



*ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI  
del COMUNE DI TERNI*

# **PIANO REGOLATORE SOCIALE**

**report intermedio  
marzo 2011**

## INDICE

- 1) Costruire una visione sociale per stabilire l'Agenda del welfare locale in una congiuntura difficile
- 2) Il PRS quale dispositivo quadro per Politiche di sviluppo sociale in un contesto urbano di medie dimensioni: visione sociale, obiettivi generali, valori fondamentali
- 3) Il Piano Sociale Regionale 2010-2012 e la Zona Sociale n. 10
- 4) Conoscere per decidere. Analisi comparativa nello scenario nazionale e base conoscitiva del contesto locale
- 5) Condividere per governare. L'architettura e la governance di sistema: gli Assi strategici di Piano, i Laboratori cittadini di progettazione partecipata e le fasi del percorso metodologico
- 6) Programmare per scegliere. Le Aree prioritarie di Intervento

*Durante la costruzione della cattedrale di Chartres a tre spaccapietre che stavano lavorando venne rivolta la medesima domanda: "Che cosa stai facendo?". Il primo rispose seccato, senza neppure sollevare la testa: "Lo vedi, sto spaccando le pietre"; il secondo spiegò: "Mi guadagno da vivere, spacco le pietre per mantenere la mia famiglia"; il terzo lavoratore, fermandosi un attimo, rispose "Sono uno spaccapietre e sto costruendo una cattedrale"*  
*(da Parlare d'amore sull'orlo dell'abisso, B. Cyrulnik, Frassinelli, Bologna 2005).*

## **1. Costruire una Visione sociale per stabilire l'Agenda del welfare locale in una congiuntura difficile**

Questo Report intermedio, presentando lo stato di avanzamento del lavoro svolto, costituisce una base avanzata di discussione e di proposta metodologica per "cantierare" la seconda fase del percorso istruttorio il cui obiettivo strategico è la costruzione/predisposizione del Piano Regolatore Sociale della città di Terni. Non rappresenta, pertanto, la stesura definitiva del Documento di Piano, quanto piuttosto lo sforzo di:

fissare i principi essenziali che costituiscono l'orizzonte di riferimento dentro i quali ci stiamo muovendo;

riportare a sintesi le risultanze in itinere fin qui emerse attraverso le proposte dei gruppi di lavoro avviati;

individuare i nuovi fronti di impegno e riflessione ancora scoperti o parzialmente tematizzati che necessitano di ulteriori approfondimenti in un'ottica di welfare equo e sostenibile;

creare le condizioni per traguardare in maniera consapevole e condivisa l'obiettivo-chiave di questo difficile percorso: promuovere una nuova Agenda Sociale per la nostra città in una congiuntura socio-istituzionale difficile e problematica.

La fase che stiamo attraversando si presenta, infatti, irta di difficoltà a causa della costante divaricazione tra bisogni crescenti e mutevoli e risorse ridotte e scarse.

La crisi ha messo la società di fronte ad uno scenario nuovo, imponendo a tutti di cambiare i propri orientamenti. Lo stesso sistema di welfare non può sopravvivere senza un profondo ripensamento che riguardi le priorità strategiche, i modelli gestionali, i sistemi di finanziamento, le regole di accesso ai servizi.

Per reagire al contenimento dei costi serve un approccio d'insieme con cui trattare i problemi, offrendo risposte che sempre più chiedono collegamenti e lavoro di sistema. Occorre lavorare nella direzione di quella integrazione tra politiche e servizi che chiama in causa le politiche del lavoro, quelle abitative, quelle sanitarie, quelle fiscali, quelle familiari.

Senza cedere ai richiami di una retorica demagogica o di facili ideologismi, abbiamo il compito di prefigurare quale "exit strategy" intendiamo perseguire e la conseguente "roadmap" che occorre tracciare, partendo da un assunto inderogabile: il sistema di protezione sociale non va smantellato, ma va riformato e riqualificato.

Abbiamo di fronte varie possibilità di scelta, ma non tutte si equivalgono in termini di equità e giustizia sociale; anzi alcune rappresentano delle vere e proprie derive regressive da scongiurare in quanto demoliscono il valore coesivo e generativo del welfare.

Di seguito si riportano alcune delle possibili opzioni percorribili:

- procedere per tagli lineari e generalizzati senza dare stimoli ai processi di sviluppo socio-economico;

- ampliare la platea dei cittadini circa la compartecipazione alla spesa, accrescendo i costi stessi delle rette e delle tariffe;
- ridurre l'offerta dei servizi a parità di utenza consolidata col rischio di congestionare il sistema di welfare con interventi polverizzati e scarsamente incisivi;
- radicalizzare il target dei servizi sulle fasce estreme di disagio e povertà ritornando alla logica del welfare emergenziale di ultima istanza;
- valutare in maniera rigorosa l'impatto dei tagli sui cittadini, individuando scale di priorità non in maniera arbitraria e trasversale, ma secondo criteri di equità distributiva, intensità dei bisogni, efficienza allocativa ed efficacia strategica attraverso processi di riqualificazione della spesa, eliminazione delle inefficienze e degli sprechi, ridefinizione delle regole di accesso ai servizi, revisione dei piani assistenziali di intervento, riformulazione progettuali più coerenti con gli obiettivi di autonomia sociale, rafforzamento dei reticoli sociali;
- rilanciare una nuova logica del lavoro sociale che riscopri i principi fondanti delle professioni sociali che non sono solo burocrazie amministrative, ma competenze e risorse strategici in grado di attivare percorsi, stabilire connessioni, aprire interlocuzioni, tessere reticoli comunitari, alimentare cantieri di sussidiarietà circolare.

Se, da una parte, i bisogni crescono: basta guardare la demografia di una società che invecchia - nei prossimi trent'anni il numero di non autosufficienti crescerà in Italia ben più velocemente della media europea mentre gli effetti della recessione di questi anni sta lasciando dietro di sé vasti strati di fragilità e impoverimento - dall'altra, le risorse stanno diminuendo: lo documentano i dati della Conferenza delle Regioni, secondo cui il Fondo nazionale per le politiche sociali è passato da uno stanziamento di 929 milioni nel 2008 a 273 milioni del 2011; una riduzione abbondante che ha interessato anche il Fondo delle politiche per la famiglia, passato da 288 a 0.

La situazione diventa critica se si guarda ai vari fondi per il sociale, dal 2011 in poi, a seguito della manovra estiva che ha ridotto di 4,5 miliardi di euro i trasferimenti alle Regioni e di 1,5 ai Comuni per il 2011. Per rimanere al Fondo nazionale per le politiche sociali, la sua dotazione si riduce a soli 273 milioni nel 2011 (grazie ai 200 milioni reintrodotti dal maxi-emendamento alla legge di stabilità). Per altri fondi c'è addirittura l'azzeramento: già avvenuto con il Piano straordinario per i nidi e molto probabile con il Fondo per la non autosufficienza.

In tale congiuntura recessiva, si sta facendo strada l'idea di restituire tutto alla libera auto-organizzazione della società attraverso un sistema di welfare dal basso e proliferano i richiami ad alcune esperienze di altri paesi europei, tra tutti, in particolare al programma del governo britannico noto con la formula "From Big Government to Big Society". In tal modo si rilancia il teorema secondo il quale: più società civile e meno Stato sarebbe la condizione essenziale per costruire un moderno e sostenibile welfare delle opportunità, delle responsabilità e dei talenti.

Ma se è ampiamente condivisibile la necessità di dare più spazio alla società civile, non riteniamo che questo debba avvenire sulla base di un arretramento delle funzioni pubbliche dello Stato, quanto piuttosto attraverso una sua profonda ridefinizione: in altre parole la sussidiarietà non è un modo per risparmiare risorse pubbliche in tempi di ristrettezze economiche.

Sottoscriviamo in pieno l'affermazione del Portavoce nazionale del Forum del Terzo settore quando sostiene che: "Al contrario di quanto si tende a pensare, più sussidiarietà per noi vuol dire più spazio pubblico, creato da soggetti privati che si assumono responsabilità pubbliche e non dall'ulteriore allargamento delle istituzioni, già molto pervasive nel nostro Paese. Anche rispetto all'introduzione del modello federale nel nostro Paese, il Terzo Settore esprime un disagio di fondo: finora si è parlato quasi soltanto di sussidiarietà verticale (trasferimento dei poteri dallo Stato centrale a Regioni, Province e Comuni), mentre si è trascurata quella orizzontale. Il rischio concreto è che si costruisca un modello neo-centralista, in cui i corpi intermedi avranno un ruolo ancora marginale e la partecipazione dei cittadini rimarrà assai scarsa. A questo si aggiunga il fatto che il processo in atto di forte contrazione delle risorse destinate alle Istituzioni territoriali sta ingenerando l'idea che il federalismo si accompagnerà ad un progressivo smantellamento delle garanzie rispetto alle tutele universalistiche in ambiti cruciali quali la sanità, i servizi sociali e l'istruzione". ( A. Olivero, Convegno del Forum nazionale del Terzo Settore, Roma, 3 febbraio 2011).

Oggi il Terzo Settore costituisce indubbiamente un punto di forza e dalle rilevanti potenzialità del nostro sistema locale di welfare. Non si tratta solo di un soggetto "terzo" che si pone come erogatore di servizi fra stato e mercato, in un ruolo di supplenza, per coprire le insufficienze del pubblico e del privato, ma piuttosto di un attore particolare in grado di ri-tessere e produrre relazioni di comunità.

Associazioni, gruppi di volontariato, imprese sociali, fondazioni e corpi intermedi si caricano dei bisogni dei singoli e ne trovano soluzioni innovative e sempre più personalizzate rispetto alle logiche omologanti del "big government". Altrettanto evidente è il ruolo del mondo cooperativo, come protagonista dinamico dello sviluppo – inteso in senso non solamente economico – ma come accrescimento delle libertà di autorealizzazione delle persone.

La promozione di un più avanzato sistema di welfare implica insomma la riallocazione delle risorse e il loro pieno utilizzo: il tema oggi al centro delle politiche sociali in Europa e in Italia non è quello del ridimensionamento del welfare ma, al contrario, quello di una sua riforma che ne faccia l'asse portante di una nuova fase di sviluppo in cui ripresa economica e benessere sociale, diritti e crescita, competitività e giustizia vanno resi sinergici.

Le questioni richiamate, pertanto, sollecitano, nell'ambito della nuova programmazione, una riqualificazione delle politiche sociali come:

- politiche del corso di vita delle persone e delle famiglie, con strategie mirate per la fragilità sociale, sapendo che il fenomeno cruciale dei nostri tempi non è l'esclusione ma la vulnerabilità, un fenomeno sempre meno individuale e più collettivo: sono i sistemi

sociali a essere vulnerabili, prima ancora dei singoli individui. Per questo, se vogliamo sostenere una persona "vulnerabile" non possiamo limitarci a fornire un servizio al singolo individuo, ma dobbiamo rafforzare i contesti sociali, che rendono possibile o meno l'esercizio delle capacità degli individui;

- politiche di valorizzazione delle capacità di azione delle persone (empowerment) e di promozione di legami sociali nelle comunità di appartenenza. I servizi di welfare devono volgersi al sostegno del recupero della competenza ad agire e delle capacità da parte delle persone di realizzare i funzionamenti desiderati, vale a dire quelle abilità cognitive ed emotive, nonché pratiche, che costituiscono il benessere della persona e che, oltre a migliorare la qualità della vita di ciascuno, sono le discriminanti tra una vita degnamente umana e una vita dis-umana;
- politiche riflessive, capaci di monitorare gli effetti del proprio operato per produrre i necessari adattamenti rispetto alla dinamica dei bisogni, in rapida e costante evoluzione, e agli obiettivi di benessere ad essi correlati (cfr. Piano Sociale Regionale 2010-2012 Regione Umbria).

Pertanto la sfida con cui misurarsi è quella di una riforma del sistema di welfare che potenzi la capacità di assicurare a tutti le più ampie condizioni di benessere al fine del perseguimento dei propri piani di vita, nella consapevolezza che vi è un nesso inscindibile tra diritti individuali, diritti del lavoro, diritti sociali.

L'approccio dello "sviluppo umano" è alla base di questa complessiva scommessa: esso dà valore tanto alla libertà quanto all'eguaglianza quanto alla fraternità. Perché sviluppa un'idea di libertà sia come attributo individuale che come "impegno sociale", un'idea di eguaglianza come eguaglianza delle "capacità" fondamentali, un'idea di solidarietà non come carità ma come responsabilità di tutti gli uomini e le donne gli uni per gli altri e verso la società.

## **2. Il PRS quale dispositivo quadro per Politiche di sviluppo sociale in un contesto urbano di medie dimensioni: visione sociale, obiettivi generali, valori fondamentali**

La città di Terni ha bisogno di una **Visione sociale** per orientare il suo lavoro, perché la "nuova questione sociale" interpella tutti ed è necessario elaborare una strategia per costruire un'**Agenda** comune: di conseguenza occorre stabilire un **Piano di azione** per aggredire le problematiche complesse in modo sistematico e sistemico.

Ma la costruzione di una Visione sociale è particolarmente impegnativa in questo momento perché è diventato più difficile, in questi ultimi anni, per i governi locali affrontare le sfide della società contemporanea.

In un quadro economico-finanziario fortemente recessivo, l'Amministrazione Comunale di Terni ha dovuto assumere decisioni difficili e rigorose, affrontando alcuni problemi sociali complessi. Eppure nonostante la criticità dello stato delle finanze pubbliche, il Comune di Terni manifesta una "tenuta" per quanto riguarda la previsione del Bilancio 2011 per la spesa sociale, raccogliendo la sfida di trasformare le difficoltà presenti in opportunità se correttamente e dialogicamente governate.

I *nuovi* vincoli non possono essere affrontati con le *vecchie* logiche né tantomeno è possibile far fronte ai problemi presenti con "interventi tampone", ma occorre uno sforzo congiunto in cui tutti devono assumere atteggiamenti di grande consapevolezza, guardando alla tenuta del sistema nel lungo periodo e non solo al vantaggio nell'immediato.

Una programmazione lungimirante in tempi di crisi deve saper mettere in campo politiche sociali "nette", cioè in grado di andare direttamente ai *veri* problemi sapendo rimettere in discussione alcune scelte del passato attraverso un franco e aperto dibattito con le forme della cittadinanza attiva, organizzata e non.

Pertanto impensabile intraprendere la realizzazione di questa Visione sociale e la relativa Agenda di lavoro in modo separato e autoreferenziale: la nostra città ha bisogno del coinvolgimento e del contributo di tutte le energie per uscire rafforzata e "attrezzata" da questo momento critico al fine di invertire alcune tendenze preoccupanti.

Il Piano Regolatore Sociale è il dispositivo per rilanciare la prospettiva di un welfare locale sorretto da un sistema orizzontale di responsabilità condivise.

Che cos'è un Piano Regolatore Sociale?

Il Piano Regolatore Sociale (PRS) è uno strumento di programmazione sociale integrata a disposizione delle amministrazioni locali volto a definire la direzione di marcia e le priorità delle politiche pubbliche che hanno un impatto radicale sul benessere delle persone e sulla qualità della loro vita nella città.



Non è quindi un documento chiuso, ma un processo aperto di riforma che si arricchisce nel corso della sua implementazione/valutazione.

Il focus è lo sviluppo sociale del territorio e dunque non riguarda solo l'ambito delle politiche sociali in senso stretto, ma interpella - e ha l'ambizione di orientare - le

diverse politiche locali che giocano un ruolo rilevante per la coesione e il benessere della comunità.

Uno strumento strategico - organizzativo che, riconoscendo e salvaguardando le competenze, i ruoli e le responsabilità, istituzionali ed operative di ciascun soggetto, ente, associazione ed impresa, si pone come spazio dialogico, con l'obiettivo di costruire interventi e progetti trasversali ed integrati.

Pertanto esso non è uno strumento sostitutivo né alternativo a quelli già attivi per il governo della città, ma intende porsi come un dispositivo che li completa e collega nell'ottica dello sviluppo socialmente orientato.

Il PRS - nel rispetto dei principi ispiratori della legge 328/2000, della legge regionale dell'Umbria 26/2009 e del collegato Piano Sociale Regionale 2010-2012 - marca la volontà di un ulteriore avanzamento strategico/programmatico su almeno tre aspetti: l'allargamento della visuale e del raggio di azione (sono prese in considerazione non solo le politiche sociali in senso stretto, ma le politiche di sviluppo locale che incidono sulla coesione e sulla qualità della vita sociale della comunità cittadina), un avanzamento di paradigma nella messa in opera delle politiche di welfare (la politica sociale non si sostanzia più solo in un insieme di azioni, interventi e servizi ma diviene strumento di lettura, indirizzo e regolazione delle politiche di sviluppo locale, per quanto attiene il loro impatto e la loro compatibilità sociale), il rafforzamento del sistema di governance (attivazione di network, protocolli d'intesa e partenariati istituzionali, professionali e civici, per intervenire nella fase di programmazione, nell'implementazione e nella valutazione della strategia).

Un Piano che "regoli" le politiche sociali non è solo una dichiarazione di principi. Si fonda su valori condivisi, che è bene esplicitare per non trasformare la programmazione in un mero atto di indirizzi, di riparto di risorse e di regole burocratiche. Il Piano Regolatore delle Politiche Sociali è lo strumento, non l'obiettivo, ma è necessario per evidenziare i problemi, i bisogni, le risorse; per stabilire insieme mete raggiungibili, per definire priorità e responsabilità, per individuare risorse finanziarie, tempi e procedure di attuazione. Il Piano è intenzionalità condivisa, momento di confronto in progress, strumento di concretezza e di partecipazione.

Il Piano Regolatore Sociale della città di Terni non vuole "imporsi come novità": questo strumento è già stato usato con ottimi risultati in città di grandi dimensioni come Roma, Torino, Genova in periodi di maggiori disponibilità di risorse impiegate nel sociale e di miglior "cassa" per gli enti locali. La sfida che si pone l'amministrazione comunale è quella di applicarne il metodo ad un contesto di dimensioni territoriali più contenute che, per sua struttura, ha problematiche e interazione differenti rispetto agli ambienti metropolitani, con la ferma

intenzione di ridare slancio al settore del welfare ritenuto fondamentale denominatore comune della politiche cittadine.

### **Visione sociale**

L'assunto centrale che guida le direttrici di sviluppo del presente PRS si ispira alla seguente visione sociale:

*Vogliamo costruire per Terni un sistema di protezione sociale attivo e dinamico in grado di superare il carattere passivizzante tipico del "Welfare del risarcimento" favorendo la promozione e il consolidamento di un "Welfare dello sviluppo e delle capacità" fondato su un patto di legislatura forte e chiaro tra Istituzioni, associazioni civiche, organizzazioni sindacali, enti non profit e organismi di rappresentanza sociale in modo che ciascuno assuma un ruolo costruttivo e non di mera osservazione critica del sistema.*

### **Obiettivi generali**

La città di Terni deve impegnarsi a:

- promuovere benessere collettivo;
- garantire i bisogni fondamentali dei cittadini e i servizi essenziali di base sulla base di un'analisi del profilo di comunità;
- identificare le priorità di intervento all'interno della frastagliata domanda sociale con particolare attenzione alle fasce sociali maggiormente vulnerabili;
- aumentare la consapevolezza degli attori sociali, monitorare e migliorare il benessere sociale della comunità, incentivando rapporti di rete e forme sinergiche di cooperazione;
- promuovere progetti di inclusione sociale attraverso la costruzione di strategie di sviluppo locale;
- contribuire a creare una cultura dell'apprendimento che promuova il miglioramento continuo: la leva su cui puntare è l'accrescimento del capitale umano (l'acquisizione delle competenze) e del capitale sociale (reti di fiducia e di scambio nel territorio);

### **Valori fondamentali**

La Visione sociale e gli obiettivi generali poggiano su un insieme di valori fondamentali, quali:

- l'interesse generale orientato a produrre valore pubblico diffuso per la produzione di beni comuni;
- la centralità del soggetto attraverso la personalizzazione degli interventi e i Progetti individuali;
- la giustizia sociale, mirando a ridurre le disparità sociali e offrire opportunità a tutti i cittadini all'interno di un equo sistema di accesso unitario ed universale;

- la democrazia e il diritto dei cittadini di associarsi liberamente e costituire reticoli positivi di legami comunitari, coniugando sussidiarietà e solidarietà;
- la cittadinanza attiva e la responsabilità collettiva attraverso pratiche di volontariato.

### **3. Piano Sociale Regionale 2010-2012 e Zona Sociale n. 10**

Il presente processo programmatico avviato con il Piano Regolatore Sociale, pur nella sua peculiarità di dispositivo regolativo trasversale, non si sottrae a quella che è la vigente normativa del disegno del Welfare nella Regione Umbria (L.R. n.26/2009 e Piano Sociale Regionale 2010-2011), ma anzi intende porsi come terreno di implementazione delle dimensioni più innovative del nuovo ciclo di programmazione regionale.

In questo senso aderisce in pieno all'assetto territoriale e funzionale delineato nei documenti regionali, sebbene ci sia ancora attesa per indicazioni più chiare su quale debba essere lo scenario di riferimento circa la revisione della Riforma endoregionale che la Giunta Regionale ha preadottato con la DGR N. 1769 del 06/12/2010 ( Disciplina dell'esercizio associato delle funzioni comunali).

La Regione Umbria, prima con il Piano sociale regionale 2000-2002 e la DGR 248/2002 e poi con la L.R. n.26/2009 e il Piano sociale regionale 2010-2012, ha indirizzato i territori verso una programmazione sociale condivisa ed una gestione unitaria degli interventi e delle prestazioni sociali. In particolare l'art. 3, comma 2, e l'art. 18, comma 2, della L.R. n.26 individuano rispettivamente il Comune, quale Ente preposto all'esercizio delle funzioni in forma associata, e l' Ufficio di Piano della Zona sociale, quale struttura deputata alla gestione associata dei servizi e degli interventi sociali.

Le Zone sociali vengono individuate dal Piano sociale regionale 2010-2012 quale livello ottimale per la gestione e l'erogazione dei servizi sociali alla persona in forma associata.

Il Piano sociale regionale, infatti, nel definire la governance orienta, per quanto riguarda i processi e gli assetti, la sua azione lungo la direttrice della programmazione e gestione associata degli interventi e del relativo finanziamento ed apporto di risorse.

Da questo punto di vista tutte le fasi istruttorie e quelle più propriamente operative relative all'avvio e alla realizzazione delle fasi di elaborazione programmatica si sono svolte all'interno degli organismi previste dall'architettura di sistema disegnata dalla Regione Umbria.

- *Il livello politico istituzionale di indirizzo: la conferenza di zona*

che costituisce il livello di coordinamento politico e istituzionale della zona sociale ed è composta da tutti i Sindaci o loro assessori delegati dei comuni che ricadono all'interno della zona sociale.

- *Il livello partecipativo-concertativo*

La programmazione sociale condivisa si configura come strategia di sviluppo comunitario che coniuga l'aiuto alla persona con l'azione di territorio, tramite pratiche di concertazione che conducono alla condivisione di obiettivi e processi attraverso la programmazione territoriale, la progettazione sociale partecipata, nonché la piena realizzazione del welfare di cittadinanza.

I luoghi dove si sviluppa il processo di programmazione partecipata sono:

il Tavolo di concertazione, i Tavoli di coprogettazione

- *Il livello tecnico operativo: l'ufficio di Piano e il Responsabile Sociale di zona*

L'Ufficio di Piano, coordinato dal Responsabile sociale di zona, è il livello di coordinamento tecnico-istituzionale necessario alla programmazione e all'attuazione delle politiche sociali della Zona Sociale, con particolare riferimento alla messa a regime della gestione associata della rete dei servizi e degli interventi territoriali, in ottemperanza al nuovo quadro normativo regionale (Piano sociale regionale 2010-2012 e LR 26/09), nonché alla fase transitoria di cui all'art. 50 della stessa LR 26/09.

Nello specifico del PRS, l'Ufficio di Piano:

- promuove un lavoro costante di rilevazione dei dati, con l'obiettivo di registrare, aggiornare, elaborare in modo sistematico, secondo apposite procedure, tutte le informazioni utili ed indispensabili alla pianificazione sociale territoriale;
- supporta tecnicamente ed operativamente il processo di programmazione strategica dell'Assessorato alle Politiche Sociali all'interno di un raccordo stabile e diretto con la Cabina di Regina del PRS;
- garantisce il livello di coordinamento tecnico dei Gruppi di lavoro e dei Laboratori cittadini di progettazione partecipata;
- cura la stesura dei Documenti per le singole Macroaree;
- è la struttura tecnico-amministrativa della Zona sociale che interfaccia con il Distretto sanitario per la pianificazione, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione della rete degli interventi e dei servizi integrati.

Il Piano Regolatore Sociale di Terni, pur non essendo il Piano di zona n.10, ne costituisce una parte rilevante e anticipatrice ponendosi come "modello prototipale" rispetto a tutta la zona in un duplice senso:

- vuole avviare, in una realtà circoscritta di dimensioni urbane medie, un processo programmatorio nuovo e più avanzato nel rispetto delle caratteristiche tipiche della fenomenologia sociale di un capoluogo di provincia di medie dimensioni;
- intende proporsi come avamposto e apripista rispetto a tutta la Zona sociale n. 10 per "dilatare" questa modalità programmatoria secondo una logica sovracomunale di area vasta.

L'obiettivo è quello di sperimentare il modello del Piano Regolatore Sociale nel Comune Capofila (Terni) per poi generalizzare il dispositivo in tutta la zona pervenendo alla costruzione/predisposizione del Piano Regolatore Sociale di tutta la Zona sociale n.10.

Sotto questo punto di vista è già avviato, da diverso tempo, un approfondito confronto tra gli Amministratori locali in sede di Conferenza di zona n. 10 sulla base di aggiornamenti costanti sulle fasi di sviluppo del nuovo impianto programmatico.

Sulla base di tali orientamenti, pertanto, il PRS del Comune di Terni si riconosce in piena continuità e aderenza con gli indirizzi espressi dal Piano Sociale Regionale 2010-2012 (in particolare al punto 5.3.) laddove si enfatizza la coesistenzialità delle politiche sociali per lo sviluppo complessivo del territorio in quanto: "la programmazione sociale diventa il nuovo terreno di impegno delle Istituzioni locali, Regioni e Comuni, individuata come livello strategico per un'ipotesi di sviluppo delle comunità locali in grado di ricomporre il divario fra crescita economica e sviluppo umano, che si è venuto a configurare all'interno del tradizionale sistema di welfare, dove accanto all'incremento di quote di ricchezza si è registrato un allargamento dell'area del malessere e della vulnerabilità sociale.... La qualità sociale di un territorio, infatti, costituisce un vantaggio competitivo poiché contribuisce a mobilitare risorse di lavoro e di investimento aprendo un circuito virtuoso laddove nel migliorare le condizioni di vita dei cittadini genera un riflesso positivo sulle relazioni produttive, fondamentali agenti di sviluppo. La dimensione sociale costituisce un input per buone politiche pubbliche che si muovono secondo i bisogni della persona e della collettività. L'approccio sistemico dello sviluppo sollecita in primo luogo alla Regione di fare programmazione in direzione di più elevati livelli di connessione interna, fra le diverse parti che costituiscono il suo sistema organizzativo sia nella componente politica che tecnico-burocratica." Infatti l'integrazione con le altre politiche, piani, programmi ed aree trova nel Piano Regolatore Sociale la sede elettiva di armonizzazione delle politiche sociali con gli strumenti ordinari della programmazione comunale.

#### 4. Conoscere per decidere. Analisi comparativa nello scenario nazionale e base conoscitiva del contesto locale

##### PARTE PRIMA

##### ELEMENTI DI SCENARIO SOCIALE ED ANALISI DEI BISOGNI

##### LA POPOLAZIONE RESIDENTE

Al 1 gennaio 2010 la popolazione residente nel comune di Terni ammonta a 112.735, pari al 12,5% della popolazione della regione e allo 0,2% dell'Italia. Essa è cresciuta nel periodo 2003-2010 del 6,7%, un incremento superiore a quello medio nazionale (5,3%) ed inferiore a quello regionale (8,0%). La velocità della crescita della popolazione residente nel comune di Terni non è stata uniforme nel periodo in analisi.

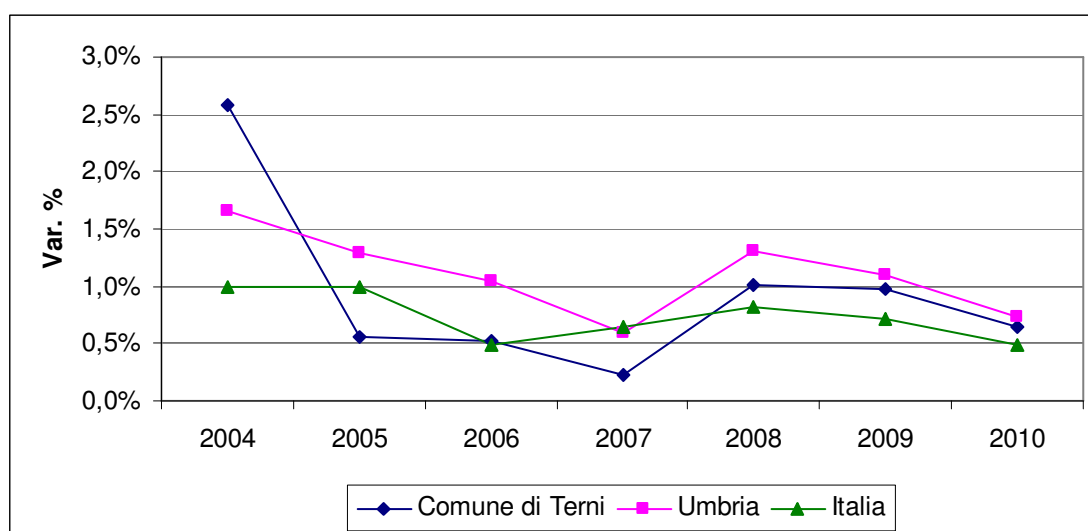
**Tab. 1 – Popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	V.A.	V.A.	Var. % 2003-2006	V.A.	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	105.680	109.569	3,7%	112.735	2,9%	6,7%
Umbria	834.210	867.878	4,0%	900.790	3,8%	8,0%
Italia	57.321.070	58.751.711	2,5%	60.340.328	2,7%	5,3%

I dati si riferiscono alla popolazione residente al 1 gennaio di ogni anno.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 1 - Variazione percentuale della popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2010**

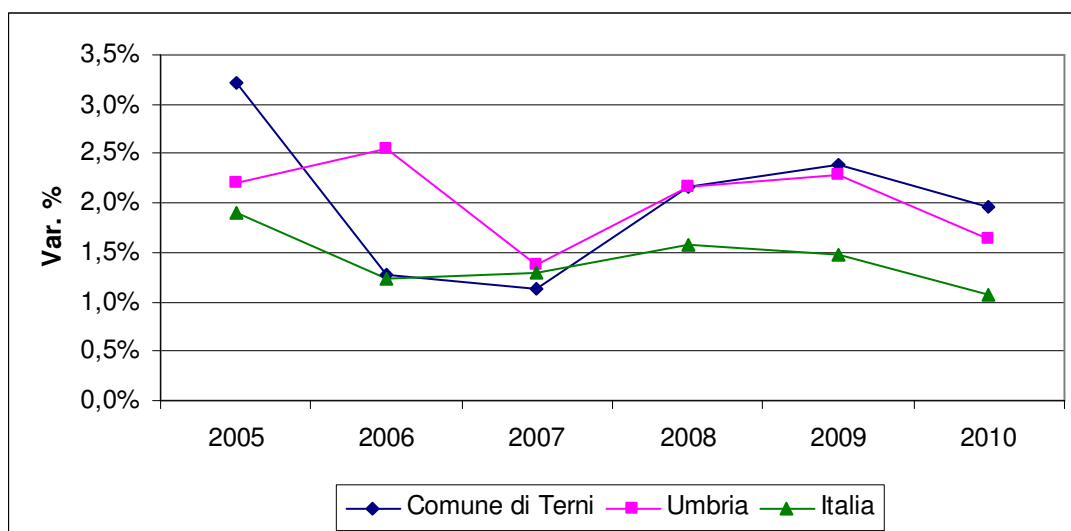


I dati si riferiscono alla popolazione residente al 1 gennaio di ogni anno.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

Anche nel caso del numero delle famiglie residenti si assiste per il comune di Terni ad un incremento del 12,7% negli anni 2004-2010, un tasso di variazione positivo maggiore di quello nazionale (8,9%) e prossimo a quello rilevato in Umbria (12,8%). Scendendo nel dettaglio appare significativo come al 31.12.2008 (ultimo dato disponibile per tale informazione), nel comune di Terni il 52,4% dei cittadini tra i 18 e 34 anni non ancora sposati vivesse almeno con un genitore.

**Fig. 2 - Variazione percentuale del numero di famiglie nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2005-2010**



Numero di famiglie residenti al 1 gennaio di ogni anno.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 2.a - Numero di famiglie residenti nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2004/2006/2010**

Territorio	2004	2006		2010		Var. % 2004-2010
	V.A.	V.A.	Var. % 2004-2006	V.A.	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	44.748	46.776	4,5%	50.453	7,9%	12,7%
Umbria	331.385	347.334	4,8%	373.960	7,7%	12,8%
Italia	22.876.102	23.600.370	3,2%	24.905.042	5,5%	8,9%

Numero di famiglie residenti al 1 gennaio di ogni anno. I dati sono disponibili a partire dal 2004.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 2.b - Numero medio di componenti nelle famiglie residenti nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2004/2006/2010**

Territorio	2004	2006	2010
	Numero medio di componenti per famiglia		
Comune di Terni	2,40	2,30	2,23
Umbria	2,50	2,50	2,04
Italia	2,50	2,50	2,41

Numero medio di componenti per famiglia residenti al 1 gennaio di ogni anno. I dati sono disponibili a partire dal 2004.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 2.c - Famiglie residenti nel comune di Terni per tipologia, 2008**

FAMIGLIE COMPOSTE DA		
Un solo componente	Totale	di cui con più di 65 anni
Totale	16.941	7.437
Un genitore	Totale	di cui con almeno un figlio minorenni
con 1 figlio	3.655	1.597
con 2 figli	1.139	553
con 3 figli e più	154	114
Totale	4.948	2.264
Due coniugi	Totale	di cui con almeno un figlio minorenni
da soli	8.813	-
con 1 figlio	7.682	3.174
con 2 figli	5.128	3.334
con 3 figli e più	698	579
Totale	22.321	7.087
Altri casi	Totale	
2 persone	1.268	
3 persone	1.533	
4 persone	1.458	
5 persone e più	1.013	
Totale	5.272	
<b>Totale complessivo delle famiglie</b>	<b>49.482</b>	

I dati si riferiscono al 31 dicembre 2008.

Fonte: elaborazione Servizi Statistici Comune di Terni su dati archivio anagrafico (2008)

Nel comune di Terni, al 1 gennaio 2010, si registra un'incidenza percentuale di cittadini divorziati pari al 2,6% della popolazione residente, un valore superiore alla media regionale e nazionale (1,8% e 1,9% rispettivamente).

**Tab. 3 – Lo stato civile della popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2010**

Stato civile		Comune di Terni	Umbria	Italia
Celibi e nubili	v.a.	42.429	345.036	24.755.428
	%	37,6%	38,3%	41,0%
Coniugati e coniugate	v.a.	57.235	464.005	29.909.820
	%	50,8%	51,5%	49,6%
Divorziati e divorziate	v.a.	2.907	16.024	1.118.359
	%	2,6%	1,8%	1,9%
Vedovi e vedove	v.a.	10.164	75.725	4.556.721
	%	9,0%	8,4%	7,6%
<b>Popolazione totale</b>		<b>112.735</b>	<b>900.790</b>	<b>60.340.328</b>

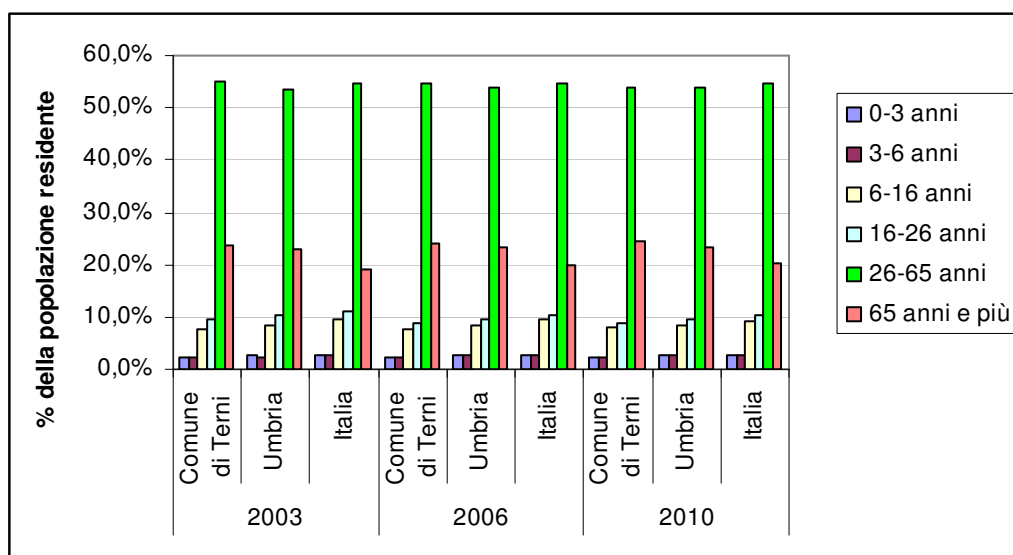
I dati si riferiscono al 1 gennaio 2010.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (2010)



Gli ultimi dati disponibili Istat relativi alla struttura per età della popolazione residente si riferiscono al 1 gennaio 2010. Il comune di Terni, in tale anno si caratterizza rispetto alla media regionale e nazionale per una minore incidenza di giovani: gli individui appartenenti alla classe di età 16-26 anni ammontano all' 8,6% della popolazione residente contro il 9,4% dell'Umbria ed il 10,2% dell'Italia. Inoltre a Terni risulta significativa l'elevata quota di residenti con 65 anni e più (24,5%), superiore alla media umbra (23,1%) ed italiana (20,2%).

**Fig. 3 - Struttura per età della popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**



L'estremo destro di ogni intervallo è escluso dalla rispettiva classe di età.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 4.a - Struttura per età della popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Classe di età	2003			2006			2010		
	Comune di Terni	Umbria	Italia	Comune di Terni	Umbria	Italia	Comune di Terni	Umbria	Italia
0-3 anni	2,3%	2,5%	2,8%	2,4%	2,6%	2,8%	2,4%	2,7%	2,8%
3-6 anni	2,3%	2,4%	2,7%	2,3%	2,5%	2,8%	2,4%	2,6%	2,8%
6-16 anni	7,5%	8,3%	9,7%	7,7%	8,3%	9,5%	8,0%	8,3%	9,3%
16-26 anni	9,4%	10,2%	11,1%	8,7%	9,7%	10,5%	8,6%	9,4%	10,2%
26-65 anni	55,0%	53,6%	54,7%	54,7%	53,7%	54,7%	54,1%	53,8%	54,5%
65 anni e più	23,6%	23,0%	19,0%	24,2%	23,3%	19,7%	24,5%	23,1%	20,2%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

L'estremo destro di ogni intervallo è escluso dalla rispettiva classe di età.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

La classe di età 16-26 anni è l'unica a far registrare dal 2003 al 2010 una variazione percentuale negativa nelle 3 realtà territoriali in esame.

**Tab. 4.b - Variazione percentuale della struttura per età della popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003-2010**

Classe di età	Var. % 2003-2010		
	Comune di Terni	Umbria	Italia
0-3 anni	5,4%	7,5%	0,0%
3-6 anni	6,2%	10,3%	5,0%
6-16 anni	6,1%	0,0%	-3,9%
16-26 anni	-8,4%	-7,7%	-7,7%
26-65 anni	-1,7%	0,4%	-0,3%
65 anni e più	3,8%	0,6%	6,5%

L'estremo destro di ogni intervallo è escluso dalla rispettiva classe di età.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

Con riferimento alla popolazione di età compresa tra gli 0-14 anni e tra i 15-64 anni (popolazione in età attiva), il comune di Terni presenta al 1 gennaio 2010 l'incidenza in assoluto più bassa di tali categorie sul totale della popolazione residente.

**Tab. 5 - Incidenza della popolazione giovane di età compresa tra gli 0-14 anni sulla popolazione totale residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010
	Pop. 0-14 anni	% su pop. residente	Pop. 0-14 anni	% su pop. residente	Pop. 0-14 anni	% su pop. residente	
Comune di Terni	11.952	11,3%	12.735	11,6%	13.534	12,0%	6,1%
Umbria	102.998	12,3%	108.202	12,5%	115.532	12,8%	3,9%
Italia	8.148.138	14,2%	8.283.936	14,1%	8.477.937	14,1%	-1,2%

Gli estremi degli intervalli sono inclusi nella rispettiva classe di età.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 6 - Incidenza della popolazione in età attiva (15-64 anni) sulla popolazione totale residente, nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010
	Pop. 15-64 anni	% su pop. residente	Pop. 15-64 anni	% su pop. residente	Pop. 15-64 anni	% su pop. residente	
Comune di Terni	68.817	65,1%	70.352	64,2%	71.572	63,5%	-2,5%
Umbria	539.195	64,6%	557.637	64,3%	576.742	64,0%	-0,9%
Italia	38.271.603	66,8%	38.875.440	66,2%	39.655.921	65,7%	-1,6%

Gli estremi degli intervalli sono inclusi nella rispettiva classe di età.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

Nonostante il numero di nati nel comune di Terni sia aumentato del 6% dal 2003 al 2010, esso si traduce in un tasso di natalità in decremento dello 0,9%, in quanto le nascite sono cresciute a ritmi più lenti rispetto al totale della popolazione residente.

**Tab. 7 - Tasso di natalità nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010
	Nati	Tasso di natalità	Nati	Tasso di natalità	Nati	Tasso di natalità	
Comune di Terni	826	7,82	882	8,05	873	7,74	-0,9%
Umbria	7.099	8,51	7.732	8,91	7.879	8,75	2,8%
Italia	538.198	9,39	554.022	9,43	568.857	9,43	0,4%

il tasso di natalità è calcolato come rapporto tra i nati in un anno e la relativa popolazione residente, per 1.000.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

L'analisi del fenomeno della mobilità interna nel comune di Terni è risultato significativo: il numero di abitanti cancellati all'anagrafe per trasferire la propria residenza in un altro comune è infatti cresciuto nel periodo 2003-2010 del 112,7%, ad un tasso nettamente maggiore di quanto avvenuto in Umbria (50,7%) ed in Italia (11,8%).

**Tab. 8 - Numero di abitanti cancellati all'anagrafe per il trasferimento di residenza in un altro comune italiano, nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	V.A.	V.A.	Var. % 2003-2006	V.A.	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	694	1.283	84,9%	1.476	15,0%	112,7%
Umbria	10.894	15.367	41,1%	16.417	6,8%	50,7%
Italia	1.210.752	1.410.310	16,5%	1.353.421	-4,0%	11,8%

I dati si riferiscono alla popolazione residente al 1 gennaio di ogni anno.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

## INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Al 1 gennaio 2010 la popolazione residente nel comune di Terni con un'età di 65 anni e più ammonta a 27.629 unità, e quella con 80 anni e più è pari a 8.427 individui, rispettivamente pari al 24,5% e al 7,5% del totale della popolazione, due quote superiori alle medie regionali e nazionali.

Il rapporto tra giovani ed anziani nel comune è circa di 1:2 contro 1:1,4 dell'Italia e 1:1,8 dell'Umbria: a Terni infatti per ogni 100 residenti con età compresa tra gli 0-14 anni corrispondono 204,1 persone con 65 anni e più.

**Tab. 9 - Indice di invecchiamento nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010
	Pop. 65 anni e più	% su pop. residente	Pop. 65 anni e più	% su pop. residente	Pop. 65 anni e più	% su pop. residente	
Comune di Terni	24.911	23,6%	26.482	24,2%	27.629	24,5%	3,8%
Umbria	192.017	23,0%	202.039	23,3%	208.516	23,1%	0,6%
Italia	10.901.329	19,0%	11.592.335	19,7%	12.206.470	20,2%	6,5%

L'indice di invecchiamento è calcolato come rapporto della popolazione con più di 65 anni (inclusi) sulla popolazione residente totale, per 100.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 10 - Indice di vecchiaia nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	Indice di vecchiaia	Indice di vecchiaia	Var. % 2003-2006	Indice di vecchiaia	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	208,4	207,9	-0,2%	204,1	-1,8%	-2,1%
Umbria	186,4	186,7	0,2%	180,5	-3,3%	-3,2%
Italia	133,8	139,9	4,6%	144,0	2,9%	7,6%

L'indice di vecchiaia è calcolato come rapporto della popolazione con più di 65 anni (inclusi) sulla popolazione di età compresa tra gli 0-14 anni, per 100.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 11 - I "grandi vecchi" nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010
	Pop. 80 anni e più	% su pop. residente	Pop. 80 anni e più	% su pop. residente	Pop. 80 anni e più	% su pop. residente	
Comune di Terni	6.636	6,3%	7.660	7,0%	8.427	7,5%	19,0%
Umbria	50.577	6,1%	58.237	6,7%	65.658	7,3%	20,2%
Italia	2.645.308	4,6%	3.008.534	5,1%	3.477.727	5,8%	24,9%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

I due indici di dipendenza riportati di seguito evidenziano come per il comune di Terni sia accentuata la preponderanza di individui anziani ed in età non attiva rispetto alla popolazione in età attiva: per il 2010 infatti tali tassi superano la media umbra ed italiana.

**Tab. 12 - Indice di dipendenza nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Var. % 2003-2006	Indice di dipendenza	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	53,6%	55,7%	4,1%	57,5%	3,2%	7,4%
Umbria	54,7%	55,6%	1,7%	56,2%	1,0%	2,7%
Italia	49,8%	51,1%	2,7%	52,2%	2,0%	4,8%

L'indice di dipendenza è calcolato come rapporto della popolazione non attiva (popolazione di età compresa tra gli 0-14 anni e con 65 anni e più) sulla popolazione in età attiva (di età compresa tra i 15-64 anni), per 100.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 13 - Indice di dipendenza degli anziani nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di dipendenza degli anziani	Var. % 2003-2006	Indice di dipendenza degli anziani	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	36,2%	37,6%	4,0%	38,6%	2,6%	6,6%
Umbria	35,6%	36,2%	1,7%	36,2%	0,0%	1,5%
Italia	28,5%	29,8%	4,7%	30,8%	3,2%	8,1%

L'indice di dipendenza degli anziani è calcolato come rapporto della popolazione con 65 anni e più sulla popolazione di età compresa tra i 15-64 anni, per 100.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

Da un'analisi di genere condotta sulla popolazione residente anziana, con oltre 64 anni e con 80 anni e più, emerge per le tre realtà territoriali in esame una femminilizzazione della vacchiaia, ossia una maggiore incidenza del sesso femminile tra gli individui presenti in entrambe le classi di età. Di rilievo risulta la variazione percentuale positiva dello 0,7% avvenuta nel periodo 2003-2010 nel comune di Terni a favore delle donne over79, un tasso di crescita di segno opposto alla realtà umbra (-0,3%) ed italiana (-2,1%).

**Tab. 14 - Distinzione per genere della popolazione di 65 anni e più e della popolazione di 80 anni e più nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Anno	Classe di età	Genere	Territorio		
			Comune di Terni	Umbria	Italia
2003	Pop. 65 anni e più	Maschi	10.161	80.705	4.486.587
		Femmine	14.750	111.312	6.414.742
	Pop. 80 anni e più	Maschi	2.271	17.743	866.745
		Femmine	4.365	32.834	1.778.563
2006	Pop. 65 anni e più	Maschi	10.967	85.249	4.821.967
		Femmine	15.515	116.790	6.770.368
	Pop. 80 anni e più	Maschi	2.619	20.416	999.155
		Femmine	5.041	37.821	2.009.379
2010	Pop. 65 anni e più	Maschi	11.488	88.474	5.138.535
		Femmine	16.141	120.042	7.067.935
	Pop. 80 anni e più	Maschi	2.847	23.155	1.188.700
		Femmine	5.580	42.503	2.289.027

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 15 - Incidenza di maschi e femmine tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 80 anni e più nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Anno	Classe di età	Genere	Territorio		
			Comune di Terni	Umbria	Italia
2003	Pop. 65 anni e più	Maschi	40,8%	42,0%	41,2%
		Femmine	59,2%	58,0%	58,8%
	Pop. 80 anni e più	Maschi	34,2%	35,1%	32,8%
		Femmine	65,8%	64,9%	67,2%
2006	Pop. 65 anni e più	Maschi	41,4%	42,2%	41,6%
		Femmine	58,6%	57,8%	58,4%
	Pop. 80 anni e più	Maschi	34,2%	35,1%	33,2%
		Femmine	65,8%	64,9%	66,8%
2010	Pop. 65 anni e più	Maschi	41,6%	42,4%	42,1%
		Femmine	58,4%	57,6%	57,9%
	Pop. 80 anni e più	Maschi	33,8%	35,3%	34,2%
		Femmine	66,2%	64,7%	65,8%
Var. % 2003-2010	Pop. 65 anni e più	Maschi	1,9%	1,0%	2,3%
		Femmine	-1,3%	-0,7%	-1,6%
	Pop. 80 anni e più	Maschi	-1,3%	0,5%	4,3%
		Femmine	0,7%	-0,3%	-2,1%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 16 - Le pensioni di anzianità nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2009**

Territorio	Pensioni di anzianità		Pensioni totali		Incidenza del numero di pensioni di anzianità ( a )/( b )
	N° pensioni ( a )	Importo medio mensile in euro	N° pensioni ( b )	Importo medio mensile in euro	
Comune di Terni	17.754	1.221,03	33.523	925,25	53,0%
Umbria	152.596	883,52	272.568	707,99	56,0%
Italia	9.281.509	954,84	15.621.268	773,98	59,4%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati INPS (2009)

SCUOLA

**Tab. 17 - Gli alunni delle scuole d'infanzia presenti nel comune di Terni, anni scolastici 2004/2005 - 2008/2009**

Anno Scolastico	Scuole statali			Scuole non statali			Scuole statali e non statali		
	Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri	
		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale
2004/2005	1.750	79	4,5%	894	18	2,0%	2.644	97	3,7%
2005/2006	1.771	94	5,3%	834	38	4,6%	2.605	132	5,1%
2006/2007	1.812	161	8,9%	852	48	5,6%	2.664	209	7,8%
2007/2008	1.898	232	12,2%	783	56	7,2%	2.681	288	10,7%
2008/2009	1.623	193	11,9%	765	54	7,1%	2.388	247	10,3%
<b>Var.% 2004/2005 - 2008/2009</b>	<b>-7,3%</b>	<b>144,3%</b>	<b>7,4%</b>	<b>-14,4%</b>	<b>200,0%</b>	<b>5,0%</b>	<b>-9,7%</b>	<b>154,6%</b>	<b>6,7%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Atlante Statistico dei Comuni-Istat e Comune di Terni (anni vari)

**Tab. 18 - Gli alunni delle scuole primarie presenti nel comune di Terni, anni scolastici 2004/2005 - 2008/2009**

Anno Scolastico	Scuole statali			Scuole non statali			Scuole statali e non statali		
	Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri	
		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale
2004/2005	4.292	362	8,4%	213	4	1,9%	4.505	366	8,1%
2005/2006	4.391	362	8,2%	204	4	2,0%	4.595	366	8,0%
2006/2007	4.495	460	10,2%	192	6	3,1%	4.687	466	9,9%
2007/2008	4.418	470	10,6%	187	4	2,1%	4.605	474	10,3%
2008/2009	3.887	479	12,3%	203	2	1,0%	4.090	481	11,8%
<b>Var.% 2004/2005 - 2008/2009</b>	<b>-9,4%</b>	<b>32,3%</b>	<b>3,9%</b>	<b>-4,7%</b>	<b>-50,0%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-9,2%</b>	<b>31,4%</b>	<b>3,6%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Atlante Statistico dei Comuni-Istat e Comune di Terni (anni vari)

**Tab. 19- Gli alunni delle scuole secondarie inferiori presenti nel comune di Terni, anni**

Anno Scolastico	Scuole statali			Scuole non statali			Scuole statali e non statali		
	Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri	
		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale
2004/2005	2.622	235	9,0%	58	1	1,7%	2.680	236	8,8%
2005/2006	2.644	262	9,9%	57	1	1,8%	2.701	263	9,7%
2006/2007	2.646	284	10,7%	57	1	1,8%	2.703	285	10,5%
2007/2008	2.760	320	11,6%	54	6	11,1%	2.814	326	11,6%
2008/2009	2.754	359	13,0%	59	6	10,2%	2.813	365	13,0%
<b>Var.% 2004/2005 - 2008/2009</b>	<b>5,0%</b>	<b>52,8%</b>	<b>4,1%</b>	<b>1,7%</b>	<b>500,0%</b>	<b>8,4%</b>	<b>5,0%</b>	<b>54,7%</b>	<b>4,2%</b>

**scolastici 2004/2005 - 2008/2009**

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Atlante Statistico dei Comuni-Istat e Comune di Terni (anni vari)

**Tab. 20 -Gli alunni delle scuole secondarie superiori presenti nel comune di Terni, anni scolastici 2004/2005 - 2008/2009**

Anno Scolastico	Scuole statali			Scuole non statali			Scuole statali e non statali		
	Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri	
		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale
2004/2005	5.663	237	4,2%	107	5	4,7%	5.770	242	4,2%
2005/2006	5.657	291	5,1%	73	5	6,8%	5.730	296	5,2%
2006/2007	5.655	354	6,3%	124	1	0,8%	5.779	355	6,1%
2007/2008	5.585	427	7,6%	127	2	1,6%	5.712	429	7,5%
2008/2009	5.536	485	8,8%	174	2	1,1%	5.710	487	8,5%
<b>Var.% 2004/2005 - 2008/2009</b>	<b>-2,2%</b>	<b>104,6%</b>	<b>4,6%</b>	<b>62,6%</b>	<b>-60,0%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>101,2%</b>	<b>4,3%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Atlante Statistico dei Comuni-Istat e Comune di Terni (anni vari)

**Tab. 21a- Gli alunni delle scuole presenti nel comune di Terni, anni scolastici 2004/2005 – 2008/2009**

Anno Scolastico	Scuole statali			Scuole non statali			Scuole statali e non statali		
	Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri		Alunni totale	di cui stranieri	
		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale
2004/2005	14.327	913	6,4%	1.272	28	2,2%	15.599	941	6,0%
2005/2006	14.463	1.009	7,0%	1.168	48	4,1%	15.631	1.057	6,8%
2006/2007	14.608	1.259	8,6%	1.225	56	4,6%	15.833	1.315	8,3%
2007/2008	14.661	1.449	9,9%	1.151	68	5,9%	15.812	1.517	9,6%
2008/2009	13.800	1.516	11,0%	1.201	64	5,3%	15.001	1.580	10,5%
<b>Var.% 2004/2005 - 2008/2009</b>	<b>-3,7%</b>	<b>66,0%</b>	<b>4,6%</b>	<b>-5,6%</b>	<b>128,6%</b>	<b>3,1%</b>	<b>-3,8%</b>	<b>67,9%</b>	<b>4,5%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Atlante Statistico dei Comuni-Istat e Comune di Terni (anni vari)

**Tab. 21b - Andamento del numero di iscritti totali nelle sedi universitarie presenti nel comune di Terni, anni accademici 2002/2003, 2005/2006, 2009/2010**

Anno Accademico	Numero di iscritti nelle sedi universitarie presso il comune di Terni	
	V.A.	Var. %
2002/2003	1.722	-
2005/2006	2.493	44,8%
2009/2010	2.231	-10,5%
<b>Var. % 2002/2003 - 2009/2010</b>		<b>29,6%</b>

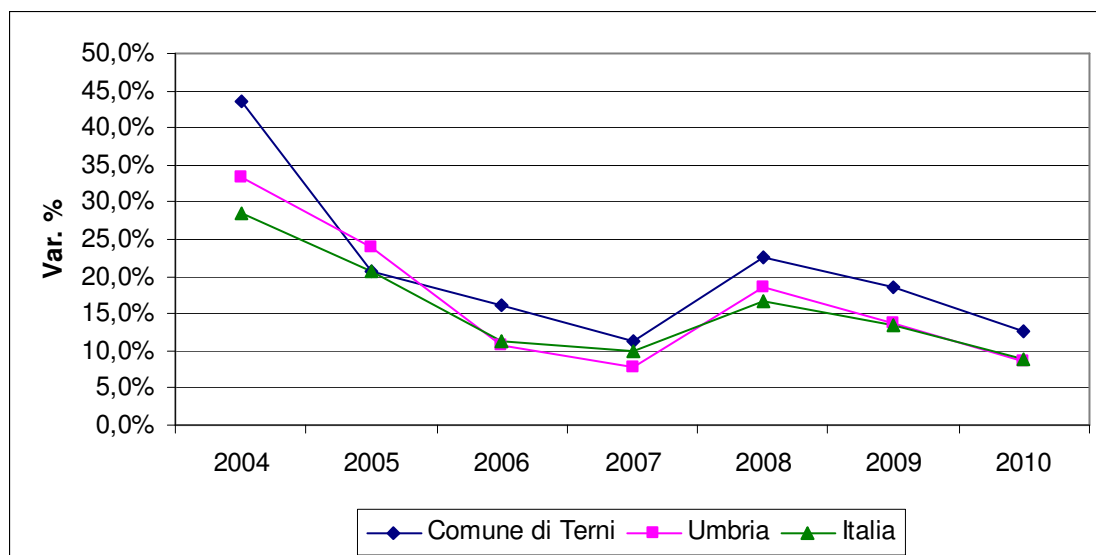
Fonte: elaborazione Cittalia su dati MIUR (anni vari)



## IMMIGRAZIONE

Sono 10.891 gli stranieri residenti nel comune di Terni al 1 gennaio 2010. Nel periodo 2003-2010 la popolazione non italiana è cresciuta ad un tasso pari al 266,1%, un valore superiore alla media umbra (188,1%) ed italiana (173,3%).

**Fig. 4 - Variazione percentuale della popolazione straniera residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2010**



I dati si riferiscono alla popolazione straniera residente al 1 gennaio di ogni anno.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 22 – Popolazione straniera residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	V.A.	V.A.	Var. % 2003-2006	V.A.	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	2.975	5.984	101,1%	10.891	82,0%	266,1%
Umbria	32.362	59.278	83,2%	93.243	57,3%	188,1%
Italia	1.549.373	2.670.514	72,4%	4.235.059	58,6%	173,3%

I dati si riferiscono alla popolazione straniera residente al 1 gennaio di ogni anno.  
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 23 – Incidenza della popolazione straniera sul totale della popolazione residente nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	Pop. straniera / Pop. totale residente	Pop. straniera / Pop. totale residente	Var. % 2003-2006	Pop. straniera / Pop. totale residente	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	2,8%	5,5%	94,0%	9,7%	76,9%	243,2%
Umbria	3,9%	6,8%	76,1%	10,4%	51,6%	166,8%
Italia	2,7%	4,5%	68,2%	7,0%	54,4%	159,7%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

Al 1 gennaio 2010, circa 2/3 della popolazione straniera residente nel comune di Terni proviene dall'Europa. L'82% di tali cittadini comunitari è di origine rumena.

**Tab. 24.a - Continenti di provenienza degli stranieri residenti nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, al 1 gennaio 2010**

Continenti di provenienza	Comune di Terni		Umbria		Italia	
	V.A.	% sulla pop. straniera	V.A.	% sulla pop. straniera	V.A.	% sulla pop. straniera
Europa	7.727	70,9%	61.733	66,2%	2.269.286	53,6%
Asia	1.593	14,6%	6.399	6,9%	687.365	16,2%
Africa	973	8,9%	16.745	18,0%	931.793	22,0%
America	596	5,5%	8.263	8,9%	343.143	8,1%
Oceania	2	0,02%	79	0,1%	2.618	0,1%
Apolidi	0	0,0%	24	0,0%	854	0,0%
<b>Totale</b>	<b>10.891</b>	<b>100,0%</b>	<b>93.243</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.235.059</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (2010)

**Tab. 24.b - Continenti di provenienza degli stranieri residenti nel comune di Terni, valori percentuali, 1 gennaio 2004/2007/2010**

Continenti di provenienza	2004	2007		2010		Var. % 2004-2010
	Valore %	Valore %	Var. % 2004/2007	Valore %	Var. % 2007/2010	
Europa	67,4%	67,2%	-0,4%	70,9%	5,6%	5,2%
Asia	15,7%	15,6%	-0,8%	14,6%	-6,3%	-7,0%
Africa	8,9%	10,1%	12,6%	8,9%	-11,1%	0,1%
America	7,9%	7,1%	-10,0%	5,5%	-23,1%	-30,7%
Oceania	0,02%	0,03%	28,0%	0,02%	-38,8%	-21,6%
<b>Totale *</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>

\*Dal totale degli stranieri residenti sono esclusi gli apolidi.

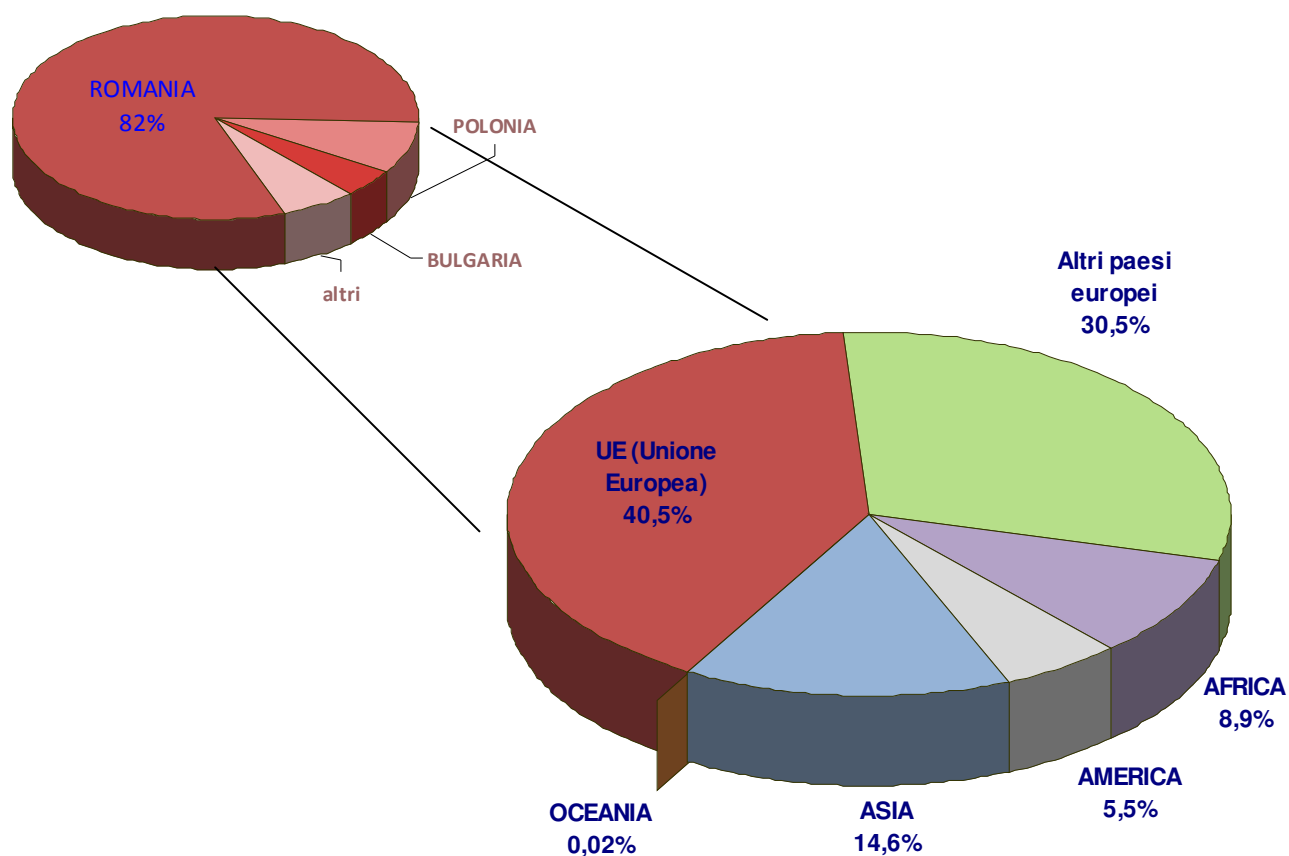
Fonte: elaborazione Servizi Statistici Comune di Terni su dati archivio anagrafico (anni vari)

**Tab. 25.a - Primi cinque Paesi di provenienza degli stranieri residenti nel comune di Terni al 1 gennaio 2010**

Primi 5 Paesi di provenienza	Comune di Terni	
	V.A.	% sulla pop. straniera
Romania	3.573	32,8%
Albania	2.012	18,5%
Ucraina	907	8,3%
India	587	5,4%
Filippine	488	4,5%
<b>Totale dei primi 5 Paesi di provenienza</b>	<b>7.567</b>	<b>69,5%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (2010)

**Fig. 5 - Continenti e Paesi principali di provenienza degli stranieri residenti nel comune di Terni, valori percentuali, 1 gennaio 2010**



Fonte: elaborazione Servizi Statistici Comune di Terni su dati archivio anagrafico (2010)

**Tab. 25.b - Primi cinque Paesi di provenienza degli stranieri residenti nella regione Umbria al 1 gennaio 2010**

Primi 5 Paesi di provenienza	Umbria	
	V.A.	% sulla pop. straniera
Romania	22.132	23,7%
Albania	16.418	17,6%
Marocco	9.844	10,6%
Macedonia	4.519	4,8%
Ucraina	4.379	4,7%
<b>Totale dei primi 5 Paesi di provenienza</b>	<b>57.292</b>	<b>61,4%</b>

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (2010)

**Tab. 25.c - Primi cinque Paesi di provenienza degli stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2010**

Primi 5 Paesi di provenienza	Italia	
	V.A.	% sulla pop. straniera
Romania	887.763	21,0%
Albania	466.684	11,0%
Marocco	431.529	10,2%
Cina Rep. Popolare	188.352	4,4%
Ucraina	174.129	4,1%
<b>Totale dei primi 5 Paesi di provenienza</b>	<b>2.148.457</b>	<b>50,7%</b>

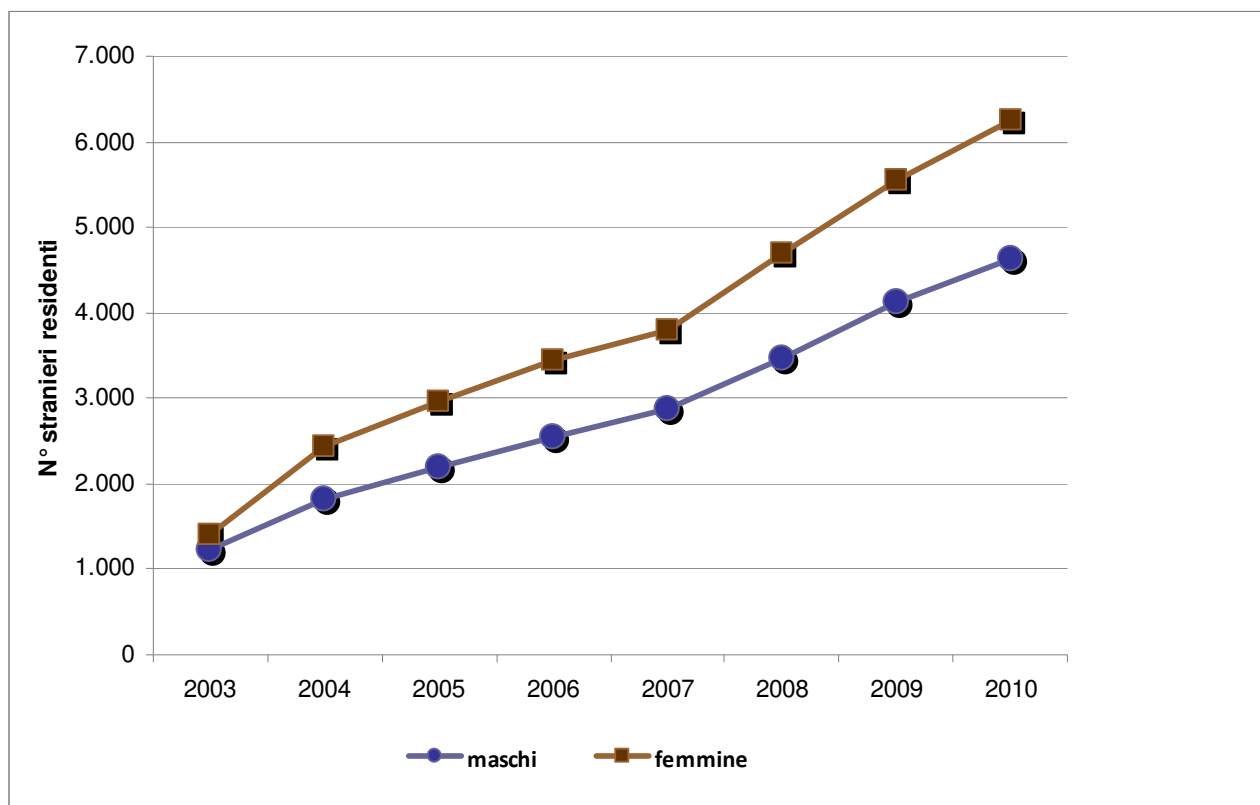
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (2010)

**Tab. 26 - Distinzione per genere della popolazione straniera nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Comune di Terni	1.311	1.664	2.543	3.441	4.627	6.264	252,9%	276,4%
Umbria	15.798	16.564	28.269	31.009	42.907	50.336	171,6%	203,9%
Italia	788.274	761.099	1.350.588	1.319.926	2.063.407	2.171.652	161,8%	185,3%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 6 - Popolazione straniera residente nel comune di Terni, distinta per genere, 2003-2010**



Fonte: elaborazione Servizi Statistici Comune di Terni su dati archivio anagrafico (anni vari)

**Tab. 27 - Incidenza delle femmine e dei maschi stranieri sul totale della popolazione straniera nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Comune di Terni	44,1%	55,9%	42,5%	57,5%	42,5%	57,5%	-3,6%	2,8%
Umbria	48,8%	51,2%	47,7%	52,3%	46,0%	54,0%	-5,7%	5,5%
Italia	50,9%	49,1%	50,6%	49,4%	48,7%	51,3%	-4,2%	4,4%

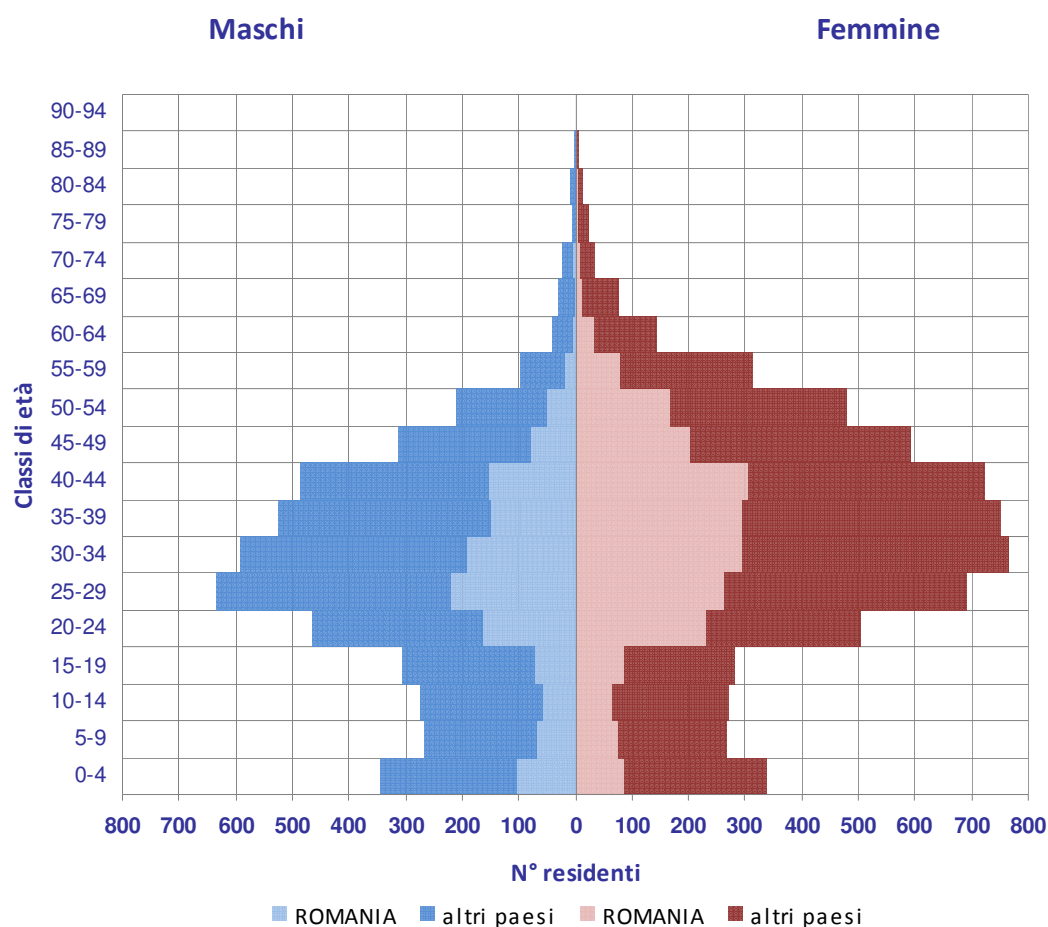
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 28 - La struttura per età della popolazione straniera residente nel comune di Terni, 1 gennaio 2010**

Classi d'età	Popolazione straniera residente		
	Maschi	Femmine	Totale
0-4	346	339	685
5-9	265	267	532
10-14	275	269	544
15-19	305	282	587
20-24	465	503	968
25-29	635	692	1.327
30-34	593	764	1.357
35-39	525	752	1.277
40-44	484	721	1.205
45-49	311	590	901
50-54	210	477	687
55-59	97	311	408
60-64	42	142	184
65-69	30	77	107
70-74	24	35	59
75-79	7	24	31
80-84	10	13	23
85-89	3	4	7
90-94	0	2	2
95-99	0	0	0
100 e più	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>4.627</b>	<b>6.264</b>	<b>10.891</b>

Fonte: elaborazione Servizi Statistici Comune di Terni su dati archivio anagrafico (2010)

**Fig. 7 – La piramide dell'età della popolazione straniera residente nel comune di Terni, con dettaglio per la componente rumena, 2010**



Fonte: elaborazione Servizi Statistici Comune di Terni su dati archivio anagrafico (2010)

**Tab. 29.a - Minori stranieri ed incidenza sul totale della popolazione straniera nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010	
	V.A.	% sulla pop. straniera	V.A.	% sulla pop. straniera	V.A.	% sulla pop. straniera
Comune di Terni	705	23,7%	1.282	21,4%	2.097	19,3%
Umbria	7.464	23,1%	13.376	22,6%	20.177	21,6%
Italia	353.139	22,8%	585.496	21,9%	932.675	22,0%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 29.b - Incidenza dei minori residenti sulla popolazione totale residente ed incidenza dei minori stranieri sulla popolazione residente straniera nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010	
	Incidenza di minori stranieri	Incidenza di minori residenti	Incidenza di minori stranieri	Incidenza di minori residenti	Incidenza di minori stranieri	Incidenza di minori residenti	Incidenza di minori stranieri	Incidenza di minori residenti
Comune di Terni	23,7%	13,6%	21,4%	14,0%	19,3%	14,4%	-18,7%	5,6%
Umbria	23,1%	15,0%	22,6%	15,1%	21,6%	15,4%	-6,2%	2,8%
Italia	22,8%	17,2%	21,9%	17,1%	22,0%	16,9%	-3,4%	-1,3%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 30.a – Saldo e tasso migratorio totale (per 1.000 abitanti) nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010	
	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000
Comune di Terni	1.152	10,90	1.028	9,38	1.135	10,07	-1,5%	-7,6%
Umbria	10.144	12,16	11.160	12,86	8.538	9,48	-15,8%	-22,1%
Italia	346.523	6,05	302.618	5,15	318.066	5,27	-8,2%	-12,8%

Il saldo migratorio è dato dalla differenza tra gli iscritti totali meno i cancellati totali.

Il tasso migratorio è calcolato come rapporto del saldo migratorio sulla popolazione di riferimento, per 1.000.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 30.b - Saldo e tasso migratorio della popolazione straniera (per 1.000 abitanti stranieri) nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003		2006		2010		Var. % 2003-2010	
	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000	Saldo migratorio	Tasso migratorio per 1,000
Comune di Terni	568	190,92	837	139,87	1.218	111,84	114,4%	-41,4%
Umbria	4.530	139,98	5.808	97,98	7.296	78,25	61,1%	-44,1%
Italia	192.783	124,43	268.357	100,49	343.764	81,17	78,3%	-34,8%

Il saldo migratorio è dato dalla differenza tra gli iscritti stranieri totali meno i cancellati stranieri totali.

Il tasso migratorio è calcolato come rapporto del saldo migratorio sulla popolazione straniera di riferimento, per 1.000.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

Sono 98 i matrimoni celebrati durante il 2008 in cui almeno uno dei 2 coniugi è di origine straniera, pari al 17,9% delle nozze avvenute tra coppie composte da almeno un residente del comune di Terni.

**Tab. 31 - Numero di acquisizioni di cittadinanza italiana nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

Territorio	2003	2006		2010		Var. % 2003-2010
	V.A.	V.A.	Var. % 2003-2006	V.A.	Var. % 2006-2010	
Comune di Terni	22	51	131,8%	72	41,2%	227,3%
Umbria	205	524	155,6%	1.106	111,1%	439,5%
Italia	12.267	28.659	133,6%	59.369	107,2%	384,0%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

## PARTE SECONDA

### LE CONDIZIONI ECONOMICHE E LA POVERTÀ

Tra il 2004 ed il 2009 si registra in provincia di Terni un incremento del tasso totale di occupazione del +5,2%, sebbene tra il 2008 ed il 2009 tutte le realtà territoriali considerate abbiano sperimentato una diminuzione di tale tasso. L'occupazione a Terni, trainata dalla componente maschile, si è scontrata però con un incremento del 51,1% della disoccupazione femminile, che nel 2009 supera la media nazionale di 1,3 punti percentuali. Le ore di Cassa Integrazione Guadagni, con un andamento omogeneo nelle tre realtà territoriali in analisi, hanno fatto registrare una variazione di circa il 300% in più dal 2008 al 2009. Nella provincia di Terni, dopo il biennio 2006-2007 in cui il tasso di nati-mortalità è risultato di segno negativo, dal 2008 le imprese iscritte superano il numero di cancellate, in controtendenza con la media nazionale negativa.

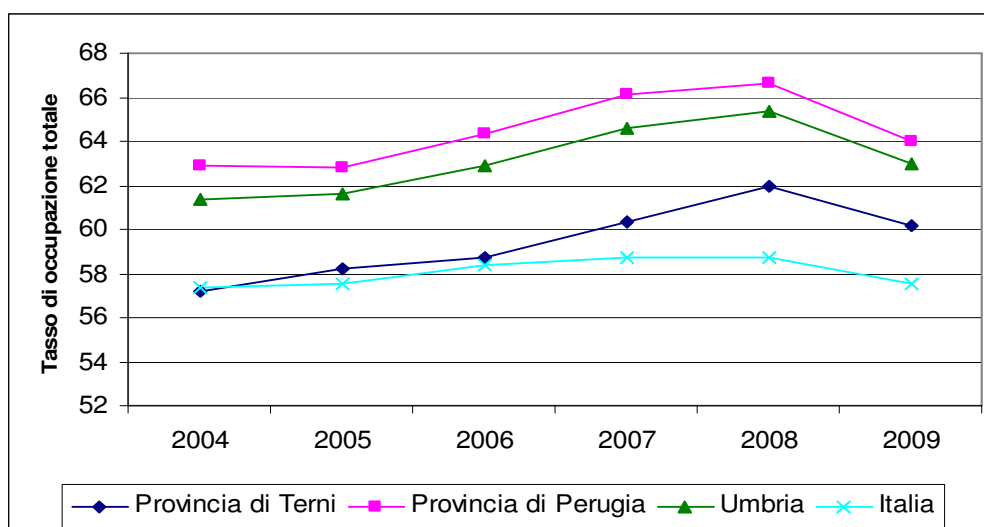
### LAVORO E PRODUTTIVITÀ

**Tab. 32 - Tassi di occupazione della popolazione in età 15-64 anni (valori percentuali), nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	57,2	-	62,9	-	61,4	-	57,4	-
2005	58,2	1,7%	62,8	-0,2%	61,6	0,3%	57,5	0,2%
2006	58,7	0,9%	64,3	2,4%	62,9	2,1%	58,4	1,6%
2007	60,3	2,7%	66,1	2,8%	64,6	2,7%	58,7	0,5%
2008	62,0	2,8%	66,6	0,8%	65,4	1,2%	58,7	0,0%
2009	60,2	-2,9%	64,0	-3,9%	63,0	-3,7%	57,5	-2,0%
Var. % 2004-2009		5,2%		1,7%		2,6%		0,2%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 8 - Andamento dei tassi di occupazione della popolazione in età 15-64 anni (valori percentuali), nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

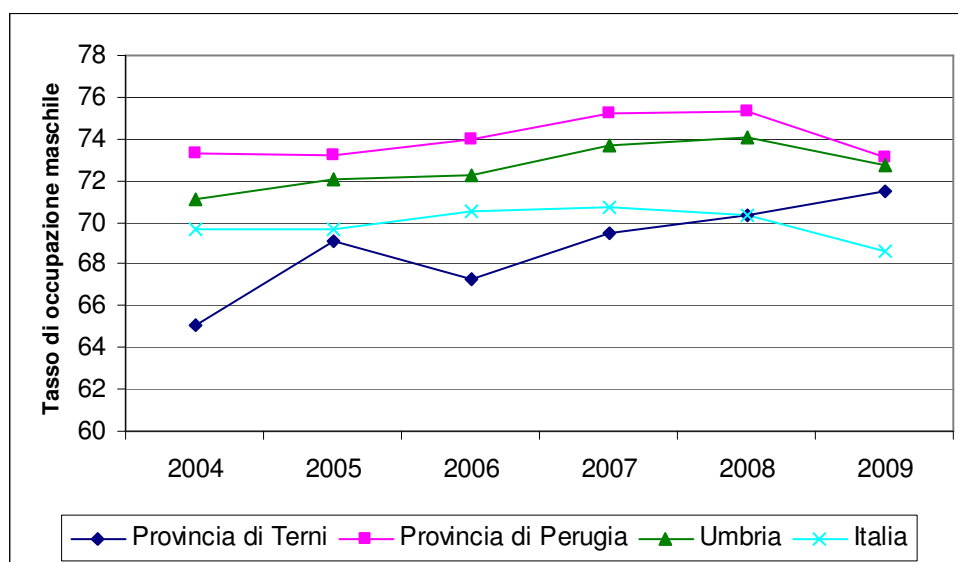


**Tab. 33 - Tassi di occupazione maschile della popolazione in età 15-64 anni (valori percentuali), nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	65,1	-	73,3	-	71,1	-	69,7	-
2005	69,1	6,1%	73,2	-0,1%	72,1	1,4%	69,7	0,0%
2006	67,3	-2,6%	74,0	1,1%	72,3	0,3%	70,5	1,1%
2007	69,5	3,3%	75,2	1,6%	73,7	1,9%	70,7	0,3%
2008	70,3	1,2%	75,3	0,1%	74,1	0,5%	70,3	-0,6%
2009	71,5	1,7%	73,1	-2,9%	72,7	-1,9%	68,6	-2,4%
Var. % 2004-2009		9,8%		-0,3%		2,3%		-1,6%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 9 - Andamento dei tassi di occupazione maschile della popolazione in età 15-64 anni (valori percentuali), nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



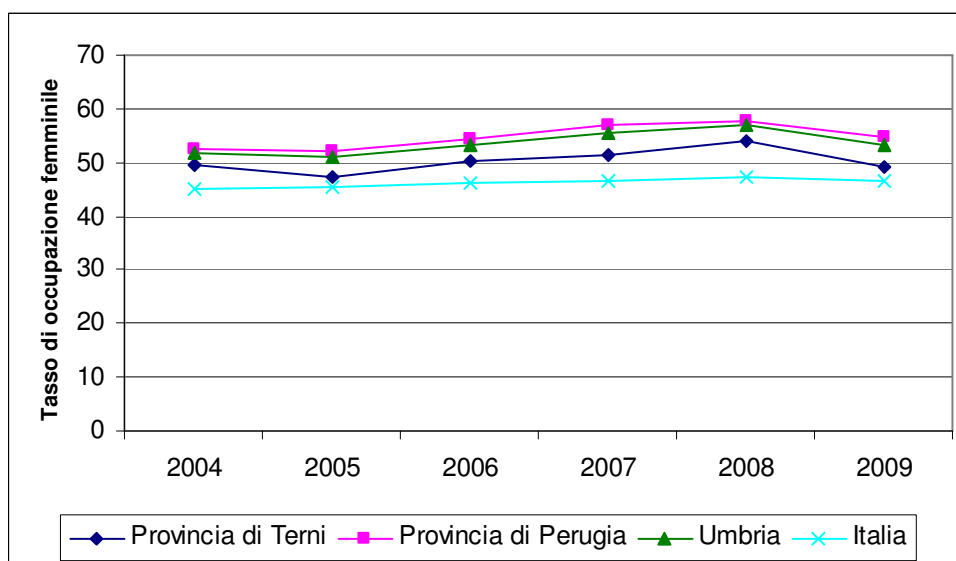
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 34 - Tassi di occupazione femminile della popolazione in età 15-64 anni (valori percentuali), nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	49,4	-	52,6	-	51,7	-	45,2	-
2005	47,4	-4,0%	52,3	-0,6%	51,0	-1,4%	45,3	0,2%
2006	50,3	6,1%	54,5	4,2%	53,4	4,7%	46,3	2,2%
2007	51,3	2,0%	57,0	4,6%	55,5	3,9%	46,6	0,6%
2008	53,9	5,1%	57,8	1,4%	56,8	2,3%	47,2	1,3%
2009	49,1	-8,9%	54,9	-5,0%	53,4	-6,0%	46,4	-1,7%
Var. % 2004-2009		-0,6%		4,4%		3,3%		2,7%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 10 – Andamento dei tassi di occupazione femminile della popolazione in età 15-64 anni (valori percentuali), nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



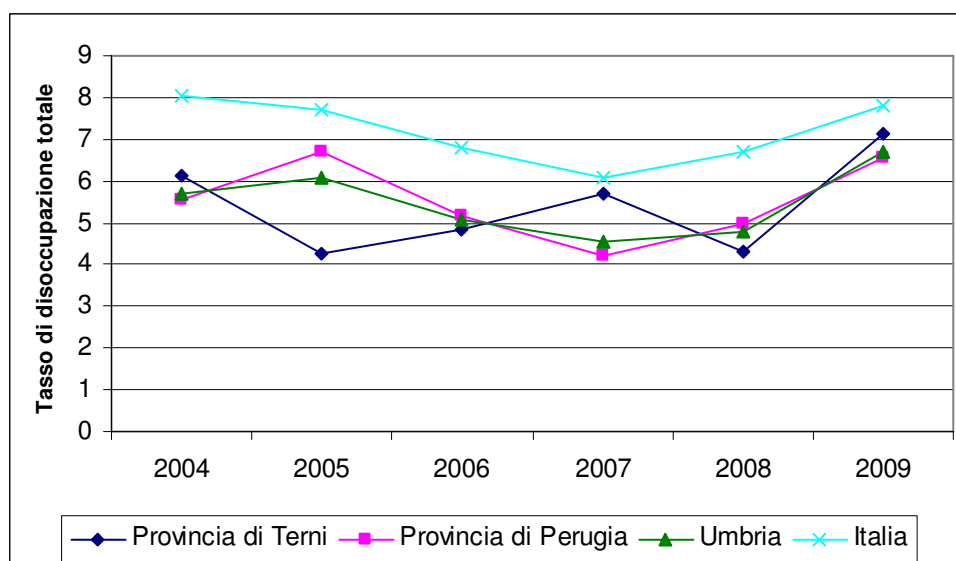
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 35 – Tassi di disoccupazione totali nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	6,1	-	5,5	-	5,7	-	8,0	-
2005	4,3	-30,5%	6,7	20,5%	6,1	7,1%	7,7	-4,0%
2006	4,8	13,3%	5,2	-22,4%	5,1	-16,3%	6,8	-12,1%
2007	5,7	17,6%	4,2	-19,0%	4,6	-10,5%	6,1	-10,2%
2008	4,3	-24,3%	5,0	19,1%	4,8	5,2%	6,7	10,0%
2009	7,1	65,6%	6,5	30,9%	6,7	39,3%	7,8	16,3%
Var. % 2004-2009		16,1%		18,0%		17,5%		-3,2%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 11 – Andamento dei tassi di disoccupazione totali nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



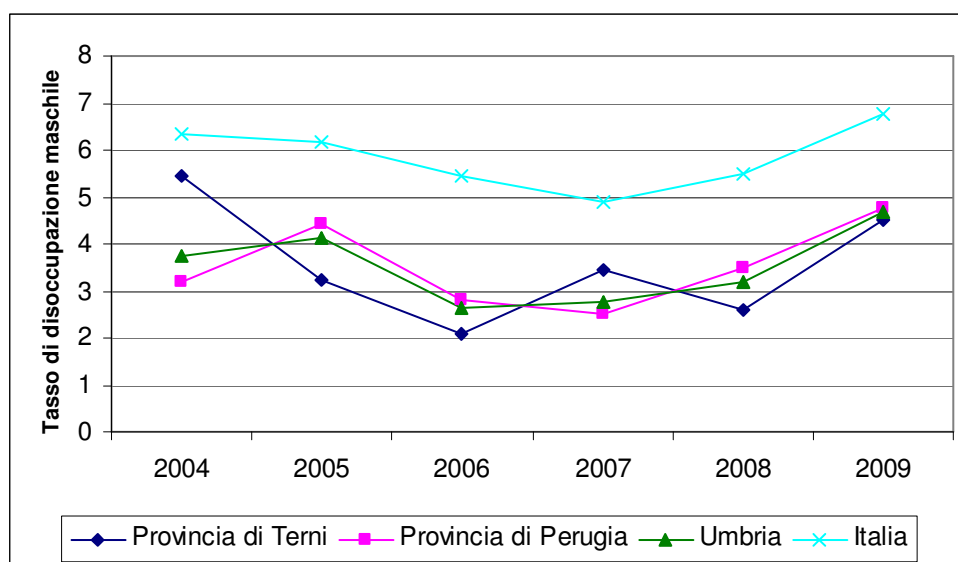
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 36 – Tassi di disoccupazione maschile nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	5,5	-	3,2	-	3,8	-	6,4	-
2005	3,2	-40,7%	4,4	38,1%	4,1	9,9%	6,2	-3,0%
2006	2,1	-35,8%	2,8	-36,2%	2,6	-35,9%	5,4	-11,9%
2007	3,5	66,7%	2,5	-10,9%	2,7	3,9%	4,9	-10,0%
2008	2,6	-24,9%	3,5	39,5%	3,2	16,6%	5,5	12,5%
2009	4,5	72,8%	4,8	36,1%	4,7	46,8%	6,8	23,0%
Var. % 2004-2009		-17,6%		49,0%		25,2%		6,4%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 12 – Andamento dei tassi di disoccupazione maschile nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



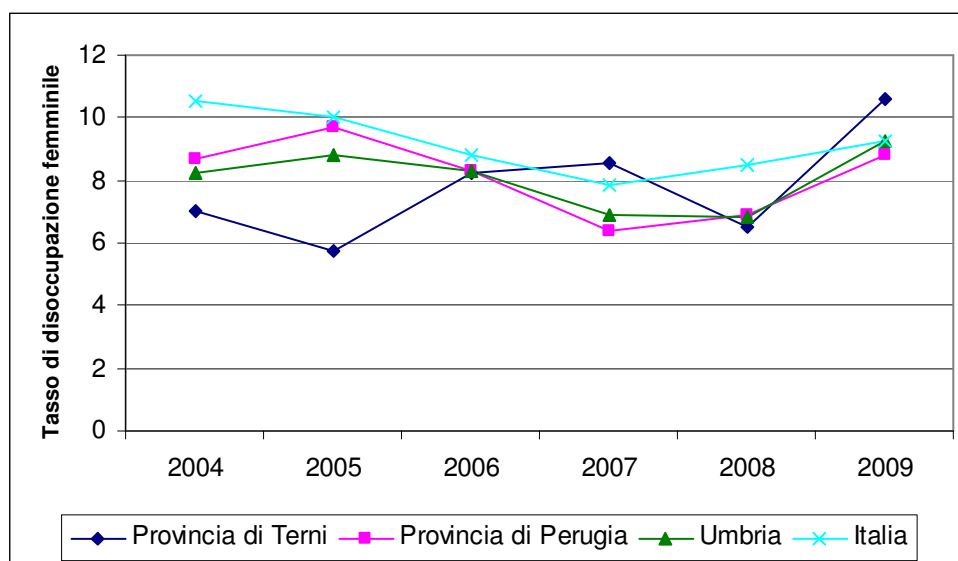
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 37 – Tassi di disoccupazione femminile nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	7,0	-	8,7	-	8,3	-	10,5	-
2005	5,7	-18,2%	9,7	12,3%	8,8	6,5%	10,1	-4,7%
2006	8,3	43,9%	8,3	-14,9%	8,3	-5,8%	8,8	-12,5%
2007	8,6	3,5%	6,4	-23,1%	6,9	-16,6%	7,9	-10,5%
2008	6,5	-24,0%	6,9	8,4%	6,8	-1,5%	8,5	7,9%
2009	10,6	63,3%	8,8	27,7%	9,3	36,1%	9,3	9,2%
Var. % 2004-2009		51,1%		1,8%		12,1%		-12,0%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 13 – Andamento dei tassi di disoccupazione femminile nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



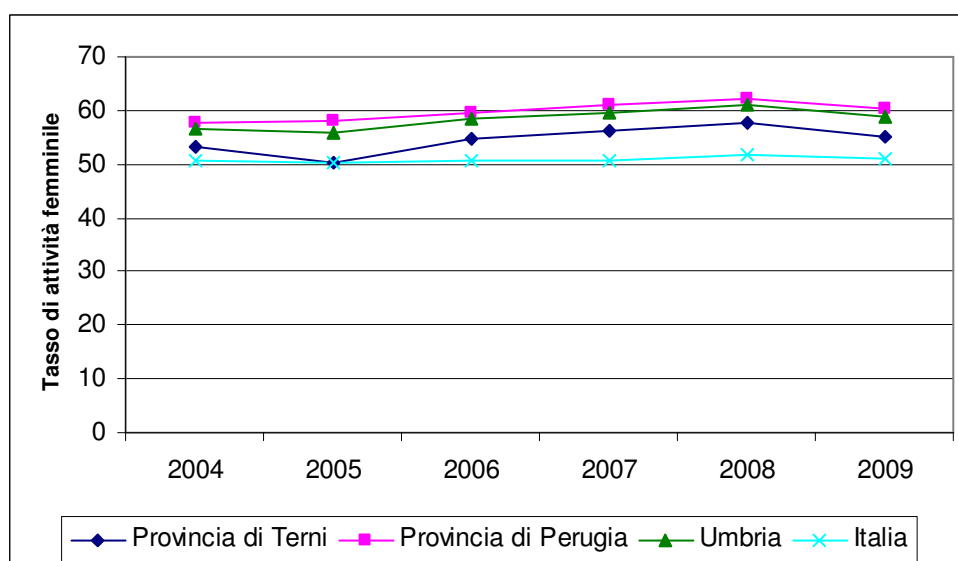
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 38 – Tassi di attività femminile nella fascia di età 15-64 anni nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Province				Umbria		Italia	
	Terni		Perugia		Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %				
2004	53,2	-	57,6	-	56,4	-	50,6	-
2005	50,3	-5,4%	58,0	0,7%	56,0	-0,8%	50,4	-0,5%
2006	54,9	9,1%	59,5	2,6%	58,3	4,2%	50,8	0,9%
2007	56,1	2,2%	60,9	2,4%	59,6	2,3%	50,7	-0,3%
2008	57,7	2,8%	62,2	2,1%	61,0	2,3%	51,6	1,9%
2009	55,1	-4,5%	60,3	-3,1%	59,0	-3,3%	51,1	-0,9%
Var. % 2004-2009		3,6%		4,7%		4,5%		1,0%

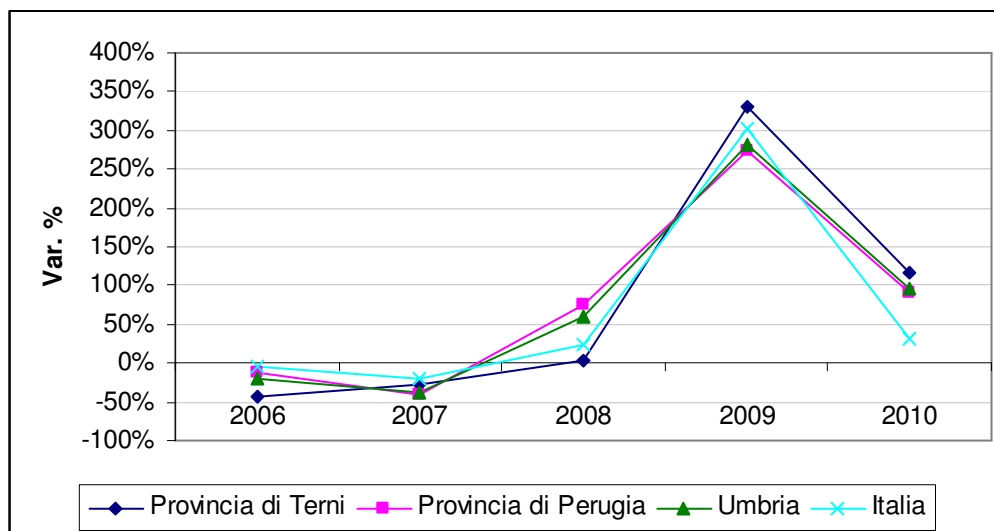
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 14 – Andamento dei tassi di attività femminile nella fascia di età 15-64 anni nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**



Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 15- Variazione percentuale delle ore totali di Cassa Integrazione Guadagni autorizzate nelle province umbre, nella regione Umbria ed in Italia, 2006-2010**



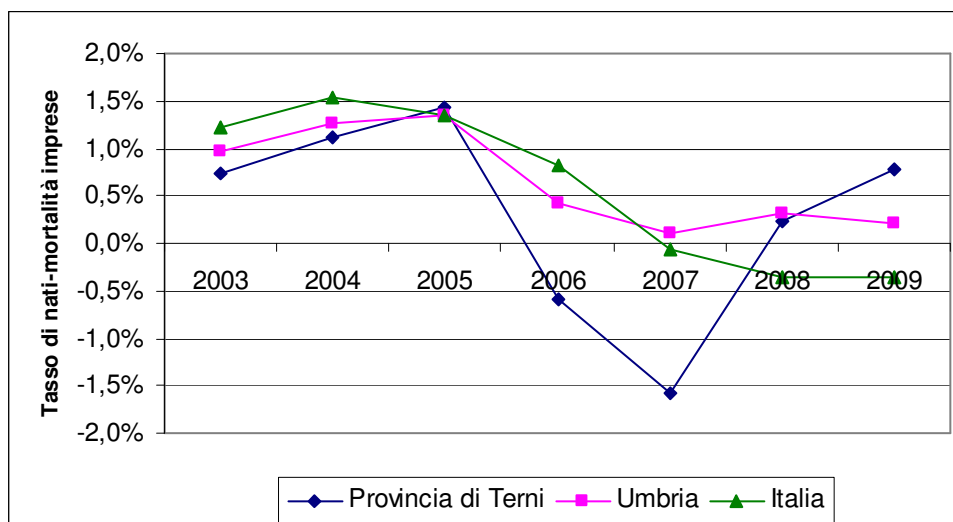
Le ore totali autorizzate di Cassa Integrazione Guadagni comprendono gli interventi ordinari, straordinari ed in deroga. Fonte: elaborazione Cittalia su dati INPS (anni vari)

**Tab. 39 - Tassi di nati-mortalità delle imprese della provincia di Terni, della regione Umbria e dell'Italia, 2003-2009**

Anno	Provincia di Terni		Umbria		Italia	
	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %	Tasso	Var. %
2003	0,7%	-	1,0%	-	1,2%	-
2004	1,1%	53,3%	1,3%	29,1%	1,5%	24,3%
2005	1,4%	27,7%	1,3%	0,0%	1,3%	-12,5%
2006	-0,6%	-141,3%	0,4%	-68,4%	0,8%	-38,1%
2007	-1,6%	-167,4%	0,1%	-75,5%	-0,1%	-108,5%
2008	0,2%	114,5%	0,3%	207,7%	-0,3%	-397,5%
2009	0,8%	241,3%	0,2%	-37,3%	-0,3%	0,0%
Var. % 2003-2009		6,8%		-79,3%		-128,3%

Il tasso di nati-mortalità delle imprese è calcolato come rapporto della differenza tra le imprese iscritte e cancellate in un anno sul numero di imprese registrate nell'anno precedente, per 100. Fonte: elaborazione Cittalia su dati InfoCamere - Unioncamere (anni vari)

**Fig. 16 – Andamento dei tassi di nati-mortalità delle imprese della provincia di Terni, della regione Umbria e dell'Italia, 2003-2009**



Il tasso di nati-mortalità delle imprese è calcolato come rapporto della differenza tra le imprese iscritte e cancellate in un anno sul numero di imprese registrate nell'anno precedente, per 100. Fonte: elaborazione Cittalia su dati InfoCamere - Unioncamere (anni vari)

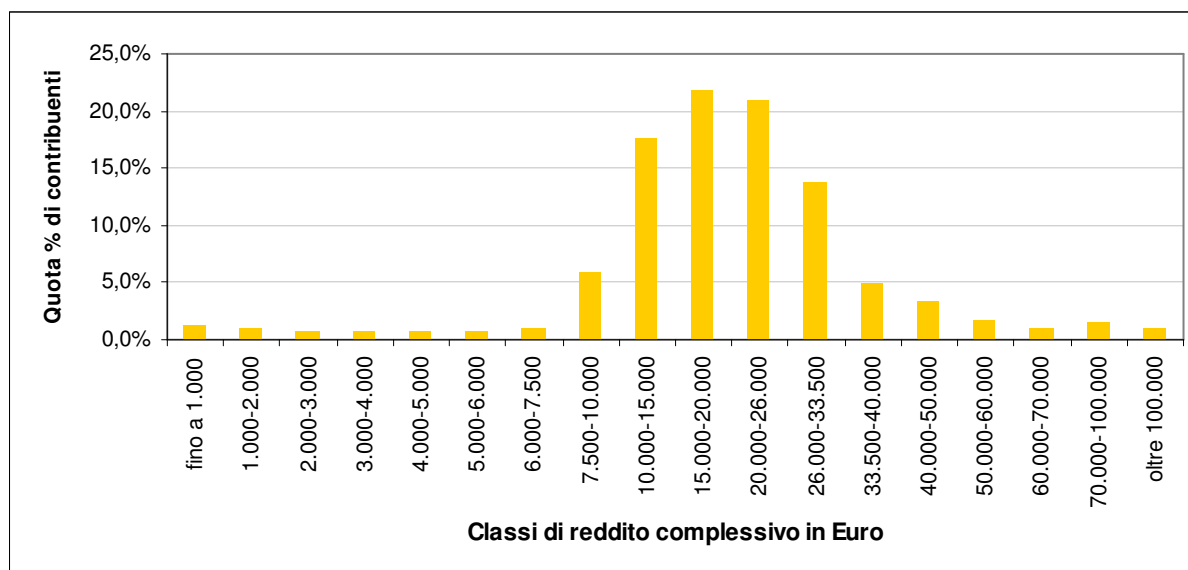
**Tab. 40 – Frequenze relative e cumulate del numero di contribuenti e del rispettivo ammontare di reddito imponibile per classe di reddito, 2008**

Classi di reddito complessivo in Euro	Freq. Rel. %		Freq. Rel. cumulate	
	Contribuenti	Reddito	Contribuenti	Reddito
fino a 1.000	1,2%	0,0%	1,2%	0,0%
da 1.000 a 2.000	1,1%	0,1%	2,2%	0,1%
da 2.000 a 3.000	0,7%	0,1%	3,0%	0,2%
da 3.000 a 4.000	0,6%	0,1%	3,6%	0,3%
da 4.000 a 5.000	0,7%	0,1%	4,3%	0,4%
da 5.000 a 6.000	0,7%	0,2%	4,9%	0,5%
da 6.000 a 7.500	1,1%	0,3%	6,0%	0,8%
da 7.500 a 10.000	6,0%	2,3%	12,1%	3,1%
da 10.000 a 15.000	17,6%	9,5%	29,7%	12,6%
da 15.000 a 20.000	21,8%	16,4%	51,5%	29,0%
da 20.000 a 26.000	21,0%	20,5%	72,6%	49,5%
da 26.000 a 33.500	13,8%	17,1%	86,4%	66,6%
da 33.500 a 40.000	4,9%	7,5%	91,3%	74,2%
da 40.000 a 50.000	3,3%	6,1%	94,6%	80,3%
da 50.000 a 60.000	1,7%	3,9%	96,2%	84,1%
da 60.000 a 70.000	1,1%	3,0%	97,4%	87,1%
da 70.000 a 100.000	1,6%	5,6%	99,0%	92,7%
oltre 100.000	1,0%	7,3%	100,0%	100,0%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		

Le frequenze relative cumulate indicano rispettivamente la quota di contribuenti e di reddito presenti in ciascuna classe di reddito ed in quelle ad essa precedenti. Ad esempio il 4,3 % dei contribuenti appartiene alle prime 5 classi di reddito con una contribuzione dello 0,4% sul reddito imponibile totale.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (2008)

**Fig. 17 - Quota di contribuenti di reddito imponibile, per classe di reddito, nel comune di Terni, 2008**



Fonte: elaborazione Cittalia su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (2008)

**Tab. 41 - Infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL per anno di accadimento dell'incidente e per settore lavorativo, nella provincia di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2004-2009**

Anno	Provincia di Terni		Umbria		Italia	
	Industria, commercio e servizi	Agricoltura	Industria, commercio, servizi	Agricoltura	Industria, commercio, servizi	Agricoltura
2004	3.111	285	17.537	2.253	869.406	69.263
2005	2.952	277	16.761	2.143	844.957	66.467
2006	2.980	286	16.238	1.961	836.329	63.082
2007	2.925	239	15.727	1.792	825.974	57.205
2008	2.800	238	14.785	1.680	790.279	53.354
2009	2.593	235	13.012	1.667	705.241	52.665
Var. % 2004-2009	-16,7%	-17,5%	-25,8%	-26,0%	-18,9%	-24,0%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati INAIL (anni vari)

QUESTIONE ABITATIVA

**Tab. 42 - Prezzi e canoni locativi medi (al metro quadrato) degli immobili a destinazione residenziale nel comune di Terni, primo semestre 2010**

Fascia/zona nel comune di Terni	Valore di mercato (€/mq)		Valori di locazione (€/mq x mese)	
	Min	Max	Min	Max
Centrale	1.450,0	2.025,0	5,5	6,5
Semi centrale	915,0	1.250,0	4,4	6,5
Periferica	786,0	1.140,0	2,7	3,8
Suburbana	731,7	1.075,0	2,4	3,6
Rurale	712,9	1.014,3	2,4	3,4

Quotazioni medie di immobili residenziali, ad uso di abitazione civile, in stato conservativo "normale" (su una scala "ottimo-normale-scadente"), al primo semestre dell'anno 2010.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati OMI (primo semestre 2010)

**Tab. 43.a - Numero di provvedimenti di sfratto emessi totali e per morosità ed altra causa nel comune capoluogo Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2006-2009**

Territorio	2006			2007			2008			2009		
	Provvedimenti di sfratto emessi			Provvedimenti di sfratto emessi			Provvedimenti di sfratto emessi			Provvedimenti di sfratto emessi		
	Morosità e altra causa		Totale	Morosità e altra causa		Totale	Morosità e altra causa		Totale	Morosità e altra causa		Totale
	V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale		V.A.	% sul totale	
Terni - capoluogo	66	83,5%	79	78	84,8%	92	43	46,2%	93	82	42,5%	193
Umbria	521	89,1%	585	637	89,0%	716	672	84,0%	800	782	89,8%	871
Italia	33.893	75,5%	44.897	33.959	77,4%	43.869	41.008	78,8%	52.033	51.576	83,9%	61.484

I dati si riferiscono al periodo gennaio-dicembre di ogni anno.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (anni vari)

**Tab. 43.b - Variazione percentuale del numero di provvedimenti di sfratto emessi totali e per morosità ed altra causa nel comune capoluogo Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2006-2009**

Territorio	Var. % 2006-2009	
	Quota dei provvedimenti di sfratto per morosità e altra causa	Provvedimenti di sfratto totali
Terni - capoluogo	24,2%	144,3%
Umbria	50,1%	48,9%
Italia	52,2%	36,9%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (anni vari)

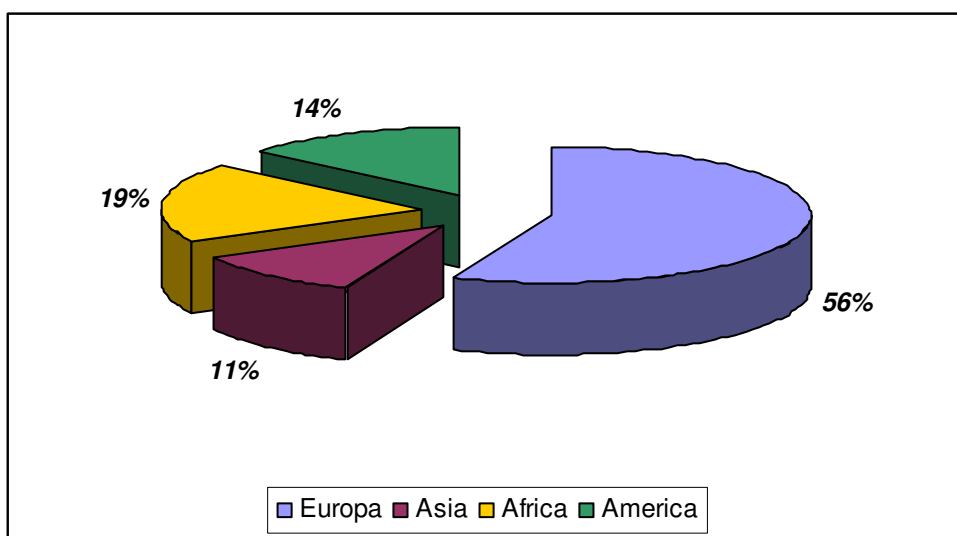
**Tab. 44 - L'edilizia residenziale pubblica nel comune di Terni: i bandi di assegnazione alloggi, 2005/2008/2010**

Anno	Domande presentate			Domande ammesse	
	da residenti italiani	da residenti stranieri	Totale	v.a.	% sulle domande presentate
2005	700	361	1.061	839	79,1%
2008	473	287	760	688	90,5%
2010	642	273	915	893	97,6%
Var.% 2005-2010	-8,3%	-24,4%	-13,8%	6,4%	23,4%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Comune di Terni (anni vari)

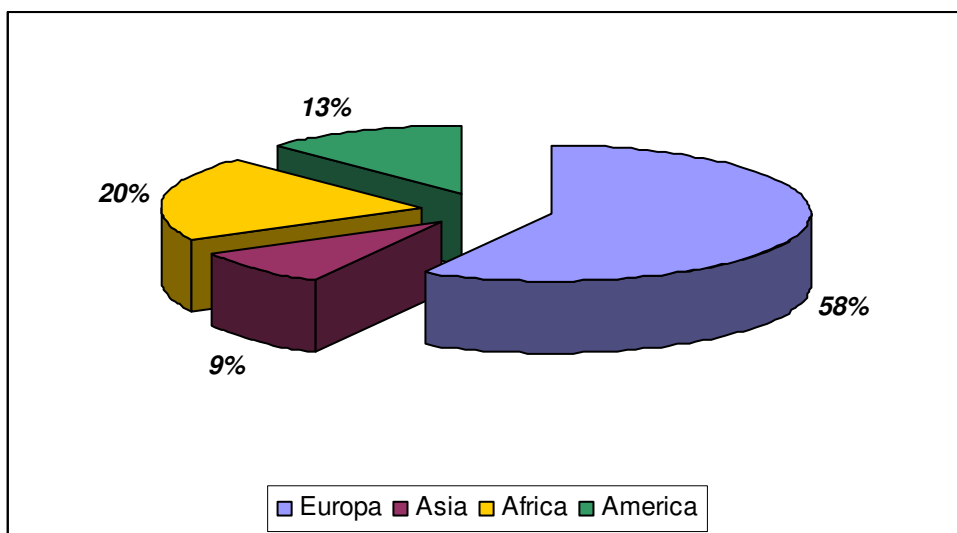


**Fig. 18.a - Continenti di provenienza degli stranieri che hanno presentato domanda di assegnazione alloggio, 2005**



Fonte: elaborazione Cittalia su dati Comune di Terni (2005)

**Fig. 18.b - Continenti di provenienza degli stranieri che hanno presentato domanda di assegnazione alloggio, 2008**



Fonte: elaborazione Cittalia su dati Comune di Terni (2008)

Nel 2009 sono stati emanati 2 bandi per il contributo agli affitti, il primo a marzo ed il secondo ad ottobre. I cittadini extra comunitari che hanno presentato domanda nei 2 periodi sono stati rispettivamente il 35,6% ed il 41,5% del totale delle richieste. Per il bando del 2010 tale percentuale è scesa al 30,5%.

**Tab. 45 – L'edilizia residenziale pubblica nel comune di Terni: i bandi di contributo affitto, 2006-2010**

Anno	Domande			% di domande ammesse sul tot. domande presentate	Contributo erogato ai beneficiari
	Presentate	Ammesse	Escluse		
2006	1.476	1.297	179	87,9%	€ 848.076
2007	1.487	1.423	64	95,7%	€ 1.683.967
2008	1.566	1.520	46	97,1%	€ 1.064.000
Marzo 2009	1.683	1.614	69	95,9%	€ 1.063.527
Ottobre 2009	1.446	1.393	53	96,3%	€ 705.188
2010*	1.316	1.240	76	94,2%	n.d.
Var. % 2006-2010	-10,8%	-4,4%	-57,5%	7,2%	-16,8%

\* I dati relativi ai beneficiari ed agli esclusi sono provvisori.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Comune di Terni (anni vari)

#### LA DIMENSIONE SOCIALE DELLA SALUTE NEL COMUNE DI TERNI

**Tab. 46 - Le pensioni di anzianità nel comune di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2009**

Territorio	Pensioni di invalidità		Pensioni totali		Incidenza del numero di pensioni di invalidità ( a )/( b )
	N° pensioni ( a )	Importo medio mensile in euro	N° pensioni ( b )	Importo medio mensile in euro	
Comune di Terni	5.348	635,44	33.523	925,25	16,0%
Umbria	41.441	555,16	272.568	707,99	15,2%
Italia	1.705.934	560,62	15.621.268	773,98	10,9%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati INPS (2009)

#### L'INCLUSIONE E LA COESIONE SOCIALE

**Tab. 47 - Destinazione del 5 per mille al proprio comune di residenza: numero di scelte ed importo (in Euro) per attività sociali, comune di Terni e media nazionale, 2006**

Comuni di residenza	N° scelte	Importo	Importo medio per contribuente
Comune di Terni	2.673	56.284,97	21,06
Totale comuni italiani	1.744.499	37.980.794,01	21,77

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Agenzia delle Entrate (2006)

## QUALITÀ DELLA VITA

Per il 2003, 2006 e 2010 la provincia di Terni è risultata più sicura rispetto alla media regionale e nazionale, con il minore tasso di reati totali denunciati ogni 1.000 abitanti.

Nel comune di Terni la disponibilità di verde pubblico per abitante e per bambino (fino ai 6 anni) è diminuita dal 2003 al 2009 rispettivamente del 4,5% e dell'11,6%.

**Tab. 48 - Reati totali e distinti per tipologia, ogni 1.000 abitanti, nella provincia di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003/2006/2010**

			Totale delitti	Lesioni dolose	Violenze sessuali	Furti	Rapine	Estorsioni
2003	Prov. di Terni	per 1.000 ab.	33,07	0,33	0,05	17,15	0,25	0,05
	Umbria	per 1.000 ab.	33,84	0,26	0,04	20,70	0,30	0,04
	Italia	per 1.000 ab.	38,93	0,50	0,04	22,77	0,70	0,06
2006	Provincia di Terni	per 1.000 ab.	35,46	0,83	0,04	17,21	0,29	0,06
		Var. % 2003-2006	7,2%	156,5%	-35,2%	0,4%	12,8%	23,7%
	Umbria	per 1.000 ab.	39,17	0,91	0,06	22,52	0,34	0,06
		Var. % 2003-2006	15,8%	251,1%	42,8%	8,8%	12,8%	76,2%
	Italia	per 1.000 ab.	43,90	0,96	0,07	25,59	0,78	0,09
		Var. % 2003-2006	12,8%	92,5%	54,2%	12,4%	12,0%	49,5%
2010	Provincia di Terni	per 1.000 ab.	36,54	0,69	0,07	15,64	0,18	0,06
		Var. % 2006-2010	3,1%	-17,5%	94,7%	-9,1%	-37,1%	-9,6%
	Umbria	per 1.000 ab.	38,40	0,88	0,09	18,64	0,23	0,07
		Var. % 2006-2010	-2,0%	-3,5%	42,7%	-17,2%	-31,5%	15,6%
	Italia	per 1.000 ab.	43,58	1,09	0,08	21,84	0,59	0,10
		Var. % 2006-2010	-0,7%	12,8%	20,2%	-14,7%	-24,1%	8,4%
Var. % 2003-2010	Provincia di Terni		10,5%	111,6%	26,2%	-8,8%	-29,0%	11,9%
	Umbria		13,5%	238,7%	103,7%	-10,0%	-22,7%	103,7%
	Italia		12,0%	117,2%	85,4%	-4,1%	-14,9%	62,1%

I dati si riferiscono al 1 gennaio di ogni anno.

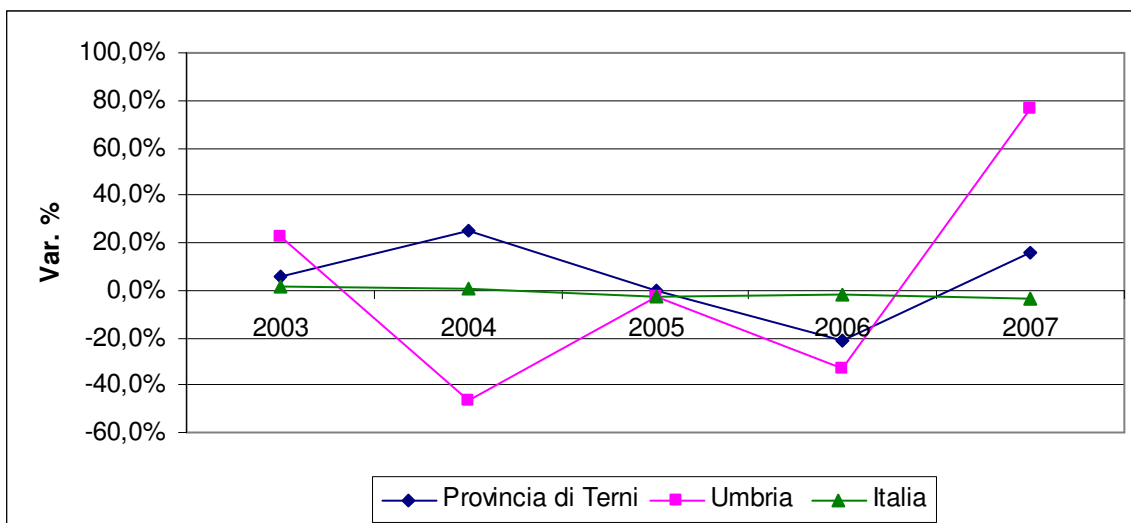
Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (anni vari)

**Tab. 49 - Minorenni denunciati per luogo del commesso reato, nella provincia di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2002-2007**

Territorio	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Var. % 2002-2007
Provincia di Terni	112	118	148	148	116	134	19,6%
Umbria	854	1.044	558	543	365	645	-24,5%
Italia	40.588	41.212	41.529	40.364	39.626	38.193	-5,9%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Fig. 19 - Variazione percentuale del numero di minorenni denunciati per luogo del commesso reato, nella provincia di Terni, nella regione Umbria ed in Italia, 2003-2007**



Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

**Tab. 50 - Metri quadri di verde pubblico per abitante e per bambino (0-6 anni) nel comune di Terni, 2003/2006/2009**

Disponibilità di verde pubblico				
Anno	Mq per abitante	Var. %	Mq per bambino	Var. %
2003	429,9	-	8.154,2	-
2006	420,0	-2,3%	7.616,9	-6,6%
2009	410,4	-2,3%	7.208,1	-5,4%
Var. % 2003-2009		-4,5%		-11,6%

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Istat (anni vari)

## PARTE TERZA

### LE RISORSE COMUNALI PER IL WELFARE E LA LORO DISTRIBUZIONE

#### LA SPESA SOCIALE CORRENTE

Con riferimento al 2008, ultimo dato disponibile del bilancio consuntivo del comune di Terni, la spesa sociale corrente costituisce circa 1/5 della spesa corrente totale.

La funzione di "assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona" è la voce di spesa corrente sociale preponderante (67% sul totale della spesa sociale corrente), con un valore pro capite pari a 106 euro.

La funzione relativa alle "strutture residenziali e di ricovero per anziani" fa registrare tra il 2006-2008 un incremento del valore di spesa pro capite (poco più che raddoppiato), costituendo nel 2008 il 10% della spesa sociale corrente.

La spesa destinata ad "asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori" occupa nel 2008 il restante 23% della spesa sociale corrente.

Infine la spesa sociale corrente pro capite del comune di Terni (158,6 euro) risulta allineata a quella sostenuta dal comune di Vicenza (153,7 euro) e di Forlì (155,9 euro), entrambi appartenenti ai 15 comuni italiani caratterizzati da una dimensione demografica omogenea al comune di Terni.

**Tab. 51 - Ripartizione della spesa corrente per funzioni nel settore sociale a livello pro capite, bilanci consuntivi del comune di Terni 2006-2008**

Spesa corrente per funzioni nel settore sociale	2006	2007		2008		Var. % 2006-2008
	Val. pro capite	Val. pro capite	Var. % 2006-2007	Val. pro capite	Var. % 2007-2008	
Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	22,8	23,3	2,0%	36,1	55,3%	58,4%
Strutture residenziali e di ricovero per anziani	7,4	25,3	241,2%	16,1	-36,3%	117,2%
Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona	97,9	84,2	-14,0%	106,3	26,3%	8,6%
<b>Totale spesa sociale corrente</b>	<b>128,2</b>	<b>132,8</b>	<b>3,6%</b>	<b>158,6</b>	<b>19,4%</b>	<b>23,7%</b>

I dati si riferiscono alle spese correnti (impegni) espresse in Euro, al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi.

Il totale della spesa sociale corrente non comprende le spese per il servizio necroscopico e cimiteriale. Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (anni vari)

**Tab. 52 - Trend della percentuale di spesa sociale corrente rispetto al totale della spesa corrente, bilanci consuntivi del comune di Terni 2006-2008**

Anno	Totale spesa sociale corrente (a)	Totale spesa corrente (b)	% della spesa sociale corrente (a)/(b)	Var. %
2006	14.075.554	82.666.295	17,0%	-
2007	14.733.383	86.069.326	17,1%	0,5%
2008	17.766.992	96.206.191	18,5%	7,9%
Var. % 2006-2008				8,5%

I dati si riferiscono alle spese correnti (impegni) espresse in Euro, al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi.

Il totale della spesa sociale corrente ed il totale della spesa corrente non comprendono le spese per il servizio necroscopico e cimiteriale.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (anni vari)

**Tab. 53 - Percentuale di spesa sociale corrente rispetto al totale della spesa corrente, bilanci consuntivi del comune di Terni, Perugia, Ancona e Pescara, 2008**

Anno	Totale spesa sociale corrente (a)	Totale spesa corrente (b)	% della spesa sociale corrente (a)/(b)
<b>Terni</b>	<b>17.766.992</b>	<b>96.206.191</b>	<b>18,5%</b>
Perugia	18.930.199	136.366.461	13,9%
Ancona	17.199.334	105.294.915	16,3%
Pescara	11.848.431	92.248.557	12,8%

I dati si riferiscono alle spese correnti (impegni) espresse in Euro, al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi.

Il totale della spesa sociale corrente ed il totale della spesa corrente non comprendono le spese per il servizio necroscopico e cimiteriale.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (2008)

**Tab. 54 - Ripartizione della spesa corrente per funzioni nel settore sociale in percentuale della spesa sociale corrente totale, bilanci consuntivi del comune di Terni 2006-2008**

Spesa corrente per funzioni nel settore sociale	2006	2007		2008		Var. % 2006-2008
	% sul totale della spesa sociale corrente	% sul totale della spesa sociale corrente	Var. % 2006-2007	% sul totale della spesa sociale corrente	Var. % 2007-2008	
Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	17,8%	17,5%	-1,6%	22,8%	30,1%	28,0%
Strutture residenziali e di ricovero per anziani	5,8%	19,1%	229,3%	10,2%	-46,7%	75,5%
Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona	76,4%	63,4%	-17,0%	67,0%	5,7%	-12,3%
<b>Totale spesa sociale corrente</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>

I dati si riferiscono alle spese correnti (impegni) al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi.

Il totale della spesa sociale corrente non contempla le spese per il servizio necroscopico e cimiteriale. Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (anni vari)

**Tab. 55 - Ripartizione della spesa corrente per funzioni nel settore sociale in percentuale della spesa sociale corrente totale, bilanci consuntivi del comune di Terni, Perugia, Ancona e Pescara, 2008**

Spesa corrente per funzioni nel settore sociale	% sul totale della spesa sociale corrente			
	Terni	Perugia	Ancona	Pescara
Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	22,8%	44,1%	47,1%	35,6%
Servizi di prevenzione e riabilitazione	-	-	1,3%	2,4%
Strutture residenziali e di ricovero per anziani	10,2%	-	7,2%	6,2%
Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona	67,0%	55,9%	44,4%	55,7%
<b>Totale spesa sociale corrente</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

I dati si riferiscono alle spese correnti (impegni) al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi.

Il totale della spesa sociale corrente non contempla le spese per il servizio necroscopico e cimiteriale. Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (2008)

**Tab. 56 - Confronto della spesa sociale corrente totale e pro capite dei comuni capoluogo di provincia umbri, 2008**

Comune	Totale spesa sociale corrente	Totale spesa sociale corrente pro capite
<b>Terni</b>	<b>17.766.992</b>	<b>158,6</b>
Perugia	18.930.199	114,6
Media comuni capoluogo Umbria	18.348.595,5	136,6

I dati si riferiscono alle spese sociali correnti (impegni) espresse in Euro, al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi e al netto delle spese per il servizio necroscopico e cimiteriale.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (2008)

**Tab. 57 - Confronto della spesa sociale corrente pro capite del comune di Terni con quella di altri comuni italiani della stessa dimensione demografica, bilanci consuntivi dei comuni 2008**

Comuni	Totale spesa sociale corrente	Totale spesa sociale corrente pro capite
<b>Terni</b>	<b>17.766.992</b>	<b>158,6</b>
Novara	21.284.987	205,4
Bergamo	19.810.800	169,8
Monza	24.648.667	203,2
Bolzano	49.308.230	483,8
Vicenza	17.673.419	153,7
Ferrara	24.666.536	183,4
Forlì	18.120.768	155,9
Piacenza	22.078.096	216,9
Rimini	24.039.766	171,5
Ancona	17.199.334	168,5
Latina	13.932.821	118,9
Pescara	11.848.431	96,3
Salerno	24.495.329	174,4
Siracusa	25.419.858	204,9
Sassari	27.196.470	208,7
<b>Media 15 comuni con dimensione demografica omogenea a Terni</b>	<b>22.781.567</b>	<b>194,4</b>

I dati si riferiscono alle spese sociali correnti (impegni) espresse in Euro, al netto degli interessi passivi ed oneri finanziari diversi e al netto delle spese per il servizio necroscopico e cimiteriale.

Fonte: elaborazione Cittalia su dati Ministero dell'Interno (2008)



## **5. Condividere per governare. L'architettura e la governance di sistema: gli Assi strategici di Piano, i Laboratori cittadini di progettazione partecipata e le fasi del percorso metodologico**

### **Gli Assi strategici di Piano**

Sulla base della lettura dei dati emergenti dall'analisi di contesto sono stati individuati gli Assi strategici di Piano.

Questi sono classificati all'interno di tre tipologie di interventi declinate in : *Macroaree – Focus specifici – Azioni di sistema*.

Le **MacroAree** corrispondono ai temi discussi ed elaborati dai cinque Laboratori cittadini e costituiscono il telaio portante del Piano:

- servizi alla persona;
- i nuovi cittadini;
- abitare sociale;
- cittadini in crescita;
- occupabilità e fasce deboli.

I **Focus specifici** corrispondono a temi/programmi che sono emersi durante incontri di approfondimento che l'Assessorato ai Servizi Sociali ha svolto con alcuni Attori rilevanti del territorio e che toccano aspetti cruciali dello sviluppo del welfare locale:

- Anziani;
- Disabili e Progetti individuali;
- Mediazione penale minorile.

Le **Azioni di Sistema** corrispondono alle aree tematiche generali delle Conferenze cittadine che si svolgeranno nella seconda fase del percorso:

- Nuove povertà e politiche per le famiglie;
- Politiche urbane di sviluppo inclusivo;
- Politiche contro le discriminazioni.

Le tre Conferenze cittadine avranno come obiettivo di fondo la messa a fuoco del tema trasversale : "un nuovo welfare urbano: strategie e programmi per una Città accessibile e inclusiva".



## **VISIONE SOCIALE**

un sistema di protezione sociale attivo che abbia una valenza dinamica in modo da superare il carattere passivizzante tipico del Welfare del risarcimento favorendo la promozione e il consolidamento di un Welfare dello sviluppo e delle capacità.



### **OBIETTIVI CHIAVE**

Benessere sociale  
Bisogni fondamentali  
Priorità d'intervento  
Inclusione sociale  
Consapevolezza riflessiva  
Reti comunitarie e  
Capitale sociale

### **VALORI FONDAMENTALI**

Interesse generale  
Beni comuni  
Giustizia sociale  
Democrazia locale  
Sussidiarietà  
Solidarietà



## **ASSI STRATEGICI**

### **MACROAREE**

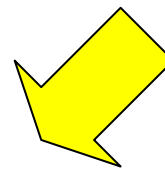
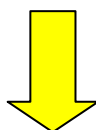
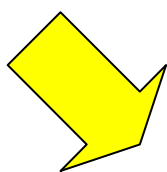
Servizi alla persona  
I nuovi cittadini  
Abitare sociale  
Cittadini in crescita  
Occupabilità e  
fasce deboli

### **FOCUS**

Anziani  
Disabili e progetto  
individuale  
Mediazione penale  
minorile

### **AZIONI di SISTEMA**

Nuove povertà e  
politiche per le  
famiglie  
Politiche urbane di  
sviluppo inclusivo  
Politiche contro le



**Un nuovo welfare urbano :  
Strategie e programmi per una città  
accessibile  
e inclusiva**

## **I Laboratori cittadini di progettazione partecipata e le fasi del percorso metodologico**

Allo scopo di perseguire i suddetti obiettivi, il Comune di Terni ha messo in campo una metodologia, come quella del PRS (una buona pratica già sperimentata nelle città a maggior complessità sociale come Roma, Genova e Torino), in grado di realizzare un programma complesso fondato su obiettivi concreti definiti in maniera chiara e misurabili. Un impegno volto a costruire un percorso partecipativo condiviso sia nel senso di favorire la razionalizzazione delle risorse sia nel senso di agire come leva per innovare contenuti e modalità con cui si progettano le politiche pubbliche.

Il PRS di Terni, coordinato dall'Assessorato ai Servizi sociali del Comune, è imperniato sulla possibilità di integrare e coordinare le attività programmatiche dei servizi sociali con quelle di tutti i settori, amministrativi e non, rilevanti per la salute e il benessere della società locale, attraverso un rinnovato protagonismo della comunità e delle forze vive del territorio.

Diverse Amministrazioni e parecchi attori sociali hanno realizzato pratiche innovative di sviluppo (economico e sociale) e di rigenerazione urbana basate su insiemi coordinati di politiche che integrano settori diversi (casa, lavoro, servizi, ecc.) in interventi multidimensionali che prevedono il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti implicati.

In luogo di azioni di tipo riparativo, che intervenivano sugli effetti indesiderati di politiche di sviluppo, formulate ed attuate a prescindere da come finivano per impattare il conteso sociale e territoriale, le politiche integrate di welfare, consentono di agire direttamente e in maniera coordinata, su specifici aspetti che attengono la coesione e l'integrazione sociale e indirettamente attraverso azioni che agiscono in direzione di un mutamento di variabili, fattori e processi che solo apparentemente appaiono distanti.

Pertanto la politica sociale deve essere considerata non come mera erogazione di prestazioni e servizi tesi a riparare determinati guasti sociali, ma come una serie di azioni tra loro integrate e coordinate all'interno di piani e programmi finalizzati ad assicurare il benessere sociale dei cittadini e le condizioni di base affinché una società possa riprodursi.

In questa ottica il presente Piano adotta una logica di integrazione fra politiche universali: le politiche sociali e quelle sanitarie, le politiche culturali e formative e le politiche per le pari opportunità e l'integrazione.

In secondo luogo, intende promuovere l'integrazione delle politiche del territorio: le politiche ambientali e le politiche di riqualificazione urbana tese a evitare forme di degrado e ad "infrastrutturare" i contesti cittadini in termini di qualità sociale (abitazioni decorose, spazi pubblici agibili, azioni di sostegno e di stimolo alle pratiche di "cittadinanza attiva" di coesione e di integrazione); le politiche della sicurezza tese a rendere meno invasiva la sensazione di vulnerabilità e a migliorare la percezione di carente qualità sociale.

Infine propone l'integrazione fra le politiche economiche e del lavoro: le politiche per l'occupazione e l'occupabilità e le politiche di sviluppo locale.

L'integrazione delle politiche appare dunque irrinunciabile perché legata ad una precisa idea di sviluppo che oltre a dover essere sostenibile dal punto di vista economico ed ambientale, lo deve essere anche dal punto di vista sociale e territoriale.

E risulta irrinunciabile anche per il cittadino, sia sul versante della percezione della qualità sociale e sia su quello di sentirsi al centro di servizi effettivamente globali, realizzando un importante cambio di paradigma: "dal cittadino che ruota attorno ai servizi, ai servizi costruiti attorno ai bisogni della persona" (PSN 1998-2000).

Oggetto dunque dell'integrazione è in primo luogo la sostenibilità intesa non soltanto riduttivamente come dato economico-finanziario, ma come preconditione per la conservazione di uno sviluppo duraturo, in grado di garantire equità sociale (all'interno delle singole comunità e nel rapporto tra esse e gli individui), equità territoriale (tra le varie aree urbane, es.: centro-periferia), equità intergenerazionale (tra le presenti e le future comunità).

Se l'integrazione deve assicurare la sostenibilità e la coesione, non può essere pensata come un risultato di pianificazione rigida, piuttosto si configura come un processo di costruzione alla cui base vi è un approccio strategico di tipo adattivo, cioè che apporta nel tempo una serie di elementi migliorativi e conoscitivi ulteriori, che reindirizzano il percorso in maniera più funzionale.

### **Prima fase del percorso**

Il 16 Settembre 2010, con un Tavolo plenario di concertazione al quale sono stati invitati a partecipare più di 300 soggetti (Organizzazioni sindacali, Sindaci e degli Assessori della Zona Sociale n. 10, Presidenti delle Circostrizioni, Questura, Prefettura, Tribunale per i minori, Uffici di Cittadinanza, Associazioni di categoria, Fondazione CARIT, Ordini professionali, Università, ASL4, Azienda Ospedaliera di Terni, Cooperative Sociali, Associazioni Sociali e Sanitarie, Associazioni di Immigrati, Associazioni di protezione Civile e Ambientale, Associazioni Culturali ed Artistiche, Associazioni Educative e Formative, Associazioni rappresentative della Disabilità, Associazioni Sportive, Centri Giovanili, CESVOL, CARITAS, Forum Terzo Settore), ha avuto inizio il percorso partecipato che si concluderà con la predisposizione ufficiale del Piano Regolatore del Sociale di Terni.

In quella sede è stato deciso di impostare il lavoro intorno a 5 assi tematici dando luogo a 5 laboratori di progettazione partecipata articolati su alcune priorità stabilite dall'Amministrazione:

- Servizi alla persona: verso un nuovo modello di assistenza, il progetto individuale e le reti comunitarie, come ottimizzare l'integrazione Comune - ASL;
- I nuovi cittadini: il problema della rappresentanza e della partecipazione dei migranti ("oltre la Consulta": dalla Consulta degli immigrati alla Consulta per l'immigrazione), le politiche per l'accoglienza, servizi all'immigrazione;

- Abitare sociale: nuovi strumenti di "social housing" (sia nella costruzione di alloggi che nei servizi), assegnazione alloggi popolari, emergenza abitativa, proposte/osservazioni sulla attuale legge regionale;
- Cittadini in crescita: politiche e servizi per le famiglie e i minori;
- Occupabilità e fasce deboli: programmi di inserimento lavorativo, integrazione sociale soggetti svantaggiati, sviluppo dell'impresa sociale.

I Laboratori attivati dopo il lancio ufficiale del percorso cittadino sono stati tre: Servizi alla persona, Abitare sociale e Nuovi cittadini.

La partecipazione ai laboratori attivati è stata piuttosto buona avendo l'insieme delle attività coinvolto nei lavori 110 soggetti, con una media di 20 tra gruppi e sottogruppi.

E' stato realizzato anche un seminario "L'Europa Sociale e i Programmi comunitari" il 9 Dicembre 2010 finalizzato a illustrare le opportunità relative al welfare messe in campo dall'Unione Europea ed il ruolo del Comune di Terni nella progettazione comunitaria.

Gli altri due laboratori (Occupabilità e Cittadini in crescita) hanno avuto inizio nel mese di Febbraio 2011 attraverso l'attivazione di gruppi di lavoro specifici individuati dall'Amministrazione comunale.

## **Seconda fase del percorso**

A fine Marzo 2011 sarà convocata una "Conferenza cittadina" per condividere le linee del Documento di Piano contenute nel report intermedio ed aprire la seconda parte del percorso del PRS durante la quale, a partire da Aprile 2011, saranno realizzate 3 ulteriori conferenze cittadine che avranno come tema di fondo: Un nuovo welfare urbano: strategie e programmi per una Città accessibile e inclusiva.

La finalità di questa seconda tappa sarà quella di raccogliere contributi e suggerimenti su alcune prospettive indicate dall'Amministrazione Comunale al fine di individuare le direttrici di azione per la definizione di una Strategia locale per una Città accessibile ed inclusiva sulla base di Programmi urbani integrati.

I temi saranno affrontati secondo logiche multilivello afferenti a differenti comparti di politiche pubbliche e saranno:

- Nuove povertà e Politiche per le famiglie;
- Politiche urbane di sviluppo inclusivo (Piano per l'abbattimento delle barriere architettoniche e Piano urbano Mobilità);
- Politiche contro le discriminazioni (Agenda 22, Politiche di genere, Politiche di convivenza e vivibilità urbana).

Le tre Conferenze Cittadine avranno l'obiettivo di mettere a fuoco tre Azioni di sistema e concorreranno a definire, insieme alle linee prioritarie di intervento (MacroAree e Focus specifici), il Piano d'Azione del PRS di Terni

Questa seconda fase di svolgerà secondo il seguente cronogramma:

→ APRILE 2011: *CONFERENZA CITTADINA SUL TEMA NUOVE POVERTA' E POLITICHE PER LE FAMIGLIE;*

→ MAGGIO 2011: *CONFERENZA CITTADINA SUL TEMA DELLE POLITICHE URBANE DI SVILUPPO INCLUSIVO;*

→ GIUGNO 2011: *CONFERENZA CITTADINA SUL TEMA DELLE POLITICHE CONTRO LE DISCRIMINAZIONI*

Entro Luglio- Novembre 2011 presentazione del Documento di Piano agli Organi istituzionali per l'avvio dell'iter procedurale per l'adozione finale del PRS (Giunta Comunale, Commissione Consiliare, Consiglio Comunale).

Nel Dicembre 2011 sarà convocata una Conferenza Cittadina conclusiva per la restituzione/presentazione del Piano Regolatore sociale della città di Terni.

## **6. Programmare per scegliere. Le Aree prioritarie di intervento**

In questa sezione presentiamo il risultato del lavoro dei Laboratori articolati per 5 Macroaree e 3 Focus specifici.

Le Schede documentano il prodotto di un processo di elaborazione condivisa, che, a "densità variabile", ha rappresentato un cantiere di lavoro improntato al confronto dialogico ed alla pianificazione interattiva col supporto e la conduzione di Operatori dei Servizi pubblici.

L'insieme di questi soggetti rappresentano il vero Attore collettivo del Piano Regolatore Sociale di Terni.

### **LE MACROAREE**

#### **1. SERVIZI ALLA PERSONA E PER LE FAMIGLIE - INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

##### *Premessa*

Il laboratorio "Servizi alla persona e per le famiglie- integrazione socio-sanitaria" ha orientato le sue riflessioni verso alcune aree della popolazione interessate dai servizi socio-sanitari. Di seguito infatti si sono affrontate le aree sociali di integrazione riguardanti i Disabili minori ed adulti e l'area Anziani, come previsto nel Documento Conclusivo, elaborato dal Tavolo Tecnico dei Comuni, parte integrante della D.G.R. n. 21/05 "Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del D.P.C.M. 14 febbraio 2001" che ha individuato una parziale applicabilità degli indirizzi normativi nazionali in materia. Infatti in assenza di una adeguata riallocazione strumentale, finanziaria e professionale tra il comparto sanitario e quello sociale, i Comuni, nel documento, hanno ritenuto di non adottare i criteri di cofinanziamento previsti nel D.P.C.M. verso le aree sociali della salute mentale, le dipendenze, le patologie da infezione da Hiv, rimandando tale aspetto all'avvio di una fase negoziale successiva.

##### *Articolazione del laboratorio*

Il laboratorio "Servizi alla persona e per le famiglie (integrazione socio-sanitaria)" è stato articolato in 4 tavoli di progettazione partecipata, di cui uno con approfondimento tematico dal contenuto trasversale a tutti, dal titolo "*Approccio metodologico condiviso: presa in carico e progetto individuale*", tre con approfondimenti specifici legati ai target "*Disabili Minori*", "*Disabili Adulti*", "*Anziani*" e loro interazione con la rete.

GRUPPO "APPROCCIO METODOLOGICO CONDIVISO: PRESA IN CARICO E PROGETTO INDIVIDUALE":

Il gruppo dedicato all'approccio metodologico ha lavorato per introdurre e socializzare con gli iscritti, la complessa revisione metodologica in atto nel sistema dei servizi, avviata all'insegna dei criteri di appropriatezza, personalizzazione ed equità delle risposte.

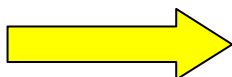
Perciò gli obiettivi intermedi ed i risultati attesi dal laboratorio sono stati:

- esplicitazione delle modalità e dei criteri di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali (PUA) ed erogazione dei servizi/prestazioni;
- descrizione delle fasi del processo di lavoro che identificano il concetto di "presa in carico";
- esplicitazione del concetto di Progetto Individuale (PAI), definizione di tempi e di modalità di attuazione, tempi e criteri di valutazione e verifica, individuazione delle risorse/prestazioni attivabili, modulazione degli interventi/risorse, risultati attesi, compartecipazione ai costi da parte del cittadino/famiglia;
- protagonismo della persona con disabilità e della famiglia nella definizione del Progetto Individuale, modalità e tempi di attuazione,
- Definizione della responsabilità del Progetto Individuale, criteri per l'individuazione del case-manager.
- compartecipazione alla spesa da parte del cittadino/famiglia;

Gli altri tre sottogruppi hanno lavorato affinché attraverso l'analisi dell'offerta dei servizi esistenti, venissero individuate risorse e criticità su cui orientare l'azione programmatica ed il ridisegno del sistema dei servizi. In tal senso gli obiettivi intermedi ed i risultati attesi dai laboratori specifici per aree della popolazione sono stati:

Gruppo "Disabili Minori"

Gruppo "Disabili Adulti"



interazione con la rete

Gruppo "Anziani"

- Approfondimento conoscitivo della rete formale ed informale territoriale;
- Esplicitazione di buone prassi presenti nella logica di rete (collaborazioni avviate dalle Istituzioni, collaborazioni avviate autonomamente, ecc...)
- Progettazione di ipotesi di apertura/ampliamento delle collaborazioni esistenti tra i luoghi educativi/ riabilitativi e la comunità;
- Individuazione e progettazione di esperienze innovative di rete.

*Esigibilità e soggettività dei diritti: il punto nel Piano Regolatore Sociale*

Nell'ambito del confronto svoltosi entro il tavolo di lavoro del PRS, sono emersi vari e specifici quesiti che attengono il tema dei diritti sociali; si è spaziato dall'individuazione dei diritti esigibili, alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, alla regolazione dei criteri

di accesso alle prestazioni, ed all'esigenza di esplicitare la metodologia di costruzione del progetto individualizzato. L'allocazione dei quesiti emersi entro precisi piani teorici, per la pregnanza dei loro contenuti e per la loro stretta correlazione, ha richiesto tempi di approfondimento che hanno consentito di filtrare dagli aspetti incerti e frammentari la materia, per ricostruire entro il tavolo di lavoro, una rappresentazione della materia socio-sanitaria entro un quadro organico.

In base a tali sollecitazioni si evidenzia quanto segue:

1. Con l. 296/2006 (art. 1 c. 1264 e c. 1265) è stato istituito il Fondo Nazionale sulla Non Autosufficienza, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (ex art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328) su tutto il territorio nazionale, con riguardo alle persone non autosufficienti.

Nello specifico il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (più avanti n.a.) ha individuato alcune aree prioritarie di intervento, riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni sociali, quali:

- la previsione ed il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni ed ai servizi, con particolare riferimento alla condizione di n.a.;
- l'attivazione di modalità di presa in carico della persona n.a. attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto delle prestazioni socio-sanitarie erogate dai servizi territoriali;
- l'attivazione o il rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona n.a..

2. la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali spetta allo Stato che nella recente legge sul federalismo fiscale (legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione"), che è destinato a ridisegnare, oltre che la finanza e la fiscalità pubblica, anche il nostro sistema di welfare, ha approvato la loro esplicitazione entro il maggio 2011.

3. i diritti sociali esigibili e le prestazioni assistenziali esigibili, sono assicurati per legge dall'Inps. A questi si può accedere in possesso di requisiti definiti dalla normativa in materia, in tal modo il diritto è esigibile e si traduce in erogazione monetaria (assegno di assistenza agli invalidi civili, indennità di frequenza scolastica a minori handicappati, pensione di inabilità, indennità di accompagnamento, pensione ai ciechi assoluti, pensione ai ciechi parziali, indennità speciale ai ciechi ventimisti, pensione ai sordomuti, indennità di comunicazione, ...).

La Regione Umbria:



A) con l.r. 9/2008 ha istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza che ha fissato:

- le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti;
- le modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti;
- le prestazioni garantite attraverso il Piano assistenziale personalizzato, che in sede di prima applicazione, si rivolgono *in via prioritaria alle persone con un alto bisogno assistenziale*.

B) Con Regolamento n.4/2009 (Disciplina di attuazione della l.r. 9/2008) la Regione Umbria ha individuato la gravità clinica, la bassa redditività e l'alta fragilità dell'assistito quali indicatori che garantiscono la priorità nell'accesso alle prestazioni.

C) Con D.G.R. n.230/2009, sono stati individuati criteri uniformi per la composizione delle Unità Multidisciplinari di valutazione nonché criteri comuni di classificazione dei casi sottoposti a valutazione di non autosufficienza.

In attesa dell'individuazione statale dei livelli essenziali delle singole prestazioni di assistenza sociale (con l'identificazione dei beneficiari, con lo standard di erogazione, "chi deve avere diritto a che cosa e quando") sembra opportuno nell'ambito del welfare locale, nello specifico del PRS, iniziare ad esplicitare e a qualificare i bisogni di vita della persona non autosufficiente e disabile, procedendo poi ad una loro graduazione, dai primari ai secondari.

Quindi dal lavoro di raffronto tra i bisogni evidenziati e le risposte codificate presenti, nel verificare il livello di copertura ai bisogni rilevati, si può creare la premessa per l'avvio di un percorso riformatore, che punti innanzitutto alla protezione delle situazioni maggiormente esposte alla vulnerabilità ed alla fragilità.

Il lavoro dei quattro sottogruppi ha trovato fasi di approfondimento in sessione plenaria, che ha affrontato il tema del welfare dell'accesso e l'individuazione dei bisogni prevalenti.

#### UN MODELLO INTEGRATO: **IL PUNTO UNICO DI ACCESSO**

Il welfare dell'accesso si configura come l'articolazione zonale/distrettuale di un presidio pubblico nel senso di una infrastruttura socio-sanitaria di base del territorio all'interno di un bacino omogeneo di riferimento per generare e sostenere percorsi di cittadinanza inclusiva, supporto sociale e piani di cura personalizzati.

Nella pratiche sperimentali e nella letteratura corrente tale dispositivo assume la denominazione di PUA ossia di "porta unitaria di accesso" o "Punto unico di accesso" (riferita ad interventi a carattere sociosanitario) che può essere definito nel modo seguente:

- Il punto unico di accesso è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza. Il PUA è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.

A partire da questo inquadramento, il PUA rappresenta una nuova modalità organizzativa di tipo unitaria ed integrata per rispondere alla crescente complessità dei bisogni di salute, attivando un sistema capillarizzato di servizi di prossimità che, proprio per questa funzione primaria, realizzano un livello essenziale del welfare locale: quello dell'accoglienza e dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini che, nell'ASL 4, si incardinano nel doppio binario dei Centri di Salute distrettuali e degli Uffici della Cittadinanza zonali così come previsto dall' art. 27 della L.R. 28 dicembre 2009, n. 26 in materia di "Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali".

In tal modo si viene a prefigurare "un percorso unico ad accesso multiplo" o anche un sistema unificato di "accesso diffuso" in cui l'unicità non è un semplice connotato spaziale, ma un elemento di tipo organizzativo al fine di garantire una reale unitarietà degli interventi facilitando la presa in carico, promuovendo la parità di trattamento, favorendo percorsi personalizzati e tutelando l'equità di accesso ai servizi.

Sotto questo aspetto l'obiettivo strategico consiste nell'organizzare un'offerta attiva ( nel senso della visibilità e della prossimità) in maniera da intercettare, sulla base di una reale equità, i bisogni delle persone derivanti da problemi di salute e fragilità sociale, rendendo effettivamente fruibili i servizi e consentendo prioritariamente un contatto reale con le fasce svantaggiate della popolazione maggiormente colpite da fenomeni di deprivazione sia per quanto riguarda l'esercizio dei propri diritti che la conoscenza dei percorsi assistenziali disponibili.

Da questo macro obiettivo discendono un grappolo di obiettivi specifici, quali:

- l'identificazione dei diversi livelli di complessità della risposta ("semplice sociale" o "semplice sanitario" e "complesso sociosanitario");
- una ragionevole tempestività per le risposte semplici;
- il raccordo di tipo organizzativo-gestionale per risposte complesse;
- la garanzia della qualità appropriativa della risposta.

In questa logica, il PUA non è tanto un centro erogativo di prestazioni specifiche quanto un luogo di accoglienza e di orientamento le cui funzioni essenziali possono essere ricondotte alle seguenti dimensioni:

### 1. *INFORMAZIONE/CONOSCENZA:*

La funzione informativa, che costituisce la base delle attività del PUA, pur senza esaurirsi in essa, comprende tutte quelle attività che, partendo dall'ascolto dei bisogni/richieste dell'utente, informano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai servizi locali. La funzione informativa può contemplare la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute e l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche.

Si tratta, perciò, di:

- Fornire informazioni aggiornate e tempestive sui servizi e sulle risorse disponibili sul territorio;
- Rafforzare la capacità della persona di esprimere la domanda, di conoscere ed operare scelte nel complesso sistema dei servizi incrementando i livelli di consapevolezza delle persone;
- Raccogliere e, all'occorrenza, inoltrare le domande di prestazioni ad altri servizi
- Semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi insieme a quelli sanitari (es. modulistica e domande per assegno di cura, buono servizio, invalidità etc.)

### 2. *PROMOZIONE/OSSERVATORIO*

Il PUA svolge una funzione di promozione/osservatorio in quanto esplica una modalità proattiva e di animazione territoriale con l'obiettivo di:

- promuovere all'esterno un servizio e la sua visibilità sul territorio;
- tutelare l'esigibilità dei diritti sociali dei cittadini/utenti e promuovere il corretto utilizzo del Sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;
- sviluppare reti di partenariato e di "empowerment" territoriale in una logica di rete.

A tale proposito, può svolgere le seguenti attività:

- Funzioni di osservatorio sui bisogni e sulla situazione globale della zona/distretto;
- Attività di monitoraggio della domanda rivolta al servizio.

### 3. *ORIENTAMENTO/ACCOMPAGNAMENTO*

La funzione di orientamento/accompagnamento costituisce una fase più avanzata rispetto a quella informativa e promozionale. Tale funzione si attiva in presenza di richieste o casi che richiedono:

- una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- un procedimento di assessment inteso come prima valutazione del bisogno per orientare correttamente e in modo unitario la domanda;
- un affiancamento all'utente nella fase di accesso al servizio richiesto (compilazione domanda, contatto con personale del servizio);
- un percorso di facilitazione per la messa in contatto dell'utente con i servizi di 2° livello o l'Uvm nell'eventualità in cui il caso sia di tipo complesso.

#### 4. ACCESSO/ATTIVAZIONE PERCORSO

L'apprezzabile differenza rispetto alle esperienze pregresse di dispositivi di ingresso consiste nella pregnanza che viene riconosciuta a quest'ultima dimensione: quella dell'accesso nel duplice senso o dell'attivazione diretta di risposte ( a fronte di bisogni semplici) o dell'avvio guidato di percorsi ( a fronte di bisogni complessi); ciò allo scopo di garantire, sulla base di un'analisi di appropriatezza della domanda, una reale fruizione dell'intera filiera di interventi in una "logica di sistema": accesso, valutazione multidimensionale, Progetto individualizzato, presa in carico, case/care management, continuità assistenziale.

In questo senso il Pua è uno dei luoghi elettivi dove si pratica l'integrazione socio-sanitaria su quattro livelli: istituzionale, professionale, gestionale e comunitario ( zona/distretto) mediante la costruzione di sinergie operative con gli altri servizi e con l'Unità di Valutazione Multidimensionale per l'elaborazione del progetto personalizzato fino alla attivazione della presa in carico strutturata.

Si tratta di operare un viraggio di grande rilievo, passando " dal malato che ruota attorno ai servizi, ai servizi costruiti attorno ai bisogni della persona" (PSN 1998-2000).

Pertanto le attività da garantire a questo livello sono:

- l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici;
- l'avvio guidato della presa in carico per garantire la continuità assistenziale in integrazione con la rete dei servizi, tramite:
- una prima valutazione del bisogno;
- la registrazione dell'accesso e apertura della "cartella integrata dell'assistito";
- l'attivazione dell' UVM per il caso complesso.

## LA **PRESA IN CARICO**: DALLA VALUTAZIONE DEL BISOGNO ALLA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI AZIONE

La rappresentazione del bisogno avviene entro una cornice professionale di ascolto che può confluire in una fase di "presa in carico". La presa in carico rappresenta un'assunzione di responsabilità professionale, individuale e collettiva (del singolo operatore, dell'équipe, del servizio) verso il singolo, il gruppo, la comunità in rapporto e risposta ad una domanda di intervento che può essere: esplicita/implicita, diretta/indiretta.

La presa in carico nasce da una domanda. La domanda è l'atto attraverso cui si comunica ciò di cui si ha bisogno, che si desidera o che si pensa possa risolvere il problema. È formulata in base alla conoscenza che si ha dell'offerta, al tipo di consapevolezza che si è raggiunta rispetto al problema.

Il problema a sua volta deriva da un bisogno non soddisfatto.

La valutazione del bisogno (assessment) è orientata ad individuare quale bisogno prevalente o quale insieme di bisogni insoddisfatti, presenta un individuo, nucleo o collettività, tenuto conto che un tratto caratterizzante del servizio sociale consiste nel considerare le necessità di vita di una persona nel loro insieme e nelle loro interrelazioni. La valutazione dei bisogni è dunque un processo a largo raggio che si distingue dal lavorare per uno specifico problema.

Un nodo critico emergente nella rilevazione dei bisogni è costituito dalla distinzione fra:

- bisogni definiti dall'operatore che sulla base di criteri codificati, individua le necessità cui, attraverso la sua rilevazione si dovrebbe far fronte;
- bisogni percepiti dai diretti interessati, vale a dire ciò che le persone desiderano per sé ed i propri congiunti;
- bisogni espressi, cioè esplicitati all'operatore attraverso una domanda d'aiuto o attraverso una richiesta di specifiche prestazioni;

Un secondo nodo critico consiste nella distinzione fra valutazione guidata dai bisogni e valutazione guidata dalle prestazioni.

La valutazione è guidata dai bisogni quando i bisogni delle persone sono espressi in termini di specifiche necessità di vita (es. affermare che un minore ha bisogno di essere guidato nei compiti, esprime una necessità di vita).

La valutazione è guidata dalle prestazioni quando i bisogni delle persone sono espressi in termini di attività che potrebbero soddisfarli (es. affermare che un minore necessita di essere inserito in un centro diurno esprime la necessità di una prestazione).

Individuare immediatamente le prestazioni chiude la strada dell'esplorazione di strategie diverse per dare risposte ai bisogni. Questa modalità di valutazione costituisce un rischio, poiché limita l'autodeterminazione delle persone nel ricercare le risposte migliori, inibisce la soggettiva percezione rispetto alla propria situazione di vita ed incentiva erogazioni

standardizzate. Considerato il limite di tale impostazione, proponiamo di assumere la valutazione in un'ottica di rete in grado anche di verificare le capacità di azione della persona coinvolta nel problema. (agency assessment).

A differenza della valutazione dei bisogni o dei diritti alle prestazioni, la valutazione dell'azione si propone di arrivare a conoscere quanto le persone che hanno "bisogni" o "problemi" siano consapevoli degli stessi e quanto siano disponibili o in grado di agire per farvi fronte (cfr. Empowerment- C. Piccardo -2007).

La presa in carico quindi indica un movimento processuale, che si traduce in un progetto condiviso e concordato con le persone coinvolte ed interessate, che ha come obiettivo principale, quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, anche se parziali, dei soggetti coinvolti.

L'individuazione e la definizione dei bisogni prevalenti

L'individuazione dei bisogni prevalenti, cui dare risposta, con servizi ed interventi ricadenti nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, riservando l'accesso e l'erogazione delle prestazioni, in via prioritaria, alle persone non autosufficienti e disabili con alto bisogno assistenziale, è stata guidata dai macro-criteri presentati nel Regolamento Regionale Umbro del P.r.i.n.a. n. 4/2009 (art. 4), che vengono elencati di seguito: gravità clinica, bassa redditualità, alta fragilità sociale, con una priorità nell'accesso direttamente proporzionale alla loro presenza.

L'accesso alle prestazioni verrà regolato anche ricorrendo allo strumento della compartecipazione dei costi quale modalità per assicurare una maggiore solidarietà fra cittadini con possibilità economiche differenti e bisogni assimilabili.

Le prestazioni garantite attraverso il Piano assistenziale personalizzato, in sede di prima applicazione, si rivolgono *in via prioritaria alle persone con un alto bisogno assistenziale*. Il PAP individua obiettivi da raggiungere per il mantenimento e/o miglioramento delle condizioni di salute dell'assistito, indica le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e disabile, nonché i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni ed i tempi di verifica.

Per un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona non autosufficiente e disabile, le UUMMVV, dovranno autorizzare e garantire attraverso il PAP una serie di prestazioni che siano:

- graduate sul bisogno assistenziale della persona non autosufficiente e disabile;
- erogabili con certezza (nei tempi e nella quantità);
- sostenibili dal sistema delle risorse territoriali.

L'esplicitazione di questi criteri, ha incontrato l'interesse degli iscritti, tra cui alcuni non al corrente dell'avanzamento normativo, operato dalla Regione Umbria in materia. Nel percorso dialettico finalizzato alla ricerca ed alla qualificazione dei bisogni prevalenti, sono stati

individuare, pur nella generale incertezza e difficoltà mostrati dagli iscritti nell'operare una classificazione delle priorità, alcune necessità basilari, quali: il bisogno di istruzione, il bisogno di socializzazione sia nel gruppo ristretto sia nel gruppo allargato, il bisogno di salute, il bisogno di autonomia.

Nell'individuazione della processualità che connota il percorso di aiuto, successivamente al momento della rappresentazione del bisogno, da parte della persona e della sua famiglia, assume un ruolo centrale, la fase della "riformulazione negoziata", tra questi ed il servizio cui ci si rivolge (servizi di primo livello - PUA ), cui segue, una specifica fase di approfondimento multidimensionale, nella sede delle UUMMVV.

Nel rappresentazione di questa fase del processo di lavoro, si nota dunque come assuma centralità la fase della negoziazione, della contrattualità tra il cittadino e la rete tecnico-amministrativa. Questa fase deve essere guidata dall'interazione con la persona che consente l'analisi dei bisogni e non essere ridotta ad una verifica dei requisiti amministrativi. L'esito dell'attività di analisi e valutazione multidimensionale, va restituito alla persona ed alla sua famiglia, con essi condiviso.

INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI ED ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE: AREA DOMICILIARITÀ, SEMI E RESIDENZIALITÀ

A fronte di un condiviso concetto di bisogno prevalente, cui fare fronte prioritariamente, si rende necessario individuare quali siano le priorità nell'accesso al sistema dei servizi, che attualmente compongono l'offerta territoriale in ambito socio-sanitario. *In tal senso si è ipotizzato di mutuare il "Disciplinare P.r.i.n.a." che la Regione Umbria, nell'ambito della sua attività programmatica sta definendo, con l'obiettivo di sperimentare quelle priorità che in ambito regionale si stanno ulteriormente perfezionando.*

Tabella 1) Definizione priorità per persone non autosufficienti disabili adulti ed anziani sopra ai 65 anni

CRITERI	PUNTEGGIO
A) AREA FUNZIONALE-CLINICO-COGNITIVA ( fino ad un max. di 13 punti)	
1° livello non-autosuff ADL 2	1
2° livello non-autosuff ADL 1	2
3° livello non-autosuff ADL 0	3
Complessità bisogni sanitari a sintomatologia stabilizzata	da 1 a 2
Gravi problematiche cognitive associate a disturbi comportamentali/gravi problematiche psichiatriche	da 1 a 5
B) AREA SOCIALE ( fino ad un max. di 7 punti)	
Presenza in casa di altri componenti in condizioni di non autosufficienza	da 1 a 2
Gravi documentate problematiche sanitarie del care - giver	1
Assenza o inadeguatezza della rete familiare o della rete parentale	da 1 a 2
Grave situazione familiare e socio- ambientale	2



Legenda tabella:

- Complessità dei bisogni sanitari: sono quei bisogni che necessitano di interventi per più ore al giorno, per più giorni alla settimana e con più figure professionali coinvolte.
- Gravi problematiche cognitive con associati gravi disturbi comportamentali: il punteggio va assegnato sulla base di quanto emerge dalla scala CDR.
- Presenza in casa d'altri componenti in condizioni di non autosufficienza: per due o più componenti vanno assegnati 2 punti.
- Assenza di familiari di riferimento: fino al 2° livello in linea diretta.
- Gravi e documentate problematiche sanitarie del care-giver: accertata da invalidità civile e/o certificazione specialistica

A parità di punteggio, così come stabilito dall'art. 4 del regolamento regionale n.4/2009, la priorità viene stabilita sulla base della bassa redditività dell'assistito. Per i minori disabili e gli adulti disabili fino a 65 anni, per la definizione delle priorità, si utilizzerà la SVAMDI.

## LE PROPOSTE EMERSE DAI GRUPPI DI LAVORO

### AREA MINORI

- Affermare il concetto di presa in carico globale, intesa come presa in carico non solo del minore ma della famiglia di appartenenza del minore, avvalendosi di servizi strutturati per il supporto terapeutico delle famiglie;
- Coinvolgere nel progetto globale la rete territoriale di riferimento formale e informale al fine di elaborare un appropriato PAI;
- Rilanciare la presa in carico precoce, anche attraverso collaborazione tra le U.O. di Pediatria e le U.O. di Neuropsichiatria Infantile con un lavoro sinergico e tempestivo nelle situazioni in cui si rilevi una disabilità alla nascita;
- istituire un tavolo di lavoro dedicato al tema della prevenzione cui partecipino i MMG ed i PLS,
- riconfermare che l'assistenza domiciliare con finalità socio-educativa non può prescindere da una progettazione personalizzata, in cui il monitoraggio e valutazione siano scanditi da tempi pre-definiti.
- affiancare all'intervento domiciliare con finalità socio-educativa, interventi ed inserimenti in ambiti comunitari, rivolti alla generalità dei minori e degli adolescenti. Questo comporta il favorire ed incentivare gli operatori impegnati in interventi di domiciliare con finalità socio-educativa, alla frequenza di proposte laboratoriali ed extrascolastiche attive sul territorio;

- Programmare le attività rivolte agli adolescenti nei centri giovanili in modo che possano essere fruibili anche dai ragazzi disabili entro una cornice di supervisione, coordinamento istituzionale.
- Rimodulare l'offerta dei centri semiresidenziali per disabili dedicando uno spazio riservato ai ragazzi di anni 14 in su.
- coinvolgere, in ambito scolastico, la scuola sia nella progettazione che nella messa in campo e utilizzo delle risorse, secondo modalità diversificate sia in rapporto alle caratteristiche comunitarie che alle esigenze degli alunni disabili.
- Rafforzare l'attività di consulenza specialistica alle scuole ed agli insegnanti per l'integrazione di alunni disabili.

## AREA DISABILI ADULTI

- abilitazione dei servizi "normali" all'accoglienza dei disabili, valorizzando la capacità di accoglienza delle associazioni che includono, o potrebbero includere, soggetti diversamente abili. Utile, in tal senso, come base di approfondimento, è la mappatura presente in sede CESVOL.
- creare un database dinamico per pubblicizzare iniziative e proposte nell'area della disabilità, per promuovere adesione agli eventi e maggiore sensibilità e collaborazione.
- per le disabilità con origine psichica, si dovrebbe ampliare il significato del concetto "cura", non solo centrata sui piani terapeutici individualizzati, ma con una prospettiva di rilevazione dei bisogni alla casa, al lavoro, allo sport. Risulta centrale il coordinamento fra il tavolo dell'abitare e quello che si occuperà specificatamente delle problematiche psichiatriche.
- promuovere una campagna di riconoscibilità di una rete di associazioni/soggetti territoriali che collaborano con i cittadini, con funzioni di accompagnamento nell'accesso al PUA.
- applicare la metodologia del progetto individuale, di cui il Piano Assistenziale è una parte. Verso la realizzazione del progetto individuale, Comune ed Asl possono definire quali bisogni possano essere soddisfatti con il PAP/PAI, per la parte di competenza istituzionale, con l'intento di interessare altri soggetti istituzionali alla risposta agli altri bisogni delle persone (obbligo scolastico, formazione professionale, lavoro,...);
- attribuire al PUA la responsabilità della ricostruzione del dossier unico sulla persona;
- revisionare i criteri di accesso ed attribuzione delle prestazioni, con attenzione alla temporizzazione degli interventi, alla quantità/qualità ed alla modulazione della attività che compongono il PAI;

## AREA ANZIANI

- avviare la programmazione delle attività per gli anziani sia autosufficienti sia non autosufficienti in modo congiunto e coordinato tra rete dei centri sociali anziani del Comune e rete dei centri diurni della Asl, per rafforzare la collaborazione tra punti offerta diversificati e programmare attività comuni, che fungano da occasione di incontro e scambio socio-relazionale.
- programmare attività per la popolazione anziana parzialmente autosufficiente;
- promuovere in tutti i punti offerta per anziani (centri diurni e centri sociali) informazioni su prestazioni e servizi dedicati alla popolazione di riferimento (telesoccorso, telecontrollo, agevolazioni tariffarie utenze, punto telefonico fisso per comunicare la lettura utenze...)
- regolamentare l'accesso ai centri diurni Asl ed introdurre compartecipazione alla spesa per trasporto e mensa.
- aumentare l'offerta e la programmazione di attività rivolte alle donne;
- affrontare il fenomeno dell'analfabetismo di ritorno (confronto con le nuove tecnologie...)
- produrre pubblicazioni periodiche sulle attività per la popolazione anziana (auto e non autosufficiente);

## LE SCHEDE-PROPOSTA

### LA DOMICILIARITÀ ED IL SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA FAMILIARE

La domiciliarità, si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio contesto di vita e nella rete di relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali, dall'apporto dei familiari, e dalle risorse sociali informali (assistenti familiari, volontari etc.).

Nell'ottica dell'empowerment vanno sviluppate le capacità della persona non autosufficiente e disabile, affinché possa avere la garanzia di una soluzione domiciliare, perseguendo la massima autonomia possibile, anche al di fuori del nucleo familiare originario.

Quest'ultima va garantita sia attraverso la qualificazione dell'attuale sistema di assistenza, articolandola secondo la diversa intensità assistenziale di cui ha bisogno la persona non autosufficiente e disabile, sia ricorrendo alla qualificazione ed al sostegno dell'assistenza familiare, fornita da un assistente alla persona, all'interno di un rapporto autogestito che assume la configurazione di rapporto sociale (art. 39, comma 2, lett. l ter), della legge 104/1992 come modificato dalla legge 162/1998);

Per l'assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa, rivolta a disabili giovani ed adulti, va individuato un percorso di miglioramento che punti alla regolazione del servizio secondo:

- l'individuazione e l'esplicitazione degli obiettivi generali e specifici cui l'intervento è finalizzato;
- la definizione della flessibilità, modularità e temporizzazione della durata;
- il rispetto della frequenza e della quantità oraria degli interventi (fino ad un massimo di 16 h/settimana come da riferimenti P.r.i.n.a.).
- il riconoscimento che l'assistenza domiciliare non può essere considerata alternativa alla frequentazione del centro semiresidenziale e di altre attività, ma deve essere finalizzata a promuovere l'inserimento in esse;
- l'affermazione che l'intervento si realizza attraverso l'individuazione di un rapporto numerico tra operatore e persona, che subisce cambiamenti in relazione alle fasi del percorso riabilitativo ed educativo.

Questo tipo di intervento può essere autorizzato, laddove sia verificata una compromissione dell'autonomia che consenta comunque lo sviluppo delle capacità residue o il mantenimento dell'autonomia acquisita nell'ambito del più complessivo progetto individualizzato valutato ed elaborato in prima istanza dall'equipe territoriale e poi dall'UVM.

L'assistenza domiciliare con finalità assistenziale, rivolta a disabili giovani ed adulti e l'assistenza tutelare (fino ad un max di 16h/settimana) rivolta agli anziani, possono essere autorizzate in presenza di adeguato supporto familiare e/o informale e previa verifica dell'idoneità abitativa in cui vive la persona (ambiente accessibile in cui è garantita la mobilità);

In presenza di inidoneità abitativa, si devono attivare preliminarmente all'intervento domiciliare, le procedure per ottenere la dotazione di ausili/presidi per l'abbattimento delle barriere architettoniche (l'intervento domiciliare non può essere sostitutivo dei presidi che garantiscono l'accessibilità e la mobilità);

#### LA RETE DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI *(centri diurni anziani e centri socio-educativi e riabilitativi per disabili adulti)*

La semiresidenzialità è al pari della domiciliarità, una scelta strategica, se intesa come uno dei servizi di supporto più importanti per la persona non autosufficiente e la sua famiglia. Rappresenta una fase che mette in contatto, il sistema della domiciliarità e quello dell'inclusione sociale.

Nei servizi si agisce innanzitutto la funzione «sociale, volta al recupero e alla promozione sociale della persona e finalizzata anche al mantenimento della stessa nell'ambito della famiglia e nel contesto di riferimento. Una funzione che parte dall'analisi del bisogno individuale e del contesto socio-ambientale, determinando le condizioni favorevoli all'assolvimento delle altre funzioni peculiari - quella riabilitativa ed educativa - indicate dalla Legge n.[104/92](#) e che conferisce ai servizi semiresidenziali un ruolo di contrasto, quanto meno temporale, al ricovero».

Si parla poi della funzione «riabilitativa, al fine di realizzare il massimo recupero possibile delle potenzialità o il mantenimento delle autonomie acquisite, avvalendosi del complesso di azioni coordinate e integrate di natura sanitaria e socio-assistenziale». E ancora, di quella «educativa, preordinata ad azioni finalizzate a svolgere conoscenze, abilità, attitudini di tipo comunicativo e sociali, funzionali a forme gratificanti di vita di relazione. Qui l'azione viene estesa anche nei confronti dell'ambiente esterno, per la creazione di spazi e di condizioni di accettazione della comunità di riferimento, con particolare attenzione agli ambienti sportivi, sociali e culturali». Infine, la funzione «assistenziale, volta a garantire prestazioni di base rivolte alla cura e sicurezza della persona e a rendere possibile lo svolgimento della vita quotidiana nelle varie situazioni».

Diventa un obiettivo prioritario, il consolidamento della gestione aperta e integrata con il territorio, dei centri diurni per anziani e semiresidenziali per disabili adulti, con l'attenzione alla definizione di un'offerta differenziata per tipologie di bisogni e potenzialità dei singoli.

Pertanto nella definizione delle attività semiresidenziali, si potranno prevedere dei pacchetti di servizi e prestazioni rispondenti a varie tipologie di bisogni, manifestati con diversa intensità:

- la semiresidenzialità in strutture che siano anche in grado di organizzare percorsi terapeutico riabilitativi per persone con particolari gravità;
- la semiresidenzialità come opportunità per le persone di aderire a percorsi strutturati in due/tre accessi settimanali su programmi e tematiche specificamente articolate;
- la semiresidenzialità con frequenza oraria antimeridiana e/o pomeridiana, con o senza la consumazione dei pasti;

## LA RETE DEI SERVIZI RESIDENZIALI

Le prestazioni garantite alla persona non autosufficiente vanno principalmente orientate verso la permanenza al proprio domicilio, contenendo i casi di inserimento in strutture residenziali e privilegiando, soprattutto per i giovani disabili, la connotazione familiare dell'intervento e la temporaneità dell'inserimento.

Questa tipologia di prestazioni costituisce la risposta ultima ai bisogni di vita della persona non autosufficiente e del disabile, che può essere autorizzata quando, in situazione di assenza della rete familiare o inadeguatezza del *care giver*, sia stata verificata l'impossibilità di garantire cure ed interventi adeguati al domicilio.

Per il disabile adulto a fronte della crescente complessità e differenziazione dei bisogni, si potranno prevedere diverse tipologie di accoglienza residenziale, coerentemente ai diversificati livelli di intensità assistenziale di cui necessita la persona. La sperimentazione di forme di micro-residenzialità, in tal senso, risulta funzionale sia ad alimentare nella persona l'emancipazione dalla famiglia di origine sia al consolidamento delle autonomie acquisite.

Tale esperienza può essere propedeutica all'inserimento nel "Dopo di noi" in caso di assenza del nucleo d'origine.

## 2. I NUOVI CITTADINI

Sono 10.891 gli stranieri residenti nel comune di Terni al 1 gennaio 2010. A fronte di un incremento a livello nazionale bisogna registrare come nel periodo 2003-2010 la popolazione non italiana in città è cresciuta ad un tasso pari al 266,1%, un valore superiore alla media umbra (188,1%) ed italiana (173,3%). Negli anni tra il 2006 e il 2010 l'incremento della popolazione residente straniera a Terni (82%) è stato costantemente superiore rispetto al dato regionale (57,3%) e nazionale (58,6%).

Al 1 gennaio 2010, circa 2/3 della popolazione straniera residente nel comune di Terni proviene dall'Europa. L'82% di tali cittadini comunitari è di origine rumena (che rappresentano il 32,8% dell'intera popolazione straniera). A seguire le nazioni di provenienza maggiormente rappresentate sono l'Albania(18,5%), l'Ucraina(8,3%), l'India(5,4%) e le Filippine (4,5%).

E' facile comprendere, non solo approfondendo il trend demografico, come la vitalità e lo sviluppo tout court di un territorio (ed anche quello economico) non possa non passare attraverso una profonda integrazione sociale e culturale.

Questo il macroquadro di riferimento in cui il Laboratorio "I nuovi cittadini" colloca le proprie riflessioni frutto della partecipazione ai lavori e delle interazioni dell'amministrazione comunale con le associazioni degli immigrati e con tutti quei soggetti istituzionali e non che si occupano a Terni di immigrazione, integrazione e cittadinanza.

Il laboratorio ha inteso procedere ad un processo di riforma della rappresentanza degli immigrati nella direzione di un superamento della Consulta degli immigrati in favore di una Consulta per l'immigrazione, un luogo dove affrontare tutte le questioni inerenti le dinamiche dell'immigrazione a Terni, condividere la nuova progettualità da mettere in campo, monitorarne gli impatti e in caso di scostamenti rispetto le previsioni riorientare le azioni.

La bozza del nuovo regolamento approvata e condivisa contiene importanti novità:

- l'elezione diretta del Presidente della Consulta e la sua partecipazione alle sedute del consiglio comunale come invitato permanente con diritto di parola senza diritto di voto;
- l'Assemblea della Consulta sarà composta da 25 stranieri eletti in rappresentanza della popolazione immigrata residente a Terni (5 per l'America, 5 per l'Africa, 5 per l'Asia/Oceania, 10 per l'Europa in ragione della loro numerosità tra i residenti a Terni ). Parteciperanno inoltre come invitati con diritto di parola, senza diritto di voto, in base ad una designazione scritta da parte del legale rappresentante dell'ente rappresentato: Assessorato Servizi Sociali, Direzione Servizi Sociali e Direzione Servizi Scolastici del Comune di Terni, Azienda ASL 4, Prefettura, Questura, Centro per l'Impiego della Provincia di Terni, le 3 Circoscrizioni comunali, CESVOL, Forum III Settore, Sindacati (CGIL, CISL, UIL). Possono essere invitati a cura del Presidente di volta in volta, secondo il tema trattato, anche altri rappresentanti di istituzioni, associazioni ed organismi interessati all'O.d.G.

Gli obiettivi che la Consulta così modificata intende perseguire sono:

- promuovere interventi di politica sociale volti ad assicurare l'uguaglianza del trattamento all'interno dei servizi cittadini ed il rispetto dei diritti degli stranieri;
- aumentare il livello di consapevolezza politica, della partecipazione democratica e dell'integrazione delle comunità presenti in città;
- favorire l'incontro e il dialogo tra diverse culture;
- contrastare ogni forma di razzismo e di isolamento etnico e sociale all'interno della nostra città;
- incentivare le opportunità volte a realizzare la piena integrazione dei cittadini stranieri nell'ambito della tutela dei diritti, dell'istruzione, della salute, dell'inserimento nel mondo del lavoro, della fruizione dei servizi sociali e, negli stessi ambiti, raccogliere informazioni ed effettuare ricerche in collaborazione con l'Amministrazione comunale;
- operare in raccordo con il Consiglio territoriale per l'immigrazione istituito presso la Prefettura di Terni.

I partecipanti al Laboratorio esprimono la volontà di andare velocemente alle elezioni per il rinnovo della Consulta per lavorare all'interno dell'organismo ad un progetto complessivo sull'immigrazione che possa sviluppare le tematiche delle politiche cittadine in materia, della rete dei servizi (a partire da una Carta dei servizi tradotta nelle lingue maggiormente parlate in città e dei nuovi interventi da realizzare (come ad esempio una campagna di informazione/comunicazione di supporto al processo di integrazione degli immigrati).

### **3. ABITARE SOCIALE**

L'abitazione ha in Italia un significato differente rispetto ad altri Paesi Europei o extraeuropei. Ben più di un mero bene economico, la casa assume un valore di sicurezza, di garanzia, di stabilità familiare e professionale di ogni cittadino. Più home che house per dirla all'inglese. L'annuario statistico dell'ISTAT 2010 ci ricorda che nel 2009, il 74,3% delle famiglie residenti è proprietario dell'abitazione in cui vive e l'Umbria si colloca in una delle posizioni più alte a livello nazionale. Le famiglie che, al contrario, pagano un canone d'affitto rappresentano appena il 17,2% delle residenti; di queste, circa i tre quarti vive in alloggi di proprietà di privati e appena il 19,0% in case che appartengono a enti pubblici.

E' facile quindi comprendere quanto la questione abitativa sia delicata ed assuma una valenza centrale in un momento di crisi economica sociale come quello che stiamo attraversando: sotto la spinta di una crescente mobilità lavorativa derivante dalla flessibilità del lavoro, dei flussi migratori, dell'incremento della popolazione anziana, delle trasformazioni nella struttura della famiglia, emergono nuovi bisogni abitativi. Parallelamente cresce l'esigenza di politiche sociali e di servizi che consentano un aumento della vivibilità delle città.

Un quadro che evidenzia sempre più la necessità degli enti locali di attivare azioni e sinergie che portino ad una rigenerazione urbana in grado di valorizzare l'esistente e sviluppare nuove risposte frutto di un processo di coinvolgimento di tutti quei soggetti, pubblici e privati, afferenti il mondo della casa. Attraverso il Piano Regolatore Sociale il Comune di Terni intende: prevenire e soddisfare l'emergenza abitativa, aumentare il numero di persone che trovano casa in affitto sul mercato privato, facilitare l'accesso alla proprietà con alcuni strumenti di sostegno, ampliare l'offerta, ottimizzare e riqualificare il patrimonio alloggi di proprietà comunale, individuare nuovi modelli o soluzioni di residenzialità e servizi per specifiche tipologie sociali.

Il laboratorio Abitare Sociale individua pertanto *tre linee* di azione per l'amministrazione comunale:

### **1. Attivare un "Sistema di promozione e protezione dell'abitare comunitario":**

il progetto consiste in un sistema integrato di azioni di risposta all'emergenza abitativa a carattere comunitario. In particolare si tratta di una rete, distribuita su tutto il territorio, di gruppi appartamento destinati a tipologie specifiche di nuclei. L'obiettivo generale del progetto è quello di dare una risposta all'emergenza abitativa espressa dai cittadini attraverso una dimensione comunitaria che permetta di agire su due principali livelli:

- Sostenere i nuclei e le persone a livello individualizzato in un percorso che accresca la loro autodeterminazione con l'obiettivo del raggiungimento dell'autonomia
- Sostenere le persone in quanto parte integrante di una comunità portatrice di risorse, ma anche bisognosa della ricchezza di cui ogni suo componente è portatore, con l'obiettivo di installare un virtuoso e circolare percorso di crescita di competenze sociali e solidali rispondibili in modo trasversale in altri contesti di vita.

Al fine infatti di rispondere al bisogno sempre più crescente di domanda di sostegno abitativo e alla riduzione delle risorse presenti è necessario procedere a una riorganizzazione e ottimizzazione del sistema attuale attraverso l'ideazione di una serie di interventi progettuali tesi a creare:

- un sistema graduale e complesso di interventi basato sull'intensità del bisogno abitativo in base alla specifica situazione in cui il nucleo si trova effettivamente, allo scopo di prevenire l'insorgere dell'emergenza abitativa che di fatto comporterebbe più alti costi sia economici che umani;
- un raccordo con le diverse forme di sostegno abitativo erogate da altri enti pubblici come, ad esempio, l'Agenzia per la Casa istituita dalla Regione e gestita dalle ATER e la L. 431/98 che istituisce il rimborso affitto;



- strutture comunitarie, utilizzando anche appartamenti in locazione, che rispondano all'emergenza abitativa vera e propria, ove inserire singoli individui o famiglie, sostenuti ad improntare la vita comunitaria sui principi di mutualità, solidarietà, e corresponsabilità nella gestione della casa, oggetto del presente progetto.

Le nuove politiche sociali abitative dovrebbero strutturarsi seguendo gli elementi innovativi e positivi caratterizzanti l'attuale welfare municipale, che deve saper implementare, attraverso il lavoro sul territorio, l'associazionismo, l'auto mutuo aiuto il processo di autodeterminazione degli individui e delle famiglie all'interno di una "contrattualità" già definita in sede progettuale. L'obiettivo che si deve perseguire è la costituzione di percorsi specifici legati alle tre tipologie di disagio abitativo ad oggi individuate:

pronta accoglienza	welfare dell'emergenza	Sostegno abitativo immediato e limitato ad un breve periodo	Interessa chi nell'immediato, non ha alcun punto di luogo/riferimento in cui poter alloggiare
emergenza abitativa	welfare familiare welfare leggero	Condizione legata all'imminente perdita di un alloggio, i cui tempi possono essere ipotizzabili	Interessa chi ha un'abitazione e la sta perdendo per cause legate a cambiamenti di status socioeconomico, a problemi strutturali-contrattuali legati all'alloggio, a motivi di salute
Disagio abitativo	welfare familiare welfare leggero	Condizione di fragilità che potrebbe condurre all'emergenza abitativa ovvero alla perdita definitiva dell'abitazione	Interessa chi necessita di un sostegno socioeconomico per evitare l'insorgenza dell'emergenza abitativa

L'obiettivo è quello di dare risposte a diversa intensità (soluzioni eccezionali, temporanee o a sistema) al cittadino che si trovi in una delle categorie sopra indicate cercando di utilizzare le risorse ottemperando ai criteri di efficienza ed efficacia. Poiché non è possibile accogliere tutte le domande dell'emergenza abitativa facendovi fronte solo con l'inserimento in singole unità abitative per ciascuna famiglia, è opportuno iniziare ad intervenire in un'ottica di lavoro comunitario. Per raggiungere tale obiettivo una modalità può essere ravvisata nella progettazione di gruppi abitativi comunitari e condivisi tra nuclei omogenei per tipologia, con interventi fortemente connessi alle risorse territoriali, sia pubbliche che private.

Le tipologie individuate sono:

- nuclei genitoriali con figli minori;
- nuclei monogenitoriali con figli minori;
- adulti ed anziani soli autosufficienti.

Il disagio abitativo non deve essere considerato a sé stante bensì collocato all'interno di una visione più ampia e complessa che interessa tutti gli ambiti di vita dei nuclei familiari, in tale prospettiva il sostegno abitativo va collocato necessariamente all'interno del progetto individualizzato concordato tra la famiglia ed i Servizi. L'innovazione, che costituisce anche un valore aggiunto di questa progettazione, è il ricorso all'auto-mutuo-aiuto tramite il quale è possibile favorire un processo di focalizzazione sulle risorse piuttosto che incentrare l'attenzione sulle problematiche.

Tale metodologia consente alle persone di poter condividere un'esperienza connotata da forte reciprocità, confronto e solidarietà.

In questo si evince il ruolo centrale che gli uffici della cittadinanza avranno interfacciandosi con gli operatori coinvolti al fine di supportare la costruzione di una significativa rete sociale sul territorio in cui le persone vivono. La tipologia scelta per la risposta del bisogno è quella del gruppo appartamento (GA) gestito da un operatore il cui ruolo e utilizzo verrà definito sulla base delle tipologie di utenti che accederanno allo stesso. Allo stato attuale si può dare l'avvio a GA per donne sole con figli e per adulti soli autosufficienti. E' auspicabile che ogni territorio possa avere un gruppo gestito organizzativamente dall'ufficio della cittadinanza competente.

Un caso a parte è quello dei progetti socio-educativi per adulti già oggi previsto dalla normativa vigente. Si tratta in questo caso di istituire un GA con un progetto di integrazione socio-sanitaria con il supporto delle associazioni di mutuo aiuto presenti sul territorio (es. Alcolisti Anonimi). In questo caso il progetto non afferisce ai soli Servizi Sociali dell'Ente, ma viene gestito in collaborazione con i servizi specialistici che oltre a inviare l'utente si fanno carico del monitoraggio costante del progetto.

Qualunque cittadino che vorrà o dovrà accedere a tali servizi dovrà accettare l'impianto metodologico e organizzativo che sottende ai GA ovvero: stile di vita comunitario, contrattualizzazione diritti-doveri personali, compartecipazione proporzionale alle spese, temporaneità dell'inserimento, partecipazione al gruppo di auto mutuo aiuto, attività di ricerca del lavoro ed eventuale adesione alle indicazioni terapeutiche dei servizi specialistici, meglio specificato nel "Patto di servizio".

## ***2. Individuare aree idonee e sviluppare progettualità in materia di social-housing e co-housing***

Il Social housing si pone l'obiettivo di affrontare il problema abitativo in modo organico, prendendo in considerazione le tematiche dell'accoglienza, della socializzazione,

dell'integrazione sociale, della sostenibilità socio-economica, nell'ottica di promozione e sviluppo di un welfare connesso all'accesso e alla fruizione dignitosa dell'abitare.

Lo scopo è quello di individuare e gestire soluzioni adeguate ai bisogni emergenti del problema casa che non trovano risposte nelle reti di servizi attualmente presente sul territorio. Non solo edilizia, ma servizi (come assistenza sanitaria e sociale).

Secondo il Comitato di coordinamento europeo dell'alloggio sociale CECODHAS, social housing significa offrire "alloggi e servizi con forte connotazione sociale, per coloro che non riescono a soddisfare il proprio bisogno abitativo sul mercato (per ragioni economiche o per assenza di un'offerta adeguata) cercando di rafforzare la loro condizione".

In Italia il decreto ministeriale del 22 aprile 2008 definisce l'abitazione in regime di social housing come una "unità immobiliare adibita a uso residenziale in locazione permanente, destinata a individui e nuclei familiari svantaggiati che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi nel libero mercato".

La questione abitativa ha assunto una nuova centralità: cresce sempre di più la domanda di alloggi di chi ha una casa e paga, con sempre maggiore difficoltà, un canone di affitto (o una rata di mutuo). Si tratta di un'ampia area di persone che si trovano a fronteggiare il problema abitativo: pur potendo contare su un reddito, su una pensione o su una condizione di relativa stabilità (e quindi superando i limiti reddituali per l'edilizia pubblica), non possono, allo stesso tempo, permettersi un canone di affitto a prezzi di mercato. In questa "area grigia", si trovano famiglie monoreddito, lavoratori precari, famiglie monogenitoriali, giovani e anziani.

Il Cohousing - diffuso principalmente in Danimarca, Svezia, Olanda, Inghilterra, Stati Uniti, Canada, Australia, Giappone - consiste nella creazione di insediamenti di 20-40 unità abitative, per persone che si sono scelti tra loro ed hanno deciso di vivere come una "comunità di vicinato" per poi dar vita, attraverso un processo di progettazione partecipata, alla realizzazione di un 'villaggio' dove coesistono spazi privati (la propria abitazione) e spazi comuni (i servizi condivisi) (fonte [www.cohousing.it](http://www.cohousing.it)). La progettazione partecipata riguarda sia il progetto edilizio vero e proprio - dove il design stesso facilita i contatti e le relazioni sociali - sia il progetto di comunità: cosa e come condividere, come gestire i servizi e gli spazi comuni.

Le motivazioni che portano alla "coresidenza" sono l'aspirazione a ritrovare dimensioni perdute di socialità, di aiuto reciproco e di buon vicinato e contemporaneamente il desiderio di ridurre la complessità della vita, dello stress e dei costi di gestione delle attività quotidiane .

Le comunità di cohousing combinano l'autonomia dell'abitazione privata con i vantaggi di servizi, risorse e spazi condivisi (micronidi, laboratori per il fai da te, auto in comune, palestre, stanze per gli ospiti, orti e giardini...) con benefici dal punto di vista sia sociale che ambientale. Ogni progetto di cohousing ha una storia diversa e proprie caratteristiche, ma vi sono anche molti tratti in comune: progettazione partecipata, vicinato elettivo, comunità non ideologiche, gestione locale, struttura non gerarchica, sicurezza, design e spazi per la socialità, servizi a valore aggiunto, privacy, benefici economici.

**3. Supportare tipologie particolari cittadini (anziani soli, giovani coppie, singles...) con progetti specifici volti al superamento dell'isolamento sociale ed alla collaborazione intergenerazionale:**

attraverso la vendita di alloggi popolari di proprietà comunale si potrebbero utilizzare risorse per il sostegno all'affitto in cambio di azioni di "volontariato civile". Giovani coppie e singles firmando con l'amministrazione un "Patto di compagnia ed assistenza" potranno beneficiare di un contributo all'affitto in cambio di un supporto a degli anziani ai quali saranno abbinati (ad esempio accompagnare l'anziano dal medico o uffici pubblici, supporto informativo, segnalazione difficoltà particolari ai servizi socio sanitari... )

#### **4. CITTADINI IN CRESCITA**

Il Servizio Tutela Minori del Comune di Terni e si occupa delle famiglie che presentano un disagio complesso e connotato, in particolare, da una disfunzionalità nelle relazioni interpersonali tale da mettere a rischio il benessere psico-fisico dei minori in esse presenti. E' stato formalmente costituito con determina dirigenziale n°2295 del 25/06/09 (allegato nr.1)

Attualmente sono in carico al Servizio circa 500 nuclei familiari con minori, a favore dei quali è aperto un procedimento presso il Tribunale per i Minorenni dell'Umbria.

Le problematiche prevalenti afferiscono alla sfera relazionale ed in particolar modo all'alto grado di conflittualità presente nella coppia genitoriale, separata o in separazione coniugale, che sfocia in vere e proprie forme di maltrattamento all'infanzia. Quando la separazione dà luogo ad aspri conflitti non governati, i figli divengono oggetto di contesa e/o di ricatto, armi per ferire l'altro coniuge o per mostrare la propria superiorità. I bisogni dei figli passano spesso in secondo piano, o possono essere usati strumentalmente per continuare ad alimentare il conflitto. Tali situazioni possono sfociare nella violenza assistita o nella strutturazione di vere e proprie sindromi, come la P.A.S. (Sindrome da Alienazione Parentale) in cui un genitore coinvolge il figlio, lo utilizza come confidente ed attua comportamenti finalizzati a separarlo dall'altro genitore; lo rende complice per rafforzare quanto più possibile un legame esclusivo che inevitabilmente diventa patogeno.

Sono inoltre presenti numerosi casi di incuria e discuria originati spesso da patologie dei genitori, quali malattie mentali, dipendenze. Sebbene in numero molto più ridotto sono presenti casi di abuso all'infanzia.

Ad aggravare tali problematiche è spesso l'impoverimento socio-economico delle famiglie che purtroppo spesso costringe i nuclei a situazioni di isolamento emotivo-relazionale e precarietà economica che possono anche gravemente condizionare o compromettere il superamento di situazioni di difficoltà avviandole alla cronicizzazione. Il Servizio favorisce, fin dove possibile, il recupero delle competenze genitoriali in ordine agli aspetti educativi e di cura dei minori presenti.

Gli interventi del Servizio Tutela Minori sono finalizzati a sostenere il superamento della situazione di disagio attraverso un progetto concordato e partecipato con i genitori del minore e/o con gli adulti di riferimento.

Laddove non sia possibile un recupero delle competenze genitoriali, gli interventi hanno una valenza riparativa, volta ad individuare soluzioni che, in misura diversa a seconda della situazione, possano rispondere in modo adeguato ai bisogni evolutivi del minore a supporto o in sostituzione della famiglia di origine.

Gli interventi sono finalizzati alla valutazione complessiva della situazione familiare, alla predisposizione, attuazione e verifica di un progetto di intervento personalizzato rispetto ai bisogni, alle difficoltà e alle risorse della famiglia e dei minori presenti,

nonché alla vigilanza e controllo circa l'attuazione dei provvedimenti emessi dall'Autorità Giudiziaria a tutela dei minori.

Il personale è costituito da nove assistenti sociali coordinatori dedicati a tempo pieno a questo lavoro e da un coordinatore sociale con competenze psicologiche con un part-time dedicato. Responsabile del Servizio è un funzionario assistente sociale con P.O. di direzione.

La metodologia operativa del Servizio Tutela Minori privilegia l'interdisciplinarietà ed è improntata al lavoro di équipe e al lavoro di rete. A seconda dei bisogni rilevati sono predisposti progetti d'intervento in collaborazione con i vari Servizi del territorio: Uffici della Cittadinanza, Servizi specialisti dell'ASL (Dipartimento Salute Mentale, Ser. T. Neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva), centri di salute, scuole ecc..

Il Servizio Tutela Minori è un servizio di II livello in quanto l'accesso all'utenza non è diretto ma avviene in seguito alla richiesta di indagine o in attuazione di un provvedimento emesso dalla competente Autorità Giudiziaria.

La metodologia organizzativa del Servizio prevede riunioni di equipe periodiche finalizzate al coordinamento, al confronto, alla programmazione delle attività interne e alla distribuzione dei carichi di lavoro.

Le modalità di presa in carico e di lavoro con le famiglie sono codificate ed organizzate in base a quanto stabilito nella determina dirigenziale che istituisce il Servizio. A tal fine sono stati istituiti due sottogruppi di studio, ricerca e approfondimento, che, secondo le priorità individuate, si sono occupati di due temi ritenuti fondamentali per l'attività di servizio: la valutazione delle competenze genitoriali e i contenuti della relazione di indagine sociale, finalizzati a formulare appropriati progetti di intervento a supporto dei nuclei familiari e ad orientare l'attività della Magistratura.

La funzione dei lavori prodotti dai due sottogruppi (all. 2 - 3) ha dato inoltre risposta all'esigenza di uniformare la metodologia di lavoro del Servizio Tutela Minori. Questa prima fase sarà inoltre supportata da una attività di formazione permanente attraverso la programmazione di corsi di aggiornamento ad hoc.

Proprio su questi temi il prossimo 6 aprile avrà inizio un corso di formazione, tenuto dagli operatori del con il CBM di Roma (centro aiuto bambino maltrattato) finalizzato alla stesura di un protocollo operativo per la valutazione delle competenze genitoriali.

Attualmente l'attività prevalente del servizio è orientata ad un lavoro ripartivo su problematiche conclamate e spesso cronicizzate nel tempo, ma appare sempre più chiara la necessità e l'urgenza di cominciare ad investire risorse sia professionali che economiche in un lavoro che sia di promozione e prevenzione.

In tal senso da valorizzare è senza dubbio l'approccio al lavoro con i gruppi che si fonda sulla necessità di rispondere ai malesseri sociali favorendo la costruzione di nuove interazioni, liberando le potenzialità del rapporto umano, al fine di prevenire l'aggravarsi di situazioni di stigmatizzazione ed emarginazione. I gruppi di auto-aiuto

si configurano come piccole reti composte da soggetti che condividono uno stesso bisogno o una medesima condizione e che proprio su tale condivisione fondano la loro appartenenza al gruppo.

Il laboratorio "Cittadini in crescita" ha incentrato la riflessione su alcune problematiche specifiche ritenute prioritarie dall'amministrazione comunale relative a Minori e Famiglie. Il gruppo di lavoro ha concentrato la sua attività sulla definizione di proposte operative direttamente traducibili in ipotesi di progetto ben definite.

Gli obiettivi che hanno guidato la discussione ed orientato le scelte sono:

- potenziare i servizi di prevenzione ed intervento domiciliare in favore di nuclei familiari con minori che vivono condizione di disagio, marginalità, conflittualità;
- sviluppare i servizi di socializzazione pomeridiana, in rete con le istituzioni scolastiche e le associazioni locali, per la gestione educativa del tempo libero dei bambini e dei ragazzi;
- incrementare le politiche di contrasto al fenomeno del child abuse, attraverso azioni di prevenzione nei circuiti di aggregazione minorile, in rete con le istituzioni deputate alla tutela minorile e alla repressione dei relativi fenomeni devianti.

Tre le proposte che il laboratorio consegna al Piano Regolatore Sociale per la definizione di una progettualità dedicata ed azioni specifiche:

### **1. Affidamento familiare e accoglienza familiare**

L'affidamento familiare è un servizio di supporto alle famiglie che si trovano ad affrontare eventi delicati e problematici in relazione al proprio ciclo di vita. Difficoltà, quindi, di varia natura ed origine che rendono, comunque, ancora più gravoso ed impegnativo lo svolgere in modo attento ed adeguato le funzioni genitoriali necessarie nella cura ed allevamento della prole.

Il Servizio, quindi, lavorando in stretta collaborazione con il Tribunale dei Minorenni, si pone come obiettivo fondamentale quello di aiutare le famiglie ad affrontare tali difficoltà, partendo da un intervento temporaneo di "alleggerimento e sollievo" del carico di cura nei confronti dei figli. Ciò è reso possibile individuando altre famiglie della comunità in grado di offrire, per il tempo che si ritiene necessario, accoglienza e supporto al minore, garantendogli, in tal modo, le risorse affettive, relazionali, e materiali di cui necessita per proseguire nel proprio percorso di crescita.

Per tali ragioni si può affermare che finalità dell'intervento sono:

- offrire supporto alle famiglie in difficoltà alleggerendo il carico di cura e responsabilità genitoriali;
- offrire supporto alle famiglie in difficoltà attivando la rete dei servizi utili alla risoluzione delle varie problematiche che si trovano ad affrontare;

- contrarre il numero dei casi istituzionalizzati;
- sensibilizzare la cittadinanza verso l'importanza di un impegno comunitario con le molteplici ricadute positive per il benessere collettivo;
- creare capitale sociale tessendo legami tra le famiglie.

Fasi di realizzazione del Progetto (in termini di organizzazione e metodologie)

- pubblicizzazione/sensibilizzazione del progetto
- formazione famiglie affidatarie
- supporto alle famiglie di origine
- interazione con i diversi soggetti della rete, sia come individuazione dei bisogni che delle risorse

#### *prima fase*

Fase iniziale del lavoro consiste nel reperire famiglie attraverso diverse azioni di pubblicizzazione del servizio e di relativa sensibilizzazione verso le finalità che si prefigge.

Tale fase può concretizzarsi con le seguenti azioni:

- campagna di pubblicizzazione ed informazione tramite mass media;
- attivazione da parte degli Uffici della Cittadinanza di contatti capillari con i soggetti del territorio, per es. gruppi di volontariato cattolico delle varie parrocchie o associazioni di volontariato laico.

#### *seconda fase*

Seconda fase consiste in una prima conoscenza delle famiglie che offrono la loro disponibilità a collaborare con il servizio, tramite colloqui "esplorativi" con l'operatore di riferimento.

#### *terza fase*

Formazione delle coppie che hanno rinnovato il loro impegno ad accogliere un bambino.

La formazione ha l'obiettivo di preparare le coppie affidatarie ad affrontare e superare con modalità efficaci le diverse criticità che inevitabilmente si presentano nel momento in cui si accoglie nella propria casa un bambino proveniente da una famiglia in difficoltà. Per tali ragioni la formazione verte sulla riflessione intorno ai seguenti contenuti:

- insistere sulla differenza tra adozione ed affidamento
- vissuti, miti, immagini culturali e fantasie sulla famiglie in difficoltà
- problematiche dei bambini con famiglie in difficoltà relativamente ai bisogni inappagati, alle modalità relazionali agite nella famiglia d'origine, all'adesione alla lealtà familiare, etc....
- ingresso del bambino nella nuova famiglia: aspettative, cambiamenti etc...
- problematiche connesse alla presenza dei genitori reali nella vita del bambino e nella vita della famiglia affidataria



- dinamiche di relazione tra la famiglia d'origine e la famiglia affidataria e vissuti del minore rispetto a quelle che sono le sue relazioni significative
- possibilità di attuare un affidamento familiare in un clima di fiducia reciproca e di collaborazione con l'obiettivo unificante del benessere del bambino
- problematiche relative ai probabili vissuti di perdita e lutto nel bambino e nella famiglia affidataria conseguentemente al reinserimento del minore nella famiglia d'origine.

#### *metodologia del percorso formativo*

La metodologia che caratterizza il percorso formativo delle coppie/famiglie che si propongono è certamente il lavoro con i piccoli gruppi. Possono, comunque, essere previsti all'occorrenza incontri di sostegno individualizzato per la singola coppia/famiglia.

#### *quarta fase:*

*monitoraggio dell'inserimento del minore nella famiglia affidataria successivo rientro nella famiglia d'origine.*

Gli operatori di riferimento curano l'abbinamento del minore con la famiglia affidataria.

In seguito all'inserimento del minore i servizi di supporto agiscono parallelamente lungo tre direttive:

- sostegno alla relazione tra il minore e la famiglia affidataria
- sostegno alla continuità della relazione tra minore e la propria famiglia d'origine
- sostegno alla creazione di una relazione collaborativa tra le due famiglie coinvolte.

La fase conclusiva del percorso prevede una particolare attenzione alle problematiche relative ai vissuti di perdita per il minore e la famiglia affidataria connessi al rientro del bambino nella famiglia d'origine.

## **2. Mediazione familiare e Gruppi di parola**

La mediazione familiare è un servizio di supporto alle coppie in fase di separazione coniugale in presenza di figli minori. La finalità di questo servizio consulenziale è di ridurre le conseguenze che la separazione e il divorzio hanno sui figli. Infatti l'evento critico che sembra determinare nel tempo l'insorgenza di problematiche psico-sociali nei figli di genitori separati non è tanto la separazione, quanto il modo di viverla ed attuarla da parte dei coniugi. L'obiettivo dunque è quello di aiutare le coppie nel processo di separazione come coniugi, mantenendo contemporaneamente una unità nell'esercizio della funzione genitoriale.

Fasi di realizzazione del Progetto (in termini di organizzazione e metodologie):

#### *prima fase*

Fase iniziale del lavoro consiste nel creare le premesse politico-istituzionali di raccordo con tutti quei Soggetti che sono investiti nelle varie fasi di gestione della separazione coniugale

(Tribunale civile, Ordine degli Avvocati, etc...), sia come canali informativi sulla presenza del servizio, sia per creare le premesse di una fattiva collaborazione nell'interesse dei figli minori.

### *seconda fase*

Tale fase può concretizzarsi con le seguenti azioni:

- campagna di pubblicizzazione ed informazione tramite mass media;
- attivazione da parte degli U.d.C. di contatti capillari con i soggetti del territorio, per la conoscenza e la relativa sensibilizzazione del servizio e delle finalità che si prefigge;
- attivazione del servizio Tutela Minori per le separazioni di genitori non legalmente coniugati, la cui competenza fa riferimento al Tribunale per i Minorenni.

### *metodologia di lavoro*

La metodologia di lavoro nell'affrontare la problematica della separazione coniugale è caratterizzata da una certa flessibilità, secondo i differenti stadi di evoluzione della crisi o delle differenti risorse a disposizione della coppia. Dapprima è necessario offrire uno spazio di ascolto individuale e di coppia, ma di promuovere successivamente un lavoro per piccoli gruppi per socializzare problemi e dinamiche al fine di evitare pericolosi sensi di solitudine, venendo, attraverso gli altri, a contatto con situazioni, vissuti e soluzioni diverse.

### *terza fase*

Gli argomenti/problema da affrontare vanno sostanzialmente in due direzioni:

- riflettere sul significato emotivo della separazione e i conseguenti stati d'animo (senso di fallimento, perdita dell'altro, spostare l'investimento sull'altro, riappropriandosi di una progettualità costruttiva rispetto alla propria vita, etc..)
- riconsiderare i bisogni dei figli attraverso una riflessione sui loro disagi e i loro vissuti, sostenendo la coppia ad individuare soluzioni affinché, rispetto ai figli, valorizzino reciprocamente ciò che possono ambedue offrire come genitori.

### *Gruppi di Parola per figli di genitori separati o divorziati*

La pratica della mediazione familiare, la consulenza tecnica d'ufficio e le ricerche psicosociali condotte con le famiglie divise segnalano in modo evidente la necessità di creare una risorsa nuova e specifica per i figli di coppie separate per sostenerli nella difficile transizione del divorzio.

L'esperienza canadese, francese ed italiana hanno verificato l'utilità di offrire ai figli di genitori in conflitto un luogo e un tempo in cui sostenere e favorire la comunicazione tra pari, al fine di "mettere parola" sui timori e le speranze legate ai cambiamenti della vita familiare e per permettere loro l'accesso alle due stirpi paterna e materna.

Per tali ragioni il gruppo di parola è uno spazio offerto ai bambini per accompagnarli nel difficile e sofferto percorso di separazione dei propri genitori

#### *destinatari*

Bambini tra i 6 e i 12 anni che hanno i genitori separati o che si stanno separando

#### *finalità*

Partecipare al gruppo di parola permette ai bambini di:

- incontrarsi, sostenersi ed affrontare insieme il cambiamento che sta avvenendo nelle proprie famiglie;
- esprimere i propri vissuti in relazione alla separazione attraverso la parola, il disegno, i giochi di ruolo, la scrittura;
- rinforzare la propria autostima;
- avere delle informazioni, porre delle domande;
- mettere parole su sentimenti, inquietudini, paure;
- uscire dall'isolamento e trovare una rete di scambio e di sostegno tra pari;
- trovare modi per dialogare con i genitori e per vivere la riorganizzazione familiare.

#### *metodologia*

Ogni gruppo di parola è costituito da un massimo di 6-7 bambini.

Il percorso si articola in 4 incontri di due ore ciascuno con cadenza settimanale. Nella seconda parte del quarto incontro è prevista la partecipazione dei genitori.

Dopo l'ultimo incontro i genitori potranno richiedere un incontro con il conduttore del gruppo di parola.

#### *pubblicizzazione*

La pubblicizzazione del servizio può avvenire con i diversi soggetti istituzionali e non che si occupano di minori (Tribunale dei Minorenni, Tribunale Ordinario, scuola, associazioni sportive etc....).

### **3. Supporto alle responsabilità genitoriali**

Le famiglie si trovano oggi costantemente sottoposte ad un doppio messaggio contraddittorio e paradossale. Da una parte si ribadisce, in ogni occasione, il ruolo centrale che la famiglia svolge nelle diverse culture come pilastro fondamentale della società e struttura portante dei processi di innovazione e di cambiamento. Si sottolinea che dalla qualità di vita della famiglia dipende la vita della società tutta, perché la crescita della persona determina la crescita della

comunità così come la serenità e il ben-essere dei genitori condizionano la serenità ed il benessere dei figli.

Ogni genitore si vede così addossata una grande responsabilità. Dall'altra però, i genitori vedono fortemente ridotto lo spazio e l'efficacia della loro azione educativa per una molteplicità di motivi: la concorrenzialità dei mass-media, l'attrattiva di modelli culturali di riferimento, il fascino seduttivo di stili di vita sovente distorti e devianti, lo scarso riconoscimento sociale del proprio ruolo, la caduta di speranza nel vivere collettivo e nella pratica educativa in particolare. Senza considerare, inoltre, le profonde trasformazioni nell'organizzazione e nel significato che le relazioni umane hanno subito rispetto al passato. Oggi, nel virtuale intreccio della loro esistenza, cioè nella possibilità di essere virtualmente in più luoghi o in più ruoli identitari, delle relazioni viene valorizzato il movimento e la capacità di entrare in sequenza anziché la profondità e la stabilità.

A ciò si aggiunge la perdita, rispetto alle generazioni precedenti, di contesti relazionali più allargati (le famiglie estese, i rapporti di vicinato etc..) che fornivano importanti spazi comunitari di condivisione e quindi supporto all'impegno educativo e di cura dei piccoli. Oggi, invece, avere una famiglia è considerato sempre più un "fatto privato". A livello sociale sono scarse le occasioni di scambio tra genitori: quasi mai hanno la possibilità di un confronto sereno sui comportamenti da tenere nell'educazione dei figli.

Tutto ciò porta i genitori a sperimentare a volte vissuti di disorientamento, solitudine ed incertezza di fronte all'impegnativo compito educativo che si trovano a dover svolgere. I genitori, quindi, non vanno abbandonati a se stessi, anche per evitare il rischio che normali momenti di crisi o difficoltà transitorie possano innescare processi di "avvitamento", da cui risulterebbe certamente più difficile uscire.

Da ciò nasce l'esigenza di promuovere interventi per aiutare i genitori nel loro ruolo educativo, attraverso la creazione di spazi di confronto e condivisione tra genitori sulle responsabilità e le fatiche dell'educare. Può rivelarsi particolarmente utile fornire sostegno ai genitori nelle diverse fasi del ciclo vitale: nascita dei figli, crescita, svincolo, separazione e peculiarità delle diverse fasi evolutive in cui vengono messe a dura prova, ad esempio, le capacità di adattamento e di ri-organizzazione della famiglia.

Il progetto di supporto alle responsabilità genitoriali si inserisce all'interno di tale cornice concettuale, collocandosi, dunque, in un'ottica assolutamente preventiva e promozionale nell'ambito delle relazioni tra famiglie, tra genitori e figli, tra genitori, tra famiglie ed operatori, esaltandone la dimensione comunitaria.

In altre parole, promuovendo momenti di confronto e condivisione della vita familiare, con i vissuti e le relazioni che la caratterizzano, si intrecciano tra loro storie, si creano reti informali di supporto e fiducia, contribuendo, in tal modo, a rafforzare il senso di comunità. Attraverso forme di genitorialità organizzata diventa possibile immettere nella società i valori vissuti nella famiglia.

In questa ottica i genitori non vanno considerati come separati o estranei al territorio in cui abitano ma piuttosto come soggetti attivi in interazione con altre presenze, così come il

territorio non va preso in considerazione a prescindere dalle famiglie: il bisogno di comunità è in fondo un bisogno di identità, personale e collettiva.

Inoltre, aumentando le occasioni di confronto tra genitori appartenenti alla stessa comunità, si crea una sinergia e una rete di relazioni la cui forza comunicativa permette alla comunità tutta di avviare un processo di crescita e di educazione permanente.

Per tali ragioni, la metodologia principe per perseguire tali obiettivi è sicuramente il lavoro con gruppi di genitori. Molteplici, infatti, sono l'esperienze che hanno confermato e rafforzato la convinzione che dal confronto tra genitori nasca un aiuto efficace. Uno spazio condiviso di riflessione supporta la genitorialità perché viene favorita la mobilitazione di risorse personali e la creazione di legami di supporto e aiuto reciproco. Momenti e percorsi che certamente favoriscono e facilitano l'ascolto, l'accoglienza di vissuti, delle esperienze, delle storie quotidiane in cui, oltre alle fragilità, le fatiche, i momenti di difficoltà, il disorientamento, possano emergere ed essere riconosciute ed attivate le risorse preziose che ognuno porta con sé.

L'obiettivo comune è quello di offrire ai genitori uno spazio di pausa, un tempo per sé, per fermarsi a riflettere sul proprio stile educativo, sull'essere padre e madre, e sulle scelte da affrontare insieme. Il tutto in un clima rassicurante, che evita di evocare inutili sensi di colpa e di addossare ogni responsabilità alle famiglie, i genitori si interrogano sulle loro responsabilità, riconoscono le loro competenze, valorizzano il loro ruolo, ritrovano fiducia e stima in se stessi e negli altri, diventando

in grado, in tal modo, di gestire autonomamente i problemi, senza nascondere i limiti e negare le contraddizioni.

Oltre agli incontri di gruppo, il progetto prevede diverse articolazioni al proprio interno, differenziate per modalità, temi, bisogni, approfondimenti. Cioè, eventi, spazi, percorsi collaterali che, attraverso diverse forme di linguaggio, affrontano e sviluppano il tema della genitorialità.

In tal senso, si possono prevedere incontri con esperti su tematiche legate alla genitorialità, alle relazioni familiari e allo sviluppo infantile e percorsi di bibliografia e filmografia ragionata sempre sui medesimi argomenti.

L'incontro tra genitori, il confronto tra le diverse esperienze, la discussione delle indicazioni degli esperti, il sostegno del gruppo genitoriale, la possibilità di apprendere contenuti psico-pedagogici inerenti la crescita dei figli, sperimentare tecniche di comunicazione e modalità di relazione efficaci, hanno delle ricadute evidenti nel miglioramento delle relazioni con i figli, nella promozione della loro autonomia, nell'accompagnamento della loro crescita.

Al di là dei diversi momenti di realizzazione che il progetto prevede, diventa fondamentale attivare i genitori, renderli protagonisti e promotori delle iniziative che riguardano i loro figli, perché ciò risulta essere un potente fattore di prevenzione nei confronti dei disagi relazionali e di altri rischi connessi alla crescita.

*destinatari*

Le diverse iniziative sono rivolte a tutti i genitori della città e a quanti sono interessati alle tematiche educative.

#### *finalità*

- Sostenere e promuovere la consapevolezza del ruolo dei genitori, in quanto protagonisti attivi del percorso di crescita dei figli
- Attivare le sensibilità e le risorse educative di ogni genitore
- Accrescere la fiducia nelle proprie capacità genitoriali
- Accrescere e rafforzare la comunicazione interpersonale
- Favorire la flessibilità e l'adattamento alle diverse fasi, passaggi e trasformazioni che una famiglia affronta nel proprio ciclo di vita
- Aumentare le strategie di problem solving
- Ridefinire e supportare i compiti evolutivi e genitoriali propri di ogni fase del ciclo di vita
- Creare legami tra genitori, reti di supporto e mutuo aiuto
- Stimolare ed orientare le famiglie a trasformarsi in risorse per la collettività, nella più ampia comunità sociale.

#### *metodologia*

- Consulenze individuali
- Incontri di gruppo
- Conferenze a tema
- Percorsi di bibliografia e filmografia ragionata. In collaborazione con la Bibliomediateca, è possibile ipotizzare un'iniziativa che consenta il prestito e la visione di testi riguardanti i temi della genitorialità, dello sviluppo infantile e della crescita in generale.
- Proiezioni cinematografiche: "genitori al cinema". Si potrebbe organizzare la visione di un ciclo di films dedicato ai temi della genitorialità, dell'educazione e delle relazioni familiari. L'iniziativa offrirebbe ai genitori della città l'opportunità di riflettere su tali tematiche, sempre in un contesto di scambio e condivisione. Ogni proiezione potrebbe essere accompagnata da una piccola nota introduttiva ai contenuti del film, da parte di un esperto che indicherà alcune possibili chiavi di lettura dei contenuti del lungometraggio.

## 5. OCCUPABILITA' E FASCE DEBOLI

All'interno del quadro normativo europeo, nazionale, regionale e locale, relativamente al tema inclusione sociale e sistema di welfare, si è andato consolidando nel tempo un approccio di policy che muove da almeno quattro assunti di base:

- il collegamento imprescindibile tra le politiche sociali, educative, socio-sanitarie, dello sviluppo economico, del lavoro e della formazione,
- la connessione forte tra il problema della povertà, anche estrema, e le misure che la possono contrastare attraverso azioni che sostengono l'occupabilità/attivazione di quanti si trovano in una condizione di svantaggio socio economico,
- la connotazione delle cosiddette "fasce deboli" in base a criteri e indicatori quantitativi e qualitativi, sensibili alle molteplici "diversità", in particolare di genere,
- l'assunzione di responsabilità nel contrastare nuove forme emergenti di povertà e disagio, sempre più presenti anche nel nostro territorio.

Le misure di contrasto della povertà trovano, dunque, ampio spazio entro le politiche sociali che possono essere considerate attive nella misura in cui cercano di incidere sulle condizioni di vita che consentono agli individui di sviluppare il proprio potenziale e tengono conto del carattere contestuale, dinamico ed evolutivo delle esigenze e delle difficoltà che le Persone e le Famiglie si trovano a vivere (prospettiva del ciclo di vita).

A livello del sistema municipale di welfare, gli intendimenti che hanno orientato la programmazione sociale di zona possono essere sintetizzati in sei punti:

1. in via prioritaria, considerare l'occupabilità tra le misure attive delle politiche sociali e snodo strategico dove sostenere, a livello politico-istituzionale prima ed operativo poi, le interdipendenze fra i comparti socio-assistenziale, educativo, socio-sanitario, economico, del lavoro e della formazione;
2. mettersi nell'ottica che l'attuale società civile è caratterizzata dall'esposizione psicologica, socio-economica e culturale alla dimensione del rischio, con la presenza di nuove forme di povertà, di fragilità ascritte alla sfera relazionale primaria, particolarmente evidenti in determinate tipologie familiari, quali le famiglie monoreddito, le famiglie numerose, le famiglie monoparentali, e con una forte connotazione di genere; ancorché al persistere di perniciose forme di esclusione verso le persone diversamente abili e le persone con una spiccata sofferenza psichica;
3. aggredire alcuni fattori connessi all'esclusione sociale, ampliando il più possibile le caratteristiche di povertà della fascia di utenza potenziale verso cui destinare risorse e strumenti per sostenerne l'occupabilità/attivazione;

4. attribuire agli interventi di accompagnamento al lavoro una forte valenza di educazione alla vita lavorativa e di inclusione sociale, facendo leva sulla responsabilizzazione della persona nella costruzione del proprio percorso di attivazione, sulla messa in rete delle risorse del territorio, i particolare aziende e organizzazioni non profit considerate anch'esse destinatarie di interventi e parti pienamente attive nella co-costruzione dei progetti personalizzati di inclusione socio lavorativa;
5. costruire un sistema articolato e specializzato di Servizi ed interventi valutabili, organizzati in modo tale da incorporare ed esprimere la complessità dell'ambiente economico e sociale di riferimento (Servizi per l'Accompagnamento al Lavoro delle fasce deboli - SSAL);
6. introdurre forti componenti di innovazione nel funzionamento dei Servizi (processi di lavoro) e nell'offerta di servizi (differenziazione e qualificazione dell'offerta), in un'ottica di sussidiarietà circolare, potenziando perciò le risorse dedicate, sia umane che finanziarie.

Ancora, il Secondo Piano Sociale Regionale lega, fra l'altro, la realizzazione del principio di universalizzazione del sistema socio assistenziale alla dimensione della personalizzazione degli interventi, realizzabile in funzione della continuità assistenziale garantita su alcuni ambiti prioritari di intervento attraverso il lavoro dei Servizi di supporto specialistico, fra cui i SAL.

Il tema dell'inclusione sociale è parte integrante delle politiche sociali sia in quanto connesse alle altre aree di welfare sia in quanto rivolte alle persone e alle famiglie, pertanto possiamo dire che:

- le politiche sociali sono politiche del ciclo di vita,
- l'inclusione sociale è un asse strategico che poggia sui principi dell'empowerment e dell'attivazione dei diretti interessati (cittadini competenti),
- è richiesta l'integrazione fra le politiche settoriali (coordinamento e programmazione integrata),
- la connessione funzionale fra servizio sociale territoriale e servizi di supporto specialistico entro il comparto socio assistenziale assume rinnovata centralità.

Dalla programmazione sociale di zona alla finalità generale del "Tavolo"

La sfida è quella di co-costruire e attuare un programma che punti a produrre:

- interventi a forte contenuto di attivazione del potenziale di azione delle persone e della loro agency,
- interventi sensibili alle qualità soggettive delle debolezze che le persone esprimono/vivono in un dato momento della propria vita,
- attivazioni virtuose di soggetti e contesti produttivi di capitale sociale diffuso (fiducia e riconoscimento reciproco), generativo di legami di solidarietà (ponte che collega),



- innovazione di processo, a partire dai collegamenti fra i soggetti istituzionali, con visibili ricadute nel funzionamento dei Servizi e nella qualificazione dei servizi di cui possono beneficiare i cittadini,
- specializzazione funzionale fra i Servizi del territorio, integrati e coordinati, organizzati in modo da incorporare la complessità dell'ambiente sociale e socio economico di riferimento.

Ciò sottende un duplice richiamo, che è al contempo una scelta di principio e un'opzione metodologica:

- la centralità assegnata alla qualità relazionale quale fattore costitutivo dei servizi alla persona,
- la valorizzazione della risorsa umana quale fattore di "conversione" delle potenzialità (personali e della comunità) in capacità effettivamente agite.

In sintesi, il forte richiamo all'inclusività rimanda all'intervento sui meccanismi individuali (latenze, autoefficacia, ...) e di sistema (familiare, amicale, sociale allargato) che bloccano/smorzano/frenano i funzionamenti delle persone soprattutto nelle aree della possibilità scelta e della "licenza" di esprimere desideri. Al contempo, presuppone un'accezione ampia, non materialista, di produzione economica, per questo sperimentabile concretamente nella co-costruzione di progetti personalizzati di inclusione socio lavorativa, dove la responsabilità sociale dei soggetti economici, se intesa come disponibilità, consapevole e responsabile, ad incidere sui propri funzionamenti aprendoli alla condivisione di finalità ed obiettivi più generali, diventa una "misura" della comune capacità di sostenere il miglioramento della qualità della vita e del benessere della collettività.

#### *Programma di lavoro: le macro azioni proposte*

La proposta di programma di lavoro del Tavolo per la costruzione della relativa parte del Piano di Azione del Piano Regolatore Sociale articola le premesse anzidette in quattro azioni interdipendenti:

1. **integrazione socio sanitaria e progetto personalizzato:** sostegno e regolazione dei percorsi di inclusione sociale e socio lavorativa, in particolare nelle aree della disabilità e della salute mentale,
2. **inclusione socio lavorativa e accompagnamento al lavoro:** la specificità della Cooperazione Sociale di tipo B,
3. **politiche sociali attive e politiche attive del lavoro:** il raccordo interistituzionale fra A.C., Provincia di Terni, Azienda Asl-4,
4. **capitale sociale, capitale umano e sviluppo della qualità sociale del sistema locale di welfare:** il sistema produttivo e le organizzazioni di utilità sociale.

## **I FOCUS SPECIFICI**

L'Amministrazione comunale ha individuato alcune aree tematiche che per la loro peculiarità ha approfondito in specifici Focus.

### **ANZIANI**

L'innalzamento della popolazione è una caratteristica ormai strutturale delle società contemporanee almeno in tutti i paesi avanzati: in Europa il numero di ultrasessantenni aumenta di circa 2 milioni ogni anno.

A partire dal secondo dopoguerra, l'Umbria si è sempre caratterizzata come una delle Regioni italiane con maggiore presenza di anziani sia in rapporto alla popolazione totale che rispetto alla popolazione più giovane (il numero di 65-79enni è secondo solo al dato della Liguria). Anche a Terni l'indice di invecchiamento è in assoluto uno dei più alti in Italia. L'innalzamento trova motivo in due fattori demografici: allungamento della sopravvivenza e riduzione della fecondità. Il Rapporto nazionale 2009 sulle condizioni ed il pensiero degli anziani (Federsanità Anci, Ageing Society-Osservatorio Terza Età, IRCCS INRCA) illustra una proiezione del fenomeno dell'aspettativa di vita che nel 2050 - passando dagli 80 anni appena sfiorati per entrambi i sessi del 2005 agli 86,6 per gli uomini e 88,8 per le donne nel 2050 - si giungerà a "deformare" la struttura per età della popolazione, con una percentuale di anziani sul totale di oltre due volte e mezzo i giovani; necessario inoltre rilevare come importante sarà la crescita delle fasce d'età estreme rappresentanti dei gruppi più fragili.

Cresce la preoccupazione nei vari Stati europei per il rapido invecchiamento e la necessità di un forte impegno per cercare di risolvere le problematiche relative ai servizi e alle finanze pubbliche che questo fenomeno implicherà; non è un caso che nel settembre 2010 la Commissione Europea ha lanciato la proposta di designare il 2012 come "Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo". L'iniziativa intende aiutare a creare opportunità occupazionali e condizioni di lavoro migliori per il crescente numero di anziani in Europa, aiutarli ad avere un ruolo attivo nella società ed incoraggiare un invecchiamento in salute. L'innalzamento attivo comprende la creazione di maggiori opportunità per gli anziani di continuare a lavorare, rimanere in buona salute più a lungo e continuare a contribuire al bene della società in altri modi, ad esempio attraverso il volontariato. L'Unione Europea può svolgere un ruolo importante in settori quali l'occupazione, la tutela sociale e l'inclusione, la salute pubblica, la società dell'informazione e il trasporto, ma il ruolo principale è dei governi nazionali, regionali e locali, nonché della società civile ed i partners sociali.

E' in questa ottica che il Piano Regolatore Sociale di Terni intende riproporre una centralità delle politiche e dei servizi per la Terza e Quarta Età, ribadendo l'importanza di un rinnovato "protagonismo dell'anziano" e di un sistema di welfare che risponda alle nuove esigenze in modo complessivo non limitandosi esclusivamente agli aspetti socio - sanitari.

L'obiettivo è quello di rendere gli anziani soggetti sempre più attivi della comunità ternana.

L'anziano di oggi (e quello di domani) ha un tasso di istruzione e delle competenze professionali generalmente più avanzate rispetto a qualche tempo fa ed è alla ricerca di stimoli ulteriori e diversi da quelli che di solito vengono proposti dalla rete dei servizi di assistenza; ha davanti un arco di vita piuttosto lungo da vivere al meglio ed in sicurezza, un nuovo tempo libero da esplorare ed utilizzare con soddisfazione senza correre il rischio di piombare nell'isolamento e nella solitudine. L'anziano di oggi è un individuo con ancora molte energie e risorse, che vive la terza età con maggiore serenità, non più come un punto di arrivo, ma come un nuovo e stimolante punto di partenza. Messa da parte gli anni di lavoro, sistemati i figli, coccolati i nipoti, sono viaggiatori, sportivi, dediti agli altri (con il volontariato) e a se stessi (tornano sui banchi di scuola). Secondo l'indagine dell'Irpps (Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR), i pensionati che si dedicano ad attività di varia natura sono il 36%: il 19% pratica sport, l'11% volontariato, il 6% frequenta corsi di vario genere. La scelta delle attività cambia in base al sesso ed al titolo di studio. Le donne tendono a svolgere un lavoro di cura attraverso il volontariato; gli uomini spinti dalla curiosità, seguono interessi ed esigenze personali dedicandosi in larga parte ad attività sindacali (14%) e ad altre come il controllo dei giardini, la vigilanza davanti alle scuole, l'accompagnatore nei musei e l'addetto alla protezione civile in caso di calamità (rispettivamente il 3%, 3%, 2%, 4%).

I corsi delle università della terza età sono frequentati dal 25% degli uomini laureati, dal 36% dei diplomati, dall'11% delle donne laureate e dal 39% delle diplomate. Gli uomini sono più orientati verso la tecnologia, le donne verso la cucina, la ceramica, il cucito e il ballo. Gli anziani meno istruiti si dedicano in larga parte al volontariato: tra gli uomini il 28% con licenza media e il 29% con licenza elementare o nessuna istruzione, tra le donne il 22% con licenza media, il 47% con licenza elementare o nessuna istruzione. Per quanto riguarda lo sport, archiviata ormai l'immagine del pensionato dedito al gioco delle bocce, delle carte o alle attività di caccia e pesca, sono molto praticati il trekking e la bicicletta dagli anziani e la ginnastica, la danza e il nuoto dalle anziane.

L'anziano di oggi è spesso pronto ad affrontare viaggi e avventure. Secondo le stime dell'Istat, il fenomeno sta diventando sempre più consistente: gli over65 rappresentano l'8,1% del totale dei vacanzieri, rappresentando una fetta importante del turismo organizzato.

Una sintesi efficace l'ha fornita Arrigo Levi nel suo libro "La vecchiaia può attendere" (1998), descrivendo gli anziani come "alieni arrivati non da un altro pianeta, ma usciti dalle pagine di una storia nuova che si sta appena scrivendo".

Il Gruppo di Lavoro che ha partecipato al Focus individua una serie di linee operative che l'amministrazione comunale dovrà tradurre in azioni:

- organizzare un sistema di confronto permanente (un Forum o una Consulta) composto dai centri sociali, dalle associazioni che si occupano della Terza Età e le confederazioni sindacali con la missione di elaborare e monitorare un Progetto "Essere anziani a Terni"

finalizzato alla valorizzazione ed alla utilizzazione della "risorsa anziani" nell'ambito dello sviluppo economico, sociale e culturale cittadino;

- ripensare il ruolo, la qualità e la presenza dei centri anziani nel territorio del Comune di Terni per verificare l'adeguatezza della rete ai bisogni ed alle esigenze della popolazione anziana
- promuovere e coordinare un sistema di convenzioni a livello istituzionale per sviluppare, in collaborazione con centri sociali e associazionismo, attività di informazione e prevenzione in vari campi (salute, sicurezza, rapporto intergenerazionale, cultura...)sul territorio
- presentare progetti per cercare di intercettare le risorse del FSE e dei programmi comunitari per realizzare una struttura multifunzionale avanzata per la Terza Età a Terni
- elaborare una carta dei servizi presenti in città per gli anziani
- organizzare iniziative di preparazione all'uscita dal lavoro in collaborazione con i sindacati ed imprese
- riorganizzare le attività estive comunali
- riformulare l'accesso ai soggiorni vacanze favorendo le fasce economicamente più deboli
- promuovere gemellaggi con soggetti italiani e di altri Paesi dell'Unione Europea

## **DISABILITA' e PROGETTO INDIVIDUALE**

L'incontro pubblico del 24 settembre 2010 "La Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con disabilità. Come costruire politiche realmente inclusive?" ha inaugurato i lavori che porteranno alla definizione delle linee-guida sui temi della disabilità all'interno del Piano regolatore sociale. Inserito nell'ambito del Progetto della FISH "Report: strumenti e percorsi per il monitoraggio della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità", l'incontro ha visto la partecipazione di Stefano Bucari (Assessore comunale alle politiche sociali), Andrea Tonucci (FISH Umbria - Federazione Italiana Superamento Handicap), Giovanni Merlo (LEDHA - Lega per i Diritti delle Persone con Disabilità), Daniela Bucci (Associazione Nuovo Welfare), Carla Casciari (Vicepresidente Regione Umbria e Assessore regionale alle politiche sociali), Aldo Tarquini (Direttore generale del Comune di Terni).

La persona con disabilità, in quanto persona, è titolare di tutti i diritti e delle libertà fondamentali riconosciuti dal vigente Diritto internazionale, oltre che dalle Costituzioni democratiche. Passare dal riconoscimento dei diritti umani alla loro effettiva esigibilità richiede un "supplemento di garanzie", che deve essere legato all'effettiva fruizione di politiche pubbliche, azioni positive e risorse materiali e umane necessarie per ridurre gli svantaggi strutturali e per garantire gli obiettivi della piena e pari partecipazione all'interno della società. La finalità generale quindi è quella di riuscire a tradurre diritti umani in prestazioni, declinando le soluzioni organizzative atte a garantirne l'esigibilità, affinché sia quanto meno garantito a tutti il godimento delle prestazioni che sono indicate come livelli essenziali, ed eventualmente definendo livelli aggiuntivi (in tal senso, il D. lgs. n. 502/1992 indica addirittura la possibilità di definire livelli aggiuntivi a livello comunale).

### *Principi:*

- Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità
- il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, la libertà di compiere le proprie scelte e l'indipendenza delle persone;
- la non discriminazione;
- la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- la parità di opportunità;
- la parità tra uomini e donne;
- il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del loro diritto a preservare la propria identità.

### *Definizione delle priorità e programmazione delle azioni:*

- Definizione di un programma di Empowerment individuale, organizzativo e di comunità

- Definizione ed implementazione della presa in carico regole all'accesso, dossier unico, data base delle cartelle socio-sanitarie;
- Definizione ed implementazione delle procedure e degli strumenti per la partecipazione
- Definizione di indicatori quali-quantitativi e rilevazione della qualità
- Sperimentazione di interventi e servizi per la Vita Indipendente
- Sperimentazione di voucher sociali e sociosanitari, regolamentazione assistenza indiretta
- Creazione di una Fondazione per il durante e il dopo di noi
- Costituzione dell'osservatorio territoriale sulla condizione delle persone con disabilità

### *Sperimentazione di un modello di progetto individuale*

L'Amministrazione Comunale intende avviare una sperimentazione con un campione ristretto di persone con disabilità al fine di validare un possibile *modello metodologico* di presa in carico globale da assumere come pratica esemplare per una sua futura generalizzazione operativa.

Di seguito si riportano i requisiti essenziali su cui promuovere la sperimentazione:

#### *Chi*

Persone con disabilità motoria (da 18 ai 65 anni) con capacità di autodeterminazione e con necessità di presa in carico consistente

#### *Obiettivi*

- elevare i livelli di attività e/o partecipazione mantenendo l'ammontare delle risorse attualmente impiegate (individuali, rete dei servizi e comunitarie).
- definire il più elevato livello di attività e/o di partecipazione che, in base ad un principio di equità e di sostenibilità, dovrà essere garantito con un più razionale utilizzo delle risorse

## **MEDIAZIONE PENALE MINORILE**

Negli ultimi vent'anni, dapprima nel Nord America e poi in Europa, si è assistito ad un crescente interesse per la giustizia ripartiva, o ristorative justice.

Ad oggi la forma più diffusa di giustizia riparativa è la mediazione penale, che vede il diretto coinvolgimento dei soggetti interessati dal crimine. La mediazione penale può essere definita come: " un processo, il più delle volte formale, attraverso il quale una terza persona neutrale tenta, attraverso l'organizzazione di scambi fra le parti, di permettere ad esse di confrontare i propri punti di vista e di cercare con l'aiuto del mediatore una soluzione al conflitto che le oppone".

Pertanto la caratteristica della mediazione penale che la differenzia rispetto alle procedure tradizionali è, che il suo obiettivo, non consiste nella determinazione di responsabilità rispetto al crimine o nell'attribuzione di colpe, bensì nella ricerca di nuove modalità relazionali.

In Italia l'attenzione alla mediazione penale va fatta risalire all'emanazione del d.p.r. 22 settembre 1988 n. 448, recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni.

La mediazione penale trova attualmente spazio prevalente all'interno del sistema minorile. Di recente si è incominciato a valutare la possibilità di applicare la stessa nell'ambito della giustizia ordinaria, con riferimento in particolare , all'art. 47c.c. della Legge 354/1975 "norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

Pertanto questa fase progettuale si indirizzerà verso la costituzione di una buona prassi di mediazione penale minorile.

La filosofia del progetto deve fare riferimento a :

- Valorizzare le risorse locali;
- Promuovere il lavoro di rete;
- Metodologia della mediazione;
- Attenzione e cura verso i soggetti interessati al di là del progetto specifico creando un sistema di protezione per i minori.

Obiettivi del progetto sono :

- Accompagnare gli autori del reato e la vittima in un percorso di riflessione critica sull'accaduto, sul comportamento adottato, sulla relazione interrotta dal reato;
- Sostenere la comunità in una riflessione critica sul ruolo che la stessa può giocare in situazioni di rottura, di conflitto, di reato e di recupero;

Fasi di realizzazione del progetto :

Prima Fase

- Promuovere incontri con gli attori istituzionali da coinvolgere: Tribunale, Ufficio Ussm Dipartimento Giustizia Minorile, Regione Umbria, Asl4- Distretto n.1 Terni, Ordine degli Avvocati, Associazionismo; allo scopo di costruire la struttura organizzative del progetto.
- Promuovere un lavoro di rete e di formazione congiunta che porti all'apertura di uno sportello di m .p. sul territorio coordinato dal Comune di Terni.

Seconda Fase :

Stipula di protocolli operativi con i soggetti interessati

Terza Fase :

- Pubblicizzazione, tramite seminari e convegni, sul territorio del nuovo Servizio
- Apertura del Servizio.



## **LE AZIONI DI SISTEMA**

Le azioni di sistema verranno sviluppate durante le tre relative Conferenze Cittadine

- *Nuove povertà e Politiche per le famiglie;*
- *Politiche urbane di sviluppo inclusivo (Piano per l'abbattimento delle barriere architettoniche, Piano urbano Mobilità);*
- *Politiche contro le discriminazioni (Agenda 22, Politiche di genere, convivenza e vivibilità urbana).*

## **AGENDA 22**

Il dibattito a livello nazionale sui temi dei diritti delle persone con disabilità è sicuramente ampio, ma nel concreto le situazioni di discriminazione sono all'ordine del giorno nella società. Il metodo di confronto proposto da Agenda 22 come strumento per la difesa dei diritti contenuti nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità rappresenta il quadro di riferimento naturale del il Piano Regolatore Sociale di Terni, per informare le politiche comunali sulla disabilità e sull'accessibilità in genere. Peraltro Terni è stata individuata fin dal 2005 come prima città in Italia per una sperimentazione in materia.

«Agenda 22» si ispira direttamente ai principi di un documento redatto dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), nel 1993: le «Regole standard per il raggiungimento delle pari opportunità per le persone con disabilità». Oggi, il riferimento culturale è la «Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità» (ONU, New York, 2006). Agenda 22, quindi, ha lo scopo di controllare l'applicazione di queste «Regole standard» nella realizzazione dei Piani relativi alle Politiche sulla Disabilità. Agenda 22, che nasce in Svezia nel 1999, definisce un quadro di collaborazioni tra le associazioni che rappresentano le persone con disabilità, i loro familiari e le istituzioni competenti all'applicazione delle «Regole standard» nelle politiche locali. Le collaborazioni, che tecnicamente si configurano come un protocollo d'intesa o un accordo di programma tra le istituzioni e le associazioni, possono riguardare tutti i livelli istituzionali competenti per le politiche di applicazione delle «Regole standard»: livello comunale, provinciale, regionale e nazionale.

Con deliberazione della Giunta Comunale n.436 del 13/10/2010 il Comune di Terni, preso atto che risulta necessario procedere ad una elaborazione condivisa di un Piano per le politiche sulla disabilità – improntato al rispetto della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal Governo italiano con legge 03/03/2009 n.18 e sulla base dell'esperienza condivisa, sin dal 2006, del modello sperimentale "Agenda 22" – istituisce:

- un **tavolo di lavoro interistituzionale** competente nel dettare linee di indirizzo, predisporre e sottoscrivere accordi di programma, ri-valutare il Piano, così composto:

Sindaco di Terni o suo delegato;

Direttore Generale del Comune di Terni o suo delegato;

Presidente della Provincia di Terni o suo delegato;

Direttore Generale della Provincia di Terni o suo delegato;

Direttore Generale ASL4 o suo delegato;

Direttore A TER o suo delegato;

Direttore Azienda Trasporti Consorziali Terni S.p.A. (ATC) o suo delegato;

Dirigente CSA Terni (MIUR) o suo delegato;

Tre rappresentanti della FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap);

Tre rappresentanti della F AND (Federazione fra le Associazioni Nazionali dei Disabili);

- un **tavolo di lavoro interno all'Ente** competente nel definire obiettivi strategico operativi, strumenti e metodi di lavoro, coordinare i sottogruppi, ri-elaborare la proposta progettuale così composto:

Direttore Generale del Comune di Terni o suo delegato;

Dirigenti del Comune di riferimento ai tre temi: accessibilità e mobilità, servizi alla persona, integrazione scolastica;

Due rappresentanti della FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap);

Due rappresentanti della FAND (Federazione fra le Associazioni Nazionali dei Disabili);

- **tre sottogruppi di lavoro tematici** (tavoli tecnici) per l'elaborazione delle proposte che operative che andranno a comporre il Piano in riferimento alle seguenti aree: accessibilità e mobilità, servizi alla persona, integrazione scolastica. Ognuno dei tavoli tecnici sarà così composto:

Dirigente del Comune di riferimento al tema specifico (coordinatore del tavolo);

Tecnici comunali di riferimento;

Un tecnico del Centro per l'Autonomia Umbro;

Un rappresentante della FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap);

Un rappresentante della FAND (Federazione fra le Associazioni Nazionali dei Disabili);

Eventuali rappresentanti di altri Enti invitati dal coordinatore.