65/01, indica lo sportello di cittadinanza e attività di segretariato sociale svolto dall'assistente sociale; la Campania ha istituito il servizio di segretariato sociale e le antenne sociali; il Lazio, nel Piano socio-assistenziale 2002-2004, indica il segretariato sociale a livello distrettuale con presenza articolata a livello comunale.

Non è dunque possibile parlare di un modello unico di segretariato sociale, ma, dalle varie esperienze in atto in molte realtà, sono ricavabili le attività e i tratti organizzativi più comuni.

Il servizio di segretariato sociale si rivolge normalmente a tutti i cittadini e all'intera comunità e prevede generalmente attività di accoglienza, di ascolto, di orientamento e di prima consulenza.

Il compito degli operatori è di fornire informazioni esatte, aggiornate sui servizi e sulle modalità per accedervi; di accompagnare ed aiutare per una corretta fruizione dell'informazione; di registrare la domanda e di fungere da osservatorio sulle risorse e sui problemi del territorio.

Al fine di facilitare e stimolare l'accesso, il servizio è gratuito, aperto per molte ore al giorno, collocato in località facilmente e comodamente raggiungibili ed in sedi con caratteristiche logistiche senza barriere e tali da consentire la riservatezza; può essere contattato per via diretta, telefonica o informatica. Le informazioni sono raccolte e inserite all'interno di una banca-dati e poi rielaborate in funzione degli obiettivi del servizio.

A seconda delle diverse esperienze, il segretariato sociale può essere:

1. organizzato per offrire attività di primo e di secondo livello. Il primo livello (o front-office) offre un servizio di informazione diretta e standardizzata; il secondo livello offre un ascolto personale e, se necessario, di presa in carico;
2. considerato come un servizio autonomo o come una delle funzioni del servizio sociale professionale.

Scegliere tra queste opzioni comporta percorsi diversi che si riflettono non solo sull'organizzazione ma anche, e soprattutto, sul numero, sulla tipologia, sulla formazione e qualifica professionale degli operatori.

Riferimenti normativi regionali

Nella L. R. 18/01 "Approvazione del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004", le indicazioni programmatiche fanno spesso riferimento alla rilevanza dell'informazione e della comunicazione, quali strumenti per garantire equità e un utilizzo appropriato dei servizi.

Nella L. R. 13/06 "Approvazione del Piano regionale per la Salute ed il Benessere sociale 2006-2008" sono almeno due gli obiettivi di interesse: il n. 18 (Assumere il territorio del distretto come ambito di lettura, di analisi e di soddisfacimento dei bisogni e come area privilegiata della

programmazione della rete di servizi) e il relativo allegato, e il n. 19 (Sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale per ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi).

Per quanto riguarda l'Obiettivo n.18, nell'allegato "Linee guida per i Piani di Zona" si sottolinea "la necessità di avvicinare il più possibile i servizi al domicilio della persona" e viene dato al Piano di Zona il compito di "promuovere soluzioni organizzative che producano equità di offerta di prestazioni e servizi sociali distribuiti in ciascun territorio", individuare strumenti e percorsi al fine di favorire equità di accesso alle prestazioni e ai servizi ai cittadini.

Con l'Obiettivo n. 19 viene riconosciuto il valore dell'informazione sociale "in quanto presupposto per esercitare i diritti di cittadinanza, per ridurre gli ostacoli che penalizzano la conoscenza e l'accesso ai servizi, soprattutto per i soggetti più deboli, a maggiore rischio sociale e di isolamento".

Si chiede di promuovere e qualificare i servizi di informazione sociale, tenendo conto del fatto che sono numerosi sia i soggetti che offrono servizi e interventi di sostegno, sia quelli che, a diverso titolo e con diversi livelli di competenza, offrono indicazioni in merito (patronati, uffici per le relazioni con il pubblico, associazioni, volontariato, ecc.). Tra le azioni previste, vi sono:

- attivare un gruppo di lavoro per la definizione di azioni di miglioramento in tema di informazione sociale,
- coordinare i diversi punti informativi e di orientamento sociale esistente,
- sviluppare un Piano regionale di comunicazione sociale.

La situazione dell'accesso in Valle d'Aosta

Per descrivere la situazione in atto si fa riferimento a tre fasi del percorso che è stato realizzato in questi mesi:

- la mappatura,
- il lavoro nei Sub-ambiti,
- gli incontri dell'Ufficio di Piano con i responsabili dei servizi che operano nell'ambito dell'informazione sociale.

La mappatura ha permesso di fare una prima identificazione dei soggetti che operano per l'accesso e l'informazione in Valle d'Aosta, per comprendere i loro obiettivi e le azioni che svolgono.

Servizi di segretariato sociale

Nome	Focus di attenzione	Destinatari	Promotore	Modalità	Luoghi e tempi
			Adoc VdA		Aosta
Segretariato sociale	Informazioni sui servizi sociali	Tutti	Comuni	Di persona e per telefono	Doues, Morgex, St-Vincent
"Près de toi"	Informazioni su Enti pubblici, servizi sociali, associazioni di volontariato, sportelli informativi attivi sul territorio; accoglienza e assistenza su segnalazioni e	Anziani Tutti	Trait d'Union Tesan RAVA CPEL	Attraverso un numero verde gratuito	24h/24

	richieste di aiuto; monitoraggio attivo rivolto a persone anziane nei periodi estivi di emergenza caldo				
--	---	--	--	--	--

Servizio sociale

Nome	Focus di attenzione	Destinatari	Promotore	Modalità	Luoghi e tempi
Servizio sociale professionale	Informazione, orientamento, accompagnamento e presa in carico per quanto di competenza	Tutti	RAVA	Di persona e per telefono	Presidi socio-sanitari territoriali
Servizio sociale professionale	Informazione, orientamento, accompagnamento e presa in carico per quanto di competenza	Anziani	Comune Aosta	Di persona e per telefono	Assessorato Politiche sociali e pari opportunità
Servizio sociale professionale	Informazione, orientamento, accompagnamento e presa in carico per quanto di competenza	Ricoverati e familiari	Azienda USL Valle d'Aosta	Di persona e per telefono	Ospedale e dipartimento salute mentale

Attività di sportello

Nome	Focus di attenzione	Destinatari	Promotore	Modalità	Luoghi e tempi
"Informa"		Anziani	ANTEA		
Conciliazione lavoro-famiglia	Informazioni, Consulenza Supporto tecnico	Dipendenti regionali	RAVA	Di persona, per telefono e internet	Lun, merc, ven 9.00/12.00
Informagiovani		Giovani	Comune AO		Aosta
Patronati	Informazioni e disbrigo pratiche	Tutti	OO.SS.	Di persona e per telefono	
Sportello del cittadino	Consulenza e informazioni sui servizi	Tutti	Comune di Aosta	Di persona e per telefono	Lun-mer-gio-ven 8.30/12.30 Mar 8.30/14.30
Sportello informativo immigrati	Informazioni, disbrigo pratiche, accompagnamento e consulenza	Immigrati	OO.SS. (SAVT, CGIL, CISL)	Di persona e per telefono	Aosta, Châtillon, Donnas CM Monte Cervino CM Evançon CM Mont Rose CM Valdigne-Mont Blanc
Sportello informativo immigrati (CCIE)	Informazione e consulenza	Immigrati	RAVA e CPEL	Di persona e per telefono	Aosta, Châtillon, Morgex, Verrès
Sportello nelle scuole	Informazione e consulenza	Docenti e studenti	Istituzioni scolastiche	Di persona e per telefono	Aosta, Saint-Vincent, Châtillon, Plan Felinaz, Pont-Saint-Martin, Verrès
URP	Informazioni	Tutti	RAVA	Di persona e per telefono	P.zza Deffeyes. Lun, mer, ven 9.00/14.00 e mar e gio 9.00/17.00
URP	Informazioni	Tutti	USL	Di persona e per telefono	

Servizi

Nome	Focus di attenzione	Destinatari	Promotore	Modalità	Luoghi e tempi
AdQ		Tutti	Comune	Di persona	Tutti i giorni
Centro di ascolto	Informazione, accompagnamento, orientamento ai servizi	Tutti	Caritas	Di persona	

Si segnalano inoltre:

- lo Sportello unico sulla disabilità, previsto dalla normativa regionale e in fase di attivazione,
- i siti internet della Regione, del Comune di Aosta, delle organizzazioni di volontariato e della cooperazione, delle Organizzazioni Sindacali,
- gli opuscoli e i fascicoli informativi predisposti dalla Regione e dall'Azienda USL Valle d'Aosta,
- la Carta dei Servizi della Regione.

Il lavoro svolto a livello dei Sub-ambiti nei Tavoli Tematici e nei vari incontri ha evidenziato un bisogno diffuso di informazione e una difficoltà di accesso ai servizi (vedi allegato n. 16).

Le audizioni dell'Ufficio di Piano con i responsabili dei vari servizi¹⁵ e i dati rilevati attraverso le schede di attività¹⁶ (vedi allegato n. 10) hanno permesso di acquisire informazioni precise sullo stato dell'arte nel territorio, ma anche di raccogliere le proposte dei soggetti coinvolti.

Per fare una sintesi complessiva di tutti gli elementi emersi si possono individuare tre filoni:

- problemi che riguardano l'informazione,
- problemi che riguardano i servizi che attualmente erogano l'informazione,
- proposte di miglioramento dell'esistente.

Problemi relativi all'informazione

L'accesso all'informazione è reso difficoltoso da una serie di aspetti che hanno a che fare sia con chi eroga l'informazione sia con la persona che cerca l'informazione.

Dal punto di vista dell'utente, l'informazione è carente, non raggiunge il cittadino, è di difficile utilizzo perché non è chiara, è difficile da reperire perché non si sa dove e a chi va chiesta, oppure viene data in modo eterogeneo. Le pratiche burocratiche sono, sovente, complesse e complicate, così come i percorsi richiesti dalla Pubblica Amministrazione per ottenere o accedere ad un intervento o servizio o ad un beneficio.

Dal punto di vista dell'operatore, risulta difficile dare sempre informazioni complete ed aggiornate e, spesso, l'informazione si diffonde in modo informale, attraverso il passa parola. Le persone che hanno maggiore bisogno hanno più difficoltà ad avere informazioni e ad accedere ai servizi; non solo perché non li conoscono, ma, a volte, perché non si fidano o hanno paura di sentirsi giudicati o non si ritengono in situazione di bisogno o temono interferenze nella propria vita privata.

¹⁵ Alle audizioni hanno partecipato rappresentanti dell'URP dell'Azienda USL, dell'URP dell'Amministrazione regionale, del Servizio famiglia e politiche giovanili dell'Assessorato regionale sanità, salute e politiche sociali, dello sportello conciliazione lavoro e famiglia dell'Amministrazione regionale, della Caritas diocesana, dei patronati Acli, Cisl e Savt (sportelli immigrati), dei servizi Près-de-toi e Assistenza domiciliare di Quartiere (AdQ).

¹⁶ Hanno risposto compilando la scheda, oltre a tutti i servizi sopra indicati (esclusa l'Azienda USL), il Centro per le famiglie "Il cortile", il Centro Comunale Immigrati Extracomunitari (CCIE) e l'associazione "Diapsi".

Considerazioni sui servizi in atto

Quantità/qualità

I servizi sono numerosi, non collegati tra loro e per questo sono stati rilevati dei doppioni; sono generalmente settoriali ed organizzati per categorie di utenza (dipendenti regionali, immigrati, disabili, anziani, ecc.); sono concentrati, per lo più, nel capoluogo regionale e non rappresentano per tutti un punto di riferimento possibile. La difficoltà di accesso ai servizi da parte dei cittadini è imputabile a varie ragioni: la limitatezza degli orari, la dislocazione delle sedi (a volte lontane e non facilmente raggiungibili), la carenza di mezzi di trasporto pubblici.

Attività

Generalmente, i servizi offrono prestazioni di front-office, legate alle competenze dell'ente, e contemplano distribuzione di modulistica, aiuto nella compilazione e disbrigo di pratiche, consulenza a cittadini e a enti; le modalità di accesso sono molto eterogenee e soltanto per i servizi ad alta integrazione vi è un unico punto di accesso; normalmente, né la richiesta né la tipologia di utenza vengono registrate e pertanto non è possibile avere dati in merito. I servizi più diffusi sul territorio sono quelli gestiti dai patronati; la Regione e l'Azienda USL Valle d'Aosta esplicano attività di informazione nelle sedi centrali e sono presenti a livello di distretto in orari e giorni definiti. Laddove esiste il servizio sociale professionale, e questo vale anche per il Comune di Aosta, all'attività di segretariato si affianca anche l'attività di presa in carico. Gli Enti Locali hanno, per lo più, attività di sportello. Ai servizi è possibile accedere di persona, via telefono, fax, posta elettronica, solitamente il servizio è gratuito. Esiste un solo servizio che ha attivato un numero verde. Il Comune di Aosta propone, da alcuni anni, un servizio dislocato sul territorio chiamato Assistenza domiciliare di Quartiere (AdQ) che, tra i suoi compiti, ha quello di veicolare alle persone, soprattutto quelle più svantaggiate, l'informazione rispetto ai servizi e raccogliere istanze e problemi più o meno palesemente espressi dai cittadini; questo è l'unico servizio che utilizza un sistema di rilevazione preciso, basato su un diario quotidiano informatico e schede di rilevazione delle necessità espresse.

Personale addetto

Rispetto al personale addetto ai servizi che è a contatto con l'utenza, si rileva che, solitamente, non ha una qualifica professionale specifica (nella maggior parte dei casi, se si esclude il servizio sociale professionale, si tratta di impiegati e volontari), anche se è specificamente dedicato; nel caso di servizio svolto da assistenti sociali, si lamenta un alto turn-over a causa di problemi organizzativi e rapporti di lavoro su base consulenziale e a tempo determinato.

Le proposte di miglioramento dell'esistente si possono suddividere in tre tipologie attinenti:

- all'informazione (tipologia, contenuti, modalità)
- alle risorse (umane e strumentali)
- ai servizi (attività e modalità di funzionamento).

L'informazione.

L'informazione erogata deve essere chiara, completa e fruibile da tutti coloro che la richiedono, aggiornata e coerente con le finalità dell'ente. E' auspicabile la creazione di una banca dati su tutti i servizi esistenti, stabilendo a priori chi e come deve tenerla aggiornata. La comunicazione deve essere efficace e rispettosa.

Le risorse.

L'informazione deve essere fornita in modo diretto, con approccio relazionale, soprattutto verso l'utenza più sprovvista, e con strumenti sia tradizionali, sia informatici (sito, numero verde, ecc.). Gli operatori devono essere qualificati sia per le attività di front-office, sia per la presa in carico, laddove prevista; devono essere in numero sufficiente ed essere formati ad hoc. E' importante che tutti gli operatori dei servizi, compresi quelli del Terzo settore, conoscano i servizi presenti sul territorio.

I servizi

Per quanto riguarda i servizi:

- ✓ si ritiene opportuno, in questa fase di sviluppo del Piano di Zona, non creare ulteriori servizi, ma valorizzare l'esistente, razionalizzando l'attività in termini di efficacia ed efficienza, evitando sovrapposizioni o doppioni, mettendo in rete i vari punti informativi (lasciando al cittadino la possibilità di scelta) e diffondendo le conoscenze e le buone prassi;
- ✓ si ritiene opportuno condividere strumenti e parametri di valutazione, garantire sia l'attività informativa di carattere generale che quella più specifica, destinata a particolari categorie di utenti o su specifiche tematiche attraverso sportelli o servizi dedicati;
- il servizio di segretariato sociale dovrebbe essere garantito dalle istituzioni in ogni Sub-ambito, con il coinvolgimento di tutti i soggetti pubblici e privati, in funzione degli obiettivi che deve perseguire: grande capacità di ascolto, lettura del bisogno, orientamento, presa in carico e coordinamento dei punti informativi.

Le proposte per il triennio

UN PROGETTO SPERIMENTALE PER L'ACCESSO

L'idea di fondo è di realizzare un progetto per sperimentare un servizio che possa raccogliere, conservare, rendere reperibile e trasferibile l'informazione a favore di tutti i soggetti che hanno bisogno di conoscere quanto concerne gli interventi ed i servizi sociali. Come prefigurato dalla legislazione nazionale e regionale circa la realizzazione di un sistema integrato, occorre che lo stesso veicoli informazioni e comunichi facilitando i percorsi di accesso ai servizi e la richiesta di interventi sulla base di scelte e comportamenti consapevoli e, quando necessario, guidate o accompagnate.

Partendo dal presupposto che il cittadino ha diritto all'informazione e all'accesso ai servizi e che deve essere garantita l'interattività dei processi comunicativi, è opportuno che i soggetti coinvolti nel

Piano di Zona procedano ponendosi le domande su quali informazioni devono essere garantite, come e a chi.

Dalla valutazione dell'esistente, e accogliendo alcune tra le istanze rilevate durante il percorso, con il Piano di Zona si propone di pianificare un lavoro volto a:

- conoscere meglio e razionalizzare quanto già esiste,
- definire la tipologia di informazioni e il sistema organizzativo a supporto per garantire l'accesso ai servizi.

L'Ufficio di Piano, ritenendo opportuno e non più differibile quanto esplicitato nel Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008 e, nello specifico, quanto previsto dall'obiettivo n. 19, propone l'attivazione in ogni Sub-ambito di "sportelli unici", la cui attività dovrebbe essere coordinata con quella degli enti e delle organizzazioni che già si occupano di informazione.

Gli sportelli dovrebbero garantire le informazioni di un servizio di primo livello, ossia in forma diretta e standardizzata, relative a tutti i servizi presenti sul territorio connessi alle attività sociali, socio-assistenziali, socio-sanitarie, socio-educative. Nelle sedi in cui potrà essere garantita la presenza costante della figura dell'assistente sociale, il servizio potrà fornire direttamente informazioni anche di secondo livello, ossia sviluppare un ascolto più approfondito ed erogare informazioni maggiormente personalizzate.

Il servizio dovrebbe essere realizzato con il concorso di tutte le istituzioni che aderiscono al Piano di Zona nel corso del prossimo triennio.

Tra gli aspetti rilevanti della sperimentazione, vi è la possibilità di promuovere lo sviluppo di competenze nel campo dell'ascolto, dell'accoglienza e del dialogo tra professionisti e cittadini e tra professionisti di servizi ed enti diversi.

Per giungere a questo, l'Ufficio di Piano propone di costituire un gruppo di progetto - coordinato dall'Ufficio di Piano - con il compito di:

- ✓ migliorare la conoscenza dei servizi che si occupano di informazione
- ✓ definire la fisionomia della rete informativa
- ✓ definire il processo di erogazione dell'informazione (attività, strumenti, risorse, ecc.)
- ✓ definire il ruolo degli sportelli e le modalità di coordinamento con la rete
- ✓ definire le linee guida per l'attività degli agenti informativi altri che fanno parte della rete
- ✓ definire le modalità di implementazione e gestione della banca dati.

Il gruppo di progetto è chiamato a definire:

1. per quanto concerne l'informazione: la tipologia, l'utilizzo (per il quale si rendono necessari vari tipi di informazione), le fonti (i soggetti dai quali l'informazione deve essere ricavata);
2. per quanto concerne l'attività: le prestazioni e i servizi erogati in risposta ai diritti/bisogni dei cittadini, i processi di lavoro, gli elementi di standard (tempi, orari, modalità e luoghi operativi, errori da evitare, materiali da usare);
3. per quanto concerne il personale: la preparazione, la tipologia, la quantità.

Considerando che si intende rispondere all'esigenza di razionalizzare l'attività dei servizi esistenti senza creare nuovi servizi, si ritiene opportuno pensare ad un servizio diffuso sul territorio, con la possibilità di offrire alla cittadinanza informazioni puntuali e precise di carattere generale, e non generico. Le linee guida, in questo senso sono pensate come un aiuto per individuare come procedere, non solo per produrre informazione utile attivando i canali di comunicazione tra i diversi servizi, ma informazione capace di servire più soggetti in modo più aderente alle specifiche necessità di ognuno di essi in linea di massima: cittadini, pubblici amministratori, operatori dei servizi pubblici e privati, gruppi formali e informali.

TERZO CAPITOLO

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'integrazione socio-sanitaria nella normativa vigente

La parola integrazione ha sempre avuto un forte potere rappresentativo. La sua origine etimologica deriva da 'intero', come 'non toccato', intatto nella sua unità; allo stesso tempo, il verbo integrare significa "rendere completo aggiungendo ciò che manca" e questo è l'elemento chiave per un sistema socio-sanitario efficace.

Il concetto di integrazione socio-sanitaria è previsto, da decenni, in tutte le pianificazioni di tipo sanitario e sociale; di fatto, però, resta difficile comprendere davvero le potenzialità e i contenuti che tale espressione porta con sé.

Il sistema sanitario e il sistema sociale, pur avendo intrapreso percorsi diversi e sperimentato fasi storiche non sovrapponibili, nascono e si sviluppano all'interno di una medesima prospettiva, vale a dire l'assunzione, da parte dell'intera collettività, della tutela del singolo individuo sancita nella Carta costituzionale e che ha prodotto il perseguimento del cosiddetto "welfare".

In effetti, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria è divenuta "sistema" nazionale fin dal 1978 (L. 833/78), all'interno di una visione della società di stampo solidaristico, ispirata all'articolo 32 della Costituzione e strettamente connessa con altri interventi di tutela socio-assistenziale, che nella L. 328/00 sono confluiti in un vero e proprio sistema sociale. L'articolo 22 vede l'integrazione socio-sanitaria quale elemento preliminare rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni sociali; la novità riguarda l'intero corpo dell'articolo, in particolare il comma 4, dove sono fissate le prestazioni da rendere disponibili per ciascun ambito territoriale. Tutto è subordinato a indirizzi regionali e, soprattutto, alla sostenibilità della spesa. L'aspetto innovativo è che tali prestazioni diventano diritti soggettivi da esercitare o rivendicare, se l'ente pubblico non fosse in grado di offrire risposte.

A partire dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999 si inizia a dare forza al tema dell'integrazione socio-sanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale.

Tuttavia, il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione socio-sanitaria è costituito dall'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie (DPCM del 14 febbraio 2001) che recita "*L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali...*".

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con il DPCM del 29 novembre 2001, ha significato, per il sistema sanitario, il tentativo di ridefinire in modo più preciso i diritti sanitari dei cittadini e di utilizzare uno strumento per l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale stesso, più che un semplice strumento di ridimensionamento della spesa. La definizione dei livelli, infatti, è il passo più importante di un percorso per la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni e dei relativi costi su tutto il territorio nazionale, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse a disposizione, ma

anche del rispetto del diritto fondamentale alla salute, nonché dell'equità dei metodi di erogazione del servizio sanitario e dell'efficienza del sistema.

Nell'allegato 3 al DPCM del 2001 (punto d'integrazione socio-sanitaria) è ribadita l'importanza che riveste l'area dell'integrazione all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio, per poter garantire le prestazioni necessarie alle persone in tutte le fasi della vita, e, in modo particolare, nell'infanzia e nella vecchiaia.

L'erogazione delle prestazioni va regolata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.

Si ritengono, inoltre, determinanti i punti seguenti:

- l'organizzazione della rete delle strutture di offerta;
- le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
- un'omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza.

Alla luce di quanto esposto, l'integrazione non è, dunque, il risultato della somma di interventi/prestazioni erogati da soggetti diversi quanto, piuttosto, un tutto indivisibile, frutto di un metodo di lavoro che:

- ✓ considera l'individuo nella sua interezza
- ✓ facilita la lettura del bisogno
- ✓ finalizza l'intervento
- ✓ permette il coinvolgimento di tutti gli attori del processo
- ✓ evita i doppioni
- ✓ garantisce l'assunzione di responsabilità.

Caratteristiche dell'integrazione nei servizi territoriali

L'integrazione avviene a diversi livelli:

- istituzionale, quando il servizio dipende, nella sua ideologia, impostazione ed operatività, dagli specifici indirizzi di politica sociale emanati dall'istituzione che la gestisce;
- interistituzionale, quando una struttura, per specifiche funzioni, fa capo ad altrettanto diversificati livelli istituzionali, che non possono non mettersi in sinergia fra loro;
- interorganizzativa, quando, all'interno di una stessa unità operativa, agiscono professionalità afferenti amministrativamente a strutture diverse, come nel caso di operatori dell'Ente Pubblico e delle cooperative sociali all'interno della medesima struttura di servizio;
- interprofessionale, quando le figure presenti nel servizio sono diverse e nello stesso tempo convergenti su bisogni unitari, all'insegna della complementarità e della condivisione di

responsabilità in ordine alla soluzione dei problemi.

La presa in carico

La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione non è solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di setting operativi e organizzativi, utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo.

La presa in carico non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni e, in primo luogo, le realtà solidaristiche, come esplicitato dalla L. 328/00 e dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005¹⁷ e, a livello regionale, dal Piano regionale per la Salute e il Benessere sociale 2006-2008.

Su questo terreno l'integrazione diventa una metodologia fondamentale che richiede l'incontro e l'individuazione di diverse responsabilità:

- professionale, da parte del singolo operatore;
- interprofessionale, da parte di professionalità diverse che agiscono sulla base di un progetto comune;
- di servizio, a garanzia di continuità tecnica e istituzionale dell'intervento;
- fra i servizi, quando la complessità del problema lo richiede, individuando di volta in volta il servizio primario di riferimento;
- istituzionale, a garanzia della esigibilità del diritto considerato;
- comunitaria, nella misura in cui i soggetti diversi, professionali, istituzionali e solidaristici, esercitano una comune responsabilità in ordine alla soluzione del problema.

Ne consegue che il compito di proteggere e promuovere la salute non può essere concepito come un dovere solo di alcuni operatori, ma deve rappresentare un impegno comune a tutti i soggetti (istituzionali e non) che sono chiamati a raffrontarsi su questa tematica.

Infatti, mentre la domanda di sanità risulta essere strettamente legata a competenze tecnico-professionali, la domanda di salute coinvolge la comunità intera. Esistono nuove situazioni di rischio che vanno al di là di quelle classificate come controllabili con interventi di tipo strettamente sanitario, come, ad esempio, quelle legate al fumo di sigaretta, all'abuso di alcol, ai disturbi alimentari, alle morti evitabili per incidenti domestici, sul lavoro o sulla strada. Il territorio e il distretto devono, perciò, essere assunti come l'ambito privilegiato nel quale ricomporre l'unitarietà dei servizi alla persona e luogo di centralità sotto il profilo organizzativo e della programmazione.

¹⁷ Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si esplicitava il concetto di "empowerment" delle comunità locali come quello di "una comunità che assume la responsabilità del proprio benessere", proprio a partire dal titolo "dalla sanità alla salute". Si passa, cioè, dalla sanità concepita come atto nei confronti della singola persona colpita da una patologia, all'idea di salute di una comunità che porta ad un'interazione tra tutti i suoi componenti per garantire ad ogni cittadino il pieno benessere fisico, psichico e sociale. Si esprime, dunque, proprio la necessità di passare da welfare state a welfare community, come già detto in precedenza, la comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio benessere.

Anche l'innalzamento dell'età media della popolazione, l'aumento delle patologie cronicodegenerative collegate all'età e associate a disabilità, i cambiamenti del contesto sociale, scientifico e tecnologico, hanno mutato i bisogni della popolazione, facendo emergere nuove esigenze di cura e di assistenza legate alla cronicità. Si tratta di concepire nuove modalità di erogazione e continuità delle cure, per assicurare la necessaria elevata integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali. Anche in questo caso si deve adeguare l'organizzazione secondo un approccio multifunzionale al bisogno di salute e di assistenza, tramite la revisione dei processi e l'introduzione di sistemi di valutazione e controllo delle attività.

Data la complessità del campo di intervento, l'integrazione si deve perciò fondare sulla chiarezza dei ruoli e delle responsabilità, dalla definizione degli obiettivi fino alla valutazione dei risultati.

In quest'ottica di passaggio dalla sanità alla salute, il Piano di Zona e il Piano delle attività locali dell'Azienda USL (PAL) devono rappresentare lo strumento per integrare l'attività dei servizi e la realtà socio-economica del territorio.

L'attività di integrazione è particolarmente necessaria nei servizi che si occupano dei problemi assistenziali delle persone:

- con patologie, menomazioni, disabilità,
- con disturbi psichiatrici,
- affette da dipendenze e da HIV,
- nella fase terminale della vita,
- con inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative.

Servizi ed interventi attualmente in essere

La fotografia della realtà valdostana ha permesso di censire i servizi/interventi sanitari a rilevanza sociale, quelli ad alta integrazione e alcuni strumenti e luoghi atti a favorire l'integrazione.

Servizi/interventi sanitari a rilevanza sociale

1. Il Sistema delle cure primarie (la rete degli ambulatori territoriali, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta)
2. L'attività del Dipartimento Materno-infantile (ambulatori ostetrico-ginecologici, corsi di accompagnamento alla nascita, promozione dell'allattamento al seno, progetti specifici come "Nati per leggere" e "Genitori più", ecc.) trova grande applicazione a favore del cittadino sano. Le varie attività hanno un enorme valore socio-sanitario, in quanto mirate, da una parte, a rendere la donna sempre più consapevole delle scelte (attività di empowerment) e, dall'altra, ad accompagnare cittadini sani verso stili di vita coerenti tramite azioni integrate di promozione alla salute.
3. L'attività del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si connota per il lavoro di rete, con il coinvolgimento di figure professionali non presenti sul territorio nei percorsi terapeutico-riabilitativi, di prevenzione, di informazione e formazione e la pluralità di interventi sanitari, assistenziali e sociali offerti all'utenza ed ai familiari.
4. L'attività del Dipartimento di prevenzione (corsi di educazione all'affettività e sessuali, corretta alimentazione in età pediatrica, prevenzione del tabagismo e degli incidenti domestici, servizio di medicina legale, ecc.) promuove la salute in collaborazione con gli altri dipartimenti e il sistema dei servizi distrettuali.
5. Il Sistema dei servizi distrettuali, che comprende:
 - il consultorio familiare che mantiene la propria connotazione di servizio di base, all'interno di un distretto, a

- forte connotazione preventiva, informativa e di educazione alla salute;
- il servizio psicologico, capillarmente presente nei distretti, si occupa, oltre che del disagio psicologico temporaneo, anche degli aspetti di disagio più severo. Per quanto riguarda l'età evolutiva sono trattati problemi di sviluppo (cognitivo, relazionale ed emotivo) con percorsi di psicoterapia al minore (purtroppo con una risposta inferiore al bisogno), di counseling alla famiglia ed ai genitori e di consulenza alla scuola. Per quanto riguarda l'età adulta sono trattati, in parte in collaborazione con la psichiatria, disagi psichici di varia intensità (con sintomatologie di area nevrotica, di tipo psicotico e relative a disturbi di personalità), vengono predisposti percorsi terapeutici prevalentemente di breve o media durata, per permettere una riduzione dei sintomi ed un miglioramento del funzionamento personale, sociale e familiare. Per quanto riguarda l'integrazione scolastica dei disabili, il servizio, insieme agli operatori del servizio di riabilitazione dell'Azienda USL e del servizio sociale regionale, segue con riunioni periodiche, nel rispetto della L. 104/92, la stesura della diagnosi e del piano educativo individualizzato; inoltre, fornisce direttamente a scuola al corpo docente consulenza sui minori inseriti, sulle segnalazioni inviate ai servizi e collabora nei corsi di educazione alla salute. La collocazione del servizio psicologico, non centralizzato in una sede, ma dislocato nei vari presidi consultoriali (3 nel distretto 1, 6 nel distretto 2, 1 nel distretto 3, 3 nel distretto 4) favorisce il lavoro in rete con altri operatori sanitari (MMG, pediatri, ostetriche, psichiatri) e sociali (assistenti sociali, educatori);
 - il servizio di riabilitazione e il servizio infermieristico: sono rivolti a tutte le fasce d'età e operano all'interno delle équipes territoriali per la presa in carico multidisciplinare degli utenti con problemi anche complessi. Sono presenti nelle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG). Gli psicomotricisti e i logopedisti collaborano con le scuole per la valutazione di minori segnalati per disturbi di apprendimento, disturbi della comunicazione (lettura, scrittura), disturbi comportamentali;
6. I servizi rivolti a fasce di utenza specifica:
- il Servizio Dipendenze Patologiche (SerT) è collocato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale. Il Servizio è l'unica struttura pubblica dell'Azienda USL Valle d'Aosta deputata alla prevenzione, cura e riabilitazione per tutti i soggetti portatori di problematiche legate ai diversi stati di uso, abuso e dipendenza da sostanze legali ed illegali e da comportamenti compulsivi. A tal fine, il servizio si propone come punto di riferimento di altre realtà, pubbliche e private, che a diverso titolo si occupano dei differenti aspetti della tossicodipendenza e delle problematiche psico-sociali e sanitarie ad essa connesse;
 - i servizi rivolti a pazienti in fase terminale (cure palliative). Le cure palliative, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, costituiscono una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.
 - I servizi rivolti alle persone con infezione da HIV. tutti i casi sono trattati ambulatorialmente perché le persone sono in grado di recarsi autonomamente in ambulatorio. Nessuno ha avuto bisogno di trattamento a domicilio; la scelta di non aprire un ambulatorio dedicato è stata fatta per evitare una discriminazione delle persone e si è inoltre optato per un ambulatorio generale aperto tutti i giorni. Presso questa struttura ci si fa carico di tutti i problemi sanitari e sociali (in un unico punto di contatto).

Servizi ad alta integrazione

Sono i servizi del territorio (domiciliari, residenziali, semi-residenziali) che richiedono interventi integrati e interagenti e impegnano il personale sanitario e sociale a lavorare insieme:

- Assistenza Domiciliare integrata (ADI),
- Microcomunità per anziani e case di riposo;
- Nuclei Alzheimer;
- Comunità e centri diurni per utenti psichiatrici;
- Comunità di recupero per tossicodipendenti;
- Consultorio per adolescenti "Il Pangolo";
- Lavori di utilità sociale (LUS).

Strumenti e luoghi per l'integrazione

1. Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO) e Unità di Valutazione Geriatrica (UVG): in Valle d'Aosta sono operative 4 UVO e altrettante UVG che, applicando il metodo della valutazione multidimensionale, hanno il compito di proporre alla persona presa in esame l'itinerario assistenziale più adeguato.
2. Accordi e Protocolli: dalle informazioni raccolte, risulta che i protocolli per le dimissioni ospedale-territorio per pazienti complessi e da riabilitare e per l'ADI non sono sempre applicati in modo puntuale; inoltre, non è ancora stato definito il protocollo previsto dalla DGR 2282/07 recante "Requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali per anziani".
3. Gruppi interistituzionali e multidisciplinari. Questi gruppi sono composti da rappresentanti di enti, organizzazioni e servizi diversi e hanno il compito di orientare le politiche oppure di elaborare progetti e strumenti atti a rispondere ad obiettivi di benessere e di sistema. In genere, si rileva che il loro lavoro ha dato esito positivo laddove era chiaro l'indirizzo politico e la composizione del gruppo era realmente rappresentativa dei soggetti della comunità. I gruppi sono gestiti a livello regionale e questo fa sì che, a volte, siano percepiti come molto lontani dalla realtà del territorio.

Elementi di valutazione della situazione valdostana

Quanto emerso dalle analisi effettuate a livello dei Sub-ambiti e dal confronto avvenuto in sede di Ufficio di Piano ha offerto l'opportunità di condividere considerazioni e valutazioni sulla realtà dei processi integrativi tra sociale e sanitario nella nostra Regione. Si registrano difficoltà a livello:

1. **culturale**: al di là della teoria, nella pratica, la cultura sociale e quella sanitaria sono ancora molto lontane, anche soltanto dal punto di vista dei linguaggi, si riafferma la necessità di una formazione condivisa;
2. **organizzativo-gestionale**: si fa fatica a garantire risorse adeguate (qualificate e continuative nel tempo), a riunirsi (sedi, orari, ecc.), a ragionare in modo congiunto sulle scelte organizzative e a dividerle;
3. **relazionale**: le difficoltà sono a volte enfatizzate dalle caratteristiche personali dei singoli;
4. **delle competenze**: uno dei nodi più grossi da sciogliere rispetto ai servizi ad alta integrazione è quello della definizione delle responsabilità. Ad esempio, nelle microcomunità il soggetto gestore è responsabile per quanto accade, ma non ha responsabilità sull'intera gestione del processo, in quanto operatori essenziali come l'assistente sociale e le figure sanitarie dipendono, di fatto, da altri enti (Regione e Azienda USL Valle d'Aosta). Si riafferma, dunque, la necessità di distinguere la responsabilità professionale da quella gestionale-organizzativa.

Proposte per lo sviluppo di azioni future

Il Piano di Zona riconosce il valore dell'integrazione e intende facilitarla proponendo alcune indicazioni. Un primo passo in questa direzione potrebbe essere il confronto tra il PAL dell'Azienda USL Valle d'Aosta e il Piano di Zona anche ai fini dell'elaborazione del futuro Piano socio-sanitario

regionale. Questo non nell'ottica di moltiplicare gli strumenti di programmazione, ma, al contrario, per riconoscere l'esistenza di diversi livelli di programmazione e la necessità di integrarli. Tutto ciò potrebbe portare a una riflessione e confronto comune, a livello regionale, sui Livelli essenziali di assistenza (LIVEAS). In percorsi di questo tipo occorre riconoscere e valorizzare il Terzo settore cercando di non vederlo solo come ente strumentale, ma come risorsa per affrontare il fatto che le risorse del pubblico da sole non sono sufficienti per garantire la globalità dell'intervento.

Le aree di intervento, consci delle difficoltà e delle ovvie necessità di ulteriori investimenti per la loro realizzazione, dovranno mirare a:

1. definire, migliorare e applicare protocolli e modelli assistenziali mirati alla riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale e della durata di quelli appropriati per patologie acute, oltre che delle dimissioni non concordate (vedi, ad esempio, il Protocollo sulla continuità ospedale-territorio), con associazione e attivazione della rete integrata socio-sanitaria per la continuità ospedale-territorio.
2. migliorare e assicurare l'efficacia degli interventi per il miglioramento dell'autonomia funzionale delle persone anziane e disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo (con particolare riferimento alla nuova Legge sulla disabilità e non-autosufficienza, nell'ambito degli interventi previsti dall'obiettivo n. 23 del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2006-2008) e sperimentare interventi che possano prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, incluse campagne di informazione sugli stili di vita più appropriati e sui rischi evitabili.
3. sperimentare progetti collaborativi tra gli Enti locali, la Regione, il Servizio Sanitario Regionale e le organizzazioni sociali e del Volontariato, mirati alla prevenzione e alla riduzione delle conseguenze negative sulla salute degli stati di emarginazione sociale.
4. migliorare e attuare, laddove esistenti, i modelli organizzativi di raccordo tra servizi sociali e sanitari (responsabilità, processi e strumenti), con particolare riferimento alle cure primarie e ai livelli di integrazione dei servizi domiciliari e residenziali. Nello specifico, si ritengono non più procrastinabili la definizione delle responsabilità organizzativo-gestionali delle microcomunità, la predisposizione del protocollo tra gli Enti locali e l'Azienda USL Valle d'Aosta previsto dalla DGR n. 2282/07 recante "Requisiti minimi strutturali dei servizi socio-assistenziali per anziani" e la definizione degli standards dei servizi domiciliari.
5. programmare percorsi di formazione professionale condivisi e integrati.

QUARTO CAPITOLO

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

L'esigenza di formazione

Il tema della formazione degli operatori è affrontato più volte nella L. 328/00 e in tutti i documenti di programmazione della Regione Autonoma Valle d'Aosta come uno dei temi a cui dedicare attenzione e sul quale investire.

Per verificare la situazione in atto ed elaborare proposte future da inserire nel Piano di Zona, l'Ufficio di Piano ha provveduto a raccogliere le indicazioni sul tema contenute nelle relazioni dei Gruppi Tecnici di Zona e si è confrontato con il Gruppo interistituzionale per la formazione continua degli operatori socio-sanitari, socio-assistenziali e socio-educativi che opera a livello regionale.

Il Gruppo, che è coordinato dall'Assessorato regionale sanità, salute e politiche sociali, è stato istituito nel 2007 e comprende rappresentanti di vari enti e/o organizzazioni che, a vario titolo, si occupano di formazione: l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali (Ufficio formazione e aggiornamento in ambito socio-sanitario, Direzione politiche sociali e Direzione salute), l'Assessorato regionale istruzione e cultura (Sovrintendenza agli studi e IRRE), l'Agenzia del lavoro, l'Azienda USL Valle d'Aosta, il Celva, il CSV, il consorzio di cooperative sociali Trait d'Union, la Facoltà di Scienze della formazione dell'Università della Valle d'Aosta. L'intento del Gruppo è quello di scambiarsi le informazioni sulle attività svolte da ogni ente e organizzazione e condividere il processo di costruzione del piano di aggiornamento annuale per arrivare, nel futuro prossimo, ad una programmazione triennale della formazione e dell'aggiornamento, con piani attuativi annuali.

Va ricordato che, a livello regionale, dal 1999, opera anche l'Ufficio Formazione e aggiornamento in ambito socio-sanitario dell'Assessorato con il compito di predisporre un Piano annuale di aggiornamento per gli operatori del pubblico (assistenti sociali, OSS, educatori) e del privato convenzionato, coerentemente con quanto previsto dai Piani socio-sanitari che via via sono stati approvati. L'Ufficio predispone un progetto annuale sulla base delle esigenze e dei bisogni formativi segnalati dai dirigenti e dagli operatori dei servizi e provvede ad organizzare e realizzare le varie attività formative.

Il punto di vista del territorio

Nelle relazioni dei Gruppi Tecnici di Zona, il tema della formazione emerge più volte sia in riferimento a quella in atto (progetti, corsi, ecc.) che a quella desiderata, attesa, richiesta.

Per quanto riguarda la formazione in atto, l'offerta formativa è ritenuta consistente, ma si rilevano alcune criticità:

- la formazione continua è molto legata ad alcune tematiche ed è principalmente rivolta ad alcune tipologie di operatori, in particolare quelli che si occupano dei minori. Si pone, quindi, un problema di omogeneità di trattamento a livello di proposte/offerta formativa su tutte le

tematiche del sociale;

- le proposte non sono accessibili a tutti: non sempre chi opera al di fuori degli enti pubblici riesce ad accedere ai corsi di formazione, per difficoltà di ordine amministrativo e/o organizzativo. Questo problema è rilevato anche per quanto riguarda i volontari, che manifestano una triplice esigenza: poter conciliare tempo di lavoro e tempo di formazione; poter partecipare a iniziative insieme agli operatori degli altri enti, pubblici e privati, e poter acquisire crediti formativi. Si pone, quindi, un problema di equità nell'accesso alle proposte formative e nel riconoscimento delle stesse.

Per quanto riguarda le prospettive future, si ritiene essenziale:

- un ampliamento delle tematiche affrontate,
- l'organizzazione di percorsi che favoriscano l'integrazione tra enti, servizi e operatori,
- l'organizzazione di corsi di formazione per volontari.

In senso generale, si ritiene che la formazione possa essere uno strumento utile per:

- garantire e costruire maggiore qualità ed efficacia dei servizi,
- sviluppare adeguata presa in carico multiprofessionale,
- migliorare la conoscenza delle culture degli immigrati,
- migliorare la sensibilità e l'attenzione verso la disabilità.

Il punto di vista degli enti e delle organizzazioni che fanno formazione

L'audizione realizzata dall'Ufficio di Piano con i componenti del Gruppo interistituzionale ha confermato alcune delle considerazioni emerse dal lavoro di ascolto del territorio, tra cui, in particolare, la valutazione di un'offerta formativa complessivamente adeguata sul piano quantitativo ed anche qualitativo. Nonostante ciò, sono emerse alcune esigenze:

- sviluppare maggiore informazione sulle attività formative esistenti, in modo da garantire il diritto all'accesso e sviluppare maggiore consapevolezza sull'offerta formativa (non è sufficiente sapere che un corso esiste, occorre sapere se quel corso può essere davvero utile e a quali condizioni);
- ampliare l'offerta dal punto di vista dei temi e dei contenuti: mancano, ad esempio, offerte formative sui temi della violenza, in particolare quella rivolta alle donne, per capire il fenomeno e come possono intervenire i servizi, o su altre tematiche che non siano inerenti agli anziani o alla prima infanzia;
- ridefinire alcuni percorsi formativi, come, ad esempio, quello per mediatori culturali, in quanto l'evoluzione delle problematiche richiede nuovi approcci rispetto a questa figura e alla sua implementazione nei servizi;
- formare operatori per l'area dell'assistenza agli anziani, prestando attenzione anche a coloro che sono privi di qualifica e non possono accedere ai corsi di qualificazione o di riqualificazione nel prossimo triennio;
- rispondere alla richiesta delle associazioni di volontariato di poter condividere momenti formativi con gli altri soggetti che operano in ambito sociale, al fine di migliorare la capacità di collaborazione e di vedersi riconosciuti gli apprendimenti acquisiti attraverso l'attività di volontariato, sia per il percorso professionale che per quello di studi.

Alla luce di queste esigenze, gli interventi attesi sono diversi:

- la costruzione di una cultura comune della formazione, al di là della specificità delle finalità e dei programmi di ciascun ente e di ciascuna organizzazione;
- la costruzione di una maggiore qualità dell'offerta formativa sul versante tecnico, con un lavoro di maggiore condivisione tra enti, onde evitare sovrastrutture e ripetizioni degli eventi e ottimizzare gli interventi e le risorse;
- l'approfondimento in ordine al tema della domanda formativa. La qualità della domanda formativa è data sia dalla capacità delle agenzie e dei formatori di predisporre programmi adeguati, sia da un lavoro adeguato sulla domanda, affinché gli operatori e gli enti che chiedono formazione e aggiornamento siano sempre più consapevoli del significato e dei contenuti connessi alla propria ed altrui "competenza professionale", in modo da pensare le domande formative ad essa collegate e costruire percorsi formativi incidenti in modo effettivo sugli operatori e sui servizi;
- l'approfondimento del rapporto tra programmi di formazione e problematiche sociali. La formazione è, solitamente, pensata a partire da problemi, quando questi sono già presenti e incidenti nella realtà da tempo. Difficilmente la formazione riesce a lavorare su questioni anticipandone lo sviluppo, o quanto meno accompagnandolo, e prefigurando processi evolutivi dei servizi e delle professioni rispetto ad esse. Ad esempio, la tematica della non autosufficienza propone oggi sfide nuove ai servizi e agli operatori, ma non sembra che si riesca a costruire ancora un progetto formativo capace di affrontarla in modo propositivo e attivo. A livello di tematiche, uno degli argomenti non è particolarmente trattato dai percorsi formativi è la disgregazione sociale. In questo senso, può essere utile – nell'ambito delle attività formative – proporre spazi di riflessione su questi temi e su come ciascun operatore dei servizi, nel proprio lavoro quotidiano, possa offrire un contributo attivo. In questa prospettiva, la formazione non dovrebbe essere un'opportunità rivolta soltanto agli operatori dei servizi, ma coinvolgere tutti: politici, dirigenti, personale amministrativo, cooperatori, volontari, docenti delle scuole e dell'università, parrocchie, ecc.

Si auspica che il Piano di Zona possa favorire:

- la costruzione di maggiore integrazione tra programmazione sociale e programmazione formativa nel campo del sociale, contribuendo a prefigurare il fabbisogno di figure professionali per i prossimi 4-5 anni,
- lo sviluppo di un maggiore coordinamento degli interventi formativi affinché gli enti invianti possano gestire in modo adeguato gli aspetti organizzativi,
- il miglioramento della capacità informativa in ordine alle opportunità formative in Valle d'Aosta,
- il miglioramento dei percorsi di orientamento professionale e di reclutamento degli operatori,
- il miglioramento della lettura del fabbisogno formativo,
- la possibilità di sviluppare prassi di misurazione della ricaduta professionale della formazione,
- la possibilità di far condividere processi esperienziali e competenze tra mondi diversi (Terzo settore e servizi a gestione pubblica).

Proposte per il Piano di Zona

Il Piano di Zona si propone di lavorare sul tema della formazione agendo principalmente sul versante:

- della programmazione complessiva (obiettivi strategici e di sistema)
- delle proposte formative (obiettivi di benessere)

L'Ufficio di Piano propone di operare in modo integrato con il Gruppo interistituzionale, contribuendo a definire un quadro strategico che colleghi la programmazione socio-sanitaria con quella della formazione, i programmi generali con quelli specifici, su aspetti connessi allo sviluppo delle tematiche trattate nel Piano di Zona.

In questo modo si potrebbero integrare maggiormente i programmi di formazione per arrivare all'ipotesi di una progettualità triennale (come auspicato dal Gruppo interistituzionale), con l'enunciazione di indirizzi utili ai singoli enti per la pianificazione e programmazione delle loro proposte formative.

Concretamente le proposte operative potrebbero essere le seguenti:

- a) integrare il Gruppo interistituzionale, dal 2009, con un rappresentante dell'Ufficio di Piano;
- b) predisporre, nel 2009, in accordo con il Gruppo interistituzionale, un'indagine sul fabbisogno formativo connesso al tema dello sviluppo delle competenze professionali come sopra espresso, prendendo contatto con gli operatori dei servizi con i quali (attraverso il lavoro di costruzione di informazioni sul sistema di offerta valdostano) si è entrati in contatto nel 2008, anche in connessione alla fase di diffusione del documento di Piano, successivamente alla sua approvazione istituzionale;
- c) predisporre ipotesi di percorsi formativi, nella prospettiva integrata e multiprofessionale, rivolti, cioè, a operatori di più enti e organizzazioni. Tali ipotesi potrebbero essere condivise con il Gruppo interistituzionale in vista della programmazione triennale o quanto meno di quella del 2010. L'attenzione del Piano di Zona potrebbe essere concentrata su tutti o su alcuni dei fenomeni sociali messi a fuoco nel percorso di costruzione;
- d) predisporre, in accordo con i Gruppi Tecnici di Zona, i Comuni, il Volontariato, la Cooperazione sociale ed il mondo sindacale, percorsi formativi per soggetti non professionali al fine di consentire la diffusione delle riflessioni e delle prospettive che il Piano di Zona esprime;
- e) predisporre corsi di formazione volti ad aumentare le conoscenze e le competenze dei rappresentanti dei diversi enti o organizzazioni che operano nel sistema del Piano di Zona (capacità di lettura del territorio, progettazione e co-progettazione di servizi e interventi, costruzione di strumenti per il monitoraggio e la valutazione, ecc.);
- f) predisporre, su richiesta dei Sub-ambiti, ipotesi formative volte a sostenere le azioni che potranno essere attivate a livello locale (terzo livello delle strategie operative).

QUINTO CAPITOLO

PIANO DI COMUNICAZIONE

Premessa

Tra le tematiche di interesse generale analizzate nella seconda fase del percorso, l'Ufficio di Piano ha ritenuto opportuno affrontare anche il tema della comunicazione relativa all'attività di costruzione e gestione del Piano di Zona della Valle d'Aosta.

Il tema è di assoluta rilevanza in quanto, come sottolineato dalla normativa di riferimento nazionale e regionale, la comunicazione, nella sua accezione più ampia, è uno strumento che permette non soltanto di garantire l'informazione - e quindi, come descritto al capitolo 2 della seconda parte, l'equità di accesso ai servizi e alle prestazioni - ma anche di promuovere, tutelare e valorizzare l'effettiva partecipazione al processo di costruzione delle politiche sociali degli Enti Locali, dei diversi attori sociali e dei cittadini.

La comunicazione durante il processo di costruzione del Piano di Zona

L'attività di comunicazione collegata al Piano di Zona si è sviluppata sulla base delle proposte contenute nel piano della comunicazione condiviso con il Tavolo Politico all'inizio del mese di febbraio 2008 (vedi allegato n. 17). Il piano si proponeva essenzialmente di rispondere all'esigenza di gestire in modo coordinato, efficace ed efficiente, la comunicazione del Piano di Zona nella fase di costruzione e, successivamente, in quella di implementazione, individuando a tal fine:

- i destinatari della comunicazione
- alcuni strumenti attraverso i quali si intendeva centralizzare presso l'Ufficio di Piano le attività relative al tema.

Per poter realizzare e gestire quanto previsto, è stato costituito un gruppo di lavoro coordinato dal consulente tecnico regionale e composto da rappresentanti dell'Ufficio di Piano e dell'Ufficio comunicazione del Celva. Il piano prevedeva:

- la produzione di un logo che, attraverso un simbolo grafico unico, fosse capace di accompagnare l'azione di comunicazione pubblica, sia a livello centrale che di Sub-ambito, garantendo il coordinamento della comunicazione e dell'immagine del Piano di Zona come soggetto autonomo;
- la creazione di una carta intestata che, pur unificando l'immagine delle comunicazioni (convocazioni, verbali, schede, griglie, ecc.), permettesse ai diversi organismi di personalizzare il livello della comunicazione scritta;
- la predisposizione di dépliant e manifesti, a livello regionale locale, per promuovere principalmente la partecipazione ai Tavoli Tematici;

- la costruzione di un sito internet capace, a breve termine, di supportare il processo di costruzione del Piano di Zona, e, a medio termine, di accompagnare la fase di gestione dello stesso, e, quindi, di creare uno spazio atto a rispondere ad obiettivi di sistema e di benessere, fornendo ai cittadini e agli addetti ai lavori uno spazio in cui trovare documenti e informazioni in merito ai loro bisogni, ai servizi, a tematiche di interesse, diversi target, ecc.,
- la redazione di una news-letter e di un notiziario (in forma digitale e cartacea) per dare la massima diffusione al lavoro in corso.

Fatta eccezione per la news-letter e il notiziario, tutte le azioni ipotizzate sono state realizzate, seppur non nei tempi inizialmente previsti e con gli esiti sperati.

La costruzione del sito, lo strumento che più di tutti doveva supportare il processo di costruzione, è stata completata soltanto alla fine della seconda fase del processo. La news-letter e il notiziario non sono mai stati predisposti: sono state fatte delle ipotesi che prevedevano la possibilità di richiederla dal sito e di costruire un database con alcune informazioni sui destinatari. Doveva trattarsi di un elenco di una decina di notizie di interesse da trasmettere via e-mail a tutti coloro che ne avessero fatto richiesta.

Questo è da imputarsi principalmente al fatto che il tema della comunicazione, durante tutto il percorso, è stato gestito in modo volontaristico e con poche risorse, sia dal punto di vista economico che professionale.

Il sito internet (www.pianodizonavda.it) Previa valutazione degli obiettivi e della sostenibilità economica, si è optato per una piattaforma leggera, facile da utilizzare, finanziata dal FSE attraverso il progetto Monteseo. Il dominio è stato registrato a nome del CPEL.

L'attività di costruzione del sito ha richiesto molto tempo ed impegno da parte di tutti i soggetti coinvolti, sia per gli aspetti tecnici, che per la produzione dei testi e il caricamento dei documenti.

Il sito, che è principalmente destinato ai componenti dei vari organismi del processo di costruzione del Piano di Zona, alle istituzioni e agli operatori di settore, è stato organizzato in due aree: una di libero accesso e l'altra riservata.

L'area di libero accesso è aperta a chiunque voglia trovare informazioni sul Piano di Zona della Valle d'Aosta (che cos'è, quali sono le normative di riferimento, com'è organizzata la struttura di governance, eventi e notizie, documenti prodotti, appuntamenti da non perdere, ecc.).

L'area riservata è accessibile solo tramite password ed è riservata ai componenti del Tavolo Politico, dell'Ufficio di Piano e dei Gruppi Tecnici di Zona. Le password saranno gestite da chi si occuperà del sito. L'area è destinata alla condivisione dei materiali di lavoro prima della loro approvazione e diffusione. Tutti i documenti (ad oggi, prevalentemente i verbali delle riunioni dei vari organismi) sono caricati in PDF.

Proposte per il Piano di Zona

Le proposte riguardano:

- il tema comunicazione in senso generale
- la gestione e implementazione del sito internet.

Per quanto riguarda la comunicazione, tenendo conto dell'esperienza maturata e della nuova organizzazione del sistema, che non sarà più finalizzata a costruire, ma a gestire il Piano di Zona, si propone di sviluppare il Piano della comunicazione per il prossimo triennio: ridefinire gli obiettivi e, di conseguenza, i destinatari, gli strumenti, le responsabilità (ad esempio, chi gestisce il sito e chi valida le notizie che si pubblicano), le risorse umane e finanziarie.

Tra le azioni praticabili vi è la predisposizione, in accordo con i Gruppi Tecnici di Zona, i Comuni, il Volontariato, la Cooperazione sociale e il mondo sindacale, di un insieme di incontri rivolti alla popolazione valdostana sui temi oggetto di attenzione del Piano di Zona, al fine di condividere gli elementi di analisi raccolti e proseguire nel confronto; da realizzarsi nei mesi successivi all'approvazione del Piano.

Per quanto riguarda, invece, il sito internet, si individuano due direzioni di lavoro che potrebbero essere sviluppate in fasi successive:

1. la prima, a breve termine, prevede che il sito sia utilizzato essenzialmente per parlare e far parlare del Piano di Zona e che sia destinato prevalentemente ai componenti degli organismi che dovranno attuarlo, agli amministratori e agli operatori di settore, senza per questo escludere i semplici cittadini, che rimangono comunque tra i target di interesse,
2. la seconda, a lungo termine, prevede una riprogettazione generale. Il sito potrebbe, infatti, diventare in prospettiva il sito del sociale, quello in cui operatori e cittadini possono trovare informazioni relative ai loro bisogni, ai servizi, alle normative, ecc. Un luogo di incontro e di scambio soprattutto qualora, nel tempo, si decidesse di renderlo interattivo. Questa direzione di lavoro è strettamente correlata al tema dell'informazione al cittadino. Il sito potrebbe, infatti, rispondere contemporaneamente all'esigenza di avere una banca dati condivisa tra gli agenti informativi che appartengono alla rete e a quella di diversificare i canali informativi per raggiungere le diverse tipologie di utenza.

In questa prospettiva, si ritiene necessaria l'individuazione di una o più risorse che siano in grado di assicurare la gestione della comunicazione, sia da un punto di vista strategico che operativo (gestione e implementazione del sito, comunicati stampa, ecc.) in stretta collaborazione con il Tavolo Politico, per gli aspetti di ordine istituzionale, e con il coordinatore dell'Ufficio di Piano, per quelli di ordine tecnico, a livello regionale e di Sub-ambito.

SESTO CAPITOLO

DIMENSIONE GESTIONALE ED ECONOMICA

Premessa

L'allegato all'obiettivo n. 18 del Piano regionale per la Salute ed il benessere sociale (2006-2008) prospetta, con chiarezza, "la necessità di migliorare, quantitativamente e qualitativamente, l'offerta dei servizi, di aumentarne la flessibilità, di avvicinarli il più possibile al domicilio delle persone e di integrarli, sia sotto l'aspetto operativo che organizzativo, con gli altri servizi alla persona (sanitari, socio-sanitari, educativi, formativi)". Da ciò - prosegue il documento - consegue la necessità di qualificare le risorse, economiche e professionali a disposizione nel territorio. Si tratta, cioè, di un problema di "qualità della spesa sociale" e di una sua diversa composizione all'interno del welfare regionale.

Il welfare regionale per le caratteristiche specifiche del territorio valdostano si caratterizza in termini di:

- a) forte presenza della Regione nella programmazione e nella gestione dei servizi,
- b) significativo impegno del Comune di Aosta, anche quale soggetto gestionale, in modo del tutto peculiare rispetto agli altri Comuni della Regione,
- c) assoluta necessità di dare attuazione al trasferimento di competenze agli Enti locali previsto dalle normative regionali,
- d) diffusa presenza delle organizzazioni del Terzo settore nel tessuto sociale come interlocutore, gestore e partner di progettazione, sia attraverso accordi formali, sia attraverso costanti confronti sui differenti temi sociali di interesse per la comunità,
- e) presenza di una sola Azienda USL Valle d'Aosta suddivisa territorialmente in quattro Distretti.

Le oggettive difficoltà da parte dei Comuni – in particolare quelli a bassa densità di popolazione – di gestione dei servizi alle persone, ha portato alcune Amministrazioni ad affidare, in forma associata, alla Comunità Montana la gestione di particolari servizi sociali (ai sensi della L. R. 54/98).

Il Piano regionale socio-sanitario, nel triennio 2002-2004, aveva garantito una prima interpretazione ed attualizzazione dei principi sanciti dalla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. In particolare, aveva investito per consolidare le garanzie e le opportunità presenti nel territorio regionale, per dare priorità alle persone ed alle famiglie più vulnerabili, per perseguire concreti obiettivi di coesione ed inclusione sociale.

In questo contesto, il Piano di Zona è chiamato ad indicare una direzione possibile di sviluppo assumendo come punto di riferimento i bisogni di benessere delle persone e delle comunità locali.

La normativa nazionale e regionale

Per quanto riguarda i Comuni, è importante ricordare che il cammino di riordino delle competenze e delle funzioni è definito, a livello nazionale, con l'applicazione delle Leggi 328/00 e 3/01 (Riforma del Titolo V della Costituzione) e, a livello regionale, con le Leggi 54/98 e 1/02.

Le Leggi 328/00 e 3/01 riconoscono ai Comuni un ruolo essenziale nella programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali. Grazie all'impulso dato dal processo di decentramento, il Comune è chiamato a diventare effettivo promotore delle politiche sociali e del loro sviluppo.

Con la L.R. 54/98 si prevede che le Comunità Montane, quali enti istituzionalmente preposti all'esercizio associato delle funzioni comunali, possano svolgere tale compito per quelle materie che, per caratteristiche tecniche e dimensionali, non possono essere svolte in modo ottimale dai Comuni (è il caso, ad esempio, dei servizi per gli anziani).

Con la L.R. 1/02 si prevede il trasferimento delle funzioni amministrative dalla Regione agli Enti Locali, ma contemporaneamente si ribadiscono le competenze gestionali della Regione in settori di elevata specializzazione e complessità organizzativa (vedi Allegato A alla legge) oltre quelle in ordine alla programmazione, valutazione e controllo del welfare regionale.

In considerazione del fatto che il processo di trasferimento delle funzioni amministrative dalla Regione agli Enti Locali, in materia di servizi sociali, non è ancora stato completato secondo quanto previsto dalla normativa e tenuto conto che il confronto tra i soggetti pubblici – nell'ambito del processo di costruzione del Piano di Zona – ha confermato la piena attualità e valore di quanto indicato nelle Leggi regionali 54/98 e 1/02 in ordine alle funzioni assegnate agli Enti locali, singoli o associati, il Piano di Zona individua l'esigenza di aprire, nel triennio attuativo del Piano di Zona, uno specifico percorso per dare attuazione completa a quanto le leggi propongono, definendo criteri operativi per il trasferimento delle competenze amministrative, utilizzando come punto di riferimento quello della ricerca della massima condizione di efficacia ed efficienza (valutando, ad esempio, come ottimizzare le risorse ora impegnate nei servizi alla persona, come aumentare la reperibilità nel territorio degli operatori sociali di base, come dare continuità all'azione dei servizi, come costruire maggiore radicamento nel territorio dei servizi stessi, come costruire maggiore coordinamento ed integrazione tra servizi diversi sullo stesso nucleo familiare o sulla stessa persona).

A tal proposito, va ricordato che l'obiettivo n. 16 del Piano regionale per la salute ed il Benessere sociale 2006-2008, si propone di *“Separare la definizione delle politiche sociali dalla realizzazione delle attività conseguenti e promuovere il coordinamento delle politiche sociali con le altre politiche di attenzione alla persona”* con lo scopo di riservare alla Regione il compito di definire le politiche e agli Enti Locali quello di gestire i servizi.

Proposte per il triennio

In attesa di definire il quadro gestionale complessivo, nell'immediato il Piano di Zona dovrebbe, quanto meno, dare risposta all'esigenza di:

- garantire il maggiore e migliore coordinamento possibile tra servizi, operatori ed organizzazioni sociali, laddove intervengono titolarità diverse e relative ad aspetti diversi nello stesso servizio,
- garantire omogeneità di trattamento nei diversi contesti territoriali, in modo da rendere esigibili i servizi per tutti i cittadini senza differenze di modalità e condizioni di accesso allo stesso modo e, tendenzialmente, con una maggiore omogeneità di trattamento in ordine alla compartecipazione economica dei cittadini al costo del servizio di cui usufruiscono.

In linea con le due norme regionali e secondo il principio della sussidiarietà, è possibile individuare un percorso per avviare il processo di trasferimento delle competenze amministrative e gestionali in

materia di servizi sociali per quanto riguarda gli Enti locali e per portarlo a compimento per quanto riguarda il Comune di Aosta. Infatti, il capoluogo regionale è già promotore e titolare di servizi sociali, di cui alcuni a valenza regionale e non limitatamente agli anziani, e dispone anche di un proprio servizio sociale professionale. Il percorso dovrà prevedere la costituzione di un gruppo interistituzionale che individui le modalità e gli strumenti (risorse economiche e di personale) più adeguati.

Tutto ciò può permettere, in altri termini, di coniugare l'esigenza di efficacia ed efficienza dei servizi con l'esigenza di promozione della prossimità del servizio e della sussidiarietà verticale ed orizzontale, previste e sollecitate dalla L. 328/00 e dal Piano regionale per la Salute e il Benessere sociale 2006-2008.

Il Piano di Zona auspica, quindi, che i soggetti coinvolti in questo processo di sviluppo possano, nel periodo di valenza del Piano, procedere nel definire tappe praticabili e criteri valutativi dell'impatto dei cambiamenti per la popolazione e per il sistema dei servizi e che sia possibile valorizzare le buone pratiche esistenti nel territorio regionale per cogliere le migliori condizioni di esercizio e di successo.

In questa prospettiva, è assolutamente necessario che sia coinvolta l'Azienda USL Valle d'Aosta, in quanto una serie significativa di servizi sono a doppia valenza, sociale e sanitaria, e richiedono, come peraltro specificato nel Piano regionale per la Salute e il benessere sociale 2006-2008, una forte capacità di integrazione non solo tra operatori, ma anche tra istituzioni e organizzazioni del lavoro.

Gli Enti locali devono sviluppare significative capacità e responsabilità e la Regione deve assumere il ruolo di promotore e garante del processo e della qualità dei servizi.

Le organizzazioni del Terzo settore possono sostenere e qualificare questa dinamica attraverso il costante esercizio della sussidiarietà che si realizza nella prossimità dei servizi e nel radicamento territoriale, che sono propri degli organismi della società civile. La vicinanza di queste organizzazioni ai cittadini permette di sviluppare una conoscenza specifica dei loro bisogni e delle tematiche emergenti e permette, altresì, di sperimentare azioni innovative in accordo con i servizi sociali del territorio.

Le risorse economiche per il Piano di Zona

L'analisi dei dati relativi alla spesa socio-assistenziale in Valle d'Aosta (vedi ottavo capitolo della prima parte), permette di stimare nell'ordine di circa 100-105 milioni di euro la dimensione economica degli investimenti nel sociale. Di questi, 85 milioni sono fondi provenienti dal bilancio regionale, a cui si possono aggiungere circa 15 milioni provenienti dai fondi dei Comuni e delle Comunità Montane e circa cinque milioni di euro provenienti dal Terzo settore¹⁸. Si ritiene che sarebbe opportuno, per valutare l'ammontare complessivo delle risorse impegnate a favore delle politiche sociali, evidenziare anche le risorse impegnate dai vari Assessorati delle pubbliche amministrazioni.

In considerazione delle difficoltà incontrate di reperimento dei dati di natura economica sulle politiche sociali, si ritiene opportuno assumere l'impegno di costruire tra i vari attori sociali coinvolti

¹⁸ Questa cifra costituisce una stima sulla base dei dati raccolti tramite le indagini descritte nel capitolo 8 della prima parte.

un processo di raccolta dei dati organico e attendibile, in modo da verificare con precisione l'andamento nel corso degli anni della spesa sociale, la sua ripartizione per tipologia dei soggetti e delle tematiche affrontate e per soggetto coinvolto (Regione, Comunità Montane, Comuni, cooperative sociali, organizzazioni di volontariato).

Sia per quanto riguarda le scelte regionali, sia per quanto riguarda gli indirizzi degli Enti Locali, il confronto nel gruppo di lavoro ha permesso di acquisire la ferma intenzione di dare continuità agli investimenti anche per quanto riguarda i prossimi anni: la Direzione politiche sociali dell'Assessorato regionale, infatti, conferma per il 2009 i dati di bilancio del settore del 2007-2008, così come il CPEL ha confermato gli investimenti da parte dei Comuni.

Il Piano di Zona prende atto del quadro rilevato circa la finalizzazione delle risorse e la ripartizione delle spese così come sono state indicate dalla Regione Valle d'Aosta e dagli Enti Locali.

Si condividono le indicazioni espresse dalla Regione e dagli Enti Locali circa la volontà di proseguire e sviluppare la prospettiva di un forte investimento sulla domiciliarità e in ordine all'intenzione di rendere omogenei gli standards di servizio e i criteri che regolano la contribuzione dell'utenza, laddove prevista. Si auspica, in tal senso, che nel prossimo triennio tale lavoro possa portare a modifiche concordate e costruite insieme, nella prospettiva dell'efficienza e dell'efficacia, ma anche della maggiore equità tra cittadini.

Rispetto alle risorse già destinate e/o da destinare al Piano di Zona, le proposte riguardano i piani e i progetti di intervento che nascono dall'analisi compiuta.

Attualmente, nel bilancio della Regione Autonoma Valle d'Aosta, sono previsti per il Piano di Zona 300.000 euro per l'anno 2009 e 300.000 euro per l'anno 2010. I fondi già destinati potranno essere opportunamente utilizzati in funzione delle esigenze di:

- funzionamento generale del Piano di Zona (assetto organizzativo e piano della comunicazione),
- gestione delle iniziative progettuali a cura dell'Ufficio di Piano,
- gestione delle iniziative progettuali a cura dei Gruppi Tecnici di Zona.

Il Terzo settore può concorrere al budget totale del Piano di Zona attraverso la valorizzazione delle proprie risorse umane ed economiche. Il finanziamento della progettazione sociale delle organizzazioni di volontariato può, in questo senso, contribuire alla realizzazione di significative sperimentazioni coerenti con gli indirizzi del Piano di Zona e realizzabili anche in partenariato con la cooperazione sociale.

In relazione a questa articolazione di voci di spesa, le risorse a disposizione per l'anno 2009 possono essere così ripartite:

- per il funzionamento: 50.000 euro,
- per i progetti regionali: 75.000 euro,
- per i progetti di Sub-ambito: 175.000 euro.

Qualora la dimensione delle risorse disponibili si modifichi nel corso del tempo, l'Ufficio di Piano è impegnato a predisporre una revisione del bilancio preventivo da sottoporre al Tavolo Politico.

SETTIMO CAPITOLO

PROPOSTE PER IL TRIENNIO 2009-2011

Il Piano delle proposte per il Triennio

Nei capitoli precedenti, relativi ad accesso, integrazione, comunicazione, formazione, aspetti economici e gestionali, sono state esposte le proposte operative con cui il Piano di Zona intende raggiungere gli obiettivi generali, di benessere, di sistema e strategici indicati nel primo capitolo.

Lo sviluppo di azioni connesse agli **obiettivi di benessere** spetta ai Gruppi Tecnici di Sub-ambito che, facendo riferimento alle priorità già individuate in sede di relazione tecnica per il loro territorio, devono proporre specifici progetti.

Per quanto concerne gli obiettivi generali, di sistema e strategici, spetta invece all'Ufficio di Piano, con risorse interne o da reperire appositamente, sviluppare azioni coerenti con le priorità individuate dal Tavolo Politico.

Obiettivi di sistema	Soggetto responsabile del processo	Soggetti coinvolti	Azioni	Tempi
Aumentare le opportunità di accesso all'informazione sui servizi e sugli interventi sociali per favorire sia la conoscenza sia la capacità di scelta da parte dei cittadini circa le risorse presenti nella Regione	Ufficio di Piano	Da individuare tra quelli che già si occupano di informazione e accesso	Sperimentazione regionale: a) costituzione del gruppo di progetto b) predisposizione del progetto secondo quanto indicato nel capitolo corrispondente c) produzione delle Linee guida d) attivazione degli sportelli unici in ogni Sub-ambito e) realizzazione della sperimentazione negli sportelli locali f) valutazione della sperimentazione e proposte	Due anni complessivi, con fasi di lavoro temporalmente definite: fase a) due mesi fase b) tre mesi fase c) tre mesi fase d) sei mesi per l'attivazione degli sportelli fase e) sino al termine del Piano di Zona fase f) ultimi tre mesi del Piano
Aumentare l'integrazione socio-sanitaria	Ufficio di Piano	L'Azienda USL della Valle d'Aosta, la Regione, gli Enti Locali ed eventuali altri soggetti da individuare	a) Definire, migliorare e applicare protocolli e modelli assistenziali mirati alla riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale e della durata di quelli appropriati per patologie acute, oltre che delle dimissioni non concordate b) Migliorare e assicurare l'efficacia degli interventi per il miglioramento dell'autonomia funzionale delle persone anziane e disabili e sperimentare interventi che possano prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza c) Sperimentare progetti collaborativi mirati alla prevenzione e alla riduzione	a) da sei mesi a un anno per la definizione; un anno per l'applicazione e valutazione; b) e c) entro due anni; d) un anno per la definizione dei modelli organizzativi; un anno per l'attuazione e valutazione; e) un anno per la programmazione; un anno per l'attuazione e valutazione.

			delle conseguenze negative sulla salute degli stati di emarginazione sociale d) Migliorare e attuare i modelli organizzativi di raccordo tra servizi sociali e sanitari e) Programmare percorsi di formazione professionale condivisi e integrati	
Aumentare il coordinamento tra servizi, istituzioni ed organizzazioni sociali	Ufficio di Piano	Gruppi interistituzionali Enti gestionali dei servizi sociali	Incontri e predisposizione di ipotesi operative da attuare nell'arco del periodo di valenza del Piano di Zona.	Sei mesi per gli incontri e la predisposizione delle ipotesi operative
Garantire l'efficacia dei servizi e degli interventi e la capacità di valutare l'efficienza	Ufficio di Piano	Gruppo interistituzionale formazione	a) Integrare il Gruppo interistituzionale con un rappresentante dell'Ufficio di Piano b) predisporre e realizzare un'indagine sul fabbisogno formativo c) predisporre ipotesi di percorsi formativi rivolti a operatori di più enti e organizzazioni d) Predisporre percorsi formativi per soggetti non professionali e) Predisporre dei corsi di formazione volti ad aumentare le conoscenze e le competenze dei rappresentanti dei diversi enti o organizzazioni f) predisporre su richiesta dei Sub-ambiti ipotesi formative volte a sostenere le azioni che saranno attivate a livello locale	a) un mese b) sei mesi per la realizzazione dell'indagine c) due mesi d) due mesi e) due mesi f) due mesi
Valorizzare quanto esiste	Ufficio di Piano	Enti gestionali dei servizi sociali	a) Predisposizione di un percorso di individuazione di buone pratiche locali e raccolta delle informazioni concernenti le stesse b) Predisposizione di un repertorio delle buone pratiche regionali e di un documento di Linee guida desunto dall'analisi delle stesse	a) Tre mesi b) Un anno per la predisposizione del repertorio delle buone pratiche e sei mesi per la produzione del documento di Linee guida
Favorire l'incontro e l'integrazione tra politiche sociali, socio-sanitarie, del lavoro, della formazione, della casa e dei trasporti	Tavolo Politico	Enti titolari delle competenze nelle materie indicate	Incontri e predisposizione di ipotesi operative da attuare nell'arco del periodo di valenza del Piano di Zona	Sei mesi per gli incontri e la predisposizione delle ipotesi operative

Obiettivi strategici	Soggetto responsabile del processo	Soggetti coinvolti	Azioni	Tempi
Valorizzare e riconoscere i ruoli e le competenze dei diversi attori	Tavolo Politico Ufficio di Piano		Da definire con il Tavolo Politico	

coinvolti nel Piano di Zona				
Sostenere lo sviluppo della cultura della valutazione nel sociale	Ufficio di Piano	Gruppo interistituzionale formazione	a) Predisposizione di un seminario di studio sul tema della valutazione nel campo dei servizi alla persona b) Predisposizione di un documento di sintesi da proporre agli enti	Sei mesi per programmazione e realizzazione del seminario con lavoro preparatorio dei servizi esistenti in Valle d'Aosta e produzione del documento di sintesi
Sostenere e completare il processo di trasferimento delle funzioni amministrative nel campo di servizi sociali	Tavolo Politico		Attivazione di un gruppo di lavoro interistituzionale per dare seguito a quanto indicato nel Piano	Sei mesi per l'attivazione del gruppo e un anno per la predisposizione delle indicazioni operative
Conoscere l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie destinate all'ambito sociale e la loro allocazione	Ufficio di Piano Tavolo Politico	Tutti i soggetti che finanziano servizi o interventi di carattere sociale	a) Individuare un percorso finalizzato alla costruzione di una mappa del sistema di finanziamento dei servizi (fonti, entità, spesa e destinazione) b) Individuare e applicare modalità e strumenti per garantire la confrontabilità dei dati forniti dai diversi soggetti	Un anno per l'individuazione del percorso, la costruzione della mappa e l'individuazione di modalità e strumenti. Un anno per l'applicazione e la validazione delle modalità e degli strumenti.
Garantire la massima diffusione delle informazioni sul Piano di Zona e sulle progettualità e azioni attivate nei Sub-ambiti	Ufficio di Piano	Responsabile della comunicazione dell'Ufficio di Piano	Predisposizione del piano della comunicazione e del piano operativo per la gestione del sito web e delle altre iniziative previste	Due mesi per la predisposizione del piano della comunicazione e del piano operativo. Due mesi per l'implementazione dello stesso.

La struttura organizzativa del Piano di Zona

Per dare attuazione a quanto indicato e prospettato, a partire dall'approvazione del documento da parte del Tavolo Politico, occorre prevedere, per quanto concerne gli aspetti organizzativi e gestionali, come supportare in modo adeguato le fasi successive alla programmazione (progettazione, gestione, monitoraggio, verifica, valutazione).

Si ritiene che la struttura di governance delineata per il percorso di costruzione del Piano di Zona debba essere mantenuta.

Al Tavolo Politico, organo principale di governo del Piano di Zona, spetta l'attività di indirizzo e controllo, l'individuazione delle priorità, delle risorse e delle modalità di raccordo con le altre politiche.

Al Tavolo tecnico (Ufficio di Piano) è ricondotta la regia operativa degli indirizzi assunti dal Tavolo Politico. Nello specifico, ha il compito di:

1. Attuare e gestire quanto previsto dal documento di Piano, in collaborazione con tutti gli attori interessati provvedendo a definire/ridefinire:
 - le azioni di gestione del budget e del controllo di gestione
 - gli atti e le modalità di coordinamento degli interventi
 - l'attività di monitoraggio e valutazione
 - le attività di formazione
 - le azioni per l'elaborazione del successivo piano.
2. Promuovere l'integrazione con i diversi attori (anche partecipando ai gruppi interistituzionali) e con le politiche altre
3. Essere "luogo di pensiero" rispetto alle tematiche del sociale
4. Predisporre una relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano di Zona
5. Contribuire alla predisposizione dei successivi Piani di Zona

Ai Gruppi Tecnici di Zona è ricondotta l'attività collegata ai progetti (proposte e realizzazione).

Se l'assetto complessivo sarà definito secondo le modalità ipotizzate, alla luce dell'esperienza maturata, occorrerà:

1. precisare il ruolo delle Comunità Montane capofila al fine di assicurare in modo stabile il funzionamento delle attività di coordinamento e segreteria (risorse umane, logistiche e strumentali);
2. definire le modalità di gestione del budget finanziario;
3. adottare un regolamento per disciplinare la composizione (numero, enti rappresentati, competenze e responsabilità), l'organizzazione (coordinamento, frequenza degli incontri, sede operativa, ecc.), il funzionamento (modalità di partecipazione alle riunioni e validità delle sedute; indennità e copertura finanziaria; revoche, sostituzioni, dimissioni ed incompatibilità dei componenti, accesso agli atti, ecc.) e i compiti dei diversi organismi che compongono la struttura del Piano di Zona per assicurare competenza, presenza e partecipazione attiva ed evitare sovrapposizioni di ruoli e funzioni. Si ritiene che i componenti dell'Ufficio di Piano e dei Gruppi Tecnici di Zona debbano possedere competenze tecniche in ambito sociale e/o sanitario e/o amministrativo e che debbano essere scelti dall'ente o organizzazione di riferimento in funzione delle competenze, della capacità di rappresentanza, della motivazione e del tempo a disposizione. Questo implica il riconoscimento del loro impegno dal punto di vista:
 - istituzionale (possibilità di assumere decisioni per conto dell'ente rappresentato);
 - professionale e operativo (tempo dedicato e relativa eventuale retribuzione);
4. assicurare un'adeguata struttura di coordinamento
5. assicurare la programmazione e gestione dell'attività di comunicazione.

Per quanto attiene gli ultimi due punti in particolare, si ritiene che la struttura di coordinamento debba prevedere almeno un coordinatore, un addetto alla segreteria, un amministrativo, un responsabile della comunicazione, come da ipotesi di seguito esposta:

Funzione	Compiti	Conoscenze	Competenze	Impegno lavorativo
Coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svolgere un ruolo propulsivo, d'indirizzo e di coordinamento dell'attività dell'Ufficio di Piano, finalizzato alla programmazione e alla gestione del Piano di Zona; ▪ Curare i rapporti tra l'Ufficio di Piano, il Tavolo Politico, i Gruppi Tecnici di Zona e tutti gli attori della rete; ▪ Fungere da referente per la segreteria e il responsabile della comunicazione; ▪ Stabilire l'ordine del giorno, convocare, coordinare, rappresentare e presiedere l'Ufficio di Piano. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscere le normative, il sistema e la rete dei servizi, le tecniche professionali e le problematiche afferenti all'area delle politiche sociali 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possedere buone doti in materia di gestione di processi e gruppi di lavoro e buone doti relazionali; ▪ Saper leggere le problematiche del territorio; ▪ Essere in grado di attivare il lavoro di comunità. 	Da definirsi in sede di accordo di programma
Referente amministrativo	<p>In collaborazione con il coordinatore e il Comune capofila:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gestire le risorse finanziarie necessarie all'attuazione del PdZ; ▪ elaborare gli atti amministrativi di competenza. 	Conoscere il funzionamento della pubblica amministrazione	Saper elaborare atti amministrativi Saper gestire le risorse finanziarie	Da definirsi in sede di accordo di programma
Funzione di segreteria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornire un supporto generale al coordinatore. Ad esempio: organizzare e gestire l'agenda, gestire e archiviare la corrispondenza, filtrare le comunicazioni in ingresso e in uscita, organizzare riunioni, redigere verbali, scrivere rapporti, redigere lettere e comunicazioni, gestire il flusso informativo verso l'esterno, gestire gli archivi informativi (privacy, procedure, documenti interni). ▪ Fornire supporto alla pianificazione e all'organizzazione logistica di eventi. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possedere buone doti organizzative e di problem solving ▪ Saper gestire le relazioni con i collaboratori interni ed esterni ▪ Possedere una buona autonomia e senso di responsabilità ▪ Essere in grado di utilizzare i tradizionali supporti al lavoro d'ufficio (telefono, fax, fotocopiatrice, rilegatrice, ecc.) e gli strumenti informatici (programmi per la redazione di testi, l'elaborazione di calcoli e la gestione di archivi) compresi quelli legati ad Internet (posta elettronica, motori di ricerca, gestione delle funzioni di base dei siti aziendali, archiviazione di articoli e pagine 	Da definirsi in sede di accordo di programma

			web). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Possedere buone doti di scrittura 	
Responsabile della comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuare strategie comunicative (Piano della comunicazione) ▪ Elaborare il Piano della comunicazione: definire target, canali da utilizzare, strategia di feedback ▪ Gestire operativamente gli strumenti della comunicazione individuati dal Piano: sito internet, newsletter, strumenti di promozione, comunicati stampa, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscere le tecniche e gli strumenti della comunicazione istituzionale e non 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saper produrre testi di carattere istituzionale e promozionale quali discorsi, comunicati stampa, newsletter, ecc. ▪ Saper valutare quale tipo di canale utilizzare in base al messaggio da veicolare ▪ Saper produrre testi adatti al tipo di destinatario e al canale utilizzato 	Da definirsi in sede di accordo di programma

La valutazione del Piano di Zona

La valutazione è funzionale alla necessità di prendere decisioni, di fare delle scelte oculate e consapevoli. Partendo da questo principio di fondo, il Piano di Zona predispone un impianto di valutazione che riguarda sia il monitoraggio sia la valutazione di efficacia (o esito) del Piano stesso.

Il processo prevede diverse fasi e inizia nel momento in cui si identificano le aree da valutare e i risultati da raggiungere, si scelgono gli indicatori, si definiscono le modalità per il monitoraggio e la misurazione (strumenti, tempi, responsabilità, ecc.).

Per quanto riguarda il Piano di Zona della Valle d'Aosta, i livelli di attenzione da esercitare sono tre:

1. quello degli enti che sottoscrivono l'Accordo di Programma relativo al Piano di Zona. Nella logica dell'Accordo, gli enti sono chiamati a definire sedi e modalità di valutazione circa lo stato di attuazione dell'accordo stesso, per poterlo modificare, qualora necessario, nel corso degli anni. A questo livello, la valutazione riguarda principalmente il funzionamento della governance, piuttosto che l'implementazione delle azioni. L'Ufficio di Piano predispone, a tal fine, una scheda di valutazione del sistema di governance, raccoglie i dati, produce un rapporto di valutazione da consegnare al Tavolo Politico;
2. quello delle azioni che traducono le scelte operate dal Piano di Zona. Questo livello coinvolge l'Ufficio di Piano che, per raccogliere la documentazione e le informazioni atte alla valutazione, predispone una scheda di monitoraggio, raccoglie i dati, produce un rapporto di valutazione da consegnare al Tavolo Politico;
3. quello della specificità di ciascuna delle azioni che saranno attivate, siano esse di carattere regionale o locale. Per ciascuna di esse, lo staff chiamato a realizzarle (in parte facente capo all'Ufficio di Piano, in parte ai Gruppi Tecnici di Sub-ambito) deve predisporre una specifica modalità di monitoraggio e di valutazione di efficacia, in modo da poter condividere ai vari livelli i risultati raggiunti attraverso le azioni sviluppate. L'Ufficio di Piano può concorrere alla costruzione delle modalità di valutazione insieme ai diversi soggetti che saranno coinvolti nella gestione delle azioni locali.

Attività di valutazione della governance del Piano di Zona

Con il termine “governance” si intende un processo di programmazione basato su bisogni letti localmente e soluzioni specifiche e rispondenti alle problematiche locali. La governance, inoltre, implica l’allargamento dei soggetti ai processi decisionali di programmazione e valutazione.

La valutazione di governance, pertanto, prende in esame alcuni aspetti particolari del processo di costruzione e gestione del Piano di Zona:

- i processi decisionali nel percorso di costruzione e di attuazione del Piano di Zona
- la rilevazione dei bisogni sociali: modalità di valutazione e di individuazione delle priorità
- il passaggio dalle idee progettuali alle azioni
- la gestione dei tempi
- la gestione dei diversi ruoli
- le modalità concrete della partecipazione dei soggetti della comunità
- le motivazioni delle differenze tra quanto programmato e quanto realizzato
- l'utilizzo delle risorse
- gli apprendimenti istituzionali, organizzativi, gestionali sviluppati
- i fattori di criticità e quelli di sviluppo e consolidamento
- le strategie di superamento dei fattori di criticità e per il consolidamento del Piano di Zona.

Attività di monitoraggio del Piano di Zona

Il monitoraggio, solitamente, consiste nell’accertamento e descrizione puntuale e metodica dell’avanzamento di un progetto e nella segnalazione tempestiva delle discrepanze rispetto a quanto stabilito; va immaginato come un’utile modalità di valutazione dei processi in corso nella realizzazione di una politica o di un intervento in vista di ri-orientamenti in itinere dei progetti.

In questo specifico caso, l’attività di monitoraggio è uno dei principali strumenti di lavoro dell’Ufficio di Piano, che ha istituzionalmente la funzione di presidiare la gestione del Piano.

Con il monitoraggio l’Ufficio di Piano esercita un’attività di presidio (attenzione) in riferimento:

- alle risorse strutturali, con particolare attenzione alla dimensione economica,
- alle risorse operative, con particolare attenzione alle risorse professionali coinvolte nel processo attuativo del Piano di Zona,
- alle azioni,
- ai tempi,
- alle fasi di lavoro,
- ai destinatari delle azioni.

Il principio guida dell’attività di monitoraggio è quello della coerenza con quanto definito in sede di approvazione del Piano di Zona. In altri termini, l’azione di monitoraggio deve fornire all’Ufficio di

Piano non solo informazioni sullo stato di avanzamento, ma anche sul grado di congruenza/non congruenza tra quanto dichiarato in sede progettuale e quanto accade in sede gestionale/operativa.

Con ciò non si intende affermare che un giudizio di completa positività è da assegnare ai progetti che evidenziano una totale coerenza, ma che è essenziale capire se e quanto vi è di coerenza e quanto di incoerenza con quanto definito inizialmente e, in particolare, quali sono le motivazioni portate a spiegazione dei cambiamenti intervenuti e i contenuti degli stessi.

APPENDICE N. 1

ELENCO DELLE SIGLE UTILIZZATE NEL DOCUMENTO DI PIANO

AA	<i>Alcolisti anonimi</i>
ACLI	<i>Associazione Cattolica Lavoratori Italiani</i>
ADE	<i>Assistenza domiciliare educativa</i>
Adest	<i>Assistente domiciliare e dei servizi tutelari</i>
ADI	<i>Assistenza domiciliare integrata</i>
AdQ	<i>Assistenza domiciliare di quartiere</i>
AO	<i>Aosta</i>
APS	<i>Associazione di promozione sociale</i>
Ass.	<i>Associazione</i>
ATI	<i>ATI Autoservizi</i>
AVS	<i>Associazione volontari del soccorso</i>
CAI	<i>Club Alpino Italiano</i>
CAT	<i>Club Alcolisti in trattamento</i>
CCIE	<i>Centro comunale immigrati extracomunitari</i>
CEA	<i>Centro educativo assistenziale</i>
Celva	<i>Consorzio degli Enti locali della Valle d'Aosta</i>
CGIL	<i>Confederazione Generale Italiana del Lavoro</i>
CGM	<i>Centro Giustizia minorile</i>
CISL	<i>Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori</i>
CM	<i>Comunità montana</i>
Coop.	<i>Cooperativa/e</i>
Cpel	<i>Consiglio Permanente degli Enti locali della Valle d'Aosta</i>
CSV	<i>Centro servizi per il volontariato (attualmente, Coordinamento Solidarietà Valle d'Aosta)</i>
CTI	<i>Consiglio territoriale per l'immigrazione</i>
CVS	<i>Centro volontari sofferenza</i>
DEAS	<i>Servizio disagio evolutivo in ambito scolastico</i>
DGR	<i>Deliberazione della Giunta regionale</i>
DM	<i>Decreto ministeriale</i>
DPCM	<i>Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>
EE.LL.	<i>Enti locali</i>
FF.OO.	<i>Forze dell'ordine</i>
FIVOL	<i>Fondazione italiana per il volontariato</i>
FSE	<i>Fondo sociale europeo</i>
GRRG	<i>Gruppo regionale di rappresentanza giovanile</i>
GTdZ	<i>Gruppo Tecnico di Zona</i>
INPS	<i>Istituto nazionale della previdenza sociale</i>
IRSE	<i>Indicatore regionale situazione economica</i>
ISE	<i>Indicatore della situazione economica</i>
ISTAT	<i>Istituto statistico</i>
L.	<i>Legge</i>
L.R.	<i>Legge regionale</i>
LEA	<i>Livelli essenziali di assistenza</i>
LEP	<i>Livelli essenziali delle prestazioni sociali</i>
LIVEAS	<i>Livelli essenziali di assistenza sociale</i>
LUS	<i>Lavori di Utilità sociale</i>
MMG	<i>Medici di medicina generale</i>
Mod.	<i>Modello</i>
OO.SS.	<i>Organizzazioni sindacali</i>
OREPS	<i>Osservatorio regionale per le Politiche sociali</i>

OSS	<i>Operatore socio-sanitario</i>
PAI	<i>Progetto assistenziale individualizzato</i>
PAL	<i>Piano delle attività locali</i>
PdZ	<i>Piano di Zona</i>
PEI	<i>Progetto educativo individualizzato</i>
RAVA	<i>Regione autonoma Valle d'Aosta</i>
RSA	<i>Residenza sanitaria assistenziale</i>
SA	<i>Sub-ambito</i>
SAD	<i>Servizio di assistenza domiciliare</i>
SAVT	<i>Syndicat Autonome Valdôtain des Travailleurs</i>
Ser.T	<i>Servizio territoriale toossicodipendenze</i>
SISI	<i>Sportello informativo per la salute degli immigrati</i>
SSN	<i>Servizio sanitario nazionale</i>
TP	<i>Tavolo Politico</i>
TSO	<i>Trattamento sanitario obbligatorio</i>
TT	<i>Tavoli Tematici</i>
U.O.I.	<i>Unità operativa interna</i>
UdP	<i>Ufficio di Piano</i>
UIL	<i>Unione Italiana del Lavoro</i>
UISP	<i>Unione Italiana Sport per Tutti</i>
USL	<i>Unità sanitaria locale</i>
UVG	<i>Unità di Valutazione geriatrica</i>
UVO	<i>Unità di Valutazione ospedaliera</i>
VA	<i>Valore assoluto</i>
VdA	<i>Valle d'Aosta</i>

APPENDICE N. 2

ELENCO DEGLI ALLEGATI AL DOCUMENTO DI PIANO

Allegato 1

LINEE GUIDA PER I PIANI DI ZONA

Allegato N. 2

ORIENTAMENTI OPERATIVI PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA DELLA VALLE D'AOSTA

Allegato N. 3

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE SUL PIANO DI ZONA

Allegato N. 4

MODELLO DI ANALISI DEI BISOGNI

Allegato N. 5

STRUMENTI DI LAVORO PER I TAVOLI TEMATICI

Allegato N. 6

STRUTTURA DELLA RELAZIONE FINALE DEI SUB-AMBITI

Allegato N. 7

SCHEDA CONTRIBUTO AUDIZIONI

Allegato N. 8

SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA

Allegato N. 9

DEPLIANT DI PRESENTAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Allegato N. 10

STRUMENTI PER LO SVILUPPO DELLE TEMATICHE AFFRONTATE NELLA SECONDA PARTE DEL DOCUMENTO

Allegato N. 11

DATI DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

Allegato N. 12

QUADRO DI SINTESI DEI GRUPPI INTERISTITUZIONALI

Allegato N. 13

QUADRO DI SINTESI FENOMENI SOCIALI RILEVATI NEI TAVOLI TEMATICI

Allegato N. 14

SCHEDE DI SINTESI SU RICERCHE

Allegato N. 15

GUIDA ALLA PREDISPOSIZIONE DEI PROGETTI LOCALI

Allegato N. 16

BISOGNI RELATIVI ALL'INFORMAZIONE RILEVATI NEI TAVOLI TEMATICI

Allegato N. 17

PIANO DELLA COMUNICAZIONE