

Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

OGGETTO n. 3743

Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo Sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali). (Proposta della Giunta regionale in data 18 marzo 2013, n. 284). (Prot. n. 25918 del 18/06/2013)

Hanno partecipato alla seduta i consiglieri:

1) Aimi Enrico	25) Malaguti Mauro
2) Alessandrini Tiziano	26) Mandini Sandro
3) Barbati Liana	27) Manfredini Mauro
4) Barbieri Marco	28) Marani Paola
5) Bartolini Luca	29) Mazzotti Mario
6) Bazzoni Gianguido	30) Meo Gabriella
7) Bernardini Manes	31) Monari Marco
8) Bignami Galeazzo	32) Montanari Roberto
9) Bonaccini Stefano	33) Mori Roberta
10) Carini Marco	34) Moriconi Rita
11) Casadei Thomas	35) Mumolo Antonio
12) Cavalli Stefano	36) Naldi Gian Guido
13) Corradi Roberto	37) Noè Silvia
14) Defranceschi Andrea	38) Pagani Giuseppe Eugenio
15) Donini Monica	39) Pariani Anna
16) Errani Vasco	40) Paruolo Giuseppe
17) Ferrari Gabriele	41) Piva Roberto
18) Fiammenghi Valdimiro	42) Pollastri Andrea
19) Filippi Fabio	43) Riva Matteo
20) Garbi Roberto	44) Sconciaforni Roberto
21) Grillini Franco	45) Serri Luciana
22) Lavagetto Giampaolo	46) Vecchi Alberto
23) Leoni Andrea	47) Vecchi Luciano
24) Lombardi Marco	48) Zoffoli Damiano

Hanno comunicato di non poter partecipare alla seduta la presidente dell'Assemblea legislativa Costi e il consigliere Favia.

Presiede il vicepresidente *Enrico Aimi*.

Segretari: *Roberto Corradi e Gabriella Meo*.

Oggetto n. 3743: Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo Sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).
(Proposta della Giunta regionale in data 18 marzo 2013, n. 284)

Prot. n. 25918 del 18 giugno 2013

L'Assemblea legislativa

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale progr. n. 284 del 18 marzo 2013, recante in oggetto "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo Sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della L.R. 2/2003";

Preso atto:

- del parere favorevole, con modificazioni, espresso dalla commissione referente "Politiche per la salute e politiche sociali" con nota prot. n. 22759 in data 28 maggio 2013;
- del parere espresso dal Consiglio delle Autonomie Locali (CAL) sulla proposta della Giunta regionale n. 284 del 18 marzo 2013 (qui allegato);

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Richiamato in particolare l'art. 20 della citata legge che prevede la ripartizione, da parte dello Stato, delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale;

Vista la L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e successive modificazioni;

Vista la deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008 n. 175 "Piano sociale e sanitario 2008-2010";

Valutato opportuno, ai fini del riparto del Fondo sociale regionale ai sensi del comma 3 dell'art. 47 della L.R. 2/2003, confermare la validità di indirizzi e indicazioni contenute nel vigente Piano sociale e sanitario anche per l'anno 2013;

Tenuto conto dell'attuale contesto in cui sussistono elementi di incertezza generale sia in termini di quadro politico nazionale e con esso delle risorse da destinare alle aree del sociale e della sanità, sia di riassetto istituzionale, non pare opportuno concentrarsi immediatamente nella elaborazione di un nuovo strumento di pianificazione pluriennale, mentre è più urgente definire alcune scelte di riferimento per orientare la programmazione territoriale per il 2013-2014;

Valutato che il Piano sociale e sanitario, tuttora in corso, ha indicato un nuovo sistema di governance e ha promosso obiettivi che solo in parte sono stati già acquisiti e pertanto rimane ancora valido nelle sue scelte di fondo, fatti salvi gli aggiornamenti sulle priorità evidenziate dalla crisi economica e sociale;

Richiamato il citato art. 47 della L.R. 2/2003, che indica le destinazioni della quota per spese correnti operative del Fondo Sociale Regionale, istituito ai sensi dell'art. 46, e prevede l'approvazione, sulla base di quanto previsto dal Piano sociale e sanitario regionale, di un programma annuale contenente i criteri generali di ripartizione delle risorse relative alle attività di cui al comma 1, lettere b) e c), ed al comma 2) del medesimo art. 47;

Ritenuto, pertanto, che si debba procedere con il presente atto alla definizione del Programma annuale di cui al citato art. 47 della L.R. 2/2003, individuando i criteri generali di ripartizione delle risorse per l'anno 2013;

Dato atto che ai sensi dell'art. 46, comma 2, della L.R. 2/2003, alla determinazione dell'entità del Fondo Sociale Regionale concorrono per l'anno 2013:

- a) le somme provenienti dallo Stato a seguito del riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali - anno 2012 e 2013;
- b) eventuali risorse derivanti da economie determinatesi sui Fondi di annualità precedenti;
- c) le risorse afferenti per l'anno 2012 al Fondo nazionale per le Politiche della Famiglia, di cui alla L. 27 dicembre 2006, n. 296 e del Fondo Pari Opportunità;
- d) le ulteriori risorse integrative regionali definite nel bilancio di previsione 2013;
- e) le eventuali altre assegnazioni statali vincolate ad interventi socio-assistenziali o socio-sanitari;

Preso atto che la Giunta ha visto:

- l'intesa sancita in sede di conferenza unificata nella seduta del 2 febbraio 2012 (rep Atti n. 24/CU), tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, concernente l'utilizzo di complessivi 25 milioni di Euro da destinare al finanziamento di azioni per le politiche a favore della

famiglia, nonché i relativi criteri di ripartizione;

- l'intesa sancita in sede di conferenza unificata nella seduta del 19 Aprile 2012 (rep Atti n. 48/CU), tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, concernente l'utilizzo di risorse da destinarsi al finanziamento di servizi socio educativi per la prima infanzia e azioni a favore di anziani e della famiglia, nonché i relativi criteri di riparto;
- l'intesa sancita in sede di conferenza unificata nella seduta del 25 ottobre 2012 (rep Atti n. 119/CU), tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento "Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per il 2012";
- il decreto del Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 20 novembre 2012;
- l'intesa sancita in sede di conferenza unificata nella seduta del 24 gennaio 2013 sullo schema di decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, concernente il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2013;

Richiamate:

- la L.R. 3 febbraio 1994, n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti";
- la L.R. 21 agosto 1997, n. 29 "Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili";
- la L. 28 agosto 1997, n. 285 " Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza";
- la L.R. 21 aprile 1999, n. 3 "Riforma del sistema regionale e locale";
- la L.R. 10 gennaio 2000, n. 1 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia";
- la L.R. 26 aprile 2001, n. 11 "Disciplina delle forme associative e altre disposizioni in materia di Enti locali";
- la L.R. 21 dicembre 2012, n. 21 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza";
- la L.R. 20 ottobre 2003, n. 20 "Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale. Abrogazione della L.R. 28 dicembre 1999, n. 38";
- la L.R. 24 marzo 2004, n. 5 "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2";
- la L.R. 6 luglio 2007, n. 12 "Promozione dell'attività di recupero e distribuzione di prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale";
- la L.R. 19 febbraio 2008, n. 3 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna";
- la L.R. 28 luglio 2008, n. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni";

Dato atto che la Giunta ha acquisito i pareri:

- delle Confederazioni Sindacali CGIL CISL e UIL, in data 13 febbraio 2013;
- della Conferenza regionale del Terzo settore, in data 19 febbraio 2013;
- della Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui alla deliberazione G.R. n. 2187/2005, in data 22 gennaio 2013 e 18 marzo 2013;

Dato atto del parere di regolarità amministrativa sulla proposta della Giunta regionale all'Assemblea legislativa, n. 284 del 18 marzo 2013 (qui allegato);

Previa votazione palese, a maggioranza dei presenti,

d e l i b e r a

- 1) di prorogare la validità del Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, per gli anni 2013 e 2014;
- 2) di prorogare di un ulteriore biennio, 2013-2014, la durata dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011 e conseguentemente di prevedere la presentazione, da parte degli ambiti distrettuali, di un programma attuativo biennale 2013-2014;
- 3) di approvare il documento "Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario per gli anni 2013-2014" - allegato 1 - parte integrante al presente provvedimento, quale integrazione al Piano sociale e sanitario sopra richiamato;
- 4) di approvare il "Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione delle risorse ai sensi dell'art. 47, comma 3, della L.R. 2/2003, in attuazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale" - allegato 2 - parte integrante del presente atto;
- 5) di dare atto che alla realizzazione del suddetto Programma sono destinate le risorse finanziarie provenienti dal Fondo Sociale Regionale per l'anno 2013, ai sensi dell'art. 46, comma 2, L.R. 2/2003, secondo quanto indicato in premessa, e che il finanziamento e la realizzazione integrale del Programma stesso sono subordinati alla effettiva disponibilità delle risorse a valere sul Bilancio di Previsione 2013-2015;
- 6) di dare atto che la Giunta regionale, ai fini di dare attuazione al Programma di cui al precedente punto 4, provvederà, con successivi atti, alla ripartizione delle risorse, all'individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi indicati e per il relativo monitoraggio, alla definizione del percorso amministrativo procedurale per garantire la realizzazione operativa del Programma stesso;

- 7) di dare atto che qualora si rendessero disponibili ulteriori stanziamenti statali e regionali, essi saranno, compatibilmente con i vincoli di destinazione, assegnati secondo le finalità e i criteri di cui all'allegato Programma;
- 8) di pubblicare la deliberazione assembleare nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna.

ALLEGATO 1

INDICAZIONI ATTUATIVE DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO PER GLI ANNI 2013/2014

PREMESSA

IL NOSTRO SISTEMA DI WELFARE

IL QUADRO DELLE RISORSE

LE INDICAZIONI DALL'EUROPA PER LA COESIONE SOCIALE

IL CONTESTO REGIONALE: TRA NUOVE EMERGENZE E RISORSE POSSIBILI

- Impoverimento
- Immaginare e sostenere "il futuro"
- Fragilità
- Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale
- La comunità coesa come risorsa
- Un nuovo percorso per la programmazione integrata
- Risollevarsi dal sisma

AMBITI DI AZIONE E DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA REGIONALE DI

WELFARE

- "Prima le donne e i bambini": investire sull'infanzia e l'adolescenza e contrastare la violenza
- Governance e sistema dei servizi
- Promuovere il riordino e il consolidamento del servizio sociale territoriale
- Verso l'assistenza territoriale in sanità

SVILUPPARE NUOVI APPROCCI

- Sviluppare l'intersectorialità e promuovere una visione globale
- La partecipazione al sistema di tutte le formazioni sociali
- Coinvolgere gli operatori nei processi di programmazione e di valutazione dei servizi

GLI STRUMENTI

- Sistema informativo a supporto delle politiche sociali
- Verso i LEPS: definizione di Obiettivi di servizio per l'area delle politiche sociali
- Verifica e consolidamento dell'impiego del Fondo Regionale per la non autosufficienza
- Sviluppare una visione globale dell'area dei LEA sociosanitari
- Accreditamento
- Modelli partecipativi per la programmazione
- Gli investimenti nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali

PREMESSA

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 che ha definito il sistema dei servizi, indicato un nuovo sistema di governance pubblica e promosso obiettivi che solo in parte sono stati acquisiti, conferma la sua vigenza. Il Piano, pertanto, rimane ancora valido nelle sue scelte di fondo ma richiede un aggiornamento coerente con le priorità evidenziate dalla crisi economica e sociale.

La velocità dei cambiamenti che segnano il momento attuale, in termini culturali, di quadro politico nazionale, di assetto istituzionale e di crisi delle risorse finanziarie, richiedono, infatti, la definizione condivisa di obiettivi strategici, nel solco dei provvedimenti di programmazione in precedenza approvati in ambito sociale e sanitario, e pongono fortemente l'esigenza di puntualizzare e attualizzare le priorità su cui concentrare sia l'azione pubblica di governo che la realizzazione degli interventi nell'ambito di un convinto rilancio delle politiche pubbliche di integrazione tra l'area sociale e sanitaria, ma anche l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, dell'abitare e dell'urbanistica, superando una visione settoriale della programmazione, come condizione per lo sviluppo della rete dei servizi e valorizzazione delle comunità locali.

Il presente documento si concentra quindi sulla definizione di alcune scelte di riferimento che orientino la programmazione territoriale per gli anni 2013 e 2014. Individua i bisogni più impellenti, le aree di intervento da privilegiare e indica le principali azioni da sviluppare, che consentano di affrontare meglio l'attuale situazione e rilanciare l'impegno dell'intera comunità regionale per un welfare più adeguato a mettere al centro le persone e i diritti di cui sono titolari.

IL NOSTRO SISTEMA DI WELFARE

Il nostro sistema di servizi sociali e sanitari è caratterizzato da un alto valore aggiunto, da cui dipende buona parte della ricchezza e della prosperità delle persone e delle comunità locali. Si tratta di un importante fattore di sviluppo dell'economia che genera occupazione garantendo anche, attraverso la cooperazione sociale, l'inserimento lavorativo di persone che non avrebbero altrimenti alcuno sbocco lavorativo.

Nei fatti e da troppo tempo, tuttavia, il welfare, inteso nella sua accezione ampia di salute e benessere sociale, non è considerato, nelle politiche nazionali, come un valore strategico per lo sviluppo e la coesione sociale. Al contrario, la spesa sociale e sanitaria, sono state considerate alla stregua di un forziere, dal quale attingere per la riduzione della spesa pubblica anziché settori cui è riconosciuto il più alto valore aggiunto per le persone e la collettività.

La conseguenza è che, progressivamente, un pilastro dello Stato, fondamentale per la libertà e la vita delle persone, viene messo in discussione nei suoi principi fondamentali di universalismo ed equità proprio nel momento in cui il sistema di welfare può e deve esercitare pienamente la sua azione di contrasto alle ricadute sociali della crisi economica e di catalizzatore della ripresa.

La salute e il benessere della popolazione devono essere considerati un investimento per la società. Per la persona costituiscono una risorsa importante che permette di avere soddisfazione dalla vita e di esercitare pienamente i propri ruoli. Per la società, cittadini in buona salute in situazione di relativo benessere rappresentano una condizione di dinamismo e progresso. Le risorse e le energie consacrate al miglioramento della salute e del benessere devono essere considerati a priori come un investimento e non solo come una spesa. Ma quelle risorse, come ogni investimento, affinché diano i loro frutti, vanno dirette verso le soluzioni più efficaci e vanno utilizzate nel modo più efficiente.

Per far fronte adeguatamente alle necessità derivanti dall'evoluzione dei bisogni e delle aspettative della popolazione in condizioni di massima sostenibilità è necessario realizzare un sistema sociale e sanitario inclusivo, più aperto, integrato nelle sue diverse

componenti in modo tale da assicurare continuità e coordinamento nella presa in carico delle persone e da assicurare quella integrazione che permette di migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficienza dei servizi. La prima esigenza del "Nuovo welfare" dovrà essere, proprio in questo contesto di messa in discussione del welfare stesso, la tutela dell'universalismo (sia pure selettivo, quando si riferisce all'ambito sociale) e dell'essere "politiche pubbliche" dei nostri servizi al cittadino. Andrà cioè mantenuta in capo al Pubblico l'area della programmazione e la definizione dei bisogni nei singoli ambiti territoriali.

La necessità di migliorare la presa in carico della popolazione fragile (prevalentemente anziani, spesso affetti da patologie croniche e degenerative, frequentemente in condizioni di limitata autosufficienza, di solitudine anagrafica e di sofferenza socio-economica, ma anche più in generale di famiglie e bambini e adolescenti in situazione di povertà o disagio) è ancora più imperativa in un periodo caratterizzato dalla drastica riduzione della spesa pubblica e dalle contestuali conseguenze della crisi economica e sociale, così come vanno ulteriormente promosse e monitorate la qualità, la sicurezza, nelle cure come nei luoghi di lavoro, la qualificazione del personale e l'equità di accesso in tempi congrui e adeguati al bisogno.

L'attuale crisi socio-economica si è sviluppata in un momento in cui a livello nazionale, peraltro largamente anticipata a livello europeo, le regioni italiane hanno cercato di declinare il principio generale dell'integrazione dei diversi livelli di assistenza socio-sanitaria. Ciò che le altre nazioni si pongono come problema di integrazione dei diversi e diversificati ambiti assistenziali, da noi ha anche un'altra connotazione caratterizzata dalla ristretta variabilità delle modalità assistenziali. Infatti l'ospedale è ancora inappropriatamente luogo dove vengono fornite delle prestazioni che potrebbero essere fornite a livello territoriale e/o residenziale. Si tratta quindi di diversificare la produzione ospedaliera, orientandola verso forme sempre più specialistiche e sofisticate tecnologicamente e sviluppare una organizzazione dell'assistenza primaria in grado di gestire la bassa complessità che non necessita ricovero in ambito ospedaliero. Contemporaneamente vanno definite modalità assistenziali in grado di innalzare la qualità dell'assistenza e renderne il costo sostenibile, cioè forme di riorganizzazione del processo ospedaliero e territoriale, tra cui l'intensità di cura, lo sviluppo di strumenti e ambiti per l'assistenza proattiva della cronicità o altre forme di reingegnerizzazione. Inoltre dal punto di vista della rete ospedaliera regionale, la disponibilità delle procedure più sofisticate deve tendere a concentrarsi e quella meno sofisticata ad avere una diffusione più ampia possibile e in stretto collegamento con le strutture territoriali di erogazione dell'assistenza primaria (Case della Salute). Tali modificazioni vanno realizzate in accordo con le evidenze di letteratura sul rapporto tra volumi ed esiti e, a parità di buoni esiti, sulla soluzione economicamente più conveniente.

IL QUADRO DELLE RISORSE

A livello di Sistema Sanitario Regionale, il 2013 si preannuncia come un anno in cui il perseguimento del pareggio di bilancio richiede l'adozione di misure in grado di produrre nell'esercizio in corso economie tali da contrastare costi per circa 260 milioni di €, per evitare di confrontarsi con le conseguenze del mancato equilibrio economico-finanziario e con il conseguente piano di rientro e commissariamento.

I tagli del fondo Sanitario nazionale, determinati dalle ultime manovre economiche, compresa la Legge di stabilità 2013 (L. 228/2012), sono pari ad oltre 30 miliardi nel triennio 2013-2015. Il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è stato complessivamente rideterminato in 106.824 milioni per l'anno 2013, in 107.716 milioni per l'anno 2014 ed in 107.616 milioni per l'anno 2015:

<i>Valori in milioni di euro</i>	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015
Livello finanziamento nazionale ante Spending Review	108.780	109.224	110.716	110.716
	1,75%	0,41%	1,37%	
Tagli Spending Review	- 900	- 1.800	- 2.000	-2.100
Livello finanziamento nazionale post spending review	107.880	107.424	108.716	108.616
	0,91%	-0,42%	1,20%	
Tagli Legge di Stabilità 2013		- 600	-1.000	-1.000
Livello finanziamento nazionale post DDL di Stabilità 2013		106.824	107.716	107.616
		-0,98%	+ 0,84%	-0,09%

Nel 2013, per la prima volta nella storia del Servizio Sanitario Nazionale, il livello di risorse a disposizione per l'anno in corso è inferiore a quello dell'anno precedente ed anche negli anni 2014 e 2015 si manterrà al di sotto del livello 2012.

Per la Regione Emilia Romagna la conseguente stima del minor finanziamento 2013 è pari a 81 milioni circa, in calo dell'1,05% rispetto al 2012. In assenza di misure si stima, sulla base del trend registrato nell'anno 2012, un aumento dei costi dei principali fattori produttivi pari a circa 120 milioni di euro. Oltre a questi incrementi, occorre considerare il maggiore onere che a partire dal 2013 graverà sul Sistema Sanitario Regionale per un importo pari a circa 40 milioni/anno per garantire la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati pregressi degli anni 2001-2011 nell'arco temporale di venticinque anni.

Un ulteriore aggravio dei costi di gestione dell'anno 2013 è rappresentato dal venir meno, a partire dal 2012, del finanziamento da parte dello Stato della L. 210/1992 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati" che per la Regione Emilia Romagna equivale a circa 20 milioni/anno.

Sommando gli effetti di quanto sopra richiamato (riduzione del finanziamento pari a 81 milioni, quota del finanziamento degli ammortamenti 2001-2011 in 25 anni pari a 40 milioni, mancato finanziamento degli indennizzi L. 210/1992 pari a 20 milioni, aumento dei costi di produzione pari a circa 120 milioni), il pareggio di bilancio richiede misure capaci di ridurre i costi per un valore pari a circa 260 milioni di € già a partire dal 2013.

È evidente la difficoltà, se non l'impossibilità materiale, di raggiungere già nell'esercizio corrente tale obiettivo.

Nonostante nella nostra regione il SSR abbia mantenuto il pareggio di bilancio senza compromettere i livelli essenziali di assistenza e vi sia un generale riconoscimento di efficienza, esistono comunque, anche a livello regionale, sia pure in misura diversa rispetto al quadro nazionale, importanti margini di recupero di risorse. Gli abusi e gli sprechi vanno rimossi con determinazione, ma, pur supponendo che possano scomparire totalmente, rimane estremamente consistente lo scarto tra le risorse necessarie a garantire, in condizioni di qualità adeguata – cioè allo stato delle conoscenze scientifiche, allo stato dei bisogni prevalenti e alle aspettative della persona – i livelli essenziali di assistenza e l'effettiva disponibilità di risorse.

È un fatto che i fattori strutturali, che condizionano l'andamento della spesa sanitaria, prevedibili per almeno il prossimo decennio, continueranno a determinare un aumento superiore a quello della ricchezza prodotta, quale che sia il livello di funzionamento del modello organizzativo e di finanziamento che si dovesse scegliere. Oggettivamente il sistema dovrà fare i conti con un inevitabile aumento tendenziale dei costi, anche nell'ipotesi di un massimo grado di efficienza nell'uso delle risorse.

Il che equivale a dire che, se nel breve periodo non si daranno al sistema i mezzi per sostenere un decennio che si profila dominato da una forte innovazione tecnologica e dal suo corollario di aumento dei costi, difficilmente si potrà perseguire quel miglioramento continuo richiesto non solo dall'evoluzione dei bisogni e delle potenzialità ma, anche, dal raggiungimento di più alti livelli di efficienza microeconomica consentita dall'innovazione tecnologica ed organizzativa.

Analogo discorso può essere fatto per l'area dei servizi e degli interventi sociali, che, pur essendo patrimonio consolidato nella nostra regione non sono neppure tutelati da un adeguato finanziamento dei livelli essenziali, e sui quali la scure dei tagli si è abbattuta in maniera proporzionalmente ancora più pesante. Quest'area nel corso degli ultimi 5 anni è stata interessata da un taglio di risorse statali superiore al 90 %.

Fondi statali	2008	2009	2010	2011	2012
Fondo per le politiche della famiglia	346,5	186,6	185,3	52,2	70,0
Fondo pari opportunità	64,4	30,0	3,3	17,2	15,0
Fondo politiche giovanili	137,4	79,8	94,1	13,4	6,8
Fondo infanzia e adolescenza	43,9	43,9	40,0	40,0	
Fondo per le politiche sociali	929,3	583,9	435,3	218,1	42,9
Fondo non autosufficienza	300,0	400,0	400,0	0,0	
Fondo affitto	205,6	161,8	143,8	33,5	
Fondo inclusione immigrati	100,0	0,0	0,0	0,0	
Fondo servizi prima infanzia	100,0	100,0	0,0	0,0	
Fondo servizio civile	299,6	171,4	170,3	113,0	
TOTALE	2.526,70	1.757,40	1.472,10	487,40	134,70

Variazione 2008/2012

-94,7%

Una veloce ricognizione fatta all'inizio di settembre, volta a valutare i principali impatti registrati a livello territoriale in conseguenza della riduzione dei trasferimenti statali nell'area del sociale, ha fatto emergere che nel 2012 l'impatto è stato abbastanza limitato in termini di riduzione o chiusura di servizi, per il diffuso ricorso ad economie precedenti o a tagli in altri settori.

Tutti i territori sono però concordi nel ritenere che se i trasferimenti statali non verranno ripristinati, si dovrà procedere a tagli molto più netti con conseguenze gravi sugli utenti che, a fronte della crisi economica, dei flussi migratori e dei tassi di invecchiamento sempre molto alti, sono in grande crescita e che esercitano una richiesta molto forte di assistenza sugli enti locali.

Tale ricognizione ha fornito un primo sommario quadro delle scelte operate dal sistema regionale per far fronte alle emergenze e non abbassare il livello dell'assistenza e, congiuntamente ad analogo lavoro fatto dalle altre Regioni, ha consentito di porre l'attenzione sui problemi dell'area sociale e di far attivare il Governo, che per il 2013 ha parzialmente ripristinato il Fondo sociale nazionale. Risulta strategico approfondire e dare continuità a questa verifica delle situazioni territoriali con un periodico aggiornamento.

Inoltre è opportuno ricordare che la spesa sostenuta dai Comuni per i Servizi sociali rappresenta solo una piccola parte del totale delle risorse destinate all'assistenza a livello nazionale e pertanto il nodo politico strategico da affrontare a livello nazionale è quello del riequilibrio tra trasferimenti monetari e servizi e fra misure gestite a livello centrale e risorse disponibili a livello territoriale.

In generale, per tutte le considerazioni sopra esposte, si può affermare che la Regione continuerà, per quanto nelle sue disponibilità, a sostenere con proprie risorse il finanziamento integrativo del Fondo Sanitario, del FRNA e del Fondo Sociale, intensificando in parallelo l'azione nei confronti del Governo per assicurare un livello di finanziamento adeguato ai livelli essenziali di assistenza in sanità e al sistema dei servizi sociali da garantire alla popolazione. È chiaro però che limitarsi a questo

significherebbe, in definitiva, abdicare alla volontà di proteggere e migliorare il nostro sistema di servizi e di ribadire l'attualità dei suoi storici principi ispiratori.

È quindi necessario agire, parallelamente, con azioni immediate di minimizzazione degli effetti del razionamento economico-finanziario, finalizzate al controllo dei costi di esercizio, e con azioni di medio periodo volte ad una revisione complessiva dell'attuale sistema che senza escludere i diversi target di utenza, così come indicati dal Piano sociale e sanitario in vigore, producano innovazioni di carattere organizzativo, investimenti sulla qualità, attivazione di risorse della comunità, revisione dei modelli gestionali, volte al perseguimento della sostenibilità economico finanziaria del sistema e di una più efficace risposta al bisogno.

LE INDICAZIONI DALL'EUROPA PER LA COESIONE SOCIALE

Nell'ultima comunicazione della Commissione Europea sugli investimenti sociali finalizzati alla crescita e alla coesione sociale (COM (2013) 83 final), si esortano gli Stati membri a porre in cima alle priorità gli investimenti sociali e a modernizzare i propri sistemi di protezione sociale.

Ciò implica strategie di integrazione attiva più performanti e un uso più efficiente ed efficace delle risorse destinate al sociale.

Il Commissario László Andor (*Commissario per l'occupazione, gli affari sociali e l'integrazione*) ha dichiarato *"Gli investimenti sociali sono fondamentali per emergere dalla crisi più forti, più coesi e più competitivi. Nel rispetto degli attuali vincoli di bilancio è opportuno che gli Stati membri rivolgano la loro attenzione al capitale umano e alla coesione sociale. Tale azione è di importanza decisiva per compiere reali progressi verso il conseguimento degli obiettivi della strategia Europa 2020. Investire oggi nel sociale ci aiuta a evitare che gli Stati membri sostengano costi finanziari e sociali molto più alti in futuro"*.

Gli investimenti sociali si sviluppano secondo tre linee di azione:

- Garantire che i sistemi di protezione sociale soddisfino i bisogni delle persone nei momenti critici della loro vita. È necessario fare di più per ridurre il rischio di disgregazione sociale ed evitare in tal modo una spesa sociale più elevata in futuro.
- Semplificazione delle politiche sociali e concentrazione sugli effettivi destinatari in modo da fornire sistemi di protezione sociale adeguati e sostenibili. Alcuni paesi riportano risultati migliori per la società rispetto ad altri Stati pur disponendo di risorse simili o inferiori, il che dimostra che esistono i margini per una spesa più efficiente in interventi sociali.
- Perfezionare le strategie di inclusione attiva negli Stati membri. Cura dell'infanzia e istruzione sostenibili e qualitativamente valide, prevenzione dell'abbandono scolastico, formazione e aiuto nella ricerca del lavoro, facilitazioni in fatto di alloggio e accessibilità dell'assistenza medica sono tutti settori di intervento con forti caratteristiche di investimento sociale.

Tra le diverse raccomandazioni si segnalano la lotta alla povertà infantile, con esortazione ad applicare un approccio integrato agli investimenti sociali a favore dei bambini. Investire nei bambini e nei giovani è un modo particolarmente efficace di spezzare il circolo chiuso intergenerazionale della povertà e dell'esclusione sociale, nonché di migliorare le loro opportunità nella vita futura. Altra esortazione concerne l'economia sociale, sostenendo che le risorse per le politiche sociali non devono essere limitate a quelle proprie del settore pubblico, ma devono trovare il giusto valore anche gli interventi messi in campo dal mondo del no profit (Social Business Iniziative (COM (2011) 682) e del for profit (Corporate Social Responsibility).

IL CONTESTO REGIONALE: TRA NUOVE EMERGENZE E RISORSE POSSIBILI

Come conseguenza delle riflessioni sopra esposte appare ora necessario mettere a fuoco le principali emergenze che il mutato contesto territoriale pone all'attenzione del sistema dei servizi sanitari e sociali, nonché le risorse da attivare in termini di collaborazione e da mettere in campo per promuovere politiche volte a fronteggiare il difficile momento.

Le politiche per la salute e il benessere sociale, perché possano continuare ad essere motore di sviluppo locale, occasione di occupazione e garanzia di sicurezza debbono affrontare le problematiche vaste e complesse che stanno mettendo alla prova i nostri territori. Tali fenomeni vengono qui richiamati e tematizzati in quanto rappresentano lo sfondo delle azioni da intraprendere e ne orientano il senso. Di seguito si richiamano i fenomeni e i temi che emergono come di particolare interesse per la programmazione ed il lavoro futuro.

Impoverimento

La nostra società vive una crisi durissima, in un "paese ad alta disegualianza sociale" dove almeno metà delle persone è colpita duramente dal fenomeno dell'impoverimento. Si va da persone in situazione di povertà estrema che oggi vivono una recrudescenza, agli immigrati che, dopo un periodo di relativa integrazione, si trovano a vivere una nuova difficoltà dopo la perdita del lavoro e senza potere contare su una rete familiare di appoggio, fino ad arrivare al ceto medio che affronta oggi nuove difficoltà, solo apparentemente sostenibili con contributi economici, ma in realtà molto più durature e complesse. Si presentano disagi attualmente quasi "invisibili" al nostro sistema dei servizi, non ricompresi nel mandato istituzionale storico, che si manifestano in una fascia di popolazione che potremmo definire "ceto medio impoverito" e che in letteratura viene definita fascia dei "vulnerabili" (Negri e Saraceno, 2004), una parte di popolazione in silenziosa e veloce espansione e trasformazione; persone che, pur partendo da una condizione economica decorosa, incrociano eventi esistenziali che – spesso a motivo della scarsità di risorse di rete o perché spinte a vivere al di sopra dei propri mezzi - finiscono per collocarli rapidamente ai confini della soglia di povertà. Tale condizione è accompagnata da una forte difficoltà o vergogna ad essere esplicitata da parte del singolo o dalla famiglia poiché tale ammissione contrasterebbe con l'ideologia performativa dominante. Numerosi sono i casi di famiglie e individui per i quali la perdita del lavoro e la difficoltà di trovare una nuova occupazione, comporta un progressivo e drammatico scivolamento nella povertà e/o il rischio della irregolarità della propria presenza nel caso dei cittadini stranieri.

Il tema dell'impoverimento induce ad una reale necessità di ripensare il sistema dei servizi sociali, ma comporta anche una riflessione sugli effetti che produce sulla salute della popolazione che vive queste difficoltà, alla necessità di valutare l'impatto delle disegualianze sull'accesso ai servizi e sui risultati di salute. Diventa più che mai necessario pensare al sociale come ad un'area di attività ampia, collegata agli altri settori, in cui il reperimento di un lavoro, la problematica abitativa diventano snodi fondamentali per potere attivare interventi, risorse e aiuti efficaci. Così come si rende necessario ripensare gli stili di consumo: è possibile promuovere stili di vita che consentano di vivere con meno risorse, perseguendo un modello di benessere diverso da quello fino ad oggi idealizzato?

Immaginare e sostenere "il futuro"

In un mutato contesto economico e sociale di maggiore vulnerabilità e di rischio di tensioni sociali si fa pressante la necessità di ripensare le politiche per le giovani generazioni, che paiono quelle maggiormente colpite dalla crisi, in una prospettiva di

comunità locale, che sia attenta ai soggetti in crescita e che sia alla ricerca di garanzie per il proprio futuro, per la propria continuità, per il proprio rinnovamento.

In quest'ottica assumono valore politiche di coesione sociale, di dialogo tra le generazioni, di opportunità per l'espressione e la partecipazione alla vita sociale, così come diventa importante porre attenzione alle reali prospettive offerte dal mondo della scuola e della formazione in connessione con la dimensione del lavoro (es. NEET "*Not in Education, Employment or Training*" che indica individui che non sono inseriti in percorsi di istruzione, formazione professionale o nel mondo del lavoro).

Occorre investire e potenziare maggiormente le politiche educative e sociali nella loro funzione strategica di promozione del benessere per la crescita dei bambini e dei ragazzi, di sostegno alle funzioni genitoriali, di prevenzione per rompere la catena di riproduzione delle diseguaglianze sociali e favorire processi di inclusione. La società regionale è sempre più caratterizzata dalla presenza di giovani nati in Italia oppure arrivati in età pre-scolare che hanno i genitori immigrati stranieri, occorre evitare etichettamenti che leghino indissolubilmente questi ragazzi e ragazze alla eredità sociale, culturale e migratoria dei genitori, ed altresì valorizzare e promuovere percorsi di cittadinanza attiva tra "pari", riconoscere i processi di ibridazione culturale ed accompagnare i percorsi identitari dei ragazzi intesi come processo/risultato delle esperienze maturate nel corso del tempo nel proprio contesto di vita.

E' inoltre importante mantenere l'attenzione agli interventi di protezione nelle situazioni complesse: dai crescenti casi di fragilità educativa alle situazioni più gravi che richiedono un'attivazione dei sistemi di protezione e tutela quali ad esempio i casi di allontanamento dei minori, di abuso e maltrattamento, di accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

Fragilità

La necessità di garantire sistemi locali di sostegno e riferimento per le persone non autonome e fragili rappresenta una assoluta priorità. Vi è infatti una parte della popolazione che per età, per condizioni fisiche precarie, per patologie psichiatriche, per difficoltà economiche, fragilità o assenza dei rapporti parentali o amicali, sono particolarmente vulnerabili, non autonome e a rischio di istituzionalizzazione. È importante potere riconoscere queste situazioni, consolidando le esperienze significative sin qui realizzate, ma partendo da queste per realizzare un sistema diffuso di interventi integrati, capaci di prevenire l'isolamento, che spesso comporta un più rapido scivolamento verso una condizione di dipendenza, valorizzando le risorse sociali (formali e informali) delle comunità.

Elementi fondamentali di questi interventi sono rappresentati da una reale integrazione socio-sanitaria, da una integrazione nella comunità locale tra le reti formali e quelle informali, da un approccio globale e non solo sanitario al tema della vulnerabilità e fragilità. In questo senso vanno perseguite con forza le politiche di prevenzione che possono produrre effetti decisivi per il sistema sia in termini di salute che di sostenibilità, in particolare interventi sugli stili di vita sani o politiche per l'invecchiamento attivo. Gli approcci trasversali e le politiche integrate così come realizzate nel PAR vanno rafforzati e perseguiti. Rappresenta un elemento importante la conclusione della riflessione avviata sulle forme di sostegno ai caregiver e delle possibili azioni per la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, al fine di fornire elementi ed indicazioni per consolidare e diffondere le buone pratiche già ampiamente diffuse nel territorio regionale.

Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale

La presenza di una popolazione sempre più eterogenea (per provenienza, lingua, cultura, religione, condizione socio-economica) è fortemente correlata, anche se non in maniera esaustiva, al fenomeno migratorio che rappresenta uno dei fondamentali

processi di cambiamento demografico di questi anni e del prossimo decennio. Fenomeno relativamente giovane per la nostra regione, caratterizzato da una specifica complessità giuridica e transnazionale, esso ripropone il tema della necessità di ridefinire, attraverso forme di reciproco interesse e coinvolgimento, un nuovo patto di cittadinanza tra immigrati e nativi e sollecita i servizi a definire risposte efficaci a fronte di bisogni e/o fenomeni di complessità inedita. Occorre pertanto riconoscere e valorizzare il contesto pluriculturale, ponendo al centro le persone ed i diritti di cui sono titolari, per rafforzare la coesione sociale, garantire pari opportunità di accesso, equità di trattamento e prevenire potenziali discriminazioni e conflittualità sociali. Gli obiettivi e le azioni individuate nella programmazione sociale e sanitaria dovranno trovare un raccordo ed una dimensione intersettoriale nell'ambito del nuovo Piano Triennale per l'integrazione dei cittadini stranieri, previsto dalla L.R. 5/2004, di prossima definizione da parte della Assemblea legislativa.

La comunità coesa come risorsa

La capacità delle comunità locali, fatta di relazioni sociali, familiari, amicali, di solidarietà e di volontariato, di farsi solidali nei momenti di difficoltà è una risorsa potente; la presenza di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto è determinante per la possibilità di far fronte alla crisi. Questa rimane una priorità che orienta tutta l'impostazione del welfare territoriale e viene sostenuta con l'assunzione piena di responsabilità del pubblico e con il riconoscimento della funzione pubblica dei soggetti della società civile, che vengono chiamati a partecipare alla programmazione ed alla individuazione delle priorità per la pianificazione sociale e sanitaria. I servizi per la salute e il benessere sociale debbono essere impegnati a sostenere, ascoltare, ridare voce e salute alla comunità locale che va riconosciuta nelle sue diverse forme, più o meno organizzate. Attenti alle opportunità che offre, ma anche consapevoli dei rischi ("professionalizzare troppo la comunità locale rischia di togliere spazi vitali/ autonomia alla comunità stessa"). Occorre riattivare le risorse della comunità, all'interno di percorsi partecipativi definiti ed efficaci, al fine di programmare e realizzare azioni, a livello locale, volte, prima di tutto, ad aiutare le persone a rafforzare i propri "funzionamenti" e a sviluppare le proprie "capacità" anche come contributo ad abbassare livelli alti di conflittualità, a mitigare gli effetti della crisi sulle famiglie e sui singoli, a promuovere scambi e integrazioni di professionalità tra sociale e sanitario. È utile proseguire sulla strada delineata da alcuni percorsi formativi già avviati sul lavoro di comunità, promuovendo per la prossima programmazione annuale alcune sperimentazioni locali di questo approccio.

Un nuovo percorso per la programmazione integrata

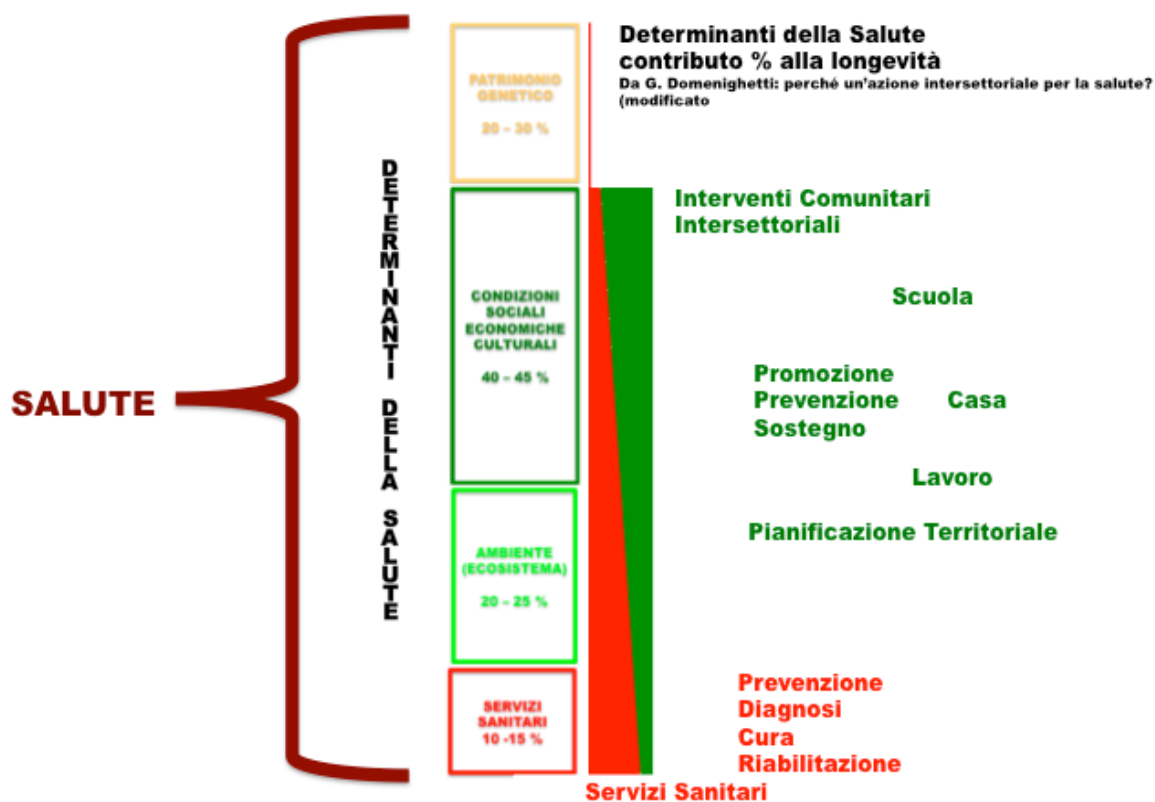
L'attività di programmazione degli interventi e dei servizi dovrà tenere conto del contesto in forte cambiamento descritto in premessa, che esprime nuovi bisogni e nuove forme di disagio sociale legate all'importante crisi socio-economica degli ultimi anni e non risolvibile nel breve periodo. Dovranno quindi essere sviluppati momenti di rilevazione del fabbisogno che vedano le comunità parte attiva nella individuazione delle priorità di intervento. Compito della Regione e degli enti locali è quello di assicurare un processo di programmazione integrata partecipata che agisca sui diversi determinanti di salute, costruendo piattaforme di fiducia tra e con gli attori pubblici e privati che partecipano al processo. Si tratta di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, le strutture pubbliche, private profit e no profit, associazioni, volontariato, forze sociali per il superamento della programmazione settoriale verso una decisa ottica di integrazione. L'obiettivo rimane la realizzazione di un sistema di welfare basato su di una prospettiva dei diritti dei cittadini all'accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura, superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni.

La nuova governance dovrà sviluppare inoltre nuovi strumenti di rilevazione dei bisogni. In tal senso va ridefinito anche il ruolo dei Direttori di Distretto, dei DDAASS e dei Responsabili degli Uffici di Piano che dovranno acquisire competenze specifiche per lo sviluppo di momenti di confronto con tutti i soggetti interessati finalizzati alla rilevazione di nuovi bisogni sui quali sviluppare una programmazione integrata.

Un intervento efficace sulla promozione della salute deve intervenire su tutte le determinanti di salute modificabili e non limitarsi all'organizzazione dei servizi.

In tale percorso una particolare attenzione dovrà essere posta al rafforzamento del ruolo del Distretto come garanzia di una risposta integrata e coordinata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali e come consolidamento e semplificazione del sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione socio-sanitaria, intesi anche come capacità di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza.

Il Razionale della Programmazione Integrata



Risollevarsi dal sisma

Non è possibile pensare ai mutamenti degli ultimi anni senza ricordare il terremoto che ha colpito la nostra regione nello scorso anno. L'evento sismico deve essere considerato non come territorialmente definito o contingente, ma riguardante l'intera programmazione regionale dei prossimi anni, anche in ambito sociale e sanitario. Tale evento ha infatti trasformato l'offerta, il bisogno e le risposte possibili e l'uscita dalla situazione di difficoltà non può essere lasciata al solo straordinario impegno degli amministratori e dei cittadini dei territori colpiti, ma deve essere oggetto di una responsabilità comune e condivisa. Occorre mappare lo stato dell'arte dei servizi del territorio per procedere alla ricostruzione di quanto è venuto meno. L'esperienza ha portato, assieme alla necessità di ricostruire i servizi e il tessuto sociale, anche modi nuovi di vedere alcune questioni: il ruolo dei caregiver, la domiciliarità, la necessità di sistemi di sorveglianza, nuove ipotesi sulla residenzialità protetta leggera per persone parzialmente non autosufficienti, l'importanza e la delicatezza dei cambiamenti dell'abitare, i rapporti con il terzo settore. I territori colpiti possono rappresentare un ambito di sperimentazione utile alla evoluzione delle politiche per la salute e il benessere sociale.

AMBITI DI AZIONE E DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA REGIONALE DI WELFARE

I principi richiamati nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, nonché il ruolo di governo pubblico sulla programmazione, il modello di governance ed il sistema dei servizi e degli interventi realizzato restano tuttora punti di riferimento del sistema regionale. Tali principi e dimensioni devono ora essere aggiornati, a partire dalla verifica delle realizzazioni di questi anni, a partire dalla consapevolezza della multicausalità e multifattorialità dei problemi da affrontare e del mutato contesto economico e sociale.

I nuovi e complessi bisogni degli anziani, dei giovani ma anche degli adulti, donne e uomini, in forme spesso diverse, rischiano di rimanere confinati, ai limiti del disagio, all'interno delle famiglie, da sempre risorse per il sostegno e l'integrazione sociale, ma oggi sottoposte a una nuova e fortissima tensione.

Occorre sviluppare alcune azioni che concorrono, nel loro insieme, a consolidare le infrastrutture su cui poggia il nostro modello regionale di welfare. Per alcune di esse i tempi possono essere considerati maturi per una loro diretta implementazione o in alcuni casi per l'avvio di una sperimentazione, per altre sarà necessario avviare prioritariamente un'attività di studio, scambio e valutazione, che ne verifichino la fattibilità.

Infine, per altre sarà necessario continuare a portare avanti un'intensa attività di collaborazione con il livello governativo e interregionale perché le scelte e gli orientamenti presi a livello nazionale siano coerenti e attenti alle esigenze regionali e territoriali specifiche del nostro contesto.

Con riferimento quindi alle priorità evidenziate si ritiene di dover sviluppare i seguenti indirizzi.

“Prima le donne e i bambini”: investire sull'infanzia e l'adolescenza e contrastare la violenza

Gli esiti dell'attuazione del “Programma per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità” realizzato nell'ultimo triennio di programmazione restituiscono, a livello regionale, quali concetti chiave, utili indirizzi per il futuro. È necessario cambiare ottica nel lavoro con le famiglie, insistere maggiormente sull'offerta di servizi o opportunità di prossimità e domiciliarità, avere un orizzonte ampio di programmazione, che non sia solo sui temi di

emergenza sociale, ma anche sulla tenuta e il consolidamento di alleanze nel sistema integrato tra servizi e cittadini.

Occorre ripensare ed attuare nuove forme di accoglienza e supporto alle famiglie che coinvolgano i professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari, del mondo della scuola, del volontariato. Si sperimenterà un modello di intervento basato su un approccio che fa leva sulle abilità dei genitori, sui loro bisogni, sulle loro motivazioni e sulle risorse presenti nel loro contesto sociale.

Nel settore socio educativo l'esigenza di adottare delle risposte adeguate, capaci di coniugare la qualità alla sostenibilità economica in un processo di rapida ricerca dei tratti considerati essenziali e irrinunciabili della qualità, indirizza verso: la qualificazione, il consolidamento del sistema 0-3 (servizi costituiti da nidi d'infanzia, spazi bambino, centri per bambini e genitori, servizi domiciliari e sperimentali) e la valorizzazione della continuità educativa in ambito 0 – 6 anni. Andrà proseguito il processo avviato di sperimentazione di un sistema di regolazione della qualità attraverso l'adozione di strumenti di auto ed etero valutazione, promuovendo la partecipazione attiva del personale ai processi di programmazione e di valutazione dei servizi.

Occorrerà concentrarsi poi sull'età della preadolescenza e adolescenza, ricercare maggiore sistematicità di azioni di ambito territoriale aziendale/provinciale degli interventi di promozione del benessere e di prevenzione che riguardano tutto il sistema dei servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici e delle opportunità del territorio. In tale senso la proposta del Progetto Adolescenza promosso dalla RER, finalizzata al coordinamento delle azioni, intende incidere maggiormente nei diversi contesti di vita degli adolescenti, promuovendo nuove opportunità e azioni di sistema per garantire stabilità e omogeneità di risposta, integrazione (istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale).

L'attivazione del contesto comunitario in questo ambito si caratterizza per iniziative di promozione dell'agio, che coinvolgono la comunità, che favoriscono la conoscenza reciproca, la solidarietà e la concreta corresponsabilità, che facilitano il dialogo interculturale e intergenerazionale, che connettono i servizi tra loro e favoriscono la partecipazione dei ragazzi, la loro visibilità e la loro presenza attiva.

Con urgenza si dovrà ridelineare la rete territoriale integrata per il contrasto alla violenza di genere e contro i minori e per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime, ciò segue il lavoro di confronto e di redazione delle linee guida svolto nello scorso anno. L'applicazione delle prime linee guida permetterà di condividere e consolidare una cultura dell'accoglienza e della presa in carico delle vittime che porti gli operatori dei diversi servizi sociali, sanitari e del terzo settore ad uno stretto lavoro di rete per definire in ambito provinciale procedure, prassi operative, ambiti e modalità di collaborazione, anche in coordinamento con la scuola e le forze dell'ordine. Obiettivo principale sarà la condivisione, l'integrazione e il miglioramento delle procedure ad oggi già utilizzate, oltre al rafforzamento delle azioni e dell'attività di prevenzione della violenza, del monitoraggio del fenomeno e della formazione per gli operatori. Si dovrà realizzare una maggiore connessione fra i diversi ambiti e i servizi coinvolti nel contrasto alla violenza, anche per condividere, esplicitare e diffondere i punti di accesso alla rete dei servizi e le modalità di raccordo necessario ad ottimizzare le procedure di accoglienza e presa in carico, riconfermando così nel lavoro di rete la strategia principale per contrastare e prevenire la violenza di genere.

Governance e sistema dei servizi

L'esperienza maturata negli anni di attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010, nonché le innovazioni apportate dalla L.R. 21/2012 in relazione alla *riorganizzazione delle funzioni amministrative regionali, provinciali di area vasta e associative intercomunali e alla individuazione degli ambiti territoriali ottimali per l'esercizio associato delle funzioni comunali*, impongono una valutazione della tenuta del sistema di governance definito per l'esercizio delle politiche sociali e sanitarie.

Il rafforzamento del ruolo del Distretto rafforza e riqualifica l'azione di committenza, migliora l'accesso ai servizi e la continuità assistenziale, in una logica che assicuri la presa in carico integrata dei problemi.

Tale riflessione deve essere condivisa nei prossimi mesi e necessariamente porsi in coerenza anche con il tema del riordino delle forme di gestione pubblica dei servizi, compreso quello della ridefinizione e dello sviluppo del ruolo delle Aziende Pubbliche di Servizio alle persone come Enti di gestione ed erogazione pubblici multiservizi nei diversi settori: sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, educativo e scolastico.

Per quanto riguarda queste ultime e la riflessione sulle forme di gestione pubblica dei servizi, sul loro ruolo, le loro differenze, sulla loro adeguatezza occorre concludere il percorso di analisi e confronto da tempo avviato.

Gli strumenti di sviluppo possono essere perseguiti su piani diversi: la regolamentazione finalizzata ad una loro più precisa ed autonoma identità giuridica; processi di unificazione, di tipo strutturale, che possono risultare utili sia sul piano organizzativo/amministrativo che su quello della gestione assistenziale e dei servizi, l'ampliamento del loro ruolo e una loro maggiore omogeneizzazione.

La situazione della frammentazione gestionale va comunque superata, attraverso la riunificazione delle forme pubbliche di gestione, ed addivenendo ad individuare, in coerenza con l'aggregazione istituzionale definita, un'unica forma di gestione distrettuale.

Promuovere il riordino e il consolidamento del servizio sociale territoriale

L'evoluzione delle politiche di welfare richiede un approfondimento circa la qualità dei servizi offerti e lo sviluppo delle competenze del personale operante in tali servizi in un'ottica di sempre maggiore integrazione professionale. Il servizio sociale territoriale, che comprende lo sportello sociale e il servizio sociale professionale, per la sua funzione di accoglienza, informazione e orientamento, lettura dei bisogni e definizione dei percorsi di "presa in carico", rappresenta uno snodo fondamentale del sistema dei servizi. Oggi è più che mai necessario ripensarlo, a partire da una verifica puntuale della situazione esistente, in un'ottica di maggior qualificazione, di approfondimento e diffusione di modelli di valutazione degli interventi e di raccordo con la rete dei servizi e dei professionisti coinvolti.

Va ricercato e favorito, lo sviluppo di modelli organizzativi e gestionali di ambito distrettuale, coerenti con il dettato e l'attuazione della L.R. 21/2012. Nell'accompagnare il cittadino verso la soluzione adeguata ai bisogni espressi, occorre che il servizio sociale territoriale, in un'ottica comunitaria, a partire dai Piani assistenziali ed educativi, assieme alle risorse e ai servizi del welfare locale, includa e attivi le risorse del contesto di vita. In quest'ambito è necessario attivarsi per favorire la connessione tra gli sportelli sociali e altri sportelli informativi sui temi collegati al fine di assicurare ai cittadini adeguata informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi da diversi accessi, predisponendo, su base distrettuale, percorsi integrati ed unificati per usufruire dei vari servizi di rete.

Fermo restando l'obiettivo di consolidare la rete dei servizi, il governo e la responsabilità pubblica del welfare locale, è utile operare per sviluppare empowerment del soggetto e delle famiglie, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche al fine di contrastare l'individualismo che caratterizza la contemporaneità;

stimolare la creazione di nuove aggregazioni sociali, quali forme di auto mutuo-aiuto e servizi autogestiti; prevedere servizi di prossimità che incontrino i cittadini nei contesti di vita, sappiano cogliere e valorizzare il “capitale sociale” della comunità di riferimento. I professionisti del sociale oggi testimoniano un sempre maggior acuirsi di relazioni conflittuali tra cittadini e istituzioni pubbliche, collegate in parte alla complessità sociale e in parte all’esigibilità dei diritti che i cittadini non sentono come garantiti. Premesso che tutto il sistema deve operare per garantire i diritti è anche importante supportare la comunità professionale degli operatori che quotidianamente si trovano a fronteggiare tali situazioni di conflitto sociale spesso in solitudine, con la definizione di un assetto più stabile di servizio sociale territoriale che preveda la necessaria formazione e gli strumenti per cogliere e gestire anche l’evoluzione interculturale del contesto di lavoro.

Verso l’assistenza territoriale in sanità

Nell’assistenza primaria occorre promuovere attivamente, con il coinvolgimento di tutti i professionisti del sanitario e del sociale, la transizione da un modello organizzativo caratterizzato da professionisti abituati a lavorare in maniera sostanzialmente autonoma ad un modello di medicina del territorio caratterizzato da modalità assistenziali integrate improntate ad alcuni principi:

- Approccio interdisciplinare ai problemi di salute sia acuti che cronici
- Sviluppo di strumenti per il monitoraggio delle persone fragili e la loro presa in carico
- Gestione pro-attiva delle patologie croniche e della fragilità sanitaria
- Focalizzazione sulle cure domiciliari con particolare riguardo all’assistenza ai malati terminali (Rete delle Cure Palliative)
- Forte attenzione all’uso appropriato delle risorse
- Coinvolgimento delle comunità nell’individuazione dei bisogni e delle priorità, attivando momenti di confronto finalizzati allo sviluppo di empowerment individuale e di comunità, valorizzando e sostenendo il ruolo dei caregivers

A tal fine il modello “casa della salute” - come luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale, dove i cittadini possono trovare risposta alla loro domanda di salute, attraverso l’accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a bassa sofisticazione tecnologica e l’accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello - è un modello che va adeguatamente implementato, anche ripensando la programmazione territoriale alla luce della riorganizzazione prevista per la rete ospedaliera, in modo integrato con la rete dei servizi sociosanitari, anche al fine di assicurare equità di accesso ai servizi (DGR 291/2010). La riorganizzazione dell’assistenza primaria, all’interno delle case della salute, necessita di una ridefinizione dei ruoli e responsabilità professionali nonché di un attento monitoraggio sui processi di integrazione territoriale di queste nuove strutture. Come per l’assistenza ospedaliera, si tratta di diversificare la produzione, descrivendo percorsi e ambiti assistenziali ove, contemporaneamente alla promozione dell’integrazione interdisciplinare, vanno identificate responsabilità e compiti che valorizzino gli apporti di tutti gli operatori del sanitario e del sociale.

In Emilia-Romagna le Case della Salute pianificate nelle Aziende USL sono attualmente 111, di cui 49 funzionanti e 62 in programmazione. Le 49 strutture attive erogano più frequentemente funzioni di accoglienza, valutazione del bisogno, orientamento ai servizi, assistenza primaria erogata dai Nuclei di Cure Primarie e continuità assistenziale per urgenze ambulatoriali, gestione integrata delle patologie croniche a più alta prevalenza (Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO).

Punto chiave per l'assistenza proattiva alla cronicità, all'interno delle case della salute, diventano gli ambulatori a gestione infermieristica nei quali realizzare programmi di medicina di iniziativa secondo il modello del Chronic Care Model (presa in carico proattiva dei pazienti anche attraverso recall e follow-up telefonico di pazienti inseriti in appositi registri di patologia, counselling infermieristico ambulatoriale, case management domiciliare per patologie complesse e teleconsulto...), con l'attivazione di percorsi definiti e individuati di integrazione con l'ambito ospedaliero, anche mediante lo sviluppo delle tecnologie informatiche: FSE, Patient summary, ecc.

In alcune Case della Salute sono già disponibili servizi di presa in carico per prestazioni specialistiche di livello più complesso (es. radiodiagnostica, dialisi e riabilitazione), ma è sostenibile che si possa programmare e gestire un'assistenza a maggiore intensità, come ad esempio, la presenza di letti territoriali.

A questo proposito l'assistenza territoriale dovrà progressivamente prepararsi a integrare l'assistenza ospedaliera e a sostituirla ogni qual volta il ricovero non abbia valore aggiunto per le condizioni di salute della persona. Nell'ambito del sistema sanitario regionale, in relazione alla riconversione dei posti letto ospedalieri, deve essere programmato lo sviluppo di strutture sanitarie territoriali intermedie di degenza temporanea o altre riconversioni coerenti con la programmazione locale, nell'ambito della residenzialità assistita. Le strutture sanitarie intermedie dovranno assicurare ricovero e assistenza di natura prevalentemente infermieristica e rendere disponibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale.

Le strutture territoriali intermedie possono essere collocate sia all'interno delle Case della Salute oppure essere collocate all'interno dei presidi ospedalieri, in aree appositamente ri-organizzate e gestite dai Dipartimenti delle Cure Primarie.

Queste strutture si rivolgono principalmente a:

- Pazienti per lo più anziani, ricoverati in ospedale e clinicamente dimissibili ma in condizioni di non poter essere adeguatamente assistiti al domicilio per la complessità del quadro clinico;
- Pazienti fragili e/o cronici per la presenza di persistente instabilità clinica.

La definizione delle funzioni specifiche, la localizzazione e la gestione di queste strutture dovrà avvenire nell'ambito di un approccio integrato, da un lato con la rete ospedaliera e dall'altro con la rete dei servizi socio sanitari.

Sul versante ospedaliero, la riorganizzazione dovrà garantire il giusto equilibrio tra la necessità di decentramento, richiesta dall'accessibilità e dall'integrazione con i servizi territoriali, e la necessità di concentrazione richiesta dalle garanzie di qualità delle prestazioni e dall'uso efficiente delle risorse. L'obiettivo è perseguibile adottando come modulo elementare della rete ospedaliera la dimensione distrettuale, già consolidata sede dell'integrazione sociale e sanitaria, che garantisce la presenza diffusa di ospedali dotati delle principali funzioni di una struttura con dipartimento di emergenza urgenza di primo livello.

Le funzioni di tipo specialistico, per bacini d'utenza sovra distrettuali o regionali, sono integrabili alla struttura di base in relazione al bacino d'utenza necessario, perché le funzioni specialistiche abbiano, ognuna, una casistica sufficiente a garantire la miglior

qualità delle prestazioni e il miglior sfruttamento del sistema tecnico necessario alla loro produzione, dell'accessibilità della popolazione da servire.

L'organizzazione interna degli ospedali dovrà superare l'uso esclusivo delle risorse assistenziali e tecnologiche, oggi in capo alle singole discipline e orientarsi ad un approccio per intensità di cure, che, da un lato, orienti il paziente verso l'unità assistenziale che meglio risponde ai suoi bisogni e non esclusivamente in funzione della disciplina che rappresenta l'organo interessato, e dall'altro, garantisca il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie del comparto. Detto approccio potrebbe infatti garantire, attraverso un diverso coinvolgimento di dette figure professionali, anche un contenimento della spesa utile alla valorizzazione del lavoro svolto in ambito ospedaliero/sanitario.

Vanno poi sviluppate tutte quelle iniziative che migliorano la continuità relazionale e l'integrazione con la medicina territoriale (medico e infermiere di riferimento), l'assistenza sanitaria residenziale (per la salute mentale adulti), le iniziative che supportano la scelta informata della persona confrontata con patologie ad elevato grado di incertezza diagnostica, terapeutica e prognostica (secondo parere).

Sempre nell'ambito ospedaliero andranno poi consolidate e sviluppate le reti di eccellenza che contraddistinguono il SSR a livello nazionale quali ad esempio la rete trapianti, il sistema trasfusionale, la rete dell'emergenza urgenza, la rete cardiologica, ecc.

Il miglioramento della sostenibilità nel breve - medio periodo suppone una più incisiva azione di integrazione, per minimizzare i costi di amministrazione del sistema e per sviluppare il massimo di efficienza nel sistema logistico e di approvvigionamento, nei servizi amministrativi, tecnico-professionali e sanitari la cui presenza, a livello di singola azienda, non influenza la qualità, l'efficacia e l'efficienza del processo di assistenza alla persona ma, al contrario, se condivisi e concentrati possono generare significative economie di scala e di processo.

Sotto questo profilo le Aree Vaste, che riconfermiamo come modello di riferimento, devono diventare la sede di progettazione e di realizzazione delle possibili forme di integrazione orizzontale, là dove possibile ed utile anche per i soggetti gestori di servizi sociosanitari e/o sociali.

Inoltre, l'eventuale unificazione delle Aziende della Romagna, che rimane una scelta specifica dei territori, può diventare, previa verifica del processo, ulteriore sede di integrazione.

SVILUPPARE NUOVI APPROCCI

Sviluppare l'intersectorialità e promuovere una visione globale

Nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 si richiama con forza l'esigenza dell'integrazione a più livelli, ma nella programmazione locale, così come nella pratica, assistiamo ancora ad approcci separati tra settori e competenze. È importante quindi riaffermare la centralità della persona e la necessità che il sistema si organizzi attorno ad essa per rispondere in maniera efficace ed integrata al suo bisogno e riconoscendo i suoi diritti.

Vi è l'esigenza di affrontare i principali temi prescindendo da una suddivisione in target di utenza attraverso un approccio più orientato a cogliere la complessità dei problemi e a riacquistare una visione d'insieme, evitando così di leggere la realtà solo con le lenti del nostro sistema di offerta dei servizi o delle singole specializzazioni. Le persone e le famiglie, nelle loro diverse composizioni sono il soggetto principale delle politiche che andranno impostate, in particolare si tratta di trovare forme nuove ed integrate di sostegno alle esigenze materiali, ma anche alle capacità delle persone tenendo conto delle specifiche situazioni, dei bisogni, delle risorse e del loro contesto di vita. Si tratta di

aiutarle e sostenerle nel coniugare impegni di cura e lavoro e di affiancarle nei problemi di natura economica, di relazione, di salute.

A livello regionale si dovrà attivare un percorso condiviso che, nell'ambito degli accordi nazionali, dia maggiore chiarezza e ridefinisca meglio gli ambiti di applicazione dei tirocini formativi e delle forme di sostegno all'inserimento lavorativo e che sviluppi un maggiore raccordo tra servizi per il lavoro e servizi sociali e sanitari nella gestione dei casi più difficili.

Anche nell'ambito delle politiche per la casa è opportuno attivare un confronto che ponga le basi per il necessario raccordo tra servizi sociali, servizi sanitari e servizi abitativi nella gestione dei casi più problematici e nell'accompagnamento all'autonomia delle persone o dei nuclei con maggiori possibilità di emancipazione.

Va inoltre valorizzata la responsabilità sociale delle imprese attraverso l'attivazione di processi di diffusione delle esperienze, nonché lo sviluppo e la condivisione a livello regionale di indicatori volti ad individuare le imprese virtuose. Si tratta di puntare ad una visione nuova, aperta a forme originali e sperimentali di sostegno, che coniughino risorse pubbliche con l'impegno dei soggetti, della comunità di riferimento e la collaborazione di formazioni private, a partire dalle Fondazioni bancarie, in una logica di "patto" anziché di "contratto", dove tutti i soggetti sono impegnati ad un fine più che ad erogare una prestazione o un servizio.

L'ottica è quella di attivare e sostenere la corresponsabilizzazione delle persone, della comunità, delle organizzazioni e anche delle imprese e del mondo produttivo alla costruzione del welfare locale.

La partecipazione al sistema di tutte le formazioni sociali

Il modello di sussidiarietà che si è sviluppato in questi anni nella nostra regione e che si intende rafforzare vede un solido governo pubblico che mette a valore in modo coordinato e partecipato le risorse della comunità. Tra queste una ricchezza di particolare rilievo è rappresentata dalla società civile organizzata ed in particolare dalle realtà del Terzo settore.

Promuovere il fare solidale e la sussidiarietà non significa ridimensionare la responsabilità pubblica, ma anzi ampliarla. Significa piuttosto governare un sistema complesso di servizi, interventi, azioni e politiche, che coinvolge tutti gli attori presenti nel contesto, partendo da una programmazione partecipata, la cui responsabilità resta pubblica e a cui partecipano i soggetti sociali. Ciò consente di estendere la capacità di risposta e la competenza, integrando servizi storici e nuove risorse e aiutando il cittadino a sviluppare autonomia e salvaguardia della propria salute in un contesto più articolato e ricco.

Significa inoltre impegnarsi a costruire gli strumenti necessari a sostenere e valorizzare il lavoro di diversi soggetti e a monitorarne la qualità, la diffusione e l'integrazione dell'offerta, nel rispetto di quanto disposto dai CCNL sottoscritti dalle OOSS maggiormente rappresentative sul piano nazionale.

Si tratta di portare a compimento il processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, nel rispetto delle funzioni di programmazione, committenza, gestione e produzione ascrivibili ai diversi attori del sistema. Va superata la logica limitante dell'affidamento dei servizi per conto delle istituzioni, iniziando a distinguere tra privato che gestisce servizi per conto del pubblico (erogatori) e privato che può immettere risorse proprie nel sistema. Attraverso a stipula di "Patti di solidarietà territoriali" occorre sancire, dentro la programmazione locale, l'impegno concreto di tutte le formazioni del Terzo settore, dalla cooperazione sociale al volontariato e all'associazionismo di promozione sociale. A questo scopo serve una nuova strumentazione attraverso la quale la Pubblica Amministrazione possa far confluire nel sistema, oltre alle risorse della Regione e dei Comuni, risorse aggiuntive per consolidare e innovare la rete dei servizi.

Questo approccio non toglie al carattere di volontarietà e di vitalità tipico di queste formazioni, piuttosto punta a massimizzare le loro potenzialità orientandole secondo criteri di integrazione e coerenza rispetto agli obiettivi di programmazione. In questa prospettiva si collocano ad esempio i progetti di comunità, volti a promuovere stili di vita sani, favorendo la realizzazione comune di interventi integrati, basati sull'evidenza, con la partecipazione di soggetti istituzionali e non. Il coinvolgimento nella progettazione dei servizi, la reciprocità di riconoscimento delle rispettive autonomie, il carattere volontaristico delle azioni possibili sono tutti elementi che vengono salvaguardati all'interno di un quadro che vuole disegnare le linee di azione e regolare il rapporto fra attività professionale contrattualizzata e attività volontaristica nell'obiettivo di salvaguardare l'una e l'altra. Per quanto riguarda il ruolo di rappresentanza sociale delle organizzazioni sindacali nella costruzione del sistema integrato sociale e sanitario così come previsto dalla L.R. 2/2003 e dal Piano sociale e sanitario 2008-2010, si conferma il confronto e la concertazione come metodo di relazione da proseguire tra le parti, metodo che si esplica ai vari livelli (Regione, Province, CTSS e Comitato di Distretto) e si realizza lungo tutto l'arco del processo, dalla programmazione alla valutazione degli esiti.

Coinvolgere gli operatori nei processi di programmazione e di valutazione dei servizi

Un obiettivo comune a tutto il sistema dei servizi è senz'altro quello di migliorare l'integrazione anche attraverso un più alto livello di condivisione di valori, di prospettiva e di modalità operative tra i principali protagonisti che interagiscono nel sistema e che ne determinano la qualità del suo funzionamento, soprattutto i professionisti e gli altri operatori. È da questi ultimi che, principalmente, dipende l'appropriatezza delle risposte e l'efficienza del sistema, per la complessità e per il forte decentramento che li contraddistingue. Non è pensabile, soprattutto in una fase dominata dal razionamento delle risorse, produrre contemporaneamente maggiore qualità e maggiore efficienza, senza un coinvolgimento responsabile dei professionisti e degli operatori. È questo un ambito nel quale si possono ricercare le più rilevanti innovazioni per una migliore qualificazione della spesa pubblica ed è il fulcro sul quale si possono sostenere, con buona certezza di risultato, molte prospettive di riorganizzazione. Conseguentemente, il ridisegno e il funzionamento del sistema regionale deve saper creare le condizioni per promuovere la partecipazione attiva del personale ai processi di programmazione e di valutazione dei servizi oltre a recuperare dal sistema adeguate risorse economiche per incrementare e non diminuire i fondi di produttività per accompagnare i processi di innovazione e di cambiamento, al fine di combattere il disincanto e la demotivazione che, alimentati da condizioni di lavoro di giorno in giorno più difficili, sempre più si diffondono tra gli operatori.

A livello del sistema delle Aziende USL, in particolare, sarà necessario mettere mano a un trasparente sistema del merito che valorizzi le competenze e le capacità del singolo e del gruppo di cui è parte e a un sistema di valutazione capace di orientare i processi formativi volti al rafforzamento delle competenze e delle abilità individuali e di gruppo. Nel contesto delle riorganizzazioni aziendali sarà necessario valorizzare l'impegno profuso dagli operatori attraverso le economie derivanti dai processi di razionalizzazione organizzativa.

GLI STRUMENTI

Nel contesto sopra delineato la Regione, in stretto raccordo con gli EELL e le organizzazioni attive nel settore sociale sarà impegnata: nella promozione di processi di sperimentazione e innovazione e relativo monitoraggio; nella diffusione di buone pratiche realizzando occasioni di scambio; nell'avvio di ricerche in ambiti coerenti con i cambiamenti in corso; nella documentazione delle esperienze con modalità di facile fruizione; nella realizzazione e sostegno di percorsi formativi integrati.

Sistema informativo a supporto delle politiche sociali

Nel corso del 2013 sarà elaborata una “fotografia del contesto emiliano romagnolo” in termini di caratteristiche della popolazione, della domanda e dell'offerta di servizi e prestazioni. Si tratta di cominciare a definire, attraverso i dati disponibili, una prima immagine del mutato contesto socio-demografico della popolazione emiliano-romagnola, di iniziare a tratteggiare i principali bisogni espressi, anche grazie ai dati emergenti dai sistemi di rilevazione dell'accesso ai servizi, nonché da Osservatori regionali e di terzi. I dati emersi, di contesto e di domanda, potranno poi essere messi in relazione con i dati di offerta e attività dei servizi (utenti, spesa, personale, ecc.) per una prima analisi della rispondenza del sistema esistente dei servizi al mutato contesto sociale.

Al fine di agevolare una lettura coordinata di tutti i dati disponibili si è avviata la progettazione di un datawarehouse regionale per restituire alla Regione e a tutti i territori un sistema interrogabile via web che produca reportistica e indicatori analitici e sintetici costruiti sulla base dei flussi informativi regionali in ambito sociale, socio-sanitario e sanitario. Per migliorare la funzionalità di questo sistema si sta completando in parallelo un lavoro di revisione, semplificazione e aggiornamento dei flussi informativi. Il sistema sarà sviluppato sulla base del modello esistente in ambito sanitario, dove è possibile costruire il profilo di utilizzo dei servizi sanitari per ogni singolo cittadino.

Il sistema informativo e la “fotografia del contesto emiliano romagnolo” saranno l'occasione su cui sperimentare l'avvio di un Osservatorio Sociale Regionale. È opportuno istituire un monitoraggio periodico sulle ricadute della crisi economica sui territori nell'area sociale e sanitaria in grado di restituire una fotografia delle “emergenze sociali” e delle azioni possibili da mettere in campo per fronteggiare le situazioni più acute di disagio sociale e di prevenire la caduta nell'indigenza e nella marginalità estrema.

Il monitoraggio delle “emergenze sociali” è propedeutico allo studio e alla definizione di soluzioni e strumenti che potrebbero avere carattere di straordinarietà ed essere frutto di un approccio integrato interassessorile così come previsto dalla L.R. 2/2003 e dal Piano sociale e sanitario 2008-2010.

Verso i LEPS: definizione di Obiettivi di servizio per l'area delle politiche sociali

Un elemento mancante per la realizzazione di un sistema dei servizi sociali in grado di garantire diritti certi ai cittadini è la definizione, da parte dello Stato, dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali.

L'intesa del 24 gennaio 2012 in Conferenza unificata ha posto le basi per un lavoro condiviso in tal senso. La Regione è impegnata a collaborare con le altre Regioni e con il Governo nazionale, in seno alla Conferenza Stato Regioni e ai suoi organismi tecnici, per definire meglio la proposta di Macrolivelli e Obiettivi di Servizio, al fine di definire ipotesi di livelli essenziali.

A livello regionale i dati raccolti, anche attraverso gli strumenti della programmazione territoriale, potranno migliorare la conoscenza della rete dei servizi e degli interventi erogati dagli EE.LL. sul territorio regionale, evidenziare quali prestazioni sono

effettivamente garantite a tutti i cittadini e consentire, in coerenza con la L.R. 2/2003, di porre le basi per una definizione regionale dei livelli di servizio.

Verifica e consolidamento dell'impiego del Fondo Regionale per la non autosufficienza

Per quanto riguarda il Fondo regionale per la non autosufficienza occorre verificare e consolidare gli importanti risultati ottenuti per la popolazione, analizzando l'efficacia delle singole tipologie di interventi, aggiornando le azioni ed i servizi da finanziare con il FRNA sulla base dei seguenti criteri:

- efficacia in termini di benessere delle persone e delle famiglie;
- capacità di promuovere integrazione tra tutte le risorse disponibili (di comunità, umane, relazionali ed economiche) e mettere in relazione e a valore l'apporto delle reti sociali, migliorando l'integrazione con la rete dei Servizi;
- sostenibilità economica nel tempo degli interventi;
- miglioramento del sistema di monitoraggio e verifica degli interventi al fine di supportare la qualificazione del sistema di governance della non autosufficienza a tutti i livelli;
- verifica ed eventuale revisione dei criteri di accesso ad alcuni interventi.

Occorrerà inoltre attivare tutti i possibili strumenti per allargare le disponibilità di risorse e di opportunità a favore della non autosufficienza, attraverso una integrazione di tutte le forme di finanziamento e la conclusione dell'iter di definizione di criteri più equi per la contribuzione al costo dei servizi.

Per raggiungere questi obiettivi occorre ricostruire per l'intero territorio regionale la mappa delle risorse e degli interventi per la non autosufficienza assicurate da tutti i soggetti, attraverso tutte le fonti di finanziamento, andando oltre a ciò che viene assicurato dal finanziamento pubblico.

Questa mappa potrà consentire una valutazione puntuale degli interventi finanziati con risorse pubbliche e consentirà chiarezza di obiettivi nella individuazione delle priorità. È necessario non solo consolidare le esperienze significative sin qui realizzate, ma partendo da queste realizzare un sistema diffuso di interventi integrati, capaci di prevenire l'isolamento che comporta un più rapido scivolamento verso una condizione di dipendenza.

In questa prospettiva partendo dai punti di forza e di debolezza degli attuali servizi bisogna ripensare la teoria e la pratica della "domiciliarità": obiettivo tuttora valido e stringente, da perseguire con nuovo vigore e modalità rinnovate nel segno di una integrazione sociale e sanitaria più organica col servizio di medicina territoriale, offrendo inoltre alle famiglie e all'utenza il maggior spazio possibile a servizi temporanei di sollievo, domiciliari o residenziali, anche sperimentando servizi innovativi calibrati sulle diverse esigenze.

Sviluppare una visione globale dell'area dei LEA sociosanitari

Negli ultimi anni l'attenzione della Regione e degli Enti locali, nell'area sociosanitaria, si è focalizzata particolarmente sulla assistenza alle persone anziane e disabili, sia per quanto riguarda la programmazione degli interventi che il loro finanziamento. Occorre recuperare una visione più complessiva degli interventi che insistono nell'ambito dei LEA sociosanitari, ponendo di nuovo una adeguata attenzione alle politiche per le persone con patologie psichiatriche e alle persone con dipendenze patologiche, nonché agli interventi consultoriali e ai servizi sociosanitari per l'infanzia. Allo scopo sarà indispensabile ricostruire un quadro dell'applicazione attuale dei LEA sociosanitari per quanto attiene l'offerta, la spesa sostenuta, le norme che regolano l'accesso, l'autorizzazione e l'accreditamento, la valutazione di adeguatezza della programmazione assistenziale. L'analisi non andrà limitata all'offerta residenziale, ma andrà estesa agli

interventi finalizzati a migliorare il funzionamento sociale, l'autonomia, l'esigibilità dei diritti attraverso progetti riabilitativi individualizzati.

In relazione all'area dei minori andrà definita la modalità di presa in carico integrata delle situazioni complesse, coerentemente a quanto indicato nella DGR 1904/2011 ed il riparto della spesa tra sociale e sanitario.

La valutazione globale dell'esperienza sviluppata in questi anni, sia sull'efficacia delle politiche che sulla congruità degli impegni finanziari, sanitari, regionali e locali, consentirà di individuare le forme aggiornate per una effettiva integrazione sociosanitaria, l'ottimizzazione della spesa e maggiori sinergie interistituzionali e interprofessionali.

Accreditamento

Per quanto riguarda l'accREDITamento si tratta di assicurare il completamento di quanto già previsto per i servizi sociosanitari, avviando nel contempo una verifica sul percorso svolto e sulla necessità di eventuali adeguamenti/aggiustamenti del percorso avviato (superamento di rigidità), garantendo l'accompagnamento dei soggetti gestori verso il perseguimento degli obiettivi dell'accREDITamento definitivo.

Decisiva risulta la condivisa consapevolezza in tutti i soggetti (livello politico e tecnico della committenza pubblica, soggetti gestori, organizzazioni sindacali, associazioni di rappresentanza degli utenti, professionisti) del nuovo ruolo al quale ciascuno è chiamato dal sistema di accREDITamento. Vanno superate rigidità ed approcci legati al precedente contesto e i limiti che nella prima fase hanno caratterizzato l'implementazione nei territori del sistema regionale, per raggiungere pienamente tutti gli obiettivi iniziali tra i quali quello di migliorare le condizioni professionali, normative ed economiche delle lavoratrici e dei lavoratori del privato accREDITato. La valutazione dell'esperienza fatta costituisce la premessa indispensabile a costruire le condizioni per ampliare l'area dei servizi soggetti all'accREDITamento così come già previsto dalle direttive vigenti.

Modelli partecipativi per la programmazione

Per dare corpo ad una visione di programmazione partecipata, così come indicato nel Piano sociale e sanitario in vigore, in cui l'intera comunità diventa parte attiva nella definizione degli ambiti di intervento e nella valorizzazione delle risorse del contesto, si sostiene e si promuove, nei territori che siano interessati, la possibilità di proporre e condividere, con tutte le parti interessate, dei nuovi modelli partecipativi (tipo Community Lab per quanto riguarda l'aspetto metodologico) e di affrontare il lavoro di analisi e proposta per "problemi trasversali", non quindi necessariamente per target consueti (anziani, minori, immigrazione...).

I modelli di elaborazione partecipata, che si stanno sperimentando in alcuni territori, sono utili all'allestimento di un contesto per la lettura e progettazione di risposte ai cambiamenti sociali e si prestano bene al momento della programmazione dei piani attuativi annuali per la salute e il benessere sociale.

Le programmazioni dei distretti coinvolti nell'applicazione del nuovo modello saranno considerati "casi di studio" e si provvederà ad individuare indicatori che consentano di monitorare e valutare gli esiti dei percorsi di programmazione svolti sul modello del Community Lab.

Saranno inoltre previste azioni di formazione-intervento nei confronti delle figure di sistema (responsabili Uffici di Piano, direttori di distretto, direttori integrazione sociale e sanitaria, responsabili Uffici di supporto alla CTSS) per accrescere competenze nella gestione di processi complessi caratterizzati dalla partecipazione attiva delle comunità di riferimento e nei confronti di figure di facilitatori in grado di rendere operativi tali processi.

Gli investimenti nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali

Con la consapevolezza delle limitate risorse disponibili per gli investimenti in conto capitale per le strutture a destinazione d'uso sanitario, socio-sanitario e sociale, la programmazione degli interventi da prevedersi nel biennio 2013-2014 sarà in primo luogo orientata ad individuare e definire percorsi tecnico-amministrativi che consentano il finanziamento e la realizzazione di interventi finalizzati al ripristino delle strutture danneggiate dagli eventi sismici del maggio 2012.

Gli interventi finanziati dovranno al contempo rispondere a requisiti di sostenibilità gestionale nonché energetico-ambientale.

Con il recupero delle marginali risorse finanziarie residue di precedenti bandi in ambito socio-sanitario e sociale si procederà, attraverso percorsi condivisi con il territorio, al finanziamento di interventi in questo ambito e coerenti con le indicazioni programmatiche per l'attuazione delle politiche per il benessere sociale proprie del sistema welfare di questa Regione.

Il piano triennale degli investimenti in sanità sarà teso ad accompagnare il percorso delineato di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete dei servizi e delle strutture territoriali, dovrà pertanto essere funzionale a supportare le trasformazioni e gli obiettivi delineati come prioritari.

ALLEGATO 2

PROGRAMMA ANNUALE 2013: OBIETTIVI E CRITERI GENERALI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE AI SENSI DELL'ART. 47, COMMA 3, DELLA L.R. 2/2003 IN ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO REGIONALE

PREMESSA

OBIETTIVI E CRITERI GENERALI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DEL FONDO SOCIALE REGIONALE DI CUI ALL'ART. 47, COMMA 3

1. PROMOZIONE SOCIALE ED INIZIATIVE FORMATIVE
2. SOSTEGNO ALLE PROVINCE QUALE CONCORSO REGIONALE ALLE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO E SUPPORTO PER LA IMPLEMENTAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI, NONCHÉ PER L'ELABORAZIONE DEI PIANI DI ZONA (ART. 47, COMMA 1, LETT. C) DELLA L.R. 2/2003
3. SOSTEGNO AI COMUNI E AD ALTRI SOGGETTI PUBBLICI QUALE CONCORSO REGIONALE ALL'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA
 - 3.1 Interventi a sostegno dei programmi di assistenza temporanea ed integrazione sociale a favore delle vittime di tratta, sfruttamento e riduzione in schiavitù - art. 13 L. 228/2003 e art. 18 D.lgs. 286/1998
 - 3.2 Interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, promossi dai Comuni sede di carcere
 - 3.3 Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei centri per le famiglie
4. SOSTEGNO AI COMUNI QUALE CONCORSO REGIONALE ALLA COSTITUZIONE, NELL'AMBITO DEI PIANI DI ZONA, DEL FONDO SOCIALE LOCALE DI CUI ALL'ART. 45 DELLA L.R. 2/2003
5. PROGETTI INNOVATIVI TERRITORIALI PER L'ARMONIZZAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO
6. PROGRAMMA PER AZIONI E INTERVENTI PER ANZIANI E FAMIGLIE
7. PROGRAMMA PER LA QUALIFICAZIONE E IL CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER I BAMBINI IN ETÀ 0-3 ANNI

PREMESSA

Il contesto in cui si colloca il presente Programma, già illustrato nell'Allegato 1 "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario per gli anni 2013/2014", è caratterizzato da una grande velocità di cambiamento, sia in termini di quadro politico nazionale, sia di assetto istituzionale, cui si aggiungono elementi di incertezza nella definizione del nuovo scenario economico e sociale cui fare riferimento per la definizione delle politiche pubbliche.

Tale quadro è inoltre connotato dal drastico taglio dei fondi destinati a Regioni ed Enti locali, operato a partire dal 2010 e proseguito con le manovre finanziarie che si sono succedute nel corso del 2011 e del 2012, in una situazione in cui i bisogni aumentano, anziché diminuire, interessando fasce sempre più ampie di popolazione, a causa dell'aggravarsi degli effetti della crisi economica anche nella nostra regione.

Dal punto di vista del finanziamento delle politiche sociali, nel 2012 si è assistito al quasi azzeramento delle risorse da destinare al Fondo nazionale politiche sociali a cui si aggiunge la drastica riduzione delle risorse provenienti dal Fondo per le politiche della famiglia e dal Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità.

È bene comunque ricordare che la Regione è stata fortemente penalizzata anche dalle misure di riduzione dei trasferimenti previste dal D.L. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. 122/2010, e dall'inasprimento dei vincoli del Patto di stabilità e pur continuando a finanziare il Fondo sociale è stata comunque costretta a operare scelte rigorose nell'allocazione delle risorse.

I tagli sopra richiamati sono stati solo parzialmente compensati da due intese sancite in sede di conferenza unificata rispettivamente nelle sedute del 19 aprile 2012 e del 25 ottobre 2012 tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali. La prima intesa, concernente l'utilizzo di risorse destinate al finanziamento di servizi socio educativi per la prima infanzia e azioni a favore di anziani e della famiglia, prevede un finanziamento per lo sviluppo di azioni di sostegno alle persone con responsabilità di cura (caregiver) e interventi a sostegno della qualificazione delle assistenti familiari. La seconda, a seguito dell'approvazione di un documento comune "Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per il 2012", ha previsto un finanziamento per lo sviluppo di azioni miglioramento e accrescimento dell'offerta dei servizi/interventi di cura e di altri servizi alla persona, tra cui i servizi socio-educativi per l'infanzia, rendendoli maggiormente accessibili, flessibili e modulabili, in risposta alle crescenti e sempre più articolate esigenze di conciliazione e la promozione dell'uso dei congedi parentali da parte dei padri, nonché la loro condivisione delle responsabilità di cura familiari.

Inoltre per il 2013 in sede di Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 è stata sancita l'intesa relativa al riparto del FNPS che per la nostra regione ammonta a circa 21 milioni di Euro e di cui si attendono i provvedimenti attuativi.

In virtù della complessità e dell'incertezza sopra richiamata si è scelto per gli anni 2013 e 2014 di confermare la vigenza del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 che resta valido nelle sue scelte di fondo. Si è ritenuto però opportuno aggiornare alcuni suoi contenuti, coerentemente con le priorità evidenziate dalla crisi economica e sociale (si veda Allegato 1).

Anche a livello locale si prevede la conferma della vigenza dei piani di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011 e il loro aggiornamento attraverso l'elaborazione di un programma attuativo con validità 2013-2014, che individui, sulla base dei contenuti del Piano sociale e sanitario regionale e delle richiamate nuove indicazioni attuative, le aree di intervento da privilegiare e le principali azioni da sviluppare.

A livello regionale, il Programma annuale 2013, che in questo documento viene descritto, fa proprie le indicazioni dell'Allegato 1 e supporta la programmazione locale

biennale nell'affrontare meglio l'attuale situazione e rilanciare l'impegno delle comunità per welfare più adeguato alle attuali priorità e necessità.

Di seguito, in sintesi, le scelte di fondo che caratterizzano il Programma annuale 2013:

1. Garanzia, nel limite delle risorse disponibili, della continuità del finanziamento al Fondo Sociale Locale, quale riconoscimento del ruolo centrale dell'ambito distrettuale nella programmazione e regolazione del sistema degli interventi sociali e sanitari;
2. Mantenimento degli interventi a favore delle famiglie attraverso il consolidamento e l'ampliamento della rete dei Centri per le Famiglie;
3. Previsione, sulla base delle due intese nazionali sopra richiamate, di risorse per interventi di sostegno alla famiglia, a conferma dell'impegno sui temi della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, con un più marcato impegno sulla condivisione delle responsabilità anche dei padri, e sul tema del sostegno ai caregiver e alla qualificazione delle assistenti familiari;
4. Mantenimento rispetto al 2012 delle risorse in spesa corrente destinate all'offerta dei servizi-socio educativi per la prima infanzia. Si è scelto di confermare l'attenzione sulle azioni di sistema (qualificazione, coordinamento pedagogico, formazione) e di sostenere prioritariamente i comuni di piccole dimensioni, in particolare se montani, e le gestioni associate;
5. Mantenimento delle risorse destinate agli interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, promossi dai Comuni sede di carcere, anche al fine di accompagnare e sostenere il processo di riforma del circuito penitenziario regionale che verrà avviato nel corso del 2013.

OBIETTIVI E CRITERI GENERALI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DEL FONDO SOCIALE REGIONALE DI CUI ALL'ART. 47, COMMA 3.

Il complesso delle risorse del Fondo sociale regionale per l'anno 2013, è destinato, coerentemente alle indicazioni contenute nel Piano sociale e sanitario e dell'Allegato 1 "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario per gli anni 2013/2014", a:

1. Sostegno dei programmi e delle iniziative volte alla promozione sociale e alle iniziative formative (articolo 47, comma 2, lett. a), della L.R. 2/2003);
2. Sostegno alle Province, quale concorso regionale alle attività di coordinamento e supporto per la implementazione e gestione del sistema informativo dei servizi sociali, nonché per l'elaborazione dei Piani di zona (articolo 47, comma 1, lett. c) della L.R. 2/2003);
3. Sostegno ai Comuni singoli e ad altri soggetti pubblici, quale concorso regionale all'attuazione dei Piani di zona;
 - 3.1 Sostegno ai Comuni e ad altri soggetti pubblici, quale concorso regionale all'attuazione dei Piani di zona – quote finalizzate:
 - Interventi a favore delle vittime di tratta e sfruttamento
 - Interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale
 - Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le famiglie
4. Sostegno ai Comuni quale concorso regionale alla costituzione, nell'ambito dei Piani di Zona, del Fondo Sociale Locale di cui all'art. 45 della L.R. 2/2003;
5. Progetti innovativi territoriali per l'armonizzazione dei tempi di vita e di lavoro;
6. Programma per azioni e interventi per anziani e famiglie;
7. Programma per la qualificazione e il consolidamento del sistema integrato dei servizi socio-educativi per i bambini in età 0-3 anni.

Per ciascuno degli ambiti di intervento sopra indicati vengono di seguito riportati gli obiettivi generali, i destinatari o le modalità per la loro individuazione, i criteri generali di riparto.

1. PROMOZIONE SOCIALE ED INIZIATIVE FORMATIVE

Obiettivi:

- a) sostegno a sperimentazioni volte a rispondere a emergenti bisogni sociali;
- b) contributi a programmi di intervento nazionali o di ambito comunitario;
- c) attivazione e promozione di iniziative di comunicazione sociale e onvegnisti che, di studio e ricerca, di formazione su temi rilevanti di carattere sociale, socio-educativo e socio-sanitario;
- d) promozione di iniziative sperimentali e dell'attività di documentazione a favore delle famiglie;
- e) attività di formazione, informazione, documentazione e consulenza sui temi della disabilità così come previsto anche all'art. 11 della L.R. 29/1997;
- f) promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti in attuazione della L.R. 14/2008, anche in riferimento ad interventi in favore di minori inseriti nel circuito penale e incentivazione alla partecipazione dei bambini e dei ragazzi alla vita civile in attuazione della L.R. 10/2004, anche in collegamento con le esperienze di servizio civile, ai sensi della L.R. 20/2003;
- g) tutela e attività di contrasto alle forme di violenza e disagio, anche mediante sostegno ad iniziative formative, informative, di coordinamento e scambio nonché di supporto all'attività dei servizi, anche mediante gli esperti giuridici in diritto minorile, anche in attuazione della L.R. 14/2008;
- h) promozione delle banche del tempo finalizzate allo scambio solidale;
- i) promozione e sviluppo dei soggetti del Terzo Settore e degli organismi rappresentativi;
- j) avvio del percorso di istituzione del Centro regionale sulle discriminazioni e sostegno ad iniziative innovative per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati ai sensi della normativa regionale (L.R. 5/2004), anche in collegamento con le esperienze di servizio civile previste dalla L.R. 20/2003;
- k) promozione e creazione di percorsi ed attività rivolte alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, sia internamente che esternamente alle carceri, ed ai soggetti in condizione di disagio;
- l) Iniziative per il sostegno del sistema regionale di interventi nel campo della prostituzione e della lotta alla tratta;
- m) Iniziative per la qualificazione e l'innovazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
- n) monitoraggio e studio dell'attività di accoglienza della rete regionale delle case e dei centri antiviolenza e nuovi progetti sperimentali per la prevenzione della violenza intrafamiliare.

Destinatari:

I soggetti individuati all'art. 47, comma 2 della L.R. 2/2003.

Criteri di ripartizione:

La Giunta regionale provvederà all'individuazione dei destinatari o alla definizione delle procedure per l'individuazione degli stessi, nonché all'assegnazione delle risorse.

2. SOSTEGNO ALLE PROVINCE QUALE CONCORSO REGIONALE ALLE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO E SUPPORTO PER LA IMPLEMENTAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI, NONCHÉ PER L'ELABORAZIONE DEI PIANI DI ZONA (ART. 47, COMMA 1, LETT. C) DELLA L.R. 2/2003)

Ferme restando le funzioni attribuite dalla legge alle province in materia di servizi sociali e socio – educativi (tra cui si richiamano: sviluppo del sistema di monitoraggio relativo all'affidamento in gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi a norma dell'art. 22, comma 1 bis, della L.R. 7/1994; gestione delle attività di competenza delle Province in materia di autorizzazione al funzionamento di servizi per l'infanzia in attuazione della L.R. 1/2000 e di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in attuazione della L.R. 34/1998 e della L.R. 2/2003; attuazione delle competenze della Provincia in materia di infanzia e adolescenza previste dalla L.R. 14/2008 e dalla DGR 1904/2011; sostegno alle attività dei costituiti Coordinamenti Provinciali degli Enti di Servizio Civile (CO.PR.E.S.C.) di cui alla L.R. 20/2003) ai fini del presente programma si individuano i seguenti obiettivi prioritari:

Area azioni di sistema

- a) coordinamento e partecipazione alla definizione dei Piani di zona, assicurando il necessario supporto tecnico e informativo e attività di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, ai sensi dell'art. 2, comma 5, della L.R. 21/2003;
- b) implementazione e gestione dei sistemi informativi provinciali dei servizi sociali in raccordo con i sistemi informativi regionali;

Area infanzia e adolescenza

- c) sostegno alle funzioni di coordinamento dei diversi attori, istituzionali e non, che hanno competenze in materia di infanzia e adolescenza (art. 21, L.R. 14/2008);
- d) promozione e sviluppo di politiche per la promozione del benessere e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, di qualificazione e sostegno dell'affidamento familiare, dell'accoglienza in comunità e delle iniziative ed interventi nell'ambito dell'adozione nazionale ed internazionale;
- e) sviluppo e diffusione di accordi e buone prassi, anche mediante scambi sovra distrettuali e interprovinciali quale contributo volto a creare innovazione e maggior omogeneizzazione dell'offerta dei servizi ed al superamento degli squilibri territoriali, anche con l'individuazione di linee guida e protocolli;

Area immigrazione

- f) coordinamento delle politiche e analisi del fenomeno migratorio: sostegno alla funzione di osservazione e divulgazione/aggiornamento in merito alla presenza e condizione degli immigrati stranieri a livello provinciale e locale;
- g) coordinamento dei piani provinciali finalizzati alla diffusione della lingua italiana per cittadini extracomunitari di cui alla DGR 880/2012, in complementarietà alla progettazione FEI Parole in Gioco 2, da realizzare in attuazione al Protocollo

- d'intesa regionale per il sostegno e la diffusione della conoscenza della lingua italiana e educazione civica rivolta ai cittadini stranieri adulti;
- h) coordinamento e definizione di azioni di supporto nell'ambito degli interventi di integrazione in favore dei richiedenti protezione internazionale, dei rifugiati, dei titolari di permessi per protezione sussidiaria e umanitaria;
- i) diritti e cittadinanza attiva: interventi destinati a promuovere percorsi di partecipazione alla vita pubblica dei migranti, a garantire l'effettivo esercizio dei diritti attraverso il contrasto alle discriminazioni, e a promuovere iniziative di comunicazione interculturale per favorire una migliore rappresentazione e percezione del fenomeno migratorio.

Il presente Programma, inoltre, per la parte relativa agli obiettivi dell'area Infanzia e adolescenza, viene predisposto con la collaborazione del Coordinamento tecnico provinciale (art. 21, L.R. 14/2008), per l'infanzia e l'adolescenza, che ne supporta altresì l'attività di monitoraggio e di valutazione.

La Giunta regionale, con proprio successivo atto, individua quote percentuali minime di spesa che le Province, in fase di predisposizione del "Programma provinciale a sostegno delle politiche sociali", vincolano agli obiettivi delle aree "Infanzia e adolescenza" e "Immigrazione".

Criteri di ripartizione:

Le risorse destinate al presente punto saranno ripartite tra le Province sulla base dei seguenti criteri:

- per una quota pari al 40% in base alla popolazione residente al 01/01/2012
- per una quota pari al 40% in base alla popolazione età 0-18 al 01/01/2012
- per una quota pari al 20% in base alla popolazione immigrata residente nei singoli territori calcolata sulla base delle residenze anagrafiche, ultimo dato disponibile.

3. SOSTEGNO AI COMUNI E AD ALTRI SOGGETTI PUBBLICI QUALE CONCORSO REGIONALE ALL'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA

3.1 Interventi a sostegno dei programmi di assistenza temporanea ed integrazione sociale a favore delle vittime di tratta, sfruttamento e riduzione in schiavitù – art. 13 L. 228/2003 e art. 18 D.lgs. 286/1998

Obiettivi:

Interventi nell'ambito delle iniziative di lotta alla tratta, allo sfruttamento e alla riduzione in schiavitù attraverso il sostegno ai programmi di assistenza temporanea ed integrazione sociale previsti dall'art. 13 della L. 228/2003 "Misure contro la tratta di persone" e dall'art.18 D.lgs. 286/1998 – TU sull'immigrazione.

Destinatari:

Le risorse sono destinate ai soggetti pubblici che fanno parte del Progetto Regionale Oltre la Strada, così come descritto nella deliberazione di Consiglio regionale n. 497/2003.

Criteri di ripartizione:

La ripartizione delle risorse terrà conto dei fenomeni, accertati sulla base dei dati relativi agli interventi effettuati e delle indicazioni pervenute in sede di attuazione del progetto.

3.2. Interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, promossi dai Comuni sede di carcere

Obiettivi:

Realizzazione di interventi previsti:

- dalla L.R. 3/2008 “Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna”
- dal Protocollo d’Intesa fra il Ministero Giustizia e Regione Emilia-Romagna siglato il 5 marzo 1998

rispetto a:

- sportello informativo per detenuti
- reinserimento sociale, accoglienza e accompagnamento delle persone coinvolte in area penale
- miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti, azioni rivolte ad incrementare e facilitare l’esecuzione penale esterna al carcere o alternativa alla pena definitiva.

Tutte le azioni si svolgeranno con particolare attenzione alle donne detenute ed ai loro figli minori, nonché favorendo la relazione fra i figli ed il genitore detenuto.

Destinatari:

I Comuni sede di carcere di Bologna, Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Forlì, Ravenna e Rimini.

Criteri di ripartizione:

La ripartizione delle risorse, il cui cofinanziamento a carico dei comuni sarà quantificato con l’atto di Giunta regionale, verrà effettuata tenendo conto dei seguenti indicatori:

- popolazione detenuta;
- popolazione detenuta straniera;
- numero dei soggetti sottoposti a misure esterne di esecuzione penale, rispetto allo specifico territorio.

3.3 Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei centri per le famiglie

Obiettivi:

- sostenere le responsabilità genitoriali tramite le consulenze educative, il counselling genitoriale, la mediazione familiare, la promozione e il supporto alle esperienze di affidamento familiare e adozione, il sostegno alle reti sociali e solidaristiche tra famiglie, oltre a rafforzare l’area informativa e dei nuovi media e a promuovere la cultura della collaborazione con i servizi territoriali;
- monitorare e valorizzare il funzionamento e l’operatività dei nuovi centri per le famiglie, in funzione di una copertura distrettuale o interdistrettuale del territorio regionale;
- dare continuità e qualificare il lavoro di documentazione dell’attività dei centri, compresa l’attività del centro regionale di documentazione sulla mediazione familiare, valorizzare infine la rete regionale dei centri e qualificarne l’attività.

Destinatari:

Accedono ai contributi i Comuni, singoli o associati, ai sensi dell'art. 16 della L.R. 2/2003, sede di centri per le famiglie già funzionanti e di quelli di nuova apertura, come definiti dalla normativa regionale.

Criteri di riparto:

La Giunta regionale provvederà, con propri atti formali, alla individuazione delle modalità di accesso ai contributi.

In particolare per quanto riguarda le risorse destinate al consolidamento dei Centri già riconosciuti attivi, il riparto avverrà in base ai seguenti indicatori:

- popolazione età 0-18 al 01/01/2012
- caratteristiche di funzionamento ed attività dei Centri.

4. SOSTEGNO AI COMUNI QUALE CONCORSO REGIONALE ALLA COSTITUZIONE, NELL'AMBITO DEI PIANI DI ZONA, DEL FONDO SOCIALE LOCALE DI CUI ALL'ART. 45 DELLA L.R. 2/2003

Obiettivi:

Il Fondo sociale locale su base distrettuale di cui all'art. 45 della L.R. 2/2003 finanzia, in continuità con la programmazione delle annualità precedenti, gli interventi e i servizi gestiti in forma associata dai Comuni sulla base delle priorità di intervento individuate dal Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale e dal Programma Attuativo biennale 2013 – 2014.

La Giunta regionale, nell'ambito degli obiettivi individuati nel Piano Sociale e Sanitario, in coerenza con le priorità individuate nell'Allegato 1 alla presente delibera, quantifica le risorse destinate al Fondo sociale locale, declina le azioni da sviluppare in via prioritaria in ciascun ambito distrettuale e definisce percentuali di spesa da destinare a ciascuna delle seguenti aree:

- Impoverimento: affrontare la crisi e contrastare povertà ed esclusione sociale
- Immaginare e sostenere il futuro (nuove generazioni e responsabilità familiari)
- Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale (integrazione sociale degli immigrati)
- Sostenere il sistema dei servizi (accesso, servizio sociale territoriale, ufficio di piano...)

Destinatari:

Comune o altro Ente capofila dell'ambito distrettuale tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/2003.

Criteri di ripartizione:

Le risorse saranno ripartite sulla base popolazione residente al 01/01/2012, pesata per fasce di età, tenendo conto della presenza all'interno dell'ambito distrettuale di comuni montani.

5. PROGETTI INNOVATIVI TERRITORIALI PER L'ARMONIZZAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO

Gli obiettivi di cui al presente punto si realizzano in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in sede di conferenza unificata nella seduta del 25 ottobre 2012 (rep Atti n. 119/CU), tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 131/2003, sul documento "Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per il 2012".

Obiettivi:

- miglioramento e accrescimento dell'offerta dei servizi/interventi di cura e di altri servizi alla persona, tra cui i servizi socio-educativi per l'infanzia, rendendoli maggiormente accessibili, flessibili e modulabili, in risposta alle crescenti e sempre più articolate esigenze di conciliazione;
- promozione dell'uso dei congedi parentali da parte dei padri, nonché la loro condivisione delle responsabilità di cura familiari.

Destinatari:

Comune o altro Ente capofila dell'ambito distrettuale tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/2003.

Criteri di ripartizione:

Le risorse saranno ripartite sulla base popolazione residente al 01/01/2012, pesata per fasce di età.

6. PROGRAMMA PER AZIONI E INTERVENTI PER ANZIANI E FAMIGLIE

Gli obiettivi di cui al presente punto si realizzano in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in sede di conferenza unificata nella seduta del 19 Aprile 2012 (rep Atti n. 48/CU), tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, concernente l'utilizzo di risorse destinate al finanziamento di servizi socio-educativi per la prima infanzia e azioni a favore di anziani e della famiglia, nonché i relativi criteri di riparto.

Obiettivi:

- Sostegno alle persone con responsabilità di cura (caregiver), riconoscendo il valore del loro contributo e coinvolgendoli nella progettazione di servizi di cura locali e nella pianificazione di pacchetti di cura individuali;
- Promozione degli opportuni interventi di sostegno ai caregiver nell'ambito della valutazione multidimensionale delle esigenze delle persone non autosufficienti e delle persone che se ne prendono cura al domicilio (Assegno di cura, Accoglienza temporanea di sollievo, Ricoveri temporanei post-dimissione, Consulenza, affiancamento, tutoring domiciliare a cura operatori professionali dei servizi di assistenza domiciliare, Sostegno alle forme aggregative di auto-mutuo aiuto e di contrasto all'isolamento e alla solitudine promosse dall'associazionismo volontario; Servizi di e-care, come telesoccorso e teleassistenza, Consulenze e contributi per l'allestimento di ausili tecnologici e di soluzioni strutturali che rendano le abitazioni, in cui vivono persone non autosufficienti, idonee a garantirne la migliore qualità di vita possibile e creare le condizioni per il lavoro di cura, ecc.);

- Interventi a sostegno della qualificazione delle assistenti familiari per la realizzazione degli obiettivi di cui all'Allegato 3 della DGR 1206/2007 "Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR n. 509/2007"

Destinatari:

Comune o altro Ente capofila dell'ambito distrettuale tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/2003.

Criteri di ripartizione:

Le risorse saranno ripartite sulla base della popolazione ultra 75 al 01/01/2012.

7. PROGRAMMA PER LA QUALIFICAZIONE E IL CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER I BAMBINI IN ETÀ 0-3 ANNI

Obiettivi:

1. Sostegno alla qualificazione del sistema dei servizi per affrontare le trasformazioni in atto in un'ottica di qualità e sostenibilità, attraverso la funzione del coordinamento pedagogico e promozione di iniziative di formazione.
2. Sostegno alla gestione dei servizi per la prima infanzia con particolare attenzione a quelli collocati nei Comuni di piccole dimensioni, alle diverse forme di gestione associata e alla promozione di progettualità/azioni innovative.

Destinatari:

Amministrazioni provinciali.

Criteri di ripartizione:

Le risorse sono ripartite dalla Giunta regionale con proprio atto formale sulla base delle linee di indirizzo e dei criteri di cui alla deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 95 del 05/11/2012.

* * * *

GR/dn

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/312

data 14/03/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

CONSIGLIO AUTONOMIE LOCALI

IL PRESIDENTE

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	PG	19013	70156
DEL	18	1 03	2013

All'Assessore Politiche sociali
Teresa Marzocchi

All'Assessore Politiche per la salute
Carlo Lusenti

p.c. Al Presidente della Giunta regionale
Vasco Errani

p.c. Alla Vicepresidente della Giunta regionale
Simonetta Saliera

p.c. Al Direttore Generale Sanità e politiche
sociali
Tiziano Carradori

p.c. Al Direttore Generale agli Affari
istituzionali e legislativi
Filomena Terzini

p.c. Alla Responsabile Servizio Segreteria e AA.
Gen.li della Giunta. AA. Gen.li della
Presidenza. Pari Opportunità
Sonia Cioffi

Oggetto: Commissione IV "Politiche per la salute e Politiche sociali". Seduta del 18 marzo 2013 -
Parere.

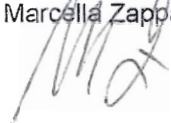
Punto all'odg:

Richiesta di parere ai sensi dell'art. 6 L. R. n.13/2009 in merito a:
"Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario per gli anni 2013-2014".

Parere Favorevole

Cordiali saluti

La Presidente
Marcella Zappaterra



IL PRESIDENTE

f.to *Enrico Aimi*

I SEGRETARI

f.to *Roberto Corradi - Gabriella Meo*

18 giugno 2013

È copia conforme all'originale.

LA RESPONSABILE DEL SERVIZIO AD INTERIM

(Anna Voltan)

A. Voltan

Assemblea Leg. Regione Emilia-Romagna



0025918-18/06/2013-ALRER