



**PIANO TRIENNALE 2010-2012
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI
SOCIALI DELLA REGIONE PIEMONTE**

PIANO TRIENNALE 2010-2012
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI DELLA
REGIONE PIEMONTE

	PAG.
Indice	
Introduzione	
1. Il percorso di costruzione del piano	1
2. Raccordo con la programmazione locale e indirizzi per la redazione dei Piani di Zona	4
CAPITOLO 1 - MODELLO E OBIETTIVI DEL WELFARE REGIONALE	
1.1 Il modello regionale di welfare	
▪ 1.1.1 L'evoluzione del welfare in un contesto di crisi economica	5
▪ 1.1.2 Le politiche europee e nazionali per l' inclusione sociale	5
▪ 1.1.3 Gli strumenti di programmazione regionale generale e settoriale	7
▪ 1.1.4 Intersettorialità e integrazione delle politiche regionali per la salute sociale	8
▪ 1.1.5 I percorsi programmatici di integrazione socio-sanitaria	10
1.2 il sistema socio assistenziale in Piemonte: risorse, attori e reti	11
▪ 1.2.1 Gli attori istituzionali	12
▪ 1.2.2 Il Terzo settore e altri soggetti nell'assistenza	14
1.3 Il sistema di welfare regionale	17
1.4 Obiettivi strategici nell'arco della programmazione pluriennale	19
CAPITOLO 2 - IL CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI E LE POLITICHE DI PROMOZIONE	
2.1 le politiche sociali come politiche trasversali intersettoriali per la "salute sociale"	
▪ 2.1.1 Integrazione socio-sanitaria e coordinamento delle politiche per la salute	25
▪ 2.1.2 Livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni di assistenza sociale	33
▪ 2.1.3 Regolamentazione regionale per l'accesso alle prestazioni ed agli interventi e partecipazione degli utenti al costo dei servizi	43
▪ 2.1.4 Criteri per l'accreditamento dei soggetti erogatori di servizi ed interventi sociali	46
▪ 2.1.5 il sistema formativo degli operatori sociali e le figure professionali dei servizi	55
2.2 Obiettivi interventi e azioni delle politiche settoriali di promozione regionale	
▪ 2.2.1 Politiche per le famiglie	62
▪ 2.2.2 Politiche per la tutela dei minori e della genitorialità	66
▪ 2.2.3 Politiche per le persone disabili	74
▪ 2.2.4 Politiche per le persone anziane	81
▪ 2.2.5 Politiche per la popolazione straniera	87
▪ 2.2.6 Politiche di contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale	92
CAPITOLO 3 - QUADRO FINANZIARIO E INDIRIZZI PER L'UTILIZZO DELLE RISORSE	

3.1 Le risorse finanziarie di parte corrente	
▪ 3.1.1 Il finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali	100
▪ 3.1.2 Indirizzi e criteri per la ripartizione del fondo per le politiche sociali regionali	103
3.2 Le risorse finanziarie per gli investimenti	107
3.3 Le risorse per le politiche di welfare nel quadro della programmazione generale regionale	112
CAPITOLO 4 - SVILUPPO COORDINATO DEL SISTEMA PUBBLICO E PRIVATO	118
4.1 Volontariato	118
4.2 Cooperazione sociale	119
4.3 Enti di patronato e di assistenza sociale	120
4.4 IPAB ed enti di diritto privato	121
4.5 Servizio civile	122
CAPITOLO 5 - SISTEMA INFORMATIVO, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO	124
5.1 Architettura e fonti del sistema informativo socio assistenziale regionale	124
5.2 Osservatorio sociale regionale	129
5.3 Criteri per la verifica, il monitoraggio e la valutazione delle azioni di piano	131

INTRODUZIONE

1. IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO

La Giunta regionale ha deliberato in data 12 marzo 2007 con D.G.R. n. 43-5493 l'attivazione delle procedure per la realizzazione del **Piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali**, (nel prosieguo denominato Piano sociale), previsto dalla Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1. "*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento*", prefigurando con tale atto non un semplice adempimento normativo ma la costruzione di un vero e proprio percorso, anche in considerazione del fatto che si tratta della prima esperienza di elaborazione programmatica in campo sociale della Regione Piemonte attuata nel solco tracciato dalla L. 328/2000.

Per costruire il Piano sociale la Regione ha scelto di **rafforzare e valorizzare gli strumenti di dialogo, confronto e concertazione** attraverso il metodo della programmazione partecipata, coinvolgendo nel percorso i soggetti attivi del sistema socio-assistenziale, composto da un lato dalle autonomie locali, dalle Asl e dai soggetti gestori dei servizi, e dall'altro dall'ampio e variegato mondo del Terzo settore, che partecipa alle funzioni di produzione ed erogazione dei servizi. Al confronto ed alla concertazione partecipano altresì, nelle varie sedi, rappresentanze delle associazioni che svolgono funzioni di promozione e tutela, tra cui i patronati e le OO.SS.

La metodologia adottata si è basata sul concetto di programmazione partecipata, che rafforza il percorso programmatico e concertativo previsto dalla L.R. 1/2004; si è voluto infatti perseguire il coinvolgimento degli interlocutori di parte istituzionale e sociale già nella costruzione del percorso del Piano, e dunque nelle fasi preliminari alla definizione dei contenuti.

In sostanza si è scelto di tralasciare la strada tradizionale del confronto e della concertazione sulla base di documenti ed elaborazioni precostituiti, per favorire una riflessione ed elaborazione comune con enti locali, territorio e parti sociali sui temi indicati dal dettato legislativo, al fine di porre le basi di una programmazione il più possibile aderente alle esigenze ed alle richieste del sistema socio-assistenziale.

A questo scopo sono state attivate delle collaborazioni a supporto del processo di analisi e elaborazione, ed insediati vari organismi e tavoli di lavoro in cui è rappresentato tutto il sistema socio-assistenziale:

Collaborazioni:

> Il **Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Torino** ha collaborato all'acquisizione ed elaborazione degli elementi conoscitivi di supporto al Piano, con particolare riferimento alle attività di analisi del quadro socio-demografico regionale e delle sue caratterizzazioni territoriali, produzione di un rapporto dello stato di salute sociale regionale e di analisi dei differenti modelli di welfare territoriale.

> L'**Ires Piemonte** ha collaborato per una ricognizione sul ruolo, sulle risorse umane, professionali ed economiche del Terzo settore in Piemonte (come definito dall'art. 11 L.R. 1/04), ed in particolare sui soggetti che operano in totale autonomia dalle politiche pubbliche, e per una valutazione della spesa corrente globale di parte pubblica e privata destinata a finalità sociali e assistenziali in Regione.

> La **Società Emmeerre** di Padova ha garantito l'accompagnamento tecnico ai tavoli di lavoro. Per sostanziare la collaborazione e la concertazione con tutte le risorse espresse dal

territorio e con i differenti soggetti attivi del sistema socio-assistenziale, nel percorso di costruzione del Piano sono stati previsti vari organismi, tavoli di lavoro e gruppi tecnici:

> Il **Coordinamento interistituzionale del Piano sociale**, insediato nel mese aprile 2007, sede tecnico-politica con funzione di organo di coordinamento del Piano e di raccordo con la programmazione interistituzionale (sistema delle autonomie locali), composto da due tavoli:

- tavolo istituzionale, coordinato dall'Assessore regionale al Welfare e composto dalle rappresentanze delle Autonomie locali (Upp, Anci, Lega Aut, Anpci, Uncem, Comune Torino);

- tavolo tecnico, coordinato dal Direttore regionale delle Politiche sociali e composto dai rappresentanti designati dal tavolo istituzionale.

>L' **Ufficio di Piano**, organismo tecnico - organizzativo facente capo alla Direzione regionale Politiche sociali e politiche per la famiglia, composto da dirigenti e funzionari della Direzione e dell'Assessorato, ricercatori e docenti del Dip. Scienze Sociali dell'Università, dai coordinatori dei tavoli tematici con il supporto del gestore dell'accompagnamento tecnico. Oltre a fornire supporto organizzativo e coordinamento delle fasi tecniche del processo ed a partecipare, coordinare e indirizzare le diverse attività di analisi, indagine e approfondimento a supporto del Piano, L'Ufficio ha ricoperto la funzione di "service" nei confronti del tavolo di coordinamento tecnico/politico e dell'Assessorato, ed operato da elemento di supporto e raccordo per i tavoli tematici e per i gruppi di lavoro.

> I **Tavoli tematici**, che hanno costituito la sede di confronto tra i differenti attori del mondo socio-assistenziale nei quali fare emergere, in relazione ai temi trattati, proposte, considerazioni, raccomandazioni, suggerimenti, indicazioni, priorità, criticità, obiettivi, costruendo le condizioni per definire obiettivi di sviluppo e miglioramento e per strutturare gli elementi utili a indirizzare ed orientare le successive fasi di elaborazione del Piano sociale. I tavoli sono stati definiti per area tematica come segue, in riferimento alle politiche di promozione regionale indicate nella Parte II, Titolo I della L.R. 1/2004:

1. *politiche per le famiglie (artt. 41-43)*
2. *politiche per la genitorialità, l'infanzia e i minori (tutela materno infantile, artt. 45-46)*
3. *politiche per le persone disabili (artt. 46-47)*
4. *politiche per le persone anziane (artt. 49-50)*
5. *politiche per altri soggetti deboli (artt. 51-53)*
6. *politiche per la popolazione immigrata (L.R. 8 novembre 1989, n. 64)*

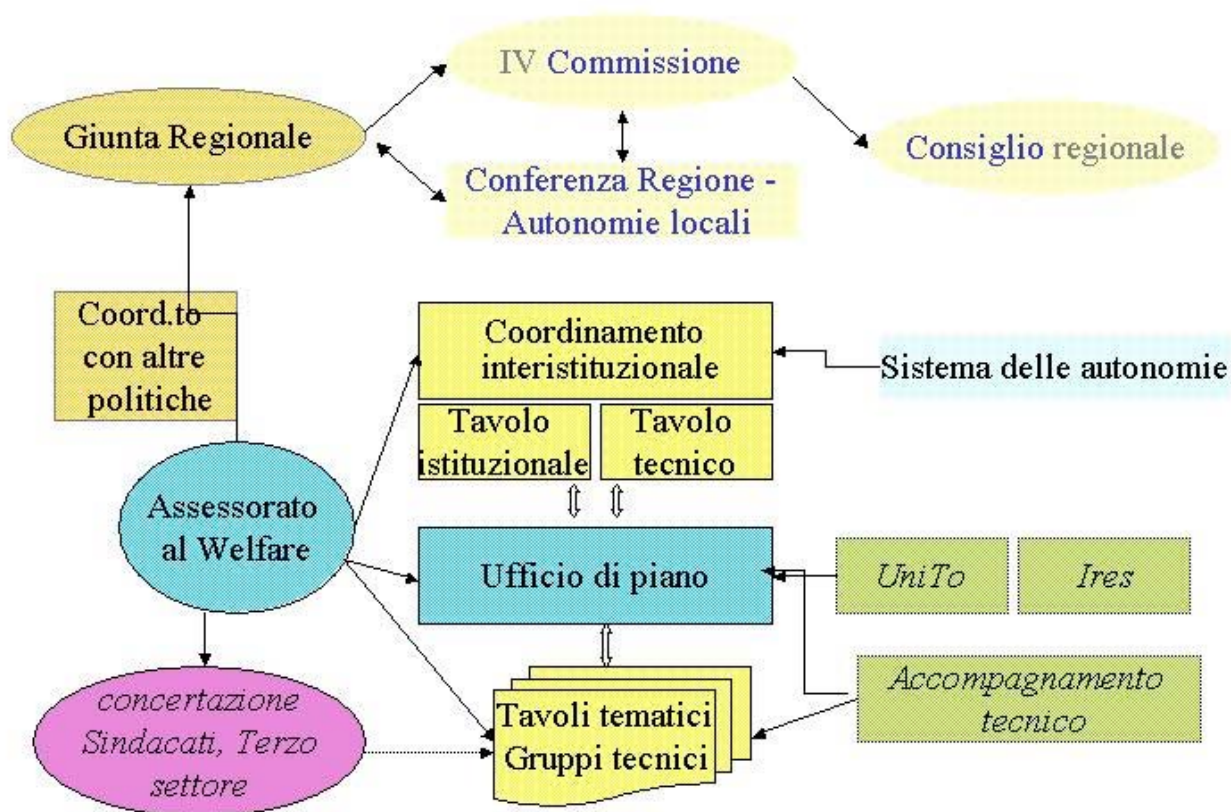
Ogni tavolo di lavoro ha previsto un ampio numero di partecipanti, individuati in funzione della più ampia rappresentanza possibile sia dei soggetti istituzionali (Province, Comuni, Enti gestori, Asl) quanto del Terzo settore e delle altre organizzazioni attive in campo sociale (Sindacati, Patronati, Confessioni riconosciute), sulla base dei criteri concordati in sede di Coordinamento Interistituzionale.

I tavoli sono stati coordinati da un funzionario regionale, e si sono avvalsi della collaborazione dell'Ufficio di Piano e dell'accompagnamento tecnico della Società Emmeerre.

> I **Gruppi tecnici di lavoro** che hanno costituito sedi di confronto più strettamente collegate alla predisposizione di proposte inerenti adempimenti di competenza regionale e relative ai contenuti del Piano sociale prescritti dall' art. 16 L.R. 1/2004, (Politiche di integrazione socio-sanitaria; confronto sui Piani di zona per la revisione e proposta di nuove linee guida; criteri di riparto delle risorse; criteri di accesso alle prestazioni e tutela diritti (Liveas); sistema informativo regionale; modalità di affidamento servizi, autorizzazioni al funzionamento, accreditamento, vigilanza).

E' stato garantito un rapporto stretto tra le diverse tipologie di gruppi di lavoro, per garantire il raccordo tra le analisi e le proposte rispetto alle politiche di settore (tavoli tematici) e gli adempimenti regionali (gruppi di lavoro).

Fig. 1 - Schema delle relazioni tra gli organismi del Piano sociale



> **Presentazioni e seminari:** Il percorso di costruzione del Piano è stato presentato in assemblee pubbliche nei mesi di aprile e settembre 2007, mentre il lavoro dei tavoli tematici è stato oggetto di un approfondito seminario nel giugno 2008.

> **Processo di concertazione:** a supporto della partecipazione ai tavoli tematici, sono state previste sedi specifiche di confronto dell'Assessorato al Welfare con i soggetti di cui all'art. 11 della L.R. 1/2004 e con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, attraverso i propri organismi di rappresentanza regionali (Cons. Volontariato, Conf. Reg. Coop. Sociale, Forum Terzo settore, ecc ...) e nell'ambito dei protocolli di relazione sindacale sottoscritti dalla Giunta regionale.

2. RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE LOCALE E INDIRIZZI PER LA REDAZIONE DEI PIANI DI ZONA.

Il Piano di zona (PdZ) è lo strumento fondamentale per i Comuni singoli o associati per la programmazione degli interventi che vanno a definire il “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali” del territorio di competenza ai sensi dell’art. 17 della L.R. 8 gennaio 2004, n.1; l’articolo definisce l’ambito di intervento del nuovo strumento di programmazione, il fine che intende perseguire, i soggetti coinvolti nell’attività di pianificazione.

Con il 2008 si è concluso il primo triennio sperimentale di predisposizione e realizzazione dei Piani di Zona socio-assistenziali formulati dagli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali e da alcuni enti locali che hanno fatto da enti capofila di un ambito territoriale in collaborazione con gli Enti Gestori di riferimento.

Al termine del triennio la Regione ha ritenuto opportuno non ripartire immediatamente con un nuovo triennio di programmazione per attendere l'esito della procedura di realizzazione del Piano Sociale regionale che avrebbe fornito la cornice dei principi, degli indirizzi e degli obiettivi al quale la programmazione territoriale avrebbe dovuto far riferimento.

Nelle more dell'approvazione del documento di programmazione regionale, con circolare prot. n. 2771/DB19.02 del 23 maggio 2009 si è data indicazione agli enti del territorio di prorogare le azioni avviate nel triennio, previa valutazione dei risultati conseguiti e dell'opportunità del loro mantenimento.

Per evitare una nuova proroga la Giunta regionale con deliberazione n. 28-12295 del 5 ottobre 2009 ha provveduto ad emanare nuove linee guida per la redazione dei piani di zona per il triennio 2010 – 2012 tenendo conto di quanto già emerso nei lavori preparatori del Piano Sociale regionale e dello studio predisposto dall’Università di Torino.

Lo studio *“La programmazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali nella regione Piemonte: i Piani di Zona 2006-08 - a cura del Dipartimento di Scienze Sociali dell’Università di Torino”* offre una panoramica dei modi in cui gli ambiti territoriali della Regione Piemonte hanno utilizzato i Piani di Zona (PdZ) per la programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nel triennio 2006-2008.

CAPITOLO 1

MODELLO E OBIETTIVI DEL WELFARE REGIONALE

1.1 IL MODELLO REGIONALE DI WELFARE

1.1.1 L'evoluzione del welfare in un contesto di crisi economica

Le società contemporanee sono state caratterizzate negli ultimi decenni da processi di trasformazione tumultuosa e continua, che hanno determinato e determinano anche oggi profondi mutamenti nel corpo e nella struttura sociale, facendo emergere, a fianco dei bisogni sociali e assistenziali tradizionali, nuovi bisogni e nuove emergenze.

Oltre ai mutamenti di carattere strutturale collegati al cambiamento nella composizione demografica della popolazione, cui si è già accennato, (meno giovani, più anziani, più famiglie unipersonali, con conseguente aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza), ci si deve confrontare con gli effetti dei fenomeni migratori, che implicano spesso nuove urgenze e richiedono risposte anche di tipo innovativo.

Modificazioni strutturali profonde interessano inoltre i profili del mercato del lavoro, dove si riscontra un progressivo declino delle vecchie competenze ed un crescente ricorso a strumenti contrattuali caratterizzati da flessibilità e precarietà.

Ai fattori di medio-lungo periodo si aggiungono oggi le conseguenze provocate dalla difficile congiuntura economica generale, che al momento della stesura del presente documento stanno esplicando i propri effetti, e che - per ampiezza e durata - determinano una delle crisi finanziarie, economiche e sociali più dure degli ultimi decenni; con la diminuzione del potere d'acquisto delle famiglie riemergono con forza anche i bisogni primari (casa, nutrimento) determinati dalla propria condizione (stranieri) o dal declino della posizione sociale (nuove povertà, perdita del lavoro).

Le politiche sociali oggi assumono anche un valore anticiclico, configurandosi come politiche di infrastrutturazione, coesione e sviluppo locale a sostegno dello sviluppo di impresa e dell'occupazione; per le amministrazioni pubbliche si rende dunque necessario modernizzare il proprio modello sociale, individuare nuovi approcci sistemici alla risoluzione dei problemi, combattendo l'esclusione sociale con un forte investimento nella partecipazione delle famiglie e delle persone, e prevedere una maggiore corresponsabilità e coinvolgimento dei cittadini, nonché dei soggetti pubblici e privati che concorrono alla realizzazione della rete di servizi. Il welfare contemporaneo diviene un mix che propone politiche di promozione e non solo di riparazione, rivolto anche alla prevenzione e non esclusivamente alla presa in carico.

1.1.2. Le politiche europee e nazionali per l'inclusione sociale

L'Unione europea si è assunta l'impegno di modernizzare il proprio modello sociale, fondato sui valori condivisi della giustizia sociale e sulla partecipazione attiva di tutti i cittadini alla vita economica e sociale.

I contributi più recenti della Commissione alle tematizzazioni in ambito di politica sociale¹ hanno approfondito, anche grazie ai contributi del Social Protection Committee, gli aspetti complessi e multidimensionali della povertà e dell'esclusione sociale. Questi pongono in modo più deciso l'accento sulle politiche di coesione sociale come politiche di sviluppo

¹ quali la Concerted strategy for modernising social protection (1999); Building an inclusive Europe (2000) e la Social Policy Agenda (2000)

invece che come costi che lo sviluppo deve sopportare, oltre che sull'integrazione tra sistemi di protezione sociale e le politiche dell'impiego.

Nel quadro definito dalla nuova strategia europea di Lisbona per la crescita e l'occupazione devono trovare coerentemente sviluppo le politiche di inclusione, coesione e protezione sociale affinché le politiche economiche, sociali ed occupazionali si rafforzino reciprocamente, in un processo di progressiva integrazione tra i tre ambiti, così da garantire - in linea con gli obiettivi previsti dall'agenda sociale europea - non soltanto l'innalzamento della partecipazione al mercato del lavoro e la crescita economica del paese, ma un solido e coeso tessuto sociale.

Le politiche di inclusione sociale costituiscono uno strumento essenziale per combattere la povertà e occuparsi delle persone più bisognose, ed assicurare competenze e opportunità alle fasce di persone svantaggiate e vulnerabili, nonché lottare contro la loro discriminazione, agevola l'inserimento di queste persone nella società civile.

La nostra società è attraversata da nuove forme di insicurezza degli individui e di frammentazione delle comunità, causate da trasformazioni sociali, culturali, demografiche ed economiche.

Negli ultimi anni sono sempre più numerose le persone adulte che versano in situazioni di vulnerabilità e che manifestano rischi di marginalità e di esclusione sociale. Spesso tali situazioni sono riconducibili a una pluralità di condizioni di difficoltà personali e sociali o di eventi che riducono soggetti già fragili in condizioni di grave disagio, abbandono o di disorientamento, che possono ulteriormente acuirsi in assenza di un sistema di relazioni ben sviluppato e in grado di fungere da rete di sicurezza per la persona.

In questo solco si pongono il Ministero della Solidarietà sociale con il recentissimo Rapporto strategico nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale 2008-2010, e la Conferenza delle Regioni, che nell'autunno 2008 ha redatto proprie osservazioni sul documento, oltre ad avere definito precedentemente richiamato le strategie di intervento regionali nel Contributo delle regioni italiane alla definizione del programma integrato per la crescita e occupazione (Pico) per il rilancio della strategia di Lisbona (2005).

In tale sede si sottolineava come i percorsi di governo regionali tendono al perseguimento di uno sviluppo integrato, equilibrato e sostenibile, che consenta la crescita e l'evoluzione armonica di una società fatta di "persone" e non di sole "risorse umane", obiettivo che acquista il significato di *modus operandi* scientemente adottato dalle Regioni italiane.

Il concorso nazionale alle politiche comunitarie si compie tramite il Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013, che è il documento di indirizzo strategico che indica obiettivi, priorità e regole validi per l'intera politica regionale di sviluppo, sia quella di derivazione comunitaria (FSE, FESR, FSR ecc.), sia quella complementare nazionale, che si avvale delle risorse del Fondo Aree Sottoutilizzate (FAS).

Le politiche relative all'inclusione sociale contribuiscono in modo significativo all'obiettivo del Quadro di migliorare le condizioni di vita e l'accessibilità ai servizi e alle opportunità per tutti nei territori, accrescendone così l'attrattività e la competitività: il cardine delle strategie in questo ambito è rappresentato dalla figura del cittadino come beneficiario/utente dei servizi. Nel QSN 2007/2013 l'obiettivo suddetto viene perseguito attraverso due livelli di intervento, collegate alla priorità "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita":

- le politiche rivolte alle persone e alle imprese, la cui centralità nei programmi e nei progetti deve essere assicurata con il loro pieno coinvolgimento nella ricostruzione condivisa dei reali fabbisogni e nella definizione di obiettivi e di progetti;

- le azioni di sistema, ovvero le politiche strumentali rivolte al consolidamento del sistema dei servizi (infrastrutture materiali e immateriali e reti di attori presenti sul territorio, definizione e sperimentazione di standard di servizio, di professioni sociali, di profilo di cittadinanza sociale, di azioni informative e di orientamento, sensibilizzazione, rafforzamento della legalità, supporto ai processi di sviluppo di reti).

Il Quadro Strategico Nazionale comprende quattro macro-obiettivi generali, e si articola in dieci priorità tematiche, che sono alla base dell'approccio adottato dalla Regione Piemonte per la definizione della strategia e degli obiettivi generali della politica di coesione regionale, ed evidenziano la coerenza fra gli obiettivi nazionali e quelli regionali indicati, in particolare, nel Documento Strategico Preliminare Regionale e nel Documento di Programmazione Strategico-Operativa (DPSO) per la politica di coesione 2007-2013.

In quest'ultimo documento le priorità riconducibili alle politiche di benessere sociale sono correlate agli obiettivi di Miglioramento e valorizzazione delle risorse umane (priorità 1), e Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattiva territoriale (priorità 5).

1.1.3. Gli strumenti di programmazione regionale generale e settoriale

In questi ultimi anni, numerosi interventi intersettoriali (progetti Equal ed Urban, fondi strutturali europei, altri progetti comunitari, fondi Cipe, progetti Interreg, Patti territoriali, etc.) hanno consentito la sperimentazione, sul territorio regionale, di positive ed innovative esperienze di inclusione e di coesione sociale, cui però è talvolta mancato un effettivo raccordo programmatico e gestionale con le politiche sociali, con conseguente indebolimento dei risultati prodotti.

In quest'ottica la sostenibilità futura di tali interventi risiede nella capacità di maggiore integrazione delle politiche attraverso una coerente progettazione degli strumenti regionali per le politiche di welfare e per il 'benessere sociale' per il periodo 2007-2013, che oltre che nel Programma di legislatura (2005), sono contenute nei principali documenti di programmazione (e nei relativi strumenti attuativi) adottati cronologicamente dalla Regione Piemonte:

- ✓ Il Documento Strategico Preliminare 2007-2013 (2005) che ha individuato gli assi strategici, gli obiettivi e le priorità d'intervento per la politica di coesione e ha rappresentato il contributo regionale alla formulazione del Quadro Strategico Nazionale;

- ✓ il Documento di programmazione strategico-operativa per la politica di coesione 2007-2013 (DPSO 2006) che ha rappresentato il documento programmatico di riferimento per l'utilizzo delle risorse aggiuntive di fonte comunitaria e nazionale;

- ✓ I Programmi Operativi Regionali (POR), che si collocano in un disegno unitario per la politica regionale di coesione, fondato su una strategia condivisa a livello nazionale e regionale, e sull'integrazione dei fondi comunitari (FESR, FSE, FEASR, con i rispettivi strumenti di attuazione <SAR> adottati nel corso del 2008). Tra questi assume particolare importanza il Programma Operativo Regionale per il Fondo Sociale Europeo. (POR FSE 2007 - 2013), destinato a qualificare la popolazione e il lavoro sul territorio regionale.

- ✓ Il Documento unico di programmazione (DUP 2008), con il collegato Programma attuativo del Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS), approvato dalla giunta Regionale in data 6/10/2008, modificato e integrato con DGR n. 49-11971 del 4 agosto 2009 con il quale la Regione Piemonte ha definito ed integrato le strategie per il periodo 2007-2013, declinate secondo priorità che si sviluppino coerentemente con gli strumenti della politica di coesione comunitaria di cui si è detto, con la cooperazione transnazionale e transfrontaliera, e con le risorse aggiuntive nazionali.

Il DUP, orienta le risorse a disposizione della Regione Piemonte in poche direzioni, selezionate strategicamente, attraverso la compenetrazione della programmazione ordinaria e della programmazione negoziata insieme alla programmazione economica e alla politica territoriale per il perseguimento efficace delle strategie di sviluppo a livello regionale.

La linea Regionale di Intervento (scheda 13) persegue nello specifico politiche di Sviluppo del sistema dei servizi sociali a favore delle famiglie, dei minori, degli anziani e dell'inclusione sociale.

Il Documento triennale di Programmazione Economica e Finanziaria Regionale (DPEFR), volto a coniugare la programmazione economico-finanziaria con gli indirizzi e gli obiettivi delle politiche territoriali regionali. Il DPEFR² identifica il Welfare come l'area dove l'intervento della Regione deve far fronte ai fabbisogni crescenti della popolazione anziana, dei giovani, delle famiglie e dei minori, ricorrendo prevalentemente a stanziamenti propri;

Il presente Piano triennale degli interventi e dei servizi sociali della Regione Piemonte si inserisce nel contesto programmatico sopra delineato, e concorre all'orientamento della azione delle amministrazioni del territorio piemontese alla coesione sociale, all'inclusione delle fasce deboli, alla tutela e garanzia dei diritti di cittadinanza, in una prospettiva di superamento della visione tradizionale delle politiche di inclusione, fondata solo sull'assistenza.

1.1.4. Intersettorialità e integrazione delle politiche regionali per la salute sociale

Già nel Programma di Legislatura, presentato dalla Presidente il 16 maggio 2005 al Consiglio regionale, si proponeva di rafforzare la capacità istituzionale dell'Ente in direzione di un sistema di governance orientato alla soluzione dei problemi e al raggiungimento degli obiettivi posti e di integrare le differenti politiche alla luce del nesso inscindibile fra competitività e coesione sociale, in ragione delle differenti vocazioni e degli specifici contesti socio-economici, ambientali e culturali sub-regionali.

Più in particolare, per il raggiungimento di questi obiettivi si prevedevano:

- politiche integrate per la ricerca e l'innovazione: trasferimento di conoscenze dalla sfera della ricerca a quella degli enti locali e al mondo della produzione;
- politiche di coesione sociale: integrazione tra i problemi della sicurezza, dell'accoglienza, della formazione, del lavoro e dell'occupazione, dell'assistenza, del benessere e della salute, per combattere l'esclusione sociale.

Nella definizione degli strumenti di attuazione delle politiche di coesione, riepilogate nel Documento unico di Programmazione (*DUP 2008*), la Regione Piemonte ha - come in precedenza indicato - concentrato la programmazione su di un approccio fondato su una visione di regolazione unitaria, finalizzato a gestire, per tutto il periodo della programmazione stessa, un sistema di programmazione integrata, ottenuta definendo flussi programmatori distinti e complementari a partire dalle priorità strategiche regionali indicate negli strumenti di attuazione integrati di tutti i Programmi Regionali.

Sul versante del welfare, il tema dell'integrazione è diventato centrale a partire dalle innovazioni legislative di fine anni '90, anche su sollecitazioni dei programmi comunitari, che ne hanno fatto un criterio dirimente e distintivo.

La storia e la tradizione consolidata di tali politiche è stata caratterizzata dalla frammentarietà, talora dall'occasionalità, dalla difficoltà di fare sistema e di sapere se le

² DPEFR 2007 - 2009

attività socio-assistenziali in atto contribuiscono effettivamente alla soluzione dei problemi sociali e più in generale siano fattori di coesione sociale.

Il modello innovativo proposto con la l. 328/2000, che propone un approccio integrato, trova compiuto riconoscimento nella legislazione piemontese con l'art 4 della L.r. 1/2004; il dettato normativo concentra l'attenzione sulla multidimensionalità dei bisogni sociali e sulle necessità di risposte intersettoriali da parte delle amministrazioni e dei servizi, che richiede il coordinamento degli interventi di diversi altri sistemi: la salute in primo luogo, ma anche l'istruzione e la formazione, la casa, il lavoro, i trasporti, l'ambiente, le comunicazioni, ecc...

Oggi si conferma la necessità di lavorare di più e meglio per realizzare non solo una migliore coerenza fra le diverse politiche regionali e locali della sfera sociale, ma anche una più efficace sinergia fra le misure adottate in ciascun settore per il raggiungimento di obiettivi di politica sociale condivisi.

Integrare significa fare sistema, evitare incoerenze, eccessi di duplicazione, riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta istituzionale; permette di evitare sprechi di risorse, badare ad efficienza ed efficacia, focalizzare l'attenzione sul fruitore finale, nella cui esperienza alla fine si integrano, come stati di benessere, tutti gli apporti specifici dei servizi socio-sanitari.

In concreto, il compito consiste nel passaggio dalla frammentazione a una strategia di intrecci, miscele, ibridi convergenti verso i criteri guida dell'integrazione sociale, della coesione, del benessere o star bene individuale e collettivo.

L'integrazione è possibile a molti livelli e in molte forme; ne consegue che è preferibile intendere l'integrazione come un percorso, come un orientamento strategico, come una specifica cultura della formulazione e dell'implementazione delle politiche che conserva un carattere di approssimazione tendenziale ed incrementale, in altre parole come un processo socio-istituzionale più che un progetto compiuto da realizzare:

a) a livello regionale, oltre all'integrazione sociosanitaria, deve essere perseguita anche l'integrazione delle politiche socio-assistenziali (nella loro accezione ristretta) con le politiche per la formazione ed il lavoro, con le politiche della casa e dei lavori pubblici, con le politiche di sviluppo regionale finanziate dai fondi strutturali, con le politiche ambientali ed urbanistiche, con le politiche per lo sviluppo delle aree interne, rurali e montane e quelle per i trasporti e la mobilità, a cui le azioni del presente Piano si intendono raccordare e integrare.

Pertanto il Piano sociale si pone come obiettivo il coordinamento con gli altri piani di settore dell'Amministrazione regionale (oltre al Piano socio-sanitario, i Piani operativi regionali legati alla nuova programmazione europea 2007-2013, Piani per le politiche della casa, della formazione, del lavoro, ecc.).

Il rafforzamento delle azioni di programmazione sociale, in una visione generale dei bisogni della società regionale, potrà favorire la definizione di obiettivi che vanno oltre la tradizionale impostazione per compartimenti stagni legati al target (anziani, minori, disabili, etc.). Una definizione che abbracci e colga le interazioni e le interdipendenze peculiari del tessuto sociale; per passare da una visione frantumata dei bisogni e delle risposte, ad una visione complessiva, coerente ed equilibrata, che integri i settori d'intervento con gli obiettivi di promozione sociale.

b) L'intersettorialità delle politiche sociali è peraltro nella nostra società una condizione necessaria (ma non sufficiente) per l'efficacia delle risposte ai bisogni dei cittadini sul territorio, e deve informare e caratterizzare l'azione dei soggetti istituzionali non solo a livello dell'Amministrazione regionale ma in tutti gli ambiti della governance regionale: solo a

livello locale si realizzano alcune condizioni che sono critiche per fornire servizi e interventi di natura individuale e/o collettiva.

Qui sono infatti più nettamente visibili i problemi di natura sociale (sociali in senso stretto e sanitari), tali da incrinare la coesione sociale, produrre fenomeni di marginalità o richiedere risposte precise ai bisogni manifesti; inoltre è conosciuto quale e quanto sia il capitale sociale disponibile ed attivabile per far fronte ai problemi sociali locali, quali le forme di cooperazione possibili tra i diversi attori che hanno responsabilità istituzionali o sociali.

Solo a livello locale si danno (sono disponibili o possono essere sollecitate) alcune delle risorse essenziali economiche e progettuali attivabili per la produzione di welfare e per le regolazioni locali, a partire dalle quali si ottengono di effetti di governance altrimenti di difficile realizzazione.

Il ruolo delle province quali soggetti erogatori di una parte cospicua dei finanziamenti dei Fondi strutturali europei 2007 – 2013 (ed in particolare del POF FSE) ne fa una sede ottimale per progettare percorsi integrati che coniughino forme di intervento socioassistenziale con percorsi di formazione e accesso all'impiego, e con il diritto all'abitazione.

Sulla scorta anche dell'esperienza maturata attraverso la programmazione dell'asse B del POR 2000-2006 e delle sperimentazioni condotte attraverso il Programma di iniziativa comunitaria Equal, diviene ineludibile, per l'effettiva riuscita delle azioni da attivare, un'integrazione multilivello:

- tra le istituzioni (Regione, Province, Comuni) competenti in materia di programmazione e gestione delle politiche del lavoro e socioassistenziali;

- tra queste istituzioni e i soggetti che hanno in carico quotidianamente le popolazioni di riferimento (Consorti socioassistenziali, Servizi sociali, Comunità alloggio, istituzioni educative, istituzioni penitenziarie, Sert, altre strutture di accoglienza, Associazioni di volontariato e del terzo settore, ecc.)

- tra i soggetti anzidetti ed i beneficiari ultimi degli interventi, affinché l'individuazione delle problematiche cui fare fronte e degli strumenti di azione da adottare siano condivisi in funzione del loro livello di efficacia potenziale.

Ne deriva che, al di là delle azioni direttamente rivolte alle persone, risulta necessario prevedere una linea di intervento deputata all'istituzione di sedi permanenti di confronto tra l'insieme degli interlocutori sopra individuati e chiamate – oltre che a tracciare gli obiettivi comuni delle iniziative attivabili e a concordare approcci, metodologie e strumenti – a progettare i percorsi di inclusione sociale da mettere in campo.

I percorsi dell'integrazione delle politiche, e quindi delle differenti materie trattate, vedono necessariamente il governo locale al centro dei processi istituzionali ed amministrativi, in funzione di regia e di garanzia di ultima istanza, e nello stesso tempo dentro la rete degli attivismi organizzati della società civile locale.

1.1.5. I percorsi programmatici di integrazione socio-sanitaria

Nel solco della continuità con quanto previsto dalla L.R. 1/2004, la Regione Piemonte ha recentemente approvato la L.R. 6 agosto 2007, n. 18, (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale). Essa ridefinisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale, individuando come tali:

- > i Profili e piani di salute (PePS) (art.14);
- > i piani attuativi delle Aziende sanitarie locali (Asl) (art.15);
- > i piani attuativi delle Aziende ospedaliere (Aso) (art.16);

> i Piani di zona (PdZ) di cui all'articolo 17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1.

✓ Il profilo e piano di salute (PePS), è lo strumento costruito a livello locale con cui la comunità a livello distrettuale, attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità da parte degli enti locali e con il coinvolgimento di numerosi soggetti sociali (istituzionali e non), tramite il supporto tecnico delle Asl e dei consorzi socio-assistenziali, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio.

Esso orienta la programmazione, tiene conto ed a sua volta influenza gli atti fondamentali di indirizzo regionali, provinciali e comunali, compresi i Piani di zona; assicura inoltre il raccordo con altri enti pubblici interessati, con le strutture di assistenza, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, la cooperazione sociale e il Enti gestori.

✓ Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi impartiti dalle Conferenze dei sindaci, le Asl programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, quanto previsto dai PePS di distretto e dai Piani di zona;

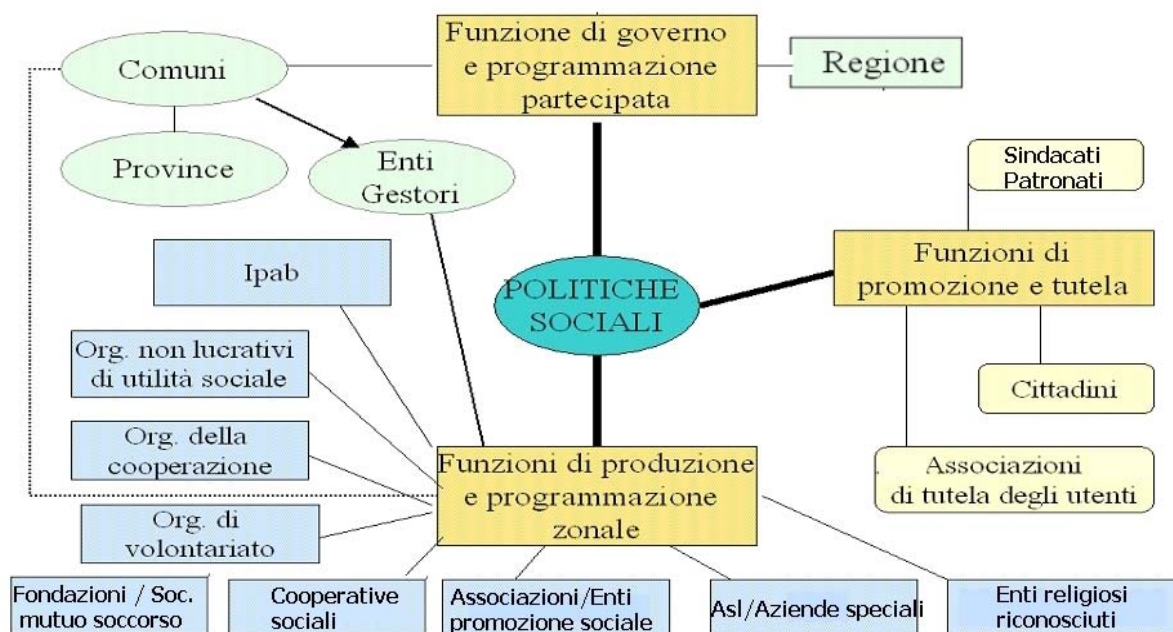
Come già atteso dal c. 6, art. 17 della L.R. 1/2004, la parte dei Piani di zona relativa agli interventi di integrazione socio-sanitaria trova obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi aziendali per garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure; sul tema si veda il par. 7.2.

Il terreno dell'integrazione operativa deve essere pertanto rappresentato dal livello più decentrato, più vicino alla popolazione: per agevolare i processi coordinati e integrati, il Piano socio-sanitario regionale 2007- 2010 (PSSR) prevede già che a livello di Azienda sanitaria locale sia indispensabile che tra la direzione generale e gli Enti gestori si individuino congiuntamente gli indirizzi generali da attuare a livello distrettuale, attraverso la predisposizione dei Piani di zona e dei Piani di attività territoriale.

1.2. IL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE IN PIEMONTE: ATTORI, RISORSE E RETI.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali in Piemonte si realizza con il concorso di una pluralità di soggetti, istituzionali e non, pubblici e privati, rispetto ai quali la legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, indica ruoli e responsabilità, competenze e risorse, attribuendo alla pianificazione l'obiettivo prioritario di progettare e sostenere processi e strumenti che aumentano la capacità riflessiva del sistema sociale.

Il mosaico degli attori che compongono il sistema stesso si presenta oggi complesso ed articolato, come rappresentato dalla fig. 1.



Nel quadro dei rapporti tra i vari attori del sociale e tra questi e i cittadini risulta abbastanza complesso ricostruire in modo soddisfacente l'ammontare delle risorse finanziarie, pubbliche e private, destinate ai bisogni sociali e socio-assistenziali.

Nell'ambito di uno studio predisposto dall'Ires preliminare alla stesura del Piano sociale, si è tentato di individuare i percorsi dei finanziamenti pubblici e privati della spesa sociale. Lo studio evidenzia come la spesa pubblica relativa agli interventi e i servizi sociali e i trasferimenti monetari nel 2006 ammonti ad oltre 1,8 miliardi, circa il 2% del PIL regionale.

Escludendo 848 milioni di prestazioni monetarie statali, la spesa di competenza locale ammonta a quasi 1000 milioni: per il 59% riguarda prestazioni residenziali, 29% interventi e servizi, 6% contributi monetari, 4% altro. Comuni ed Enti gestori gestiscono oltre la metà di tale spesa. Tale spesa risulta finanziata da :

Stato	4%	(FNPS a Regione)
Regione	14%	(trasferimenti a ee.gg. e ee.ll.)
SSN	20%	(quota sanitaria rette e servizi)
Enti locali	40%	(gestione di tutti i servizi anche tramite gli Enti gestori)
Utenti	20%	(contribuzione alle rette di alcuni servizi, presidi e asili nido)
Altri privati	2%	(altre entrate private e donazioni IPAB)

Nei paragrafi seguenti si fornisce -in forma sommaria- una ricostruzione del quadro complessivo degli attori istituzionali e del Terzo settore.

1.2.1. Gli attori istituzionali

La legge regionale, al capo I, nel definire compiti e funzioni dei vari attori istituzionali riprende sia la legge quadro (L. 328/2000) che alcune norme precedentemente stabilite dal D.Lgs. 112/98 e dal D.Lgs. 502/92, qui brevemente sintetizzate.

La Regione ha funzioni di indirizzo e programmazione generale, di coordinamento e verifica delle attività. In particolare: definisce gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione integrata e a rete del sistema locale dei servizi sociali; definisce i requisiti minimi per l'accreditamento, l'autorizzazione e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali; cura l'adozione di atti di indirizzo e coordinamento in materia di interventi e servizi sociali e la promozione di iniziative tese a valorizzare il ruolo del Terzo settore.

Le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali quali enti intermedi e soggetti di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio.

Le Aziende sanitarie locali assicurano, secondo la normativa vigente e secondo le modalità individuate nei piani attuativi aziendali, nei programmi delle attività territoriali e nei Piani di zona, le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilievo sanitario di competenza dei comuni.

I Comuni sono titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali a livello locale, svolgono compiti di programmazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, di erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche nell'ambito dei Piani di zona. Sono titolari delle funzioni amministrative relative alle attività formative di base e all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale.

La presenza in Piemonte di 1206 comuni, dei quali più del 50% con meno di mille abitanti, con punte molto elevate di dispersione territoriale soprattutto nelle zone montane e collinari hanno, tuttavia, da sempre, indotto l'amministrazione regionale ad incentivare la gestione associata per garantire una ottimale realizzazione degli interventi e servizi sociali. Con l'entrata in vigore della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 si individua nella gestione associata ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali, entro gli ambiti territoriali ottimali coincidenti con i distretti sanitari o multipli di essi, al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari. La stessa legge, in una logica di continuità con le esperienze precedenti, consente che i comuni adottino le forme associative ritenute più funzionali, sulla base delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche delle singole zone e delle peculiarità dei bisogni delle zone medesime; gli amministratori delle comunità locali sono, pertanto, liberi di individuare le soluzioni gestionali più idonee a garantire un sistema integrato di servizi offerti ai cittadini e ad assicurare una adeguata risposta alle esigenze del proprio ambito territoriale di competenza.

Attualmente sono presenti, nella Regione Piemonte, le seguenti forme gestionali: consorzio di Comuni, Comunità montana, convenzioni tra Comuni, tra Comunità montane, tra Comuni e Comunità montane, delega in forma associata all'Azienda sanitaria locale, gestione in forma singola consentita esclusivamente per Comuni capoluoghi di Provincia.

Il legislatore regionale ha previsto, inoltre, che le attività sociali a rilievo sanitario, quali quelle a favore di adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia e quelle relative alla tutela materno infantile e dell'età evolutiva, considerata la loro complessità e l'interconnessione con il sistema sanitario delle attività stesse, non possano essere svolte dal Comune singolo (ad eccezione dei Comuni capoluogo di Provincia), ma debbano essere obbligatoriamente gestite in forma associata -o tramite delega all'Asl- e mediante convenzione con i servizi sanitari.

Anche le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e quelle relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture sono obbligatoriamente gestite in forma associata.

La situazione attuale conferma la rilevante prevalenza della scelta, da parte dei Comuni, della forma associata tramite consorzio: risultano infatti ad oggi costituiti 41 consorzi. Le convenzioni tra Comuni, tra Comunità montane o tra Comuni e Comunità montane sono state stipulate in 8 zone. La gestione associata tramite Comunità montana viene effettuata in 4 zone, mentre quella tramite delega all'Asl è presente in due sole zone. La gestione in forma singola delle attività è presente nei comuni capoluoghi di Provincia di Torino, Asti, Novara. Rispetto al passato si registra il progressivo superamento sia delle forme associative di dimensioni ridotte sia della gestione diretta delle attività sociali da parte di Comuni piccoli e si riscontra l'adozione di modalità organizzative di maggiore estensione, capaci di consentire anche un migliore e più razionale utilizzo delle risorse economiche.

All'inizio del 2009 la situazione degli Enti gestori è dunque la seguente:

Consorzi di Comuni	41
Comunità montane	4
Convenzioni (tra Comuni , tra Comunità montane , tra Comuni e Comunità montane)	8
Delega all'Azienda sanitaria locale (Asl)	2
Gestione in forma singola	3

1.2.2. Il Terzo settore e altri soggetti nell'assistenza

Nel termine "Terzo Settore" viene compreso l'insieme soggetti e di enti privati che, nati nell'ambito della società civile, hanno lo scopo di fornire beni e servizi di utilità collettiva di elevato contenuto relazionale.

I soggetti del Terzo settore operanti in Piemonte nell'assistenza, come indicati dalla legge regionale n. 1 del 2004, sono: le organizzazioni di volontariato; le cooperative sociali; gli organismi non lucrativi di utilità sociale; le associazioni e gli enti di promozione sociale; gli organismi della cooperazione; le società di mutuo soccorso; le fondazioni; gli enti di patronato; altri soggetti privati non aventi scopo di lucro.

In questa sede la realtà del Terzo settore è allargata, impropriamente per quanto riguarda la qualificazione giuridica ma coerentemente se si guarda allo spirito e all'idealità che li caratterizza e per il ruolo svolto nel campo socio-assistenziale, agli enti religiosi e alle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), le organizzazioni sindacali.

I soggetti del Terzo settore si differenziano per le funzioni svolte nella società: alcune realizzano attività di advocacy, altre operano redistribuzione di risorse; alcune producono servizi, altre svolgono attività di inserimento lavorativo, altre ancora sviluppano un ruolo di promozione di cittadinanza attiva. I principi guida delle organizzazioni sono anch'essi diversi: carità, filantropia, mutualità, solidarietà. Così come sono diversi i possibili modelli organizzativi usati: la reciprocità, la donazione, l'obbligazione, il contratto; anche la legislazione di riferimento non è unica.

Si presenta di seguito la consistenza delle diverse organizzazioni del Terzo settore in Piemonte così come sopra definito, soprattutto con riferimento all'assistenza.

ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

La Regione ha istituito e disciplinato il registro regionale delle organizzazioni di volontariato quale ambito unitario delle sezioni provinciali di competenza dalle amministrazioni provinciali.

Le organizzazioni di volontariato con sede in Piemonte e iscritte al registro al 31 dicembre 2008 erano 2496. Se si considerano le organizzazioni iscritte in relazione alla popolazione piemontese il dato medio è di 5 organizzazioni ogni 10.000 abitanti.

Peraltro molte organizzazioni di volontariato non sono iscritte nei registri pubblici: secondo una ricerca del 2007 a cura della FIVOL (Fondazione Italiana per il Volontariato) vi sono almeno altre 500 organizzazioni non registrate in Piemonte, per un totale di quasi 2700 organizzazioni di volontariato.

COOPERATIVE SOCIALI

Il ruolo delle cooperative nel welfare locale è determinante: in Piemonte sono stati rilevate circa 1600 attività e servizi in campo sociale prodotte dalle 301 cooperative di tipo A, operanti al 31 dicembre 2008, che impiegano circa 27.000 persone (di cui la gran parte sono lavoratori soci); il valore complessivo della produzione nel 2008 era di circa 687 milioni, di cui il 58% deriva da convenzioni con enti pubblici.

Le 201 cooperative di tipo B, operanti al 31 dicembre 2008, svolgono attività economiche diverse (516 le attività produttive rilevate sul territorio) finalizzate all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati. Le cooperative di tipo B impiegano circa 6000 persone, di cui circa 2400 soggetti svantaggiati. Il valore complessivo della produzione nel 2007 era almeno di 100 milioni, che deriva prevalentemente (75%) da convenzioni con enti pubblici e s.p.a. locali.

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Attualmente operano in Piemonte 400 di queste Società. La gran parte delle stesse svolge attività di tipo ricreativo e culturale, autogestita e a favore degli associati e delle loro famiglie. Le attività si reggono sui proventi derivanti dalle quote associative e dalla vendita di servizi. Dispongono di un importante patrimonio immobiliare oggetto di specifiche iniziative di recupero.

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Le Organizzazioni sindacali confederali e di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, in quanto rappresentanti di interessi diffusi e punto di congiunzione tra cittadini e sistema erogatore dei servizi, partecipano al processo di programmazione regionale e locale secondo il criterio di concertazione e cooperazione ai sensi del comma 2, art. 14, della l.r. n.1/2004 e svolgono un ruolo di consulenza e indirizzo ai cittadini.

ENTI DI PATRONATO

Offrono informazione, consulenza e tutela legale con poteri di rappresentanza a favore dei cittadini in genere, dei lavoratori, degli utenti dei servizi sociali. A tal fine possono costituire sportelli informativi unici per la risoluzione di una vasta gamma di problemi.

Attualmente sul territorio piemontese sono presenti 23 Enti e operative 99 sedi provinciali, cui spesso fanno capo numerosi uffici zonali; una presenza diffusa e capillare in rappresentanza di tutte le varie categorie professionali e sociali, che assicura livelli omogenei di prestazioni.

ASSOCIAZIONI

L'universo delle associazioni conta oltre 19mila organizzazioni, secondo il censimento del 2001, delle quali 12.300 senza personalità giuridica.

Le associazioni possono avere caratteristiche e finalità di tipo culturale, assistenziale, ricreativo, sociale, sportivo etc.

Con riferimento ai destinatari, possono operare in modo marcatamente mutualistico oppure con finalità di utilità più generale.

ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE (APS)

Gli strumenti legislativi di riconoscimento e promozione delle APS sono di recente approvazione: la legge regionale che disciplina queste associazioni è stata approvata il 7 Febbraio del 2006 (legge regionale n.7 del 7/2/2006, applicativa della legge nazionale 383/2000) e solo all'inizio dell'anno 2007 sono diventate operative le sezioni provinciali del registro regionale delle APS.

Le associazioni di promozione sociale operano in molti campi: tutela e promozione diritti dei cittadini, attività socio-assistenziali, cultura, istruzione, promozione tradizioni locali, tutela del patrimonio ambientale e naturale, protezione civile, turismo, attività sportive e ricreative. Diverse organizzazioni hanno carattere e diffusione nazionale e sono presenti sul territorio, in genere con sedi provinciali e periferiche. Altre organizzazioni hanno un ambito di attività locale.

Al 31/12/2008 risultavano iscritte nel registro regionale 13 associazioni nella sezione regionale e 113 nella sezione provinciale.

FONDAZIONI

Si distinguono fondazioni operative, erogative o miste a seconda

che, rispettivamente: a) realizzino direttamente servizi di pubblica utilità gestendo una o più strutture (case di cura, case di riposo, scuole, biblioteche, musei, teatri, ecc.) finalizzate al raggiungimento dello scopo statutario; b) erogano sussidi e contributi ad altri soggetti (tipicamente persone o altre istituzioni nonprofit) realizzando, quindi, indirettamente lo scopo statutario; c) svolgano entrambe le funzioni.

Nel 2005 l'Istat, in relazione allo sviluppo di questo tipo di organizzazione, ha realizzato una rilevazione specifica sulle fondazioni, censendo 405 fondazioni attive nella regione: 207 di tipo operativo, 80 erogative e 118 miste.

LE FONDAZIONI DI ORIGINE BANCARIA

Sono presenti nell'ordinamento italiano dal 1990. Per la quantità del denaro posseduto e investito rappresentano oggi una realtà di grande rilievo, decisiva per le sorti di altri enti e istituzioni.

Le 12 fondazioni piemontesi sviluppano erogazioni, con un valore procapite, rapportato alla popolazione regionale tra i maggiori del paese. E la loro azione risulta particolarmente rilevante in alcuni settori: quello dell'arte e beni culturali, quello dell'istruzione, quello dell'assistenza. Le erogazioni medie annue complessive sono ammontate a 292 milioni nel 2005 e 360 milioni nel 2006. Le erogazioni nel settore dell'assistenza sono stimate nel 15-20% del totale.

ONLUS

Onlus è una qualificazione ai sensi della D.Lgs. 460/1997 che può essere attribuita a varie istituzioni Non profit e che rileva solo ai fini fiscali

Nel 2005 erano qualificate "onlus" 1387 organismi con sede in Piemonte, di cui 641 soggetti operanti nell'assistenza sociale e socio-sanitaria e 43 nella tutela dei diritti civili. Nel 2007 i soggetti Onlus erano saliti a 2201 organismi.

ENTI RELIGIOSI

Gli enti di culto delle diverse confessioni hanno propri ordinamenti e regole a cui lo stato riconosce la personalità giuridica.

Gli enti religiosi in senso stretto, regolati da diritto proprio, vanno distinti tra:

- parrocchie e altri organismi diocesani (cattolici).
- congregazioni religiose.
- enti di culto di altre confessioni riconosciute.

Con L.R. n. 11.11.2002, n. 26, la Regione Piemonte ha inteso riconoscere e promuovere “la funzione educativa, formativa, aggregatrice e sociale svolta dall’ente Parrocchia, dagli Istituti cattolici e dagli altri enti di culto riconosciuti dallo Stato attraverso le attività di oratorio, soggetto sociale ed educativo delle comunità locali, finalizzate alla promozione, all’accompagnamento ed al sostegno della crescita armonica dei minori, degli adolescenti e dei giovani, anche portatori di handicap, che vi accedano spontaneamente” e prevede che gli enti di cui trattasi possano beneficiare di finanziamenti regionali per il perseguimento delle finalità rivolte ai giovani.

Al fine di favorire l’effettiva realizzazione delle finalità indicate dalla sono stati siglati protocolli di intesa con la Regione ecclesiastica Piemonte, protocollo sottoscritto in data 16 maggio 2003, con la Tavola Valdese, protocollo sottoscritto in data 20 maggio 2003, con la Comunità ebraica di Torino protocollo sottoscritto in data 22 maggio 2003 e con la Chiesa cristiana avventista del 7° giorno, protocollo sottoscritto in data 13 maggio 2004.

IPAB E EX IPAB PRIVATIZZATE

Le Ipab, al 31/12/2008, risultano 343, che gestiscono 102 scuole materne, 138 presidi per anziani, 32 attività varie quali sussidi ai poveri, pensionati, formazione, ecc..; 71 enti risultano non più funzionanti.

Ai sensi della L. 328/2000 dovranno inserirsi nella programmazione regionale, e trasformarsi in aziende pubbliche di servizi alla persona o in persone giuridiche di diritto privato.

A questi enti si affiancano le Istituzioni, già Ipab, che hanno ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato e che mantenendo gli originari scopi statutari, concorrono alla realizzazione della rete integrata dei servizi socio-assistenziali sul territorio, secondo le modalità di gestione di tipo privatistico. Si tratta perlopiù di enti di tipo operativo (232 sono scuole materne e 80 presidi per anziani), ma 59 enti hanno altra natura (sussidi ai poveri, pensionati, formazione, ecc.).

1.3 IL SISTEMA DI WELFARE REGIONALE

La legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e successivamente la formulazione dell’art. 17 della Costituzione, alla luce della riforma del Titolo V del 18 Ottobre del 2001, che attribuisce alle Regioni la podestà legislativa in materia di Servizi Sociali, hanno portato la nostra Regione nel 2004 all’approvazione della L.R. 1 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento.”

Tale legge regionale ha di fatto confermato l’impostazione del sistema di “governance” già previsto dalla precedente Legge 62\95 (“Norme per l’esercizio delle funzioni socio-assistenziali”), che ha permesso la nascita nei vari ambiti territoriali degli EE.GG. dei servizi socio-assistenziali, ma ha anche ricomposto il quadro generale del sistema stesso ed introdotto i principi generali relativi alla programmazione ai vari livelli territoriali, all’autorizzazione ed all’accreditamento dei servizi ed infine dei livelli essenziali delle prestazioni.

Lo sviluppo di tale continuità di “assetto”, pur in presenza di alcune criticità che verranno definite ed affrontate, ha complessivamente implementato e professionalizzato il Sistema di Servizi che, se pur in modo non omogeneo, è complessivamente cresciuto parallelamente all’evolversi della normativa di settore.

Allo stesso tempo essa ha agito in coerenza verso la realizzazione di una “forte sussidiarietà”, così come indicato dalla citata Legge 328\2000, intesa come principio architettonico di governance che coinvolge e responsabilizza le comunità locali e stimola la capacità delle reti sociali di far emergere l’innovazione e lo sviluppo di capitale sociale.

Le ricerche empiriche di questi anni, compresa l’analisi del primo ciclo di programmazione regionale territoriale realizzatosi in tutto il Piemonte con i PdZ, mostrano come laddove la sussidiarietà a livello di comunità locale ha funzionato in senso societario, lo sviluppo di “buone prassi” e l’innovazione dei servizi di welfare si sono visibilmente affermate.

In questo contesto generale e relativamente all’attribuzione di “funzioni”, il ruolo della Regione si caratterizza principalmente in termini di indirizzo generale della programmazione locale, coordinamento e controllo delle attività ed infine di regolazione\definizione dei requisiti minimi e di qualità per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e socio-sanitarie.

Viceversa risulta centrale il ruolo dei Comuni e della comunità locale con “il cittadino al centro dei servizi” ed il ruolo crescente della Cooperazione sociale, del Volontariato, delle IPAB, dei soggetti del Privato sociale, delle Associazioni e degli Enti di promozione sociale, delle Organizzazioni Sindacali, delle ONLUS, delle Fondazioni Bancarie nei processi di programmazione territoriale e nella reale produzione dei servizi di welfare.

Il conferimento di tali attribuzioni al sistema delle autonomie locali è anche condizione indispensabile a far sì che il ruolo dei vari soggetti operanti nelle comunità locali, conduca ad un costante confronto e dialogo capace di favorire interventi preventivi per la riduzione o l’eliminazione dei fattori che generano difficoltà e disagio sociale, e più in generale il fenomeno non conclamato della “vulnerabilità sociale”, che nei nostri tempi di crisi generale del modello di sviluppo e di sostenibilità delle politiche di Welfare, riguarda, sempre più, parti crescenti di popolazione.

Tuttavia, come già accennato, se è vero che il modello di Welfare regionale piemontese ben interpreta la tendenza legislativa degli ultimi anni rivolta alla costruzione di una “welfare community”, è altrettanto vero che non può essere demandato alle comunità locali il compito di definire il livello essenziale di diritti di cittadinanza e di prestazioni sociali e gli standard organizzativi necessari al loro riconoscimento, nonché pretendere che attraverso la sola sussidiarietà orizzontale si risolva il problema dell’allocazione crescente e sostenibile di risorse finanziarie necessarie a garantire tali diritti in molti settori in cui il “fabbisogno sociale” è indiscutibilmente in crescita, almeno nel prossimo decennio (un esempio per tutti è l’espansione della non autosufficienza soprattutto legata all’invecchiamento della popolazione).

Ignorare queste criticità e non affrontarle, ove di sua competenza, da parte della Regione Piemonte sarebbe sbagliato e sortirebbe l’effetto di rendere non adeguato e non sufficientemente “omogeneo” il sistema integrato di interventi e servizi sociali che la L.R. 1\2004 ha delineato, con l’accentuazione dei problemi di “disuguaglianza sociale territoriale” relativa all’accesso e alla fruizione delle prestazioni sociali e socio-sanitarie.

E’ proprio da questa consapevolezza che nasce il presente Piano Sociale Regionale, con l’obiettivo generale di fornire al sistema di welfare regionale i necessari elementi di completamento ai suoi vari livelli.

Esso si propone, oltre alla necessaria riorganizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari, di fornire elementi forti di indirizzo alle Comunità Locali rispetto a quelle che possiamo definire “le priorità sociali regionali”, invertendo lo schema che si è realizzato in questi anni, in cui il primo ciclo di Programmazione territoriale affidato ai PdZ si è svolto in assenza di un Piano Regionale di riferimento e di regole generali relative alle prestazioni essenziali, all’allocazione delle risorse per la progettazione territoriale, all’integrazione funzionale tra Servizi Sociali e Servizi Sanitari in primo luogo.

In questo contesto il risultato operativo è stato sicuramente disomogeneo dal punto di vista del tipo di programmazione messa in atto dai territori piemontesi (orientativa\ indicativa\ operativa) e della traduzione “pratica” delle progettazioni territoriali.

Nonostante tutto però, tale ciclo di programmazione ha comunque prodotto una notevole innovazione sul versante dei Servizi e degli interventi integrati e oggi, bisogna riconoscerlo, esso rappresenta un’importante riferimento da cui lo stesso Piano sociale parte, relativamente all’analisi generale di contesto ed alle necessità di sviluppo che gli stessi PdZ hanno messo in evidenza.

Ciò a riprova che il sistema di governance del modello Piemontese è pronto a cogliere perfettamente la bidirezionalità dei processi programmatori, all’interno di una sussidiarietà non “gerarchica” ma “relazionale”.

Resta da dire ancora però quali limiti operativi, ad oggi, ha una ricomposizione del modello di Welfare regionale, che da questo punto di vista soffre, analogamente a quello delle altre Regioni italiane, di un ritardo di attuazione di una complessiva riforma del Sistema degli Ammortizzatori Sociali e della ripartizione dei capitoli di spesa fra Previdenza ed Assistenza, nonché dell’analogo ritardo nel completamento di una riforma Federalista che definisca meglio le competenze regionali in termini di delega di funzioni e di attribuzioni di risorse nonché di autonomia fiscale anche in termini impositivi.

Tali limiti agiscono pesantemente in almeno due settori specifici del sistema di Welfare:

- la definizione\attuazione dei Lea socio-sanitari e dei Liveas socio-assistenziali con un’area di utenza crescente, quella della Non Autosufficienza, che comporta la indiscutibile necessità di implementazione delle risorse finanziarie dedicate;
- l’area della Vulnerabilità sociale intesa nel senso più ampio auspicabile, rispetto alla quale tutte le problematiche connesse al sostegno al reddito e alla vulnerabilità economica, in periodi di crisi generale del modello di sviluppo e di lavoro flessibile, non dispongono di una ridefinizione strutturale del citato sistema degli Ammortizzatori Sociali.

1.4 OBIETTIVI STRATEGICI NELL’ARCO DELLA PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE

Il presente Piano degli interventi e dei servizi sociali concorre all’obiettivo strategico che la Regione si prefigge di raggiungere, che è l’orientamento della propria azione politica alla coesione sociale, all’inclusione delle fasce deboli, alla tutela e garanzia dei diritti di cittadinanza. Si intende superare l’impostazione tradizionale dell’intervento pubblico come prevalentemente rivolto a correggere (a posteriori) fenomeni dati di marginalità e povertà, per affermare che politiche sociali proattive rappresentano anche una leva per il consolidamento della crescita e dell’occupazione, e che l’esclusione sociale è un disvalore che si riflette su tutto il tessuto sociale, diffondendo precarietà, insicurezza e disagio.

Il welfare che si vuole rappresentare si riconosce nel principio della centralità della persona, a cui va – ad ogni età ed indipendentemente dalla condizione - riconosciuta la propria globalità, unicità, irripetibilità:

- un welfare delle età e di genere: capace di intervenire e supportare con un'offerta diffusa e specializzata di opportunità e servizi tutte le fasi della vita, con particolare riferimento alla nascita, all'infanzia, alla genitorialità, alle difficoltà socioeconomiche, alla terza e quarta età e alla disabilità, garantendo competenze e opportunità alle fasce di persone svantaggiate e vulnerabili, ed agevolando l'inserimento di queste persone nella società civile.
- un welfare delle famiglie che attivi servizi territoriali, servizi domiciliari e intermedi capaci di riconoscere e supportare le responsabilità familiari, promuovendo altresì la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura
- un welfare che riconosce e valorizza il ruolo attivo dei soggetti del Terzo settore e dei soggetti privati, promuovendo la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti nella programmazione regionale e territoriale.

L'articolazione degli obiettivi strategici del presente Piano sociale regionale degli interventi e dei servizi è una operazione multilivello che, pur con i limiti suddetti, persegue il completamento, l'implementazione e l'omogeneità territoriale dell'attuale assetto di Welfare regionale piemontese.

Essa interviene su più fattori, declinabili schematicamente nel seguente modo:

- Intersettorialità delle politiche attraverso la programmazione regionale e territoriale;
- Assetto e omogeneità territoriale dei servizi;
- Livelli Essenziali delle Prestazioni (Lep) socio-assistenziali e socio-sanitari;
- criteri per la ripartizione del fondo regionale per le politiche sociali;
- Costruzione degli “snodi organizzativi funzionali” per l'integrazione socio-sanitaria;
- Accreditamento dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.
- Sostegno dell'area della domiciliarità.

1. Intersettorialità delle politiche attraverso la programmazione regionale e territoriale.

L'art. 4 della L.R. 1/2004 pone l'attenzione sulla multidimensionalità dei bisogni sociali e sulle necessità di risposte intersettoriali da parte delle Amministrazioni Pubbliche.

Ciò richiede il coordinamento degli interventi di diversi sistemi: la salute in primo luogo, ma anche l'istruzione e la formazione, la casa, il lavoro, i trasporti, l'ambiente, le comunicazioni, etc..

Sul livello regionale, oltre all'integrazione socio-sanitaria, dovrà perciò essere perseguita anche l'integrazione delle politiche sociali settoriali con le “altre politiche”.

Pertanto il Piano sociale pone come obiettivo strategico il coordinamento con gli altri piani di settore (oltre al Piano socio-sanitario, i Piani operativi regionali legati alla nuova programmazione europea 2007-2013, Piani per le politiche della casa, della formazione, del lavoro, ecc.) attraverso l'istituzione, entro il primo anno di attuazione del Piano sociale, di un tavolo regionale inter-assessorile, coordinato dall'Assessore al Welfare e al Lavoro, con funzioni di collegamento permanente tra Assessorati, verifica della coerenza e funzionalità

degli interventi e dei programmi, al fine di creare una forte integrazione degli strumenti di pianificazione che impattano sulla società piemontese.

Sul livello territoriale oltre alla definizione di “Nuove Linee guida per la redazione dei PdZ” la Regione, unitamente alle Province del Piemonte, si impegna, in coerenza con il PSSR 2007-10 e con la L.R. 18/2007 ad avviare e supportare la redazione dei PePS.

I Profili e Piani di Salute Distrettuali rappresentano infatti lo strumento partecipato a livello locale attraverso il quale dovrà prodursi un complessivo "ri-orientamento dei servizi" ed un processo di profondo cambiamento culturale e politico, creando e sostenendo stabilmente connessioni fra i diversi attori della comunità locale, ed integrando, su obiettivi comuni, tutti i sistemi afferenti e determinanti il concetto di “salute”, superando la frammentazione territoriale e potenziando le forme di aggregazione e di integrazione attualmente esistenti.

In questo quadro il nuovo ciclo dei Piani di Zona punta sulla capacità dei Territori di progettare e sviluppare interventi e servizi integrati tra i vari sistemi, rafforzando gli accordi di programma come sede per la definizione delle scelte e l'indicazione delle risorse messe a disposizione dai soggetti pubblici e privati partecipanti.

2. Assetto e omogeneità territoriale dei servizi.

La L.R. 1 /2004 pone la necessità, in combinato con l'art.19 della L.R. 18/2007, di una complessiva ridefinizione dell'articolazione territoriale dei Distretti Sanitari Piemontesi e degli EE.GG. che non solo dovranno perseguire la corrispondenza geografica, ma dovranno altresì dimensionarsi (fatte le dovute eccezioni nelle aree a forte dispersione territoriale) rispetto al bacino di popolazione che dovrà essere non inferiore ai 70.000 abitanti.

Ciò non solo al fine di creare economie di scala funzionali ad una efficiente allocazione di risorse per le attività territoriali socio sanitarie, ma anche al fine di consentire una omogenea interlocuzione intersettoriale relativa alla Programmazione locale (PePS e PDZ) .

La situazione attuale del Piemonte, nonostante parziali ridefinizioni degli ambiti distrettuali definiti dai PRR (PIANI DI RIEQUILIBRIO E RIQUALIFICAZIONE) delle Asl del 2008, è ancora, dal punto di vista della realizzazione di questo importante obiettivo, lontana dall'essere realizzata.

Tale obiettivo per tutte le implicazioni relative ad una efficientizzazione di sistema ha contenuti strategici ed impegnerà la Regione Piemonte, nell'arco temporale della programmazione prevista dal presente Piano sociale, a mettere in campo le azioni necessarie al suo perseguimento, di cui al capitolo sull'integrazione socio-sanitaria.

Il Piano prevede inoltre azioni che perseguono la progressiva realizzazione di un equilibrio complessivo nelle opportunità di accesso agli interventi ed ai servizi presenti sul territorio, e favoriscono l'omogeneità attraverso la definizione di criteri uniformi per garantire la priorità in base ai bisogni rilevati, in particolare di quelli che derivano da situazioni di marginalità e di esclusione sociale.

3. Livelli essenziali delle prestazioni (lep) socio-assistenziali e socio-sanitari.

In attesa della definizione da parte dello Stato dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Liveas), ed in coerenza con il comma 1 dell'art. 18 della L.R. 1/2004, la Regione Piemonte, ritiene non rimandabile realizzare una prima configurazione di Livelli Essenziali ed omogenei delle Prestazioni (Lep), attraverso la razionalizzazione e la stabilizzazione di servizi già posti in essere.

Nel settore delle politiche sociali, dove la dimensione personale e il contesto sociale di provenienza possono determinare significative modificazioni nel profilo del bisogno, tali Lep dovranno essere caratterizzati da risposte contraddistinte da un elevato grado di differenziazione e pertanto senza eccessive standardizzazioni.

I livelli essenziali rappresentano un importante strumento per il governo delle politiche regionali, in un sistema integrato che si articola su differenti piani istituzionali, attraverso una rete di soggetti pubblici e privati (Welfare Mix) che concorrono alla erogazione di servizi ed interventi.

4. Criteri per la ripartizione del fondo regionale per le politiche sociali.

Attualmente a determinare la quantità di risorse finanziarie presenti nel Fondo regionale per le politiche sociali regionali concorrono:

- le risorse regionali determinate annualmente con la legge di Bilancio (Fondo per la gestione del Sistema integrato degli interventi e servizi sociali e altri fondi dedicati ad attività specifiche);
- le risorse trasferite dallo Stato attraverso il Fondo nazionale per le politiche sociali e altri fondi nazionali finalizzati ad interventi in ambito sociale.

Ne risulta che il Fondo Regionale è costituito per buona parte da finanziamenti a destinazione vincolata. L'eccessivo ricorso a finanziamenti vincolati porta spesso ad incongruenze che saranno meglio precisate nel capitolo specifico del Piano a ciò dedicato, con il risultato che una quantità variabile di risorse finanziarie può risultare non disponibile al perseguimento delle priorità di intervento contenute nella programmazione locale e al finanziamento dei Lep.

E' sulla base di queste considerazioni che uno degli obiettivi strategici del presente Piano sociale è rappresentato dal superamento della finalizzazione delle risorse (da mantenersi solamente in presenza di specifici vincoli giuridici oppure in caso di finanziamenti eccezionali e non continuativi), nonché da una nuova modalità di ripartizione dello stesso attraverso l'introduzione di elementi di premialità nella distribuzione delle risorse, collegati alla tipologia e qualità di servizi forniti, una allocazione funzionale e territoriale delle risorse che definisca i fondi necessari per i singoli Livelli Essenziali ed omogenei delle Prestazioni. Ulteriori finanziamenti o finanziamenti aggiuntivi premiali potranno essere messi a disposizione a favore di quei sistemi di welfare mix locale capaci di reperire localmente risorse aggiuntive per promuovere progetti e iniziative.

5. Costruzione degli “snodi organizzativi funzionali” per l'integrazione socio sanitaria.

La mancata integrazione organizzativa funzionale tra EE.GG. dei servizi socio-assistenziali e Servizi sanitari territoriali ed Ospedalieri rende, in alcuni ambiti di prestazioni, la situazione complessiva regionale alquanto problematica.

Le aree dove si sono manifestate le maggiori criticità risultano essere rappresentate dalle Cure Domiciliari relativamente alle persone non autosufficienti e dalla continuità assistenziale nei rapporti fra Ospedale e territorio.

Per tali motivi e per far fronte ai bisogni legati agli andamenti demografici ed epidemiologici (Invecchiamento della popolazione ed aumento delle malattie cronico – degenerative), nonché ai necessari processi di deospedalizzazione connessi alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, appare necessario porre come obiettivo strategico del Piano la realizzazione di “Snodi Organizzativi integrati intersettoriali” su tutti i territori regionali che abbiano il compito di permettere:

- l'accesso facilitato ed unitario alle prestazioni integrate socio-sanitarie; a tal fine è già stata adottata la D.G.R. n. 55-9323 del 28 luglio 2008 con la quale si è finanziata in ogni distretto sanitario l'attivazione o il rafforzamento dello "Sportello unico Socio-sanitario" configurabile quale porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni e come primo momento di intervento; occorrerà procedere al monitoraggio delle azioni intraprese e finanziate al fine di verificarne l'efficacia e l'efficienza in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e delle risposte alla cittadinanza;
- la continuità assistenziale nei rapporti biunivoci tra Ospedale e Territorio,
- la valutazione, l'erogazione e il monitoraggio di PAI (Piani Assistenziali Individualizzati) nelle Cure Domiciliari nell'area soprattutto rivolta alla non autonomia.

6. Accredimento dei servizi socio assistenziali e socio sanitari.

L'accredimento dei servizi è stato definito all'art. 29 della citata L.R. 1/2004 come "titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione".

L'accertamento della qualità dei servizi erogati e dei profili di qualità dei soggetti eroganti costituisce, insieme alla valutazione dei fabbisogni, l'aspetto essenziale di tutto il processo di accreditamento che, pertanto, non si configura come una nuova metodologia per l'acquisto dei servizi alla persona ma deve essere inteso come uno strumento fondamentale di regolazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema locale per assicurare ai cittadini servizi e prestazioni eque.

La costruzione di un tale scenario comporta per la Regione Piemonte la necessità ulteriore di esercitare una "governance" impegnativa dal punto di vista del supporto e del sostegno alla programmazione locale del "fabbisogno" e dei meccanismi di accesso all'accredimento istituzionale nonché di valutazione e vigilanza.

Con D.G.R. n 25-12129 del 14 settembre 2009 è stato definito il processo di accreditamento di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che operano nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, anziani, disabili, minori, che già oggi erogano prestazioni assistenziali e sanitarie in regime di convenzione con il sistema pubblico e che, quindi, in tale contesto vengono remunerate dal Servizio Sanitario Regionale per le prestazioni a rilievo sanitario.

Oltre l'ambito dei Presidi socio-sanitari, ci sono poi da considerare i Presidi socio-assistenziali e i Servizi assistenziali per le Cure domiciliari nell'area della "non autosufficienza", che rappresentano un'area di attività potenzialmente in forte crescita e la definizione del sistema tariffario, quest'ultimo attualmente previsto solo per le Residenze per Anziani non autosufficienti.

7. Sostegno dell'area della domiciliarità.

Lo sviluppo della rete di domiciliarità non si pone in concorrenza con il sostegno delle strutture residenziali, ma costituisce il pieno diritto della persona a vivere e restare nella propria casa, intesa non solo in senso fisico, ma per l'appunto nel senso di una più ampia ecologia relazionale.

La tutela della domiciliarità significa tutela della qualità di vita dei cittadini a rischio di esclusione dal loro contesto familiare attraverso la messa in atto e lo sviluppo continuo di una rete, composita e organizzativamente positiva, di politiche, di risorse, di interventi anche

a sostegno della famiglia che si fa carico della cura. E' parte integrante di tale processo il riconoscimento che il benessere complessivo della persona è strettamente connesso alla possibilità di poter vivere nel proprio contesto dotato di senso, nello spazio relazionale, affettivo, simbolico e materiale che costituisce la sua identità e la sua storia. Questo anche quando si sono ridotte le condizioni di autonomia. Va osservato come già con D.G.R. n. 39-11190 del 6 aprile 2009 sono state riordinate le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti e contestualmente istituito a tal fine un contributo economico.

E' necessario comunque prevedere un sistema flessibile, mediante l'attivo coinvolgimento di tutte le risorse delle comunità locali, che consenta una gamma differenziata di risposte sulla base dei bisogni individuali e del contesto fondata, oltre che sull'assistenza domiciliare integrata, sul riordino delle prestazioni assistenziali rispettose dei bisogni individuali, sui centri diurni, sui servizi di telemonitoraggio e telesoccorso, sul sostegno al volontariato, all'associazionismo, alla cooperazione sociale, al buon vicinato.

CAPITOLO 2

IL CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA DEI SERVIZI E LE POLITICHE DI PROMOZIONE

2.1. LE POLITICHE SOCIALI COME POLITICHE TRASVERSALI INTERSETTORIALI PER LA “SALUTE SOCIALE”

2.1.1. Integrazione socio-sanitaria e coordinamento delle politiche per la salute.

Analisi del contesto

“L’integrazione socio-sanitaria, come ricerca della convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse (sociali e sanitarie) su scala locale al fine di produrre il benessere psico-fisico relazionale e sociale delle persone, è oggi in Piemonte un obiettivo da perseguire”. Così recita il PSSR 2007-2010 della Regione Piemonte.

Nonostante l’esperienza dei Piani di zona si sia praticamente conclusa su tutto il territorio regionale, ad un anno di distanza dall’approvazione del PSSR, sebbene la situazione sia in via di miglioramento, rimane ancora molto da fare nella direzione di una compiuta realizzazione degli obiettivi di integrazione fra i servizi sanitari territoriali ed i Comuni\EEGG titolari delle prestazioni socio-assistenziali che il PSSR stesso ha chiaramente indicato.

Su tutti gli ambiti relativi agli Interventi e Prestazioni socio-sanitarie così come si sono definite progressivamente nella legislazione nazionale, dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. fino al decreto attuativo dei Lea (D.P.C.M. 29.11.2001), nonché su quanto recepito dalla Regione Piemonte con le D.G.R. 17\2003 e 51\2003 (rispettivamente dedicate ai Lea sulla residenzialità e sulle cure domiciliari per persone non autosufficienti e diversabili) permangono attualmente molte difficoltà e disomogeneità territoriali sia in termini di accesso alle prestazioni che di modalità erogative degli interventi e di risorse allocate attraverso la programmazione locale.

Ne consegue che, su prestazioni che in molti casi afferiscono a Livelli essenziali di Assistenza, il diritto alle prestazioni socio-sanitarie dei cittadini piemontesi risulta sostanzialmente diseguale.

Diversi sono gli aspetti che incidono sull’erogazione delle prestazioni cosiddette socio-sanitarie. Essi vanno dalla presa in carico della persona, alla redazione del progetto individualizzato fino alla realizzazione dell’intervento e al suo monitoraggio, nonché infine alle modalità erogative delle prestazioni che, se ha sufficiente standardizzazione in campo sanitario (il che non sempre è un fattore positivo), viceversa in campo socio-assistenziale soffre (a tutt’oggi) della mancanza di normative di riferimento nazionale (Liveas) e quindi regionale ed è un insieme di buone (o meno) prassi all’ interno di un Welfare sostanzialmente “comunitario” e sostanzialmente autonomo rispetto a molti interventi (il che non sempre è un fattore negativo rispetto alla capacità di sviluppare capitale sociale e quindi qualità negli interventi nelle comunità locali di riferimento).

Tale situazione risulta inoltre complicata dall’assetto istituzionale che caratterizza il Piemonte rispetto alla gran parte del panorama regionale nazionale, ovvero la realizzazione su tutto il territorio (Legge Regionale 62/95) di sistemi di produzione degli interventi sociali separati da quelli sanitari, con delega anche per la componente tutelare socio-sanitaria ai Comuni e ai Consorzi territoriali socio-assistenziali.

Ciò se da un lato ha permesso complessivamente una crescita dei servizi sociali in termini di professionalizzazione ed implementazione e capacità di intervento (parallelamente

all'evolversi della normativa di settore seppur in modo non omogeneo), dall'altro ha determinato, per l'ambito delle prestazioni socio-sanitarie, difficoltà di integrazione intersettoriale facilmente comprensibili.

E' naturale infatti che, all'interno di un sistema dove gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi, negli ambiti integrati essi siano talora concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse economiche e operative, autorevolezza scientifica e professionale, e quindi anche di potere.

Infine resta da considerare che l'assetto istituzionale territoriale presenta a tutt'oggi in tutta la Regione Piemonte circa il 50% di situazioni in cui non vi è corrispondenza geografica fra Distretti sanitari ed EE.GG. dei Servizi Socio-Assistenziali (in alcuni casi anche a scavalco di Asl), con l'evidente conseguenza che rispetto alla programmazione locale socio-sanitaria esiste una difficoltà sostanziale a rendere omogenee le prestazioni e l'allocazione di risorse ad esse finalizzate.

Obiettivi

Indicare obiettivi credibili e perseguibili nell'arco della programmazione triennale del presente Piano sociale, pertinenti la realizzazione di una maggiore integrazione fra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali e di conseguenza sugli interventi e prestazioni che riguardano il cittadino\utente, è operazione possibile se si compie la scelta non di un radicale cambiamento, ma di una più efficiente ed efficace valorizzazione dell'attuale sistema\assetto istituzionale Piemontese così come si è configurato dopo la Legge Regionale 62\95.

Da questo punto di vista appaiono importanti da perseguire, per il miglioramento complessivo del sistema di erogazione\fruizione delle prestazioni e degli interventi socio-sanitari, almeno 5 obiettivi principali come di seguito indicati:

- Raggiungere nel prossimo triennio la corrispondenza territoriale geografica fra Distretti Sanitari ed EE.GG. dei servizi socio-assistenziali;
- Realizzare, così come indicato dal PSSR 2007-2010 e previsto dal D.Lgs. 502\92 e s.m.i., Distretti Sanitari come articolazioni istituzionali territoriali dotati di autonomia economica, finanziaria e gestionale;
- Omogeneizzare su tutto il territorio regionale le condizioni convenzionali che disciplinano l'esercizio delle attività sanitarie a rilievo sociale ed i rapporti economici fra Asl ed EE.GG- dei servizi socio-assistenziali;
- Rendere efficace la programmazione locale, rappresentata dai PdZ, nelle materie relative agli interventi integrati socio-sanitari;
- Creare gli snodi organizzativi funzionali integrati fra Distretti Sanitari ed EE.GG. dei servizi socio-assistenziali nonché fra questi ultimi e i Dipartimenti ad accesso diretto (SERT – DSM - NPI), indispensabili per l'accesso, l'erogazione, la gestione ed il monitoraggio ed infine la continuità e la necessaria flessibilizzazione delle prestazioni.

Azioni di Piano

1. Corrispondenza territoriale fra Distretti Sanitari ed EE.GG. dei servizi socio-assistenziali.

L'art. 22 comma 1 della L.R.18/07 (Legge di accompagnamento al PSSR 2007-2010) così si esprime su questo specifico argomento:

“La coincidenza fra gli ambiti territoriali dei Distretti..... e quelli degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali costituisce la forma idonea per la gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie e rappresenta l’obiettivo di piano da raggiungere”.

Esso raccoglie e rafforza quanto affermato, in indirizzo, dalla L.R. 1 /2004, che prevede la corrispondenza degli ambiti territoriali degli EE.GG. con i distretti sanitari o multipli degli stessi, e pone la necessità, in combinato con l’art. 19 della stessa Legge regionale 18/07, di una complessiva ridefinizione dell’articolazione territoriale dei Distretti Sanitari Piemontesi e degli EE.GG. che non solo dovranno perseguire la corrispondenza geografica, ma dovranno altresì dimensionarsi rispetto al bacino di popolazione che dovrà essere non inferiore ai 70.000 abitanti.

Ciò non solo al fine di creare economie di scala funzionali ad una efficiente allocazione di risorse per le attività territoriali socio-sanitarie, ma anche al fine di consentire una omogenea interlocuzione intersettoriale relativa alla Programmazione locale (PePS e PdZ) nonché una corrispondenza fra il Consiglio dei Sindaci di distretto con l’Assemblea Consortile, a garanzia di una sede unificata per l’approvazione e la verifica della programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria.

A questo fine l’art 22 comma 2. prevede inoltre espressamente che “La Regione promuove ed incentiva, anche finanziariamente, il raggiungimento di tale coincidenza, a seguito di presentazione, da parte del Comitato dei sindaci di cui all'articolo 8, di apposita proposta, entro il termine di diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge”.

La situazione attuale del Piemonte, nonostante parziali ridefinizioni degli ambiti distrettuali definiti dai PRR (Piani di Riequilibrio e Riqualificazione) delle Asl del 2008, è ancora, dal punto di vista della realizzazione di questo importante obiettivo, lontana dall’essere realizzata.

Essa si presenta ancora con parti del territorio regionale dove permangono criticità importanti che, in assenza di criteri ed indirizzi regionali relativi alla definizione delle necessarie eccezioni nell’ambito socio-assistenziale nelle aree a bassa densità di popolazione, nonché dell’avvio di uno strutturato percorso di confronto fra Comuni EE.GG. ed Asl nei territori di competenza, rendono difficile il perseguimento dell’obiettivo stesso (per la parte sanitaria i criteri sono stati indicati dalla D.G.R. 136/07, “Individuazione delle aziende del sistema sanitario regionale”).

Attualmente il territorio regionale dal punto di vista della corrispondenza fra gli ambiti territoriali dei Distretti e quelli degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali è suddiviso come segue:

- Coincidenze complete Distretto-Consortio o 2Distretti-1Consortio: 405 comuni 33 distretti su 58
- Coincidenze complete 1Distretto - 2Consorti: 173 comuni 6 distretti su 58
- Scavalco Distretti – Consorti all’interno della stessa Asl: 369 comuni 12 distretti su 58
- Consorti a scavalco di ASL (e Consorti coinvolti): 9 Comuni hanno delegato un Ente gestore non della propria Asl condizionando gli altri 259.

Le azioni di Piano previste per il raggiungimento di questo importante obiettivo di sistema sono come di seguito rappresentate:

- Emanazione di una direttiva regionale entro il 2009 con l’indicazione dei criteri per la riorganizzazione territoriale degli EE.GG. dei servizi socio-assistenziali, finalizzata alla corrispondenza territoriale con i Distretti Sanitari, che promuova ed incentivi, anche finanziariamente i processi di convergenza;

- Organizzazione ed accompagnamento regionale di Tavoli Territoriali permanenti nei territori che presentano elevate criticità fra Comuni, EE.GG. ed Asl finalizzati alla determinazione della corrispondenza territoriale che dovrà essere realizzata entro il 2010.

2. I Distretti Sanitari.

In Piemonte la D.G.R. 80/2000 “Principi e criteri per l’adozione dell’atto aziendale, per l’organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali”, riconosce il ruolo del distretto quale “... garante del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente...”.

In particolare il provvedimento in questione, al Titolo II “Linee di indirizzo per l’organizzazione ed il funzionamento del Distretto”, contiene alcune indicazioni strategiche che vale la pena riportare in forma esemplificata.

In esso, a proposito delle funzioni e delle risorse, il Distretto Sanitario viene sostanzialmente definito come l’articolazione territoriale dell’Asl “più prossimo alla comunità locale, su cui far ruotare, in prospettiva, tutto il sistema dei servizi sanitari, ... centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l’incontro tra le istanze espresse dalla comunità e la globalità delle risposte disponibili da parte del SSN...”.

Il Distretto “... rappresenta la sede più idonea per il confronto con le Autonomie Locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute ... assicura l’espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dalla normativa nazionale...”.

Esso infine “... quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa dell’Asl, costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell’ambito degli indirizzi della direzione strategica dell’Asl...”.

In definitiva la D.G.R. 80/2000 descrive il passaggio da una configurazione tradizionale del distretto, “operante in modo settoriale e per attività concentrate sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, verso una configurazione concentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita sulla globalità della presa in carico dell’utente e non sulle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive territoriali o ospedaliere...”.

In questo senso “...l’organizzazione distrettuale garantisce l’erogazione dei Lea territoriali ed il coordinamento organizzativo delle attività integrate con caratteristiche multiprofessionali, informazione ed orientamento dei cittadini, organizzazione dell’accesso e coordinamento del percorso terapeutico”.

Nei fatti, dal 2000 ad oggi, le indicazioni contenute nella D.G.R. 80 sono state applicate in modo estremamente difforme nelle ex 22 Asl piemontesi.

Dalla lettura dei “Piani Strategici e di riqualificazione dell’assistenza e riequilibrio economico-finanziario”, nella versione 2006/2007 e 2008/2010, si evidenzia infatti una tendenza ad una sostanziale divaricazione del ruolo dei distretti nelle diverse realtà locali della Regione e dei conseguenti modelli organizzativi.

Relativamente ai servizi territoriali si sono realizzate negli anni strutture organizzative diverse per logiche, contenuti, nonché con definizioni diverse, con il risultato di non avere neppure più uniformità nominale.

Non sempre, peraltro, i distretti sono riusciti ad assumere il ruolo che la programmazione nazionale e regionale aveva loro assegnato e di conseguenza il giudizio negativo coinvolge anche i risultati da questi raggiunti.

Risulta allora evidente la necessità di superare l'attuale situazione attraverso la ricerca di un'uniformità organizzativa e di ruolo e funzioni della Direzione Distrettuale, pur nel rispetto delle differenze territoriali e dell'autonomia Aziendale (la struttura organizzativa è per definizione uno strumento delle Aziende per perseguire i propri fini).

Non esiste infatti un modello organizzativo giusto: il modello è uno strumento che deve adattarsi alla realtà ed alle esigenze delle Aziende stesse.

Dare ai distretti il ruolo previsto implica fornire loro un mandato forte, unitamente alle leve organizzative gestionali necessarie.

In questo nuovo contesto il ruolo delle Direzioni distrettuali dovrà configurarsi così come previsto dalla D.G.R. 59-6349 del 5 luglio 2007 "Direttiva alle Aziende Sanitarie Regionali per i Piani strategici di riqualificazione dell'assistenza e riequilibrio economico-finanziario (PRR) 2007-2009" ovvero il Direttore di distretto dovrà assumere "... la responsabilità complessiva in termini di governo e di gestione del budget attribuito e pertanto, promuovere e presidiare l'integrazione organizzativa tra le strutture complesse territoriali (o i dipartimenti afferenti)".

Unicamente in queste nuove condizioni organizzative e di funzione, assegnate ai Distretti sanitari e alle loro Direzioni, potranno realizzarsi le necessarie sinergie per qualificare le scelte territoriali finalizzate all'integrazione socio-sanitaria.

Questo attraverso l'adozione dei Programmi delle attività territoriali (Pat) previsti dal D.Lgs. 502\92 e s.m.i., che nascono da una concertazione reale fra la Direzione Distrettuale, la Direzione generale dell'Asl e il Consiglio dei Sindaci di Distretto e che ad oggi in Piemonte, viste le condizioni difformi in cui si trovano i Distretti Sanitari, rappresentano una pratica sostanzialmente evasa.

Sarà poi necessario garantire l'unitarietà ai processi di programmazione locale, rendendo tra loro compatibili le scelte previste dai Pat e dai Piani di Zona (così come previsto dal Piano Nazionale degli Interventi e Servizi sociali 2001\2003).

Il Pat, ricordiamolo, è di competenza distrettuale. In esso devono essere definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli. Il Piano di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia, attuata in modo collaborativo tra Distretti sanitari ed Enti Locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone.

Entrambi gli strumenti dovranno, quindi, integrarsi e coniugarsi per confrontarsi su modalità di programmazione di interventi e servizi integrati, in un'ottica di promozione della salute e del benessere della popolazione, nella direzione di determinare un'autentica integrazione socio-sanitaria centrata sull'individuo (in grado di superare la sola logica di mercato e di attribuzione dei costi), creando così le premesse ad un lavoro di concertazione e di co-progettazione.

Le azioni di Piano previste riguardano fondamentalmente:

- L'emanazione di "Linee di Indirizzo regionale sull' Organizzazione dei Servizi Territoriali",
- Il monitoraggio della realizzazione del modello proposto entro il 2010.

3. Omogeneizzare su tutto il territorio regionale le condizioni convenzionali che disciplinano l'esercizio delle attività sanitarie a rilievo sociale ed i rapporti economici fra Asl ed EE.GG. dei servizi socio-assistenziali.

Nei territori della Regione Piemonte, attualmente, gli atti convenzionali che disciplinano i rapporti tra le Asl e gli EE.GG. dei Servizi socio-assistenziali sono essenzialmente diversificati, ispirati ad una specificità locale legata alla storia del singolo territorio (spesso diversa all'interno della stessa Asl, con più convenzioni o accordi diversi su singoli ambiti di prestazioni fra i diversi Distretti sanitari).

Essi generalmente riflettono un assetto dei Servizi socio-sanitari, che può essere definito pre-Lea, ovvero non corrispondono alla necessità di una omogeneizzazione delle attività e delle prestazioni socio-sanitarie che l'evoluzione della normativa nazionale sui Livelli Essenziali di Assistenza e il suo recepimento regionale in alcuni ambiti prestazionali (Cure domiciliari e Residenzialità) e per alcune categorie di utenza (Anziani e Disabili), oggi richiederebbero.

C'è però da sottolineare che il percorso normativo regionale relativo ai Lea è ancora un percorso non concluso e che è prevista una ridefinizione a livello nazionale degli stessi.

Ne consegue che al momento attuale negli ambiti che non sono stati ancora normati dai Tavoli Regione – Territorio, risulta difficile approdare ad accordi convenzionali omogenei su tutti i territori di competenza.

Tali ambiti, ricordiamolo, riguardano la Salute Mentale, le Tossicodipendenze, la Tutela sanitaria ed assistenziale rivolta ai minori e all'Area materno infantile, i Malati terminali ed i Soggetti affetti da infezione HIV.

Alcuni di tali ambiti afferiscono nella realtà Piemontese alle attività svolte dai cosiddetti Dipartimenti ad accesso diretto (DSM – SERT – NPI).

Questi ultimi, in relazione al fatto che i disturbi mentali hanno un'eziologia multifattoriale in cui intercorrono fattori correlati all'individuo nella sua struttura biologica e psicologica ma anche elementi del contesto di tipo psico-sociale, condividono una caratteristica che riguarda le metodologie di cura ispirata a modelli complessi, in cui l'obiettivo principale è rappresentato dalla presa in carico dei bisogni della persona e non solo dei singoli sintomi del disturbo.

Questa impostazione è confermata dalla composizione delle équipe multidisciplinari che prevedono medici specialisti, psicologi, infermieri e personale a specializzazione sociale (assistenti sociali e educatori professionali).

La presenza del personale di tipo sociale crea opportunità positive per un verso e criticità di rapporto con i servizi socio-assistenziali per un altro.

Infatti proprio l'apparente contraddizione e confusione tra aspetti sociali considerabili sintomi di disturbo mentale (la disabilità) e aspetti sociali strettamente intesi (la fragilità esistenziale) sono sovente la causa dei conflitti di attribuzione dei casi.

In assenza di chiare indicazioni circa i Lea, alla criticità appena descritta si aggiunge quella che si connette alla disponibilità dei 3 servizi di risorse economiche che possono essere assegnate a rispondere ai bisogni prima descritti e quindi far assumere allo stesso tipo di intervento (diritto all'abitare e diritto al lavoro su tutti) valenze clinico-terapeutiche o socio-assistenziali a seconda della lettura organizzativa che se ne dà.

Da quest'ultimo punto di vista è problematico che uno schema convenzionale omogeneo per tutta la Regione Piemonte, che normi i rapporti anche economici tra Consorzi \ Comuni ed Asl, risolva la complessità relativa a questa materia, rendendo altresì necessario ed

obbligatorio in ogni territorio, attraverso la programmazione locale, lo sviluppo di “Protocolli d’intesa” fra Dipartimenti ad accesso diretto ed EE.GG. dei servizi socio-assistenziali.

Le azioni di Piano che la Regione Piemonte prevede per il perseguimento di questo obiettivo sono le seguenti:

- Perseguire entro il 2010 il completamento dei Lea socio-sanitari negli ambiti non ancora concertati tenendo conto della loro ridefinizione a livello nazionale;
- Approvare in accordo con l’Assessorato alla salute e le rappresentanze degli EE.LL. e degli EE.GG. dei servizi socio-assistenziali, uno schema di Convenzione Regionale che regoli i rapporti tra le Asl e Consorzi \ Comuni relativo alle prestazioni socio-sanitarie e a partire da quanto già definito dalla D.G.R. 51/2003.

4. Rendere efficace la programmazione locale, rappresentata dai PdZ, nelle materie relative agli interventi integrati socio-sanitari.

La realizzazione dei Piani di zona (PdZ) in Piemonte ha denunciato un ritardo significativo rispetto al panorama nazionale.

Ricordiamo a tale proposito che il Piemonte ha recepito la Legge 328/2000 (istitutiva di tali atti di programmazione locale) solo all’inizio dell’anno 2004 e che l’emanazione delle Linee guida regionali per la realizzazione dei PdZ risale al luglio 2004.

Ritardi a parte, la rilevazione sullo stato di approvazione a luglio 2007 evidenziava ancora che in un terzo circa del territorio regionale il percorso di definizione del Piano di zona non era terminato, privando la comunità locale di un uno strumento programmatico che, com’è noto, oltre ad occuparsi della programmazione locale socio-assistenziale è fortemente mirato alle prestazioni socio-sanitarie integrate. Ad ottobre 2008 nel complesso mancano ancora all’appello 4 quattro piani.

Naturalmente una cosa è l’approvazione del PdZ e una cosa lo stato attuativo della programmazione locale che, come si evidenzia dai dati provinciali, presenta delle disomogeneità realizzative importanti fra Province e fra gli stessi territori provinciali.

A tale proposito, se si indaga rispetto agli strumenti attuativi che la programmazione locale dovrebbe contenere, le percentuali dei PdZ approvati che contengono accordi di programma fra gli attori locali della programmazione si riduce a poco più della metà.

Tale percentuale si abbassa ulteriormente se si considera la presenza di organismi per la gestione integrata degli interventi socio-sanitari, e ancor di più se si considera la predisposizione di un Piano finanziario adeguato allegato all’accordo di programma dei PdZ che assicuri le risorse necessarie alla realizzazione degli interventi previsti dalla programmazione locale.

Da questo punto di vista nonostante l’alta percentuale di approvazione dei PdZ in Piemonte, gli stessi rischiano di restare in molti casi puri strumenti di esercizio teorico letterario mancando di strumenti gestionali attuativi e di risorse finanziarie adeguate, che, per quanto riguarda le prestazioni integrate, continueranno a collocarsi in sistemi separati e a rispondere a logiche autoreferenziali legate alle necessità di bilancio di ogni singolo attore istituzionale e non.

Le criticità sono in parte anche una conseguenza di una lacuna nelle Linee guida Regionali per la realizzazione dei PdZ, che a proposito della necessità di considerare con perentorietà la creazione di Organismi gestionali integrati per gli interventi socio-sanitari fra EE.GG. e Distretti Sanitari, ha ommesso il tema e prodotto nei territori dove i Piani sono stati approvati condizioni di possibile non attuazione della programmazione e l’assenza di un serio passo in

avanti rispetto alla realizzazione di una opportuna integrazione intersistemica tra socio-assistenziale e sanitario.

Nonostante il giudizio generale sull'utilità delle Linee guida sia complessivamente positivo, esse sotto questo aspetto andrebbero sicuramente riviste rispetto alla successiva fase programmatoria.

Ne consegue che l'azione di piano prevista per il conseguimento di questo obiettivo è fondamentalmente rappresentata dalla Redazione di nuove "Linee Guida regionali per la redazione dei PdZ", di cui al Capitolo VII del presente Piano sociale.

5. Creare gli snodi organizzativi funzionali integrati fra Distretti Sanitari ed EE.GG. dei servizi socio-assistenziali.

Il recente rapporto dell'ARESS sullo "Stato di integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali", commissionato dall'Assessorato al Welfare della Regione Piemonte nel corso del 2007, ha messo in evidenza come in alcuni ambiti di prestazioni la situazione dei territori regionali risulta carente e problematica, proprio in relazione ad una mancata integrazione funzionale tra EE.GG. dei servizi socio-assistenziali e servizi sanitari territoriali ed Ospedalieri.

Le aree dove si sono manifestate le maggiori criticità risultano essere rappresentate dalle Cure Domiciliari relativamente alle persone non autosufficienti e dalla continuità assistenziale nei rapporti fra Ospedale e territorio.

Per quanto riguarda le Cure domiciliari si rileva che l'A.D.I. (Assistenza domiciliare integrata) risulta essere in grande parte dei territori un intervento esclusivamente sanitario dove l'integrazione è fondamentalmente intrasistemica tra unità operative del sistema di cure primarie.

Il dato dell'assenza di protocolli operativi fra EE.GG. e MMG in più del 60% dei territori, nonché l'altrettanta percentuale di mancata partecipazione dei servizi sociali alle sedute delle Equipe distrettuali dei MMG, denuncia una grave carenza sotto il profilo dell'integrazione e costringe il cittadino e la famiglia in condizione di necessità di assistenza tutelare socio-sanitaria, a ricostruirsi un intervento integrato fra sistemi erogativi diversi.

Naturalmente ciò va riferito sia alle fasi cosiddette intensive ed estensive, sia ai progetti di lungoassistenza che a loro volta soffrono di una totale diversificazione e variabilità attuativa, che per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, solo recentemente con la D.G.R. 42\2008, ci si avvia in parte a normare.

Sul versante della continuità assistenziale, e soprattutto dei rapporti Ospedale-Territorio, la rara realizzazione di Centrali Operative per la Continuità Assistenziale (COCA) nelle Asl regionali, rende la dimissione ospedaliera dai reparti o dai P.S., per le persone private di autonomia e per le loro famiglie, un evento incerto e preoccupante a fronte di una situazione regionale complessivamente carente di risposte residenziali temporanee (Dimissioni protette in RSA) e di strutture sanitarie intermedie (Hospice ed Ospedali di Comunità).

Per tali motivi e per far fronte ai bisogni legati agli andamenti demografici ed epidemiologici (invecchiamento della popolazione ed aumento delle malattie cronico – degenerative), nonché ai necessari processi di deospedalizzazione connessi alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, appare necessario realisticamente indicare delle azioni di piano rivolte sostanzialmente alla realizzazione di snodi organizzativi integrati intersettoriali su tutti i territori regionali che abbiano il compito di permettere:

- l'accesso facilitato ed unitario alle prestazioni integrate socio-sanitarie,
- la continuità assistenziale nei rapporti biunivoci tra Ospedale e Territorio,

- la valutazione, l'erogazione e il monitoraggio di PAI (Piani Assistenziali Individualizzati) nelle Cure Domiciliari nell'area soprattutto rivolta alla non autonomia.

La Regione Piemonte si impegna, di conseguenza, a sviluppare, nell'arco della programmazione del presente Piano sociale, le azioni necessarie a

- consolidare e sviluppare su ogni distretto sanitario gli "Sportelli Unici Socio-Sanitari", attivati con D.G.R. n. 55-9323 del 28 luglio 2008, come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario, ed al contempo in grado di operare una presa in carico integrata ed unitaria rispetto ai bisogni espressi;
- supportare e monitorare la realizzazione, in accordo con l'Assessorato alla tutela della Salute e Sanità ed in ogni Asl regionale, delle Centrali Operative per la Continuità Assistenziale, come snodi organizzativi necessari a garantire l'applicazione non formale della D.G.R. 72\2004;
- monitorare la realizzazione in ogni ambito distrettuale delle "Equipe Multidisciplinari Integrate", previste dalla D.G.R. 42\2008, a supporto delle UVG delle Asl, per la realizzazione e il monitoraggio dei PAI nelle cure domiciliari in lungo assistenza;
- definire sul versante della valutazione altre unità organizzative in ambiti diversi di utenza rispetto alla prassi già consolidata delle UVG ed UVH (ES. UVM unità valutativa minori).

2.1.2. Livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni

Analisi del contesto

La programmazione regionale è chiamata a valutare il rapporto tra bisogni e sistema di offerta, per stabilire quali prestazioni sono necessarie per meglio interpretare la domanda sociale.

Nel settore delle politiche sociali, dove la dimensione personale e il contesto sociale di provenienza possono determinare significative modificazioni nel profilo del bisogno, le risposte devono essere caratterizzate da un elevato grado di differenziazione e pertanto possono essere standardizzabili solo come contenuti generali: le prestazioni, in cui tali risposte si sostanziano, devono a loro volta essere governate da principi di flessibilità, gradualità e progressività.

I bisogni non possono dunque trovare risposte in singole prestazioni, ma in un mix di misure diverse, di servizi equivalenti o alternativi, in un complesso di attività concernenti rapporti tra diverse amministrazioni e agenzie intermedie (del privato e del privato Non profit) e di interventi inseriti in un progetto individualizzato che tenga conto delle potenzialità e dei supporti di cui dispone una persona o una famiglia, anche di carattere informale esterno al contesto personale e familiare.

In attesa della definizione da parte dello Stato dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, la Regione Piemonte, in armonia con il quadro normativo regionale e in base ad una concezione multidimensionale-strategica delle prestazioni, intende individuare e realizzare una prima configurazione di livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni, con la razionalizzazione e la stabilizzazione di servizi già posti in essere.

Infatti la Regione Piemonte si è, da sempre, attivata per predisporre – cercando di superare la frammentazione della risposta ai bisogni - un complesso organico e sistematico di attività, interventi e strutture finalizzate alla promozione del benessere e alla crescita sociale e relazionale del singolo e della collettività: il sistema piemontese vanta una lunga tradizione di servizi integrati, delineati già a partire dal 1982 con la legge n. 20

Gli interventi che costituiscono i livelli essenziali proposti sono pertanto già realizzati nei diversi ambiti territoriali, seppure in base a modalità operative qualitativamente e quantitativamente eterogenee: tradurre ora tali interventi in livelli essenziali significa esercitare una rilevante funzione di coesione a fronte di apparati di protezione sociale differenziati sul territorio ed attivare strumenti per garantire l'equità del sistema locale attraverso l'appropriatezza e l'omogeneità delle risposte al bisogno, programmando un sistema regionale organico.

Tra i servizi già attivati sono ovviamente ricompresi quelli obbligatori per legge, quali l'adozione e l'affidamento.

Obiettivi

Il comma 1 dell'art. 18 della L.R. 1/2004 definisce i seguenti obiettivi da realizzarsi uniformemente sul territorio sul territorio regionale :

- a) superamento delle carenze del reddito familiare e contrasto della povertà;
- b) mantenimento a domicilio delle persone e sviluppo della loro autonomia;
- c) soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti;
- d) sostegno e promozione dell'infanzia, della adolescenza e delle responsabilità familiari;
- e) tutela dei diritti del minore e della donna in difficoltà;
- f) piena integrazione dei soggetti disabili;
- g) superamento, per quanto di competenza, degli stati di disagio sociale derivanti da forme di dipendenza;
- h) informazione e consulenza corrette e complete alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi;
- i) garanzia di ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli di assistenza, secondo la legislazione vigente.

Per la realizzazione dei suddetti obiettivi lo stesso articolo 18 individua una serie di prestazioni e di servizi fondamentali, i cui livelli essenziali ed omogenei devono essere definiti, ai sensi del successivo articolo 19, con apposito provvedimento regionale previa concertazione con i Comuni e gli altri soggetti interessati.

A sua volta, l'art 22 della L.R.1/2004 identifica nel bisogno il criterio di accesso ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato socio-assistenziale.

In base ai principi dell'universalismo selettivo, accedono prioritariamente ai suddetti servizi e prestazioni "I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, i minori, specie se in condizioni di disagio familiare.."

L'art. 35, comma 2, della L.R. 1/2004 delinea, infine, il quadro delle risorse che concorrono alla realizzazione dei livelli essenziali. A norma di tale articolo infatti “i Comuni, titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali” devono garantire adeguate risorse finanziarie “le quali, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dello Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurino il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio”.

I livelli essenziali rappresentano un importante strumento per il governo delle politiche regionali, in un sistema integrato che si articola su differenti piani istituzionali, attraverso una rete di soggetti pubblici e privati che concorrono alla erogazione di servizi ed interventi.

La previsione e l'attuazione di un sistema articolato di livelli essenziali non può tuttavia prescindere:

1. dalla valutazione dell'entità delle risorse disponibili, istituzionali e solidali, dalle quali dipende il grado di concretizzazione dei livelli stessi;
2. dalla salvaguardia delle esigenze e delle caratteristiche emergenti nei singoli territori, evitando rischi di centralismo regionale;
3. dalla quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi finora garantiti in ambito locale, nonché dalle risorse organizzative e professionali disponibili;
4. da una costante azione di monitoraggio e verifica di impatto, sia in termini finanziari che organizzativi.

I livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni si collocano entro le politiche sociali a carattere universalistico, rivolte cioè a tutti i cittadini che presentano determinati bisogni.

Alcuni dei suddetti livelli possono tuttavia associare all'universalità anche la selettività, prevalentemente in base alla situazione economica individuale o familiare, o anche ad altri eventuali fattori di bisogno assunti come discriminanti (ad es., l'età).

La selettività può determinare l'inclusione o l'esclusione dall'erogazione di un determinato intervento, o le priorità di accesso.

Nel modello proposto dal presente Piano - a parte le situazioni in cui esiste comunque obbligo di tutela a carico del sistema pubblico - l'accesso ai servizi è garantito a tutti i cittadini - in armonia con il dettato dell'articolo 22 della L.R. 1/2004 - mentre la selettività determina situazioni di priorità nell'accesso alle prestazioni.

La valutazione della situazione economica (ad eccezione degli interventi di contrasto alla povertà) è propedeutica esclusivamente alla definizione di una eventuale quota di compartecipazione al costo.

Assicurare garanzia di accesso e utilizzo dei servizi comporta la determinazione di un sistema di interventi caratterizzato da gradi di realizzazione successivi, in base a meccanismi di progressività: i livelli essenziali non possono, pertanto, essere individuati e fissati una volta per tutte, ma fanno parte di un percorso evolutivo, in cui devono adeguarsi ed aggiornarsi.

I livelli essenziali ed omogenei devono essere definiti tenendo conto delle seguenti specifiche:

- 1) macroarea di intervento
- 2) descrizione
- 3) dettaglio delle prestazioni riconducibili alle macroaree
- 4) beneficiari
- 5) criteri di accesso
- 6) modalità e tempi di realizzazione

In base alle previsioni della L.R. 1/2004, utilizzando le definizioni delle prestazioni risultanti dal nomenclatore approvato dal coordinamento degli Assessori regionali alle Politiche sociali, si individuano i livelli essenziali ed omogenei, distinti in livelli di base e livelli specialistici.

In armonia con la suddetta concezione processuale ed evolutiva dei livelli stessi, i livelli di base devono realizzarsi in modo omogeneo su tutto il territorio piemontese, entro il triennio di vigenza del piano, mentre i livelli specialistici andranno attuati in base a step graduali, di implementazione successiva.

LIVELLI DI BASE

1) Primo ascolto e accoglienza (L.R. 1/2004 :art. 18, c. 2, lett. a)

Descrizione

E' una attività pubblica di ascolto e analisi della domanda, orientamento e accompagnamento alla fruizione dei servizi pubblici e del privato sociale e delle relative prestazioni.

Si fonda sulla relazione iniziale che viene ad instaurarsi tra cittadini e servizio sociale: l'accoglienza, che può anche prevedere più colloqui, può tradursi in un progetto di presa in carico (inteso come piano di azione coordinato posto in essere con e dal servizio sociale), o esaurirsi in un intervento di segretariato sociale.

Dettaglio delle prestazioni

- accoglie la persona, ascolta la domanda portata, effettua una prima valutazione della richiesta di aiuto ed rileva eventuali situazioni di urgenza ;

- invia al servizio sociale, ad altri servizi o enti idonei a dare congrua risposta al bisogno del cittadino;

- accompagna la persona nell'accesso al percorso assistenziale in particolare qualora si tratti di soggetti fragili;

-fornisce notizie e informazioni:

➤ sulle risorse presenti nella comunità locale, sui servizi e sulle prestazioni pubbliche e private appartenenti a diverse aree.

➤ sulle modalità di accesso per la corretta utilizzazione del sistema dei servizi, mediante il superamento di barriere informative, culturali, organizzative e burocratiche.

- collabora con i servizi e le forze sociali del territorio nella rilevazione della domanda sociale e dei bisogni emergenti al fine di trarre elementi utili alla programmazione locale, alla progettazione di offerta di servizi, alla valutazione del funzionamento della rete dei servizi socio-sanitari e del Terzo settore e alla valutazione delle prassi organizzative del servizio stesso.

L'attività dovrà essere organizzata in modo da garantire adeguata accessibilità, fruibilità, orari consoni alle esigenze del territorio, disponibilità di ambienti idonei e tempi appropriati, personale qualificato.

Beneficiari e criteri di accesso

L'attività ha carattere universalistico, è rivolta a tutti i cittadini ed è gratuita. Non sono previsti criteri di accesso.

Modalità e tempi di realizzazione

L'attività deve realizzarsi in modo ottimale su tutto il territorio piemontese, in base alla concentrazione del bisogno e alla struttura geomorfologica dei diversi ambiti, entro il triennio di vigenza del Piano.

Il percorso per arrivare ad una presenza ottimale sull'intero territorio regionale è il seguente:

a) 1° anno: verifica della presenza del servizio nei diversi ambiti territoriali, tenendo conto dell'attivazione in fieri degli Sportelli unici di accesso socio-sanitari, regolamentati dalla deliberazione della Giunta regionale n. 55-9323 del 28 luglio 2008.

b) 2° anno: monitoraggio dei regolamenti per l'accesso alle prestazioni e delle carte dei servizi come previsto nel relativo capitolo e individuazione parametri standard della presenza del servizio.

c) 3° anno: raggiungimento su tutto il territorio regionale di una presenza razionale e omogenea.

2) Servizio sociale professionale (L.R. 1/2004 :art. 3, c. 2, lett .g; art.18, c. 2, lett.a)

Descrizione

Secondo la definizione dell'International Federation of social workers "Il Servizio Sociale professionale promuove il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane e la restituzione di potere e la liberazione delle persone per aumentare il benessere. Utilizzando le teorie del comportamento umano e dei sistemi sociali, il servizio sociale interviene lì dove le persone interagiscono con il proprio ambiente. I principi dei diritti umani e della giustizia sociale sono fondamentali per il servizio sociale".

Gli interventi di servizio sociale professionale sono finalizzati da un lato a promuovere l'autonomia delle persone, attraverso il sostegno e lo sviluppo delle risorse personali e della rete primaria nel fronteggiamento dei problemi personali, familiari e d'integrazione sociale; dall'altro a contribuire al cambiamento sociale e al miglioramento delle condizioni di benessere nella comunità locale, anche promuovendo la collaborazione con i soggetti del Terzo settore.

Dettaglio delle prestazioni

Il servizio sociale professionale - riconducibile in forma esclusiva alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale – si realizza attraverso metodologie, anche del lavoro di gruppo e del lavoro di rete, ed interventi mirati a promuovere, accompagnare e sostenere, anche mediante iniziative propulsive, un processo di aiuto che intende affrontare eventi e condizioni critiche, che potrebbero ostacolare la massima valorizzazione delle potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali ed essere causa di disagio ed emarginazione sociale.

Tali prestazioni risultano trasversali a tutti gli altri interventi e preliminari all'attivazione del sistema di risposte e possono essere così sintetizzate:

- analisi delle richieste di intervento avanzate dai cittadini che accedono al servizio;
- presa in carico dei singole situazioni, mediante una accurata valutazione dei bisogni espressi dai cittadini e predisposizione del progetto di intervento, che può prevedere

l'attivazione di risorse territoriali pubbliche e private, con le quali il servizio sociale deve mantenere i più ampi rapporti;

- verifica dei risultati degli interventi attuati;
- consulenza e collaborazione con gli organi di altre amministrazioni pubbliche (giustizia, previdenza, istruzione, formazione professionale, lavoro, etc.).
- partecipazione ad organi tecnici di valutazione (commissione per l'handicap, unità di valutazione geriatrica, commissione di vigilanza sui presidi residenziali, etc.).

Beneficiari e criteri di accesso

Il servizio ha un carattere universalistico, è rivolto a tutti i cittadini ed è gratuito.

Modalità e tempi di realizzazione

Il servizio deve realizzarsi in modo omogeneo su tutto il territorio piemontese, entro il triennio di vigenza del Piano.

Il percorso per arrivare ad una presenza ottimale sull'intero territorio regionale è il seguente:

- a) 1° anno: monitoraggio della presenza di assistenti sociali sul territorio e avvio del monitoraggio finalizzato all'individuazione di standard medi di presenza rapportati al numero di abitanti all'interno dei quali si garantisca la realizzazione dei servizi.
- b) 2° anno: previsione indice di standardizzazione e implementazione servizio.
- c) 3° anno: completamento su tutto il territorio regionale del rapporto assistente sociale/popolazione ipotizzato.

3) Pronto intervento sociale (L.R. 1/2004 :art. 18, c. 2, lett. f).

Descrizione

E' un intervento che si propone di offrire sostegno e soccorso a specifiche tipologie di cittadini che si trovino in situazioni di emergenza sociale.

Dettaglio delle prestazioni

L'attività fornisce una risposta tempestiva e concreta, anche attraverso l'accesso immediato e diretto a strutture di pronta accoglienza mediante appositi protocolli di collaborazione tra gli Enti gestori e gli altri uffici pubblici (Asl, Forze dell'Ordine, Autorità giudiziaria, ecc.) soprattutto per gli interventi da attivarsi al di fuori degli orari di accesso al pubblico. Per la realizzazione dell'intervento possono essere attivate collaborazioni con organismi specializzati del Terzo settore.

Beneficiari

Il Pronto intervento sociale è rivolto a tutti i cittadini in difficoltà o a rischio di emarginazione che si trovino in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili.

Le condizioni di emergenza improvvisa che giustificano l'attivazione del servizio concernono in particolare :

- minori (stranieri o cittadini) non accompagnati o allontanati da casa per gravi situazioni familiari;
- adulti in stato di abbandono, di deprivazione, o sottoposti a violenza psico/fisica.

Criteri di accesso

Non sono previsti criteri di accesso, mentre è prevista la valutazione della situazione economica in base ai regolamenti vigenti per una eventuale contribuzione ex post.

Modalità e tempi di realizzazione

L'intervento deve realizzarsi in modo omogeneo su tutto il territorio piemontese entro il triennio di vigenza del Piano, configurando un dimensionamento del servizio in relazione alle caratteristiche territoriali e di maggior presenza di situazioni di emarginazione.

Il percorso per arrivare ad una presenza ottimale sull'intero territorio regionale è il seguente:

- a) 1° anno: identificazione delle situazioni di emergenza che più frequentemente attivano il servizio e verifica della stipulazione, nei diversi ambiti territoriali, di convenzioni con strutture di accoglienza per i diversi target di utenza.
- b) 2° anno: implementazione del servizio; predisposizione strumenti di monitoraggio.
- c) 3° anno: raggiungimento su tutto il territorio di una presenza adeguata in base alle caratteristiche territoriali e ai risultati del monitoraggio.

LIVELLI SPECIALISTICI

a) Sostegno alle famiglie

Descrizione

Interventi a carattere preventivo e promozionale, di dimensione comunitaria, a supporto dei nuclei familiari che abitano il territorio. Si realizzano anche attraverso occasioni di confronto, nonché di sostegno al ruolo genitoriale, secondo le esigenze espresse dalle famiglie. Intendono promuovere e rinforzare forme diversificate di accoglienza e di solidarietà sociale da parte della collettività, cercando di favorire occasioni di empowerment, e lo sviluppo di comunità. Partecipano attivamente alla costruzione di reti sociali di solidarietà capaci di esprimere le potenzialità e le forze esistenti nelle famiglie.

Dettaglio delle prestazioni

Comprendono centri per le famiglie, servizi a sostegno della genitorialità al fine di favorire l'armonizzazione dei tempi di lavoro e cure familiari, gruppi di sostegno, gruppi di auto mutuo aiuto, servizi di mediazione familiare e culturale, servizi a tutela e sostegno delle esigenze di donne e minori, servizi a supporto di famiglie con al proprio interno persone non autosufficienti, punti informativi e di orientamento, servizi correlati alle attività dei consultori familiari e pediatrici, servizi che prevedano il coinvolgimento attivo delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e la promozione di significative sinergie con altri soggetti pubblici e/o privati del territorio.

Beneficiari

Tutti i cittadini del territorio che assumono anche un ruolo di compartecipazione e coproduzione delle iniziative previste e programmate.

Criteri di accesso

Non sono previsti criteri d'accesso.

b) Assistenza domiciliare (L.R. 1/2004 :art. 18, c. 2, lett. b)

Descrizione

Prevede interventi di supporto alle persone non autonome o non autosufficienti, o a rischio di emarginazione, nella gestione della vita quotidiana attraverso un sostegno diretto nel loro ambiente domestico e nel loro rapporto con l'esterno nell'intento di consentire, il più a lungo possibile, la permanenza a domicilio, evitando così o ritardando il ricorso all'istituzionalizzazione. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e l'igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite mediche, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione. A seconda dell'utenza cui si rivolge sono interventi sociali o socio-sanitari.

Dettaglio delle prestazioni

Comprendono l'assistenza familiare, la fornitura di pasti a domicilio, il telesoccorso e la teleassistenza, altre prestazioni di supporto legate al mantenimento dell'igiene della persona e dell'ambiente in cui vive, gli affidamenti diurni a volontari, il riconoscimento del volontariato intrafamiliare. Tali prestazioni possono essere erogate tramite varie modalità: offerta di servizi realizzati da personale dipendente o convenzionato, emissione di buoni che consentano l'acquisto di servizi presso fornitori accreditati, erogazioni economiche che permettano l'assunzione diretta di personale o il rimborso spese per attività di volontariato.

Beneficiari

Minori, disabili, anziani, adulti in difficoltà .

Criteri d'accesso

Valutazione della situazione socio-sanitaria. La valutazione della situazione economica è propedeutica esclusivamente alla definizione di una eventuale quota di compartecipazione al costo.

c) Contrasto alla povertà (L.R. 1/2004: art.18, c. 2, lett. c)

Descrizione

Il contrasto alla povertà costituisce un area di intervento complessa che comprende diverse e specifiche tipologie di prestazioni e interventi, tra cui il sostegno di redditi temporaneamente o stabilmente insufficienti. Tali prestazioni e interventi sono finalizzati a garantire il raggiungimento o il mantenimento di un livello di qualità della vita tale da evitare l'instaurarsi di processi di esclusione sociale.

Dettaglio delle prestazioni

Gli interventi di contrasto alla povertà devono trovare la propria compiuta articolazione e devono sostanziarsi, ad esempio, nella promozione della formazione, nel supporto nelle cure familiari, in percorsi di inserimento lavorativo, accompagnamento nel mantenimento delle abilità quando non sono possibili percorsi attivi, per supportare i beneficiari nel valorizzare le proprie risorse e quelle del proprio ambiente di vita e nell'attivarsi per l'acquisizione della definitiva autonomia.

E' di fondamentale importanza sia la coprogettazione e la negoziazione di tali percorsi con i servizi di riferimento in base alle specifiche caratteristiche e bisogni dei beneficiari, sia il loro coordinamento con altri servizi ed interventi, ad esempio quelli a supporto delle responsabilità familiari, della disabilità, della non autosufficienza, dell'inserimento lavorativo.

Beneficiari

Tutti i cittadini che si trovino in condizione socio-economica ritenuta insufficiente rispetto alla soglia stabilita con regolamenti assunti a livello locale.

Criteria di accesso

Valutazione della situazione socio-economica del nucleo familiare dei beneficiari, in base ai regolamenti assunti a livello locale.

d) Sostegno socio-educativo territoriale e domiciliare

Descrizione

Prevede interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale.

Dettaglio delle prestazioni

Comprendono interventi di sostegno per minori in situazioni di disagio, tramite il supporto al nucleo familiare di origine; interventi di promozione dei diritti dei minori e degli adolescenti; azioni per favorire l'adempimento dell'obbligo scolastico e le attività formative; sostegno alle donne in difficoltà; interventi per la piena integrazione delle persone disabili, anche supportati con prestazioni socio-sanitarie e di riabilitazione; interventi di sostegno socio-educativo territoriale di aggregazione e incontro; educazione interculturale; interventi per favorire l'inclusione sociale di adulti a rischio di emarginazione; misure di integrazione sociale per: detenuti ed ex detenuti; nomadi e cittadini stranieri; immigrati; interventi atti a prevenire situazioni di emarginazione, interventi di educativa di strada.

Beneficiari

Minori, disabili, adulti in difficoltà.

Criteria di accesso

Valutazione della situazione socio-economica del nucleo familiare dei beneficiari, in base ai regolamenti assunti a livello locale.

e) Presidi residenziali e semiresidenziali (L.R. 1/2004 :art. 18, c. 2, lett. d)

Descrizione

Prevedono inserimenti in strutture di accoglienza atte a fornire servizi e prestazioni di tipo assistenziale, socio-educativo, socio-sanitario e riabilitativo.

Dettaglio delle prestazioni e beneficiari

In base ai potenziali beneficiari i servizi residenziali e semiresidenziali possono essere classificati in:

Servizi per la famiglia ed i minori

Comprendono:

- Strutture comunitarie di tipo familiare;
- Servizi semi-residenziali educativi (asili nido, ecc.)
- Case e centri antiviolenza, finalizzati a fornire consulenza, ascolto, sostegno e accoglienza a donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica

- Centri diurni con attività di socializzazione, aggregazione, sostegno, anche in funzione di sollievo alle famiglie con carichi di cura, al fine di favorire lo sviluppo della personalità dei minori, mediante un progetto educativo individualizzato;

Servizi per Disabili

Comprendono:

-servizi residenziali e semiresidenziali per l'accoglienza di disabili i cui bisogni di cura e tutela non possono trovare adeguata risposta a domicilio;

Sono finalizzati al mantenimento e al recupero dell'autonomia, all'accoglienza e al supporto, alla prevenzione dell'isolamento di disabili privi – anche temporaneamente – del sostegno familiare;

-centri diurni per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, lo sviluppo delle abilità, il miglioramento dell'autonomia, la costruzione di relazioni.

Servizi per Anziani

Comprendono servizi residenziali e semiresidenziali per l'accoglienza di anziani i cui bisogni di cura e tutela non possono trovare adeguata risposta a domicilio.

In particolare sono individuabili:

-strutture residenziali di tipo familiare, comunitario o alberghiero (Casa famiglia, Comunità alloggio, Casa di riposo, Casa-albergo) per anziani autosufficienti;

-strutture residenziali per anziani non autosufficienti ivi compresi posti letto per ricoveri temporanei;

-centri diurni in funzione di prevenzione dell'istituzionalizzazione, di sostegno e sollievo all'anziano e alla sua famiglia, e per il mantenimento delle abilità.

Servizi per persone senza dimora

Comprendono:

-servizi di ospitalità abitativa ed accompagnamento sociale per favorire l'integrazione;

-servizi diurni di tregua, anche con finalità di cura della persona e di prevenzione.

Criteri di accesso

La valutazione della situazione economica è propedeutica esclusivamente alla definizione di una eventuale quota di compartecipazione al costo.

f) Adozione nazionale e internazionale di minori

Descrizione

Prevedono interventi volti a proteggere e tutelare la crescita del minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare.

Dettaglio delle prestazioni

Comprendono :

- valutazione della situazione del minore e attività istruttorie per la definizione dello stato di adattabilità;

- attività di informazione e preparazione agli aspiranti all'adozione;

- valutazione di idoneità dei coniugi aspiranti all'adozione;

- attività di formazione e di sostegno agli aspiranti all'adozione nel periodo di attesa, dell'affidamento preadottivo, e post adottivo;

Beneficiari

Minori in stato di abbandono morale e materiale in base alle norme vigenti; singoli o coppie che hanno i requisiti in base alle norme vigenti.

Criteri d'accesso

Non sono previsti criteri di accesso.

g) Affidamento familiare di minori

Descrizione

In attuazione della Legge 184/83 e s.i.m., prevede le attività finalizzate a favorire l'accoglienza di un minore in un nucleo familiare, qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedere al minore stesso in modo adeguato o l'ambiente familiare di origine sia pregiudizievole o insufficiente allo sviluppo della personalità dell'affidato.

Sono compresi sia gli affidamenti familiari residenziali, sia part-time/diurni.

Dettaglio delle prestazioni

I servizi prevedono:

- valutazione della situazione del minore e definizione della prognosi familiare;
- sensibilizzazione della comunità locale e reperimento delle risorse familiari disponibili all'accoglienza;
- valutazione di idoneità degli aspiranti all'affido;
- consulenza e supporto ai nuclei affidatari, anche attraverso l'attivazione di gruppi di sostegno;
- informazione e formazione ai nuclei stessi.

Beneficiari

Minori e famiglie temporaneamente in difficoltà.

Criteri di accesso

Non sono previsti criteri di accesso, mentre è prevista la valutazione della situazione economica della famiglia di origine, in base ai regolamenti vigenti.

2.1.3 Regolamentazione regionale per l'accesso alle prestazioni ed agli interventi e compartecipazione degli utenti al costo dei servizi

A) Accesso ai servizi

L'art. 23 della L.R. 1/2004 recita:

“1. L'accesso ai servizi è organizzato in modo da garantire agli utenti tutela, pari opportunità di fruizione dei servizi e diritto di scelta.

2. L'accesso ai servizi è garantito attraverso le seguenti azioni:

- a) uniformità di procedure per l'accesso ai servizi in ogni ambito territoriale;

- b) informazione sistematica ed efficace sull'offerta dei servizi e sui relativi costi;
- c) orientamento e accompagnamento, in particolare in favore di persone e famiglie in condizioni di fragilità, di non autosufficienza o di dipendenza, all'accesso ai servizi;
- d) trasparenza nella gestione dei tempi di attesa;
- e) osservazione e monitoraggio dei bisogni, delle risorse e degli interventi realizzati”.

I “regolamenti per l’accesso” sono necessari per evitare l’insorgenza di situazioni di sperequazione e vuoti normativi che possono compromettere la parità di trattamento dei cittadini nella fruizione dei servizi

Occorre pertanto attuare azioni di promozione della regolazione dell’accesso, laddove tale regolazione non è ancora stata realizzata.

Costituisce obiettivo (e nel contempo criterio di valutazione dell’attuazione del livello essenziale “segretariato sociale”) l’assunzione, nell’ambito territoriale di ciascun Ente gestore, dei regolamenti per l’accesso ai servizi, entro il triennio di vigenza del Piano.

Per il raggiungimento del suddetto obiettivo la Regione, entro 180 giorni dalla entrata in vigore del presente Piano, adotta linee guida sulla regolamentazione dell’accesso ai servizi.

Le suddette linee-guida, dirette a garantire criteri di omogeneità ed ad escludere disparità di trattamento sul territorio regionale, dovranno prevedere gli elementi principali in materia quali le funzioni istituzionali dell’ente, le fasi procedurali, i tempi, le modalità e le priorità di accesso, i soggetti aventi diritto, le prestazioni da erogarsi, il sistema di tutela degli aventi diritto.

B) Le carte dei servizi

Ai sensi dell’art. 24 della L.R. 1/2004 :

“1. La Regione riconosce a tutti i cittadini il diritto ad avere informazioni sui servizi, sui livelli essenziali di prestazioni sociali erogabili, sulle modalità di accesso e sulle tariffe praticate nonché a partecipare a forme di consultazione e di valutazione dei servizi sociali.

(...) 5. La carta dei servizi e' finalizzata ai seguenti obiettivi:

a) stipulazione da parte dei Comuni singoli o associati di un patto sociale per il benessere della cittadinanza, attraverso l'assunzione degli impegni generali sui servizi da attivare sul territorio;

b) individuazione, da parte dei soggetti gestori istituzionali, dei criteri e delle mappe di accesso ai servizi, delle modalità di erogazione e di finanziamento dei servizi e delle prestazioni, dell'elenco dei soggetti autorizzati o accreditati, dei livelli di assistenza erogati, degli standard di qualità dei servizi, delle modalità di partecipazione dei cittadini al costo dei servizi, delle forme di tutela dei diritti degli utenti, delle regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonché delle modalità di ricorso da parte degli utenti, anche attraverso gli istituti di patronato”.

La carta dei servizi è lo strumento di diffusione della conoscenza tra i cittadini delle informazioni necessarie per accedere ai servizi stessi.

Tale strumento è presente attualmente sul territorio regionale nel 69% degli Enti gestori: occorre tuttavia promuoverne l’emanazione laddove non è ancora adottato e diffonderne i contenuti così da consentire un avvicinamento dei cittadini ai servizi offerti.

Costituisce obiettivo (e nel contempo criterio di valutazione dell'attuazione del livello essenziale "segretariato sociale") l'assunzione, entro un anno dall'approvazione del presente piano, delle carte dei servizi da parte degli Enti gestori che ancora non hanno avviato o concluso il relativo procedimento.

C) La compartecipazione degli utenti al costo dei servizi

Con le deliberazioni della Giunta Regionale n. 17-15226 del 30 marzo 2005 e n. 2-3520 del 31 luglio 2006 è stato individuato un nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

La citata deliberazione n. 2-3520 del 2006 prevede altresì la promozione di forme di incentivazione a favore dei Comuni e degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali che si impegnino ad effettuare azioni finalizzate a realizzare una maggiore uniformità, sul territorio regionale, dei criteri di contribuzione alla retta giornaliera a carico dell'utente anziano non autosufficiente, prendendo a riferimento il solo reddito e patrimonio dell'utente stesso; infatti, un monitoraggio effettuato sul territorio piemontese, ha evidenziato una profonda disomogeneità dei criteri di regolamentazione in materia (alla mancanza di provvedimenti amministrativi di riferimento in alcune realtà locali si affiancano discipline contenenti previsioni normative parziali).

In attuazione della citata deliberazione 2-3520/2006 è stata approvata la deliberazione della Giunta Regionale n. 37-6500 del 23 luglio 2007 diretta a disciplinare:

- i criteri di compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta praticata nelle strutture residenziali, criteri che prevedono la valutazione del solo reddito e patrimonio individuale;

- le modalità di attribuzione dell'incentivo previsto agli Enti gestori e ai Comuni singoli che provvedano ad adottare regolamenti conformi ai suddetti criteri di compartecipazione, o, ad adeguarli, se già esistenti, ai criteri medesimi.

A due anni di distanza dall'approvazione della D.G.R. 37-6500/2007, l'applicazione dei principi in essa contenuti è stata realizzata su quasi tutto il territorio piemontese (solo 4 Enti gestori su 58 non hanno ancora provveduto ad rivedere i propri regolamenti); la spesa regionale complessiva – sostenuta nel 2008 per gli adeguamenti realizzati da Enti gestori e Comuni nel 2007 - per l'erogazione degli incentivi, è stata pari a circa € 6.700.000,00.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 64-9390 del 1 agosto 2008, che disciplina i criteri di ripartizione dei finanziamenti a sostegno della disabilità e delle loro famiglie, è stata prevista l'attribuzione di una quota di tali finanziamenti a quegli Enti gestori "che prevedono l'applicazione del decreto legislativo 109/1998, come modificato dal D.Lgs. 130/2000, relativamente alla compartecipazione degli utenti alla retta per la residenzialità, prendendo come riferimento il solo reddito e patrimonio dell'interessato".

La deliberazione della Giunta regionale n. 39-11190 del 6 aprile 2009 riorganizza il sistema delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituisce il contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti.

Nell'ambito di tale deliberazione, per motivi di equità di trattamento tra utenti ricoverati ed utenti in assistenza domiciliare, è stata disposta l'estensione -sia a soggetti anziani non autosufficienti, sia a persone con handicap permanente grave- dei criteri di contribuzione previsti dalla deliberazione 37-6500/2007 per la determinazione della compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare.

La valutazione della situazione economica del beneficiario non costituisce criterio selettivo di accesso alle prestazioni sociali o di esclusione: tale valutazione è propedeutica esclusivamente alla definizione di una eventuale quota di compartecipazione ai costi.

Nell'ambito delle politiche sociali pubbliche, in cui, accanto a servizi rivolti alla generalità dei soggetti, sono offerti servizi per i quali è necessario prevedere criteri di selettività, l'indicatore della situazione economica – regolamentato dalle suddette disposizioni regionali e dal decreto legislativo 109/1998- si configura quale indice oggettivo di equità, in un sistema che persegue l'efficienza attraverso la valutazione personalizzata del bisogno e l'adeguatezza delle prestazioni, e costituisce elemento di responsabilizzazione per le implicazioni che determina in campo finanziario.

Il suddetto indicatore definisce i parametri e gli elementi da considerare nel calcolo della condizione reddituale e patrimoniale di un soggetto, ma non indica di per sé l'ammontare della quota da corrispondere come controprestazione per la fruizione di un servizio; spetta pertanto agli Enti gestori l'individuazione di fasce reddituali e patrimoniali sulla base delle quali modulare un sistema di compartecipazione tariffario graduato.

Per superare il problema di disomogeneità di regolamentazione a livello regionale, costituisce obiettivo del presente Piano l'attivazione di strumenti di monitoraggio e l'assunzione di indirizzi regionali diretti a normare standard applicativi della disciplina della compartecipazione, compresa la definizione di soglie minime di esenzione, per impedire l'instaurarsi di situazioni di disparità di trattamento tra utenti.

2.1.4. Criteri per l'accreditamento dei Soggetti erogatori di servizi ed interventi sociali.

Analisi del contesto

Il processo di sviluppo del modello di welfare nazionale e regionale, in atto nell'ultimo decennio, ha messo progressivamente in evidenza come i bisogni sociali complessi trovino risposte concrete e sostenibilità operativa ed economica se gli interventi espressi dai territori si configurano come il prodotto dell'interazione di una pluralità di soggetti.

Il cosiddetto welfare mix, comprensivo di soggetti privati di varia natura normalmente indicati attraverso il generico termine di "Terzo settore" (cooperative sociali, imprese Non profit, Onlus, etc.) integrato dopo la legge 328 anche dal privato For profit nonché dagli individui e dalle famiglie, si è ormai consolidato come "modello universalmente riconosciuto" rispetto alla produzione di Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, e si è dimostrato funzionale all'implementazione di politiche tradizionali di welfare nonché di innovazione, garantendo allo stesso tempo sviluppo economico e di capitale sociale, quest'ultimo attraverso i legami e l'interazione con le Comunità locali.

Il pieno riconoscimento da parte del soggetto pubblico - originario detentore unico dei servizi di natura socio-assistenziale - degli altri attori che concorrono alla produzione del benessere sociale, ha comportato una pluralizzazione dei servizi, normalmente associata alla riduzione delle funzioni pubbliche di erogazione e gestione diretta a favore dei privati.

In conseguenza di ciò, negli anni più recenti, hanno assunto un ruolo sempre più rilevante nella produzione di welfare i processi di esternalizzazione, ossia di affidamento della gestione di attività socio-assistenziali e socio-sanitarie a soggetti privati.

Tale modello, nei suoi presupposti di base, è orientato a combinare una regolazione pubblica forte, nell'ambito della programmazione, elaborazione di standard e verifica delle prestazioni, con la valorizzazione e l'istituzionalizzazione dell'interdipendenza fra i diversi attori.

Accanto alla scelta di coinvolgere i privati nella programmazione e realizzazione degli interventi, anche il tema della qualità dei servizi ha rappresentato uno dei concetti cardine del nuovo assetto del sistema socio-assistenziale.

In forza di ciò, nel definire le possibili forme di relazione contrattuale tra Enti pubblici e privati, la normativa si è orientata verso una incentivazione della concorrenza basata sulla qualità delle prestazioni erogate, nell'intento di creare un settore di fornitori omogeneo e qualificato sotto il profilo dei requisiti organizzativi e strutturali, individuando in strumenti quali l'autorizzazione e l'accreditamento le modalità ottimali per conseguire tali obiettivi.

Il sistema di autorizzazione e di accreditamento dei servizi e delle strutture sociali è stato introdotto dalla L. 328/2000, sulla falsariga dell'analogo sistema attivato in precedenza nel settore sanitario, ma attraverso un quadro normativo assai più scarno e povero.

La normativa sociale prevede infatti l'autorizzazione e l'accreditamento anche se nessuno dei due processi viene definito, mentre non viene citato esplicitamente l'accordo contrattuale tra il soggetto pubblico e il soggetto erogatore privato, previsto, invece, nell'accreditamento sanitario.

Secondo l'art. 8 della L. 328/2000, spetta ad ogni singola Regione stabilire con legge i criteri per l'autorizzazione spetta poi al Comune, verificato il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi, autorizzare i servizi e le strutture sociali pubbliche e private all'esercizio dell'attività.

Per quanto riguarda l'accreditamento, la normativa nazionale si limita a fissare le competenze istituzionali relative al processo, lasciando alle Regioni ampie possibilità d'interpretazione circa le funzioni dello strumento ed i requisiti richiesti.

Dunque, anche per l'accreditamento, spetta alle Regioni stabilire gli standard, ma, in questo caso, in modo totalmente autonomo, dato che essi non sono stati fissati a livello nazionale.

La Regione Piemonte ha provveduto a definire i due strumenti di cui sopra, ovvero autorizzazione e accreditamento, mediante la L.R. 8 gennaio 2004, n° 1.

In essa, all'art. 27, l'autorizzazione viene definita come il provvedimento che conferisce al soggetto che ne fa richiesta il diritto all'esercizio dei servizi e dell'attività sulla base di requisiti organizzativi e strutturali "previsti dalle disposizioni statali e regionali".

Con l'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3/2001 non sussiste più l'obbligo, per le Regioni, di conformarsi al dettato normativo nazionale per quanto riguarda i requisiti minimi necessari.

Occorre però sottolineare che in Piemonte era già presente e funzionante un sistema di autorizzazione per le strutture operanti nel settore socio-sanitario, molto più dettagliato di quello introdotto dal D.P.C.M. 308/2001.

Tale sistema regionale si è andato definendo progressivamente nel tempo, come sovrapposizione di una serie di provvedimenti normativi, gli stessi che poi, in sostanza, hanno contribuito a fissare le caratteristiche del modello socio-sanitario residenziale per gli anziani.

Per quanto riguarda l'accreditamento invece, esso è stato definito all'art. 29 della citata L.R. 1/2004 come "titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione".

L'accertamento della qualità dei servizi erogati e dei profili di qualità dei soggetti eroganti costituisce, insieme alla valutazione dei fabbisogni, l'aspetto essenziale di tutto il processo di accreditamento che, pertanto, non si configura come una nuova metodologia per l'acquisto dei servizi alla persona ma deve essere inteso come uno strumento fondamentale di regolazione

dell'efficacia e dell'efficienza del sistema locale per assicurare ai cittadini servizi e prestazioni eque.

La costruzione di un tale scenario comporta per la Regione Piemonte la necessità ulteriore di esercitare una governance impegnativa dal punto di vista del supporto e del sostegno alla programmazione locale del fabbisogno e dei meccanismi di accesso all'accreditamento istituzionale nonché di valutazione e vigilanza.

Se i Comuni infatti rimangono titolari del rilascio dell'autorizzazione (come disposto dalla L. 328/2000), il conferimento dell'accreditamento e la valutazione, che tengono prevalentemente conto della qualità dei processi assistenziali e di cura, comportano una riorganizzazione complessiva del sistema di valutazione e vigilanza sul macrolivello regionale, che dal punto di vista delle competenze professionali e della possibilità di verifica possa operare in maniera omogenea ed allo stesso tempo garantisca una sostanziale terzietà di valutazione anche nei confronti dei fornitori pubblici.

Oltre l'ambito dei Presidi assistenziali e socio-sanitari, ci sono poi da considerare i Servizi assistenziali per le Cure domiciliari nell'area della non autosufficienza.

L'attuale scenario, nella nostra Regione (analogamente a quasi tutta la totalità dei territori delle regioni del Nord Italia), presenta un contesto in cui, in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione e dell'indebolimento delle reti sociali, l'offerta pubblica di servizi domiciliari tutelari socio-sanitari, per quanto differenziata ed articolata, risulta essere limitata per quantità e durata, a causa della inadeguata allocazione di risorse finanziarie in un settore in cui l'aumento della domanda è esponenziale e in ragione della scarsa flessibilità di impiego, rispetto ai forti bisogni assistenziali, degli operatori professionali pubblici.

Ne consegue che le famiglie disponibili a favorire la permanenza a domicilio dei propri congiunti non autosufficienti, sempre più ricercano nuovi strumenti di supporto, tra cui il ricorso all'assistenza privata, in alternativa o ad integrazione dell'intervento fornito dai servizi sociali.

In questo contesto la relativa facilità di reperimento sul mercato di persone disponibili a svolgere in forma continuativa funzioni domiciliari di cura, a costi decisamente più contenuti di quelli richiesti dai soggetti del Terzo settore operante sul territorio e dai servizi di assistenza domiciliare degli EE.GG., ha ridisegnato l'assistenza alle persone non autosufficienti.

Sempre più la loro permanenza a domicilio è assicurata dal supporto di assistenti familiari straniere (spesso non qualificate), la cui diffusione sul mercato sta provocando sui servizi di assistenza domiciliare pubblici, molteplici ricadute in termini di modificazione della domanda e conseguentemente delle caratteristiche tradizionali di utenza.

I principali fenomeni a cui si assiste e che vale la pena sottolineare a questo proposito riguardano

- l'alto incremento delle richieste all'Ente pubblico di interventi economici di sostegno alla domiciliarità (assegni di cura) finalizzati all'acquisizione diretta e autonoma di assistenza;

- la progressiva modificazione dell'utenza in carico ai Servizi domiciliari pubblici sempre più costituita da persone o coppie sole, con carenti riferimenti parentali o sociali, spesso multiproblematiche e con scarso reddito, di cui alcune ancora con aspetti di parziale autonomia, o persone in condizioni di rilevante non autosufficienza, che spesso già dispongono del supporto di un familiare o di una assistente familiare straniera, ma che necessitano di interventi domiciliari integrativi e/o specializzati specifici anche in attesa di inserimento in struttura.

- In Piemonte, proprio in virtù di queste trasformazioni, nell'area Metropolitana Torinese e nel Comune di Torino da qualche anno sono state avviate delle sperimentazioni rivolte ad innovare profondamente il sistema di offerta pubblico dell'assistenza domiciliare, mediante l'introduzione di sistemi di accreditamento di fornitori privati che ha coinvolto non solo la cooperazione sociale ma anche strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio che hanno riconvertito parte dei loro servizi proprio sulle cure domiciliari.

Queste sperimentazioni testimoniano che, a differenza dei Presidi residenziali e semiresidenziali, le problematiche connesse alla creazione di un mercato amministrato privato dell'assistenza domiciliare siano sostanzialmente più difficili da affrontare agendo in condizioni di offerta svantaggiosa, poiché necessariamente vincolata ai costi previsti dai CCN, a fronte di una offerta di assistenti familiari straniere (spesso "in nero") più vantaggiosa dal punto di vista economico ma allo stesso tempo spesso non accettabile per l'assenza di tutela di queste lavoratrici e spesso per la loro bassa qualificazione.

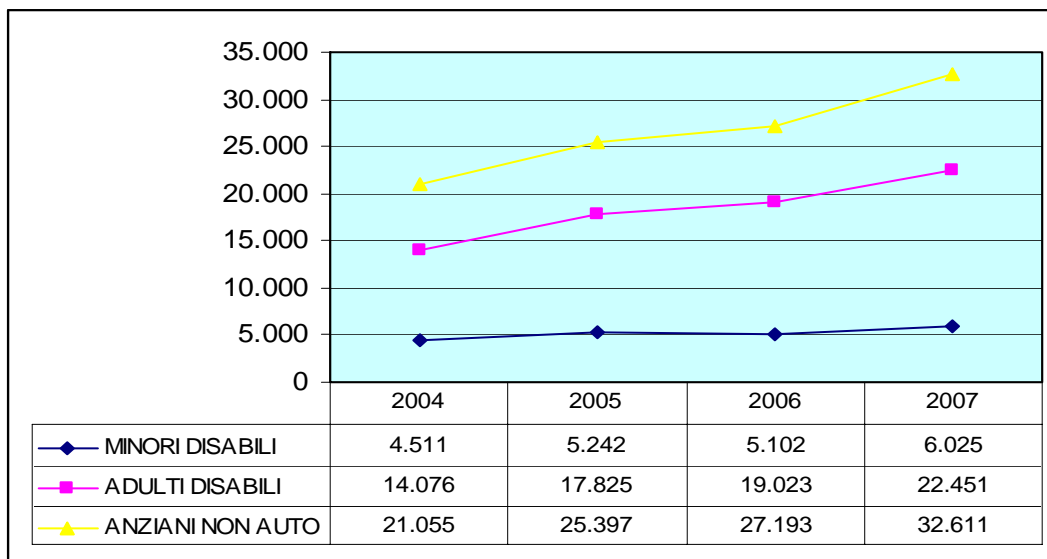
Tuttavia sembra ineludibile, nonostante le difficoltà, arrivare nel breve e medio periodo ad una riformulazione di ruoli ed offerte dei servizi di assistenza domiciliare, attraverso una regolamentazione regionale inclusiva dei servizi di care privato e delle assistenti familiari, a garanzia dei processi di cura e dei Piani assistenziali individualizzati di cui il Sistema Pubblico mantiene la sua centralità in termini di valutazione, progettazione, monitoraggio e compartecipazione economica.

Volendo analizzare sinteticamente la rete degli interventi e dei servizi sociali possiamo evidenziare quanto segue:

- i presidi socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali autorizzati per minori, adulti disabili e anziani non autosufficienti attivi in Piemonte all'inizio del 2009 erano suddivisi secondo la tabella che segue. La recente revisione della normativa sia per quanto riguarda i minori che gli anziani ha comportato per le Equipe di vigilanza un complesso lavoro di aggiornamento delle autorizzazioni.

	Presidi residenziali	Posti letto	Presidi semi-residenziali	Posti
MINORI	222	1.227	60	1.221
ADULTI DISABILI	151	1.692	180	3.237
ANZIANI		19.282	21	240
ANZIANI NON AUTO	758	23.279	53	769

- i servizi sociali territoriali organizzati dagli Enti gestori, come già evidenziato nel cap. 1.3, seguono complessivamente più di 150.000 persone. In particolare per i servizi dedicati agli anziani e ai disabili la situazione è la seguente:

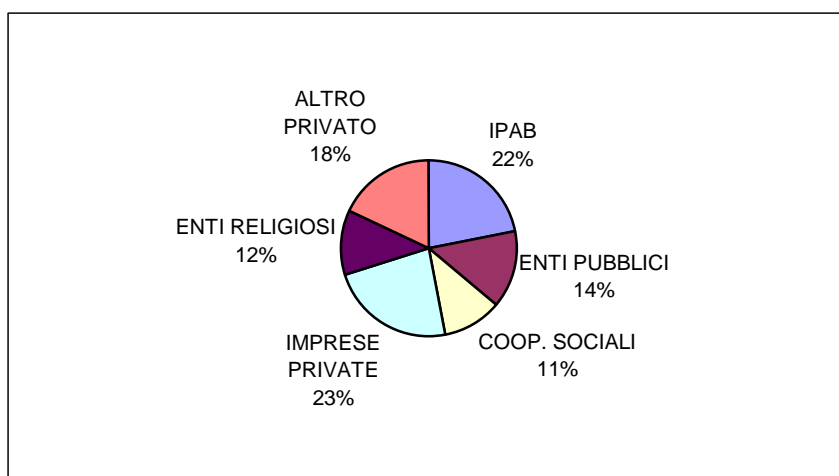


Nel corso degli anni e in particolare nello scorso triennio si è verificato un consistente trend di aumento delle persone che si sono rivolte ai servizi sociali in particolare degli anziani non autosufficienti: gli interventi realizzati per i disabili sono in prevalenza l'assistenza educativa territoriale, l'inserimento in centri diurni e il supporto all'inserimento lavorativo mentre per gli anziani non autosufficienti sono aumentati in modo considerevole le varie forme di prestazioni per il mantenimento a domicilio come l'assistenza domiciliare, le cure domiciliari, gli interventi economici a sostegno della domiciliarità e il telesoccorso.

Il già citato studio condotto dall'Ires valuta che per il mantenimento a domicilio delle persone e lo sviluppo della loro autonomia oltre ai servizi sociali pubblici, con 4.100 addetti³, operino almeno 200 organizzazioni di volontariato con almeno 5.000 volontari, alcune imprese private, e soprattutto 70.000 assistenti familiari, il cui servizio viene acquistato direttamente dalle famiglie, con un valore stimabile in almeno 588 milioni⁴. A questo si devono aggiungere i circa 100.000 assegni di accompagnamento erogati dallo Stato direttamente alla famiglia e stimabili in circa 512 milioni.

Per contro lo studio individua come per la tutela residenziale e semiresidenziale delle persone non autonome e non autosufficienti prevalga l'offerta privata, che fornisce circa metà dei posti letto.

Distribuzione dei posti letto per soggetto titolare dell'autorizzazione (dati 2007)



³ Si tratta del personale ADEST/OSS.

⁴ Il valore deriva da un compenso medio mensile di 700 euro applicato a 70.000 assistenti.

Per buona parte i posti sono utilizzati con oneri a carico degli utenti -488 milioni le rette pagate dalle famiglie- mentre gli altri posti sono forniti da soggetti pubblici o in convenzione con una spesa complessiva stimabile in 335 milioni di euro. Si tratta di un dato complessivo: di fatto le percentuali di copertura pubblica risultano diverse in funzione della tipologia degli utenti e del servizio offerto: ad esempio la copertura pubblica è massima per i servizi per minori e nulla per anziani autosufficienti al disopra delle soglie di povertà definite dai Comuni.

Obiettivi

Come risulta evidente la portata complessiva dei settori presi in considerazione è rilevante sotto tutti gli aspetti e riguarda una gran parte degli interventi del “Sistema di servizi ed interventi integrati sociali e socio-sanitari”.

Rispetto a tale complessità non può non essere presa in considerazione la necessità di arrivare, nell’arco della programmazione triennale del presente Piano sociale, ad una regolamentazione puntuale del Sistema di Accreditamento Regionale riguardante le strutture residenziali e semiresidenziali sociali e socio-sanitarie, nonché dell’assistenza domiciliare alle persone non autonome.

Ciò non solo per motivi di mero adempimento della L.R. 1/2004, ma per poter garantire nella nostra Regione livelli essenziali di assistenza sociale e socio-sanitaria che rispondano a criteri di qualità riconosciuta e di un sistema di valutazione e vigilanza efficiente ed efficace.

Non trascurabile risulta infine la necessità della ricerca di una sostenibilità del costo degli interventi che incidono sui bilanci pubblici dei Comuni e della Regione e degli utenti/famiglie, rispetto ad andamenti demografici che nel breve e medio periodo annunciano un progressivo aumento dell’invecchiamento della popolazione e in cifra assoluta un incremento delle patologie croniche e degenerative e dei loro esiti invalidanti.

Da questo ultimo punto di vista un “mercato amministrato” con livelli tariffari identificati adeguati agli adempimenti richiesti, così come una normativa sull’accreditamento comporta, risulta alla fine come condizione indispensabile ad una programmazione pubblica dei fabbisogni e della spesa ad essa correlata.

La L. 27.12.2006, n. 296 (Finanziaria 2007) ha stabilito che a partire dal 1° gennaio 2010, cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, sia sanitarie sia socio-sanitarie.

Con D.G.R. n 25-12129 del 14 settembre 2009 è stato definito il processo di accreditamento di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che operano nell’area dell’integrazione socio-sanitaria, anziani, disabili, minori, che già oggi erogano prestazioni assistenziali e sanitarie in regime di convenzione con il sistema pubblico e che, quindi, in tale contesto vengono remunerate dal Servizio Sanitario Regionale per le prestazioni a rilievo sanitario.

Come sopra specificato le strutture socio –sanitarie residenziali e semiresidenziali private (commerciali; privato sociale; ONLUS; religiose; ex IPAB) operanti nelle aree: anziani, disabili e minori, per poter continuare ad assistere utenti per i quali il S.S.R. corrisponde alle stesse la retta sanitaria, devono essere accreditate a partire dal 01.01.2010. Per le strutture pubbliche l’accreditamento è stabilito a partire dal 01.01.2011 (comprese quindi le IPAB non privatizzate).

Per accreditarsi le strutture interessate devono autodichiarare il possesso dei requisiti di qualità indicati negli Allegati B) e C) del provvedimento

L’Allegato E) definisce (per la sola area anziani) Percorsi Integrati di Cura (PIC) e Protocolli di attività (accoglienza in struttura e umanizzazione della permanenza nelle residenze) ma la loro applicazione è previsto avvenga in maniera graduale.

Nelle more dell'adozione dell'atto deliberativo in materia di vigilanza previsto dall'art. 26 della L.R. n. 1/2004, il provvedimento di accreditamento e le successive procedure di verifica e di accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti viene rilasciato dalle AA.S.L. e dal Comune di Torino per il territorio di sua competenza, secondo le modalità adottate di concerto con le ASL torinesi.

Si stabilisce un monitoraggio costante sullo stato di attuazione del provvedimento anche al fine di verificarne l'eventuale incidenza sul sistema tariffario e valutare possibili ridefinizioni dei termini temporali per i previsti adeguamenti strutturali.

E' obiettivo strategico del presente Piano sociale degli interventi e dei servizi giungere alla definizione, entro il 2011, di una normativa per l'accreditamento istituzionale riguardante le seguenti tipologie di strutture e servizi:

- Strutture residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali per adulti e anziani
- Strutture residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali per minori;
- Cure domiciliari per la non autosufficienza;

Azioni di Piano

1. Strutture residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali per adulti e anziani.

L'azione di piano prevista comporta la creazione di un tavolo di lavoro dell'Assessorato al Welfare che, entro il primo semestre, definisca il quadro normativo per l'accreditamento istituzionale in questo settore.

2. Strutture residenziali e semi-residenziali e socio-assistenziali per minori.

Nella nostra regione le strutture per minori si sono sviluppate nel tempo in modo molto articolato, con significative differenziazioni relativamente alle pratiche educative ed operative, ai modelli gestionali, organizzativi, strutturali, nonché delle risorse utilizzate.

In tale realtà diventava sempre più necessario fare chiarezza, pur nel riconoscimento di peculiarità e differenze, contestualizzare le diverse tipologie e modelli collegandone le caratteristiche a specifiche necessità e bisogni dei minori.

La D.G.R. 41-12003 del 15 marzo 2004, ha definito tipologie e standard per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, nonché corrispettivi congruenti con le prestazioni e le risorse offerte.

Spetta ora alla Regione, anche in questo settore, individuare i servizi che, in quanto caratterizzati da un finanziamento pubblico prevalente, da bisogni di cura, dalla flessibilità e dalla personalizzazione degli interventi, devono essere assoggettati all'accreditamento istituzionale, disciplinandone i criteri (cosa deve essere accreditato, le procedure, gli elementi di raccordo con la programmazione), i requisiti (parametri di qualità di cui deve essere in possesso il servizio o la struttura) e gli ambiti di applicazione (tipologia di utenza a cui si rivolge ogni fattispecie di servizio).

Tutto ciò con l'obiettivo di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e di garantire la trasparenza dei soggetti gestori, la tutela del lavoro e la qualità sociale e professionale dei servizi e delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda gli ambiti di applicazione i servizi per minori interessati al sistema dell'accREDITAMENTO sono quelli definiti con la D.G.R. 41/04.

Per quanto riguarda i requisiti (parametri di qualità) occorre tenere conto del fatto che gli standard strutturali e gestionali delle strutture per minori definiti dalla D.G.R. 41/04 sono molto precisi e prevedono già, necessari per l'autorizzazione al funzionamento, requisiti processuali quali la progettazione integrata, il progetto del servizio, il progetto quadro, il progetto personalizzato, nonché la supervisione, aspetti che sono indicatori di qualità.

Anche qui la qualità deve essere intesa come effettivo miglioramento del processo assistenziale e richiede la costruzione di una serie di indicatori valevoli per il rilascio e la verifica dell'accREDITAMENTO tendenti a valutare i diversi aspetti dell'intervento assistenziale.

Poiché l'accREDITAMENTO riguarda un servizio inteso non solo come prestazione assistenziale e sanitaria ma come la capacità del soggetto erogatore di fornire un prodotto fatto di beni relazionali e reti sociali, e di intendere gli utenti come co-produttori e co-valutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori, è rispetto a questo che occorre anche individuare indicatori che misurino ed oggettivizzino la qualità delle relazioni e la correlata capacità del soggetto produttore.

In ogni caso il processo di accREDITAMENTO dovrà tenere conto dell'offerta dei servizi già esistenti e fungere, ai fini dell'implementazione della qualità del sistema, anche da selettore degli erogatori e strumento regolatore dell'offerta a parziale o totale carico delle risorse pubbliche.

Esiste quindi una stretta correlazione tra programmazione del fabbisogno sociale e socio-sanitario e il rilascio dell'accREDITAMENTO che è volto ad individuare le quantità e le forme di offerta ritenute necessarie per soddisfare gli obiettivi della programmazione medesima.

Per la programmazione del fabbisogno per le tipologie di servizi per i minori si dovrà anche tener conto, partendo da comprovate condizioni storiche di accesso e dalla presenza di un'offerta già esistente, di una domanda anche sovra regionale.

L'azione di Piano prevista, anche in questo caso, comporta la creazione di un tavolo di lavoro fra Assessorato al Welfare e i rappresentanti dei Comuni\EEGG che, entro il primo semestre 2010 definisca il quadro normativo per l'accREDITAMENTO istituzionale in questo settore.

3. Cure domiciliari per la non autosufficienza.

Come già espresso nel paragrafo relativo all'analisi di contesto del presente capitolo, le problematiche connesse alla creazione di un mercato amministrato privato dell'assistenza domiciliare per le persone non autonome sono sostanzialmente più difficili da affrontare che nel settore dei presidi strutturali.

A parte le condizioni già esplicitate relative alle condizioni dell'offerta di mercato,

è evidente che lo scenario verso il quale tendere non può che prevedere una situazione di:

- aumento del volume di offerta dei servizi domiciliari, per evitare l'istituzionalizzazione e gestire gli imponenti processi di deospedalizzazione che la ristrutturazione delle rete ospedaliera comporta;

- incremento della rosa delle risposte al bisogno a più ampie fasce di popolazione;
- accesso ai servizi non limitato dal solo parametro di reddito;
- inserimento dell'assistente familiare nella rete dei servizi ;
- erogazione di una tipologia sempre più articolata di interventi domiciliari.

E' in questa direzione che i servizi di assistenza domiciliari erogati da parte dell' Ente pubblico dovranno essere ulteriormente ripensati, individuando nuove potenzialità e strategie di offerta e allo stesso tempo salvaguardando uno spazio d'intervento a favore delle persone necessitanti di maggior tutela e/o di un progetto di intervento particolare.

Tali situazioni di maggior tutela potrebbero riscontrarsi in un contesto di scarsa capacità di autodeterminazione, di basso reddito, di assenza di significativo supporto familiare di riferimento e/o di inidoneità della rete, di gravità del quadro sociale e/o sanitario, di presenza di barriere architettoniche che rendono accessibili con difficoltà gli spazi di vita.

Si dovrà inoltre tenere conto della diffusione nel territorio del cosiddetto "badantato", e perciò l'Ente Pubblico dovrà avere sempre più funzioni:

- di integrazione e sostegno dell'attività svolta dalle assistenti familiari, assicurando anche alcuni qualificati interventi tecnico-professionali di cura della persona;
- di tutoring delle situazioni seguite prevalentemente dalle assistenti familiari, con attività di affiancamento, formazione e/o di supervisione "in situazione".

In questa prospettiva le recenti normative regionali relative ai progetti di lungo assistenza e ai contributi economici di sostegno alla domiciliarità (Assegni di cura)

rappresentano la base da cui partire per una ridefinizione dei servizi di assistenza domiciliare che contempra la presenza nel mercato dell'offerta di erogatori esterni accreditati.

E' fondamentale infatti che accanto ai servizi pubblici progettati e/o gestiti direttamente dai servizi consortili, e a quelli interamente scelti e pagati dal cittadino si sviluppi un'area d'intervento con servizi erogati da una rete di fornitori accreditati (Cooperative Sociali e privati), che il cittadino può scegliere pagando il servizio direttamente e "spendendo" "il contributo economico di sostegno alla domiciliarità," erogato dall' Ente pubblico che in parte (quota sociale) sarà inversamente proporzionale al reddito posseduto.

L'accREDITAMENTO, con le suddette provvidenze, potrebbe essere rivolto solo a quelle Agenzie che sono disposte ad accettare alcuni vincoli posti dall' Ente pubblico quali, ad esempio:

- adottare il tariffario stabilito con l'Ente pubblico;
- assicurare l'effettiva apertura sul territorio di uno sportello informativo;
- assicurare iniziative di capillare informazione sui servizi e sulle prestazioni;
- garantire interventi domiciliari secondo il piano assistenziale individuale predisposto con il coinvolgimento dell' Unità di Valutazione Geriatrica;
- assumere funzioni d'integrazione agli interventi direttamente erogati dall'Ente pubblico;
- mettere a disposizione del territorio sia assistenti domiciliari (OSS) e sia assistenti familiari ("badanti");
- le prestazioni di assistenza familiare dovranno essere rese da personale assunto per conto dei beneficiari dall'Agenzia accreditata con contratto di lavoro domestico o direttamente dal cittadino;

- disporre di un organico effettivo di assistenti domiciliari (OSS) e di un coordinatore tecnico con esperienza nel coordinamento dei servizi domiciliari disponibili ad operare nel territorio di assegnazione;
- essere disponibili a fornire altre prestazioni domiciliari di supporto, relative a:
 - interventi di manutenzione dell'ambiente di vita e, nello specifico:
 - sgombero locali;
 - riparazioni di oggetti ed impianti ad uso domestico e/o piccole manutenzioni;
 - pulizia straordinaria da effettuarsi, se necessario, con l'uso di macchinari;
 - lavaggio e stiratura di biancheria ad uso personale e della casa, non effettuabile al domicilio dell'utente;
 - interventi specifici sulla persona, richiedenti l'intervento di un podologo o di un parrucchiere;
 - servizio pasti.

E' evidente che una ridefinizione del mercato dell'offerta dei servizi domiciliari con queste articolazioni, necessita di una profonda trasformazione rispetto all'esistente e necessita di un adattamento soprattutto della cooperazione sociale a nuove condizioni di mercato, segnate in questo settore dal passaggio dal sistema dell'appalto per l'affidamento di servizi di assistenza domiciliare da parte del pubblico, al sistema della competizione basato sulla soddisfazione del cliente e perciò della qualità del servizio.

Tale trasformazione necessita però, di volumi di stanziamento finanziario da parte degli enti pubblici (Asl ed EE.GG.\Comuni) dedicati alle cure domiciliari, di misura sufficientemente ampia, per l'assunzione di un ragionevole rischio d'impresa e per la garanzia rispetto alla continuità assistenziale del servizio.

Da questo punto di vista è difficile immaginare che ambiti di popolazione come gli attuali distretti sanitari e\o EE.GG., siano funzionali allo scopo, mentre è possibile immaginare che ambiti sovradistrettuali o di Asl abbiano l'economia di scala sufficiente che a sua volta potrebbe ulteriormente essere rafforzata inglobando nell'affidamento dei servizi le cure domiciliari relative al cosiddetto ambito della post acuzie, ovvero le assistenze domiciliari in fase "intensiva ed estensiva".

Le azioni previste dal presente Piano sociale per affrontare tali problematiche sono rappresentate dall'avvio di Tavolo congiunto fra Assessorato al Welfare, Assessorato alla tutela della Salute e Sanità, Comuni\EE.GG. dei servizi socio-assistenziali e Terzo settore che entro il primo semestre 2010, esamini ed elabori una proposta di normativa regionale di regolamentazione dell'ambito delle Cure Domiciliari, nella direzione di quanto precedentemente esaminato.

2.1.5 Il sistema formativo degli operatori sociali e le figure professionali dei servizi.

Analisi del contesto

La Regione Piemonte, fin dagli anni 80, ha valorizzato la formazione degli operatori come un elemento fondamentale per la qualità del sistema integrato di servizi alla persona e per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate, e ne ha promosso lo sviluppo, attraverso la qualificazione e riqualificazione delle diverse professionalità.

La L.R. 08/01/2004, n. 1, in particolare, ha disegnato un quadro istituzionale nel quale la Regione, le Province e gli Enti gestori istituzionali dei servizi sociali, ciascuno per la propria competenza, promuovono iniziative formative a sostegno della qualificazione delle professioni sociali, riconoscendo alla formazione degli operatori sociali una importante funzione strategica, in quanto rappresenta uno degli strumenti diretti a perseguire la qualità e l'efficacia del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

In quest'ottica, nel corso degli ultimi anni, la Regione ha proseguito il rapporto di collaborazione con le Province, avviato nel 2002 a seguito del trasferimento delle funzioni amministrative a quest'ultime, allo scopo di garantire l'omogeneità delle scelte operative per la formazione degli operatori sociali su tutto il territorio regionale finanziata con risorse provenienti dal settore sociale. Sono state, pertanto, condivise le linee guida riguardanti le attività formative sia con riferimento al triennio 2006/2008, sia con riferimento all'anno formativo 2009/2010. E', inoltre, continuato il lavoro di collaborazione con la direzione regionale Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro con riferimento agli atti di indirizzo regionale per la predisposizione dei bandi provinciali, all'interno della nuova programmazione dei fondi strutturali, in particolare relativamente alle Direttive "Mercato del Lavoro" ed "Occupati", dove alcune tipologie di corsi per operatori sociali vengono finanziati grazie a risorse comunitarie (FSE).

Tale collaborazione è proseguita anche per quanto riguarda il settore degli standard formativi per la condivisione delle diverse problematiche connesse alla formazione degli operatori del comparto sociale (ad es. definizione dei profili standard, nonché definizione dei contenuti e delle modalità di somministrazione delle prove finali). In tale ambito è stato definito, nel corso del 2008, il profilo e lo standard formativo del "Direttore di comunità socio-sanitaria", i cui corsi sono stati attivati a partire dall'anno formativo 2008/09, e di "Coordinatore di nucleo in comunità socio-sanitaria", in attuazione della D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226, relativa al nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

Si è inoltre consolidato il rapporto di collaborazione con le Università piemontesi relativamente alla realizzazione del corso di laurea interfacoltà per Educatore Professionale e del corso di laurea in Servizio Sociale, al fine di garantire un alto standard formativo di tali operatori e sostenere gli aspetti professionalizzanti del percorso di studi. Pertanto, nel rispetto dei principi contenuti nell'intesa programmatica tra Regione e Atenei piemontesi, si è provveduto al rinnovo della convenzione per l'anno accademico 2008/09 per la realizzazione dei suddetti corsi di laurea.

Sempre nell'ambito di tali rapporti di collaborazione, è continuata la partecipazione ai comitati di indirizzo, attivati dalle Università degli Studi di Torino e del Piemonte Orientale, relativi ai corsi di laurea in Servizio Sociale e per Educatore Professionale, quali utili strumenti di raccordo con il territorio.

Infine, allo scopo di accrescere la qualificazione del personale socio-assistenziale con lo sviluppo e il rafforzamento delle competenze specifiche nei vari settori operativi, sono state sostenute le iniziative promosse dalle Università, volte alla realizzazione di Master universitari attinenti all'area dei servizi sociali, mettendo a disposizione alcune borse di studio destinate ad operatori sociali impegnati nei servizi sociali territoriali.

Particolarmente qualificante è stata, infine, l'organizzazione di progetti di scambio con altri paesi europei, all'interno del programma europeo Leonardo da Vinci - Travel Care - Trainers Travelling to Compare European Social Care System, grazie al quale sono state effettuate numerose visite di studio all'estero (Finlandia, Olanda, Spagna, Irlanda del Nord, Romania), da parte di gruppi di operatori piemontesi e sono stati accolti in Piemonte operatori stranieri, su temi di interesse delle politiche sociali.

LE PRINCIPALI CRITICITÀ RILEVATE

1. Complessità del quadro normativo di riferimento

Il percorso effettuato dalla Regione Piemonte nel settore della formazione degli operatori sociali, in particolare nell'ultimo decennio, si è svolto all'interno di un quadro giuridico di riferimento estremamente complesso e a volte contraddittorio.

Con il D.Lgs. 112/98 veniva introdotto nell'ordinamento il concetto di “professione sociale”, mantenendo in capo allo Stato la funzione di fissare i requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali nonché le disposizioni generali concernenti i requisiti per l'accesso e la durata dei corsi di formazione professionale.

Con l'art. 12, comma 2 della L. 328/2000 si rinviava a un successivo decreto la definizione, d'intesa con la Conferenza unificata, delle figure professionali sociali.

Con la modifica del Titolo V della Costituzione le professioni vengono individuate fra le materie di legislazione concorrente per le quali spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Su tale materia si è espressa più volte la Corte Costituzionale ribadendo che, nelle materie di legislazione concorrente, la legislazione regionale deve svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali determinati a livello statale.

In carenza di tale determinazione, il tema delle professioni sociali è stato oggetto negli anni più recenti di numerosi confronti e specifiche ricerche che hanno evidenziato in maniera forte la necessità di definire in maniera chiara e condivisa i profili, le competenze e i percorsi formativi delle figure professionali afferenti al settore sociale.

E' peraltro necessario che la costruzione di una coerente filiera professionale (alla quale dovrà corrispondere una efficace filiera formativa che faccia dialogare i canali della formazione professionale, dell'istruzione scolastica, dell'università), presupponga un percorso di condivisione fra il livello di governo centrale, le Regioni e le Autonomie locali.

2. La gestione della formazione

Con riferimento ai percorsi attivati all'interno della Formazione Professionale regionale, sono emerse alcune criticità in parte dovute alla complessità del sistema stesso. Si evidenzia in particolare come siano molti gli attori e i livelli istituzionali coinvolti: la Regione (nelle direzioni Politiche Sociali, Formazione Professionale, Sanità), le Province (area servizi sociali e formazione professionale), gli Enti gestori dei servizi sociali, gli enti di formazione accreditati.

Il trasferimento di funzioni alle Province, sostenuto dalla Regione attraverso l'approvazione di linee guida riguardanti le attività formative per gli operatori dei servizi sociali finanziate con fondi regionali, ha garantito senza sostanziali soluzioni di continuità la promozione della formazione degli operatori sociali nel territorio regionale, consentendo alle Province stesse di acquisire competenze e conoscenze nel settore specifico. Dall'altro lato ha posto il livello regionale di fronte alla necessità di migliorare il proprio ruolo di regia complessiva del sistema, dotandosi di strumenti condivisi per supportare la programmazione e il monitoraggio degli interventi. In particolare si è riscontrata la necessità di migliorare le procedure informatiche che supportano tale attività al fine della messa a punto di un coerente sistema informativo sulle attività di formazione erogate. In parallelo dovrà essere migliorato il sistema di raccolta dati sugli operatori impegnati nei servizi, che attualmente utilizza strumenti non del tutto coerenti fra loro, con l'obiettivo anche di migliorare i tempi di rilevazione.

Ulteriore area di criticità è stata rilevata con riferimento all'analisi dei fabbisogni formativi provenienti dal territorio che ha visto gli Enti gestori dei servizi sociali impegnati in maniera molto disomogenea.

Per quanto riguarda le attività finanziate attraverso il Fondo Sociale Europeo si riscontra l'opportunità di lavorare per una migliore congruenza fra la programmazione di area sociale e l'attività di formazione attivata dal sistema della formazione professionale, sia in termini di tipologia di corsi da attivare, sia di contenuti formativi.

3. La formazione dell'Operatore socio-sanitario (O.S.S.)

Con riferimento a quanto appena citato è emersa evidente, per quanto riguarda l' O.S.S., la necessità di equilibrare maggiormente l'offerta formativa di base valorizzando i percorsi di 1000 ore e legando più strettamente la programmazione dei percorsi modulari a una puntuale analisi dei fabbisogni formativi da realizzare per ambito provinciale.

Per quanto riguarda in particolare i percorsi modulari, infatti, non sempre si è riscontrato un utilizzo coerente con le esigenze formative espresse dai territori. Tali elementi di criticità evidenziano l'opportunità di ripensare allo standard formativo, in particolare per quanto riguarda il primo modulo ("Elementi di assistenza familiare"), con riferimento alla formazione delle c.d. assistenti familiari. Ciò anche in relazione agli esiti del lavoro di esame di diverse proposte di legge sulla figura dell'assistente familiare in sede di consiglio regionale.

Si è riscontrata, inoltre, una carenza di raccordo e complementarità fra i diversi canali di finanziamento dei corsi (FSE nelle varie direttive e fondi Politiche Sociali).

Rimane un rilevante elemento di criticità, particolarmente sentito all'interno dei servizi residenziali per anziani, la mancata attivazione del percorso di formazione dell' O.S.S. con formazione complementare.

Come pure resta da definire la questione relativa al riconoscimento dei titoli di area socio-sanitaria acquisiti all'estero, ai fini dell'equivalenza alle qualifiche regionali o dell'accesso ai corsi di formazione.

4. La riqualificazione degli operatori in servizio

Con l'anno formativo 2008/09 si è attivato l'ultimo ciclo di corsi di riqualificazione destinati agli operatori in carenza del titolo di O.S.S. e di educatore professionale (E.P.).

Tuttavia, nonostante l'obbligo del possesso dei prescritti titoli professionali ai fini dell'esercizio delle funzioni socio-assistenziali in ambito regionale, contenuto nella L.R. 1/04, si riscontrano ancora numerose situazioni di inadempienza soprattutto da parte dei presidi per anziani per quanto riguarda la qualifica di O.S.S., anche se tale situazione non è omogeneamente distribuita in tutto il territorio regionale.

Il grande sforzo richiesto al sistema per adempiere alla previsione della L.R. 1/04 ha sortito i migliori effetti laddove l'Ente gestore ha saputo svolgere in maniera sistematica e organica sia il ruolo di lettore dei bisogni formativi del territorio, sia quello di erogatore della formazione (direttamente o tramite agenzia formativa), ma soprattutto una ferma azione di vigilanza sulle strutture all'interno di un percorso di qualità e crescita.

Ove tali condizioni sono venute meno si riscontra la necessità di promuovere un metodo di lavoro che coniughi tutte le suddette dimensioni, nella consapevolezza che gli interventi formativi possono raggiungere i propri obiettivi solo se strettamente coordinati con l'attività di vigilanza e promozione. Le linee guida regionali per la formazione degli operatori sociali – anno 2009/2010, introducendo la possibilità di attivare corsi di base biennali destinati a

operatori in servizio privi di qualifica, pur venendo incontro alle specifiche esigenze formative di parte del territorio, prevedono una serie di regole e limitazioni che vanno nella direzione di una maggiore integrazione di tutti i soggetti coinvolti a livello territoriale.

Ulteriore area di criticità riguarda la figura dell'Educatore Professionale, in particolare in seguito alla nota prot. 293/UC/SAN del 18/02/2009 di oggetto "Precisazioni sul profilo dell'Educatore professionale", con cui l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione ha inteso fornire ai servizi sanitari indicazioni in merito alla validità dei titoli di educatore professionale, a seguito delle richieste di chiarimenti provenienti dal territorio.

Tale intervento si è reso necessario per rispondere alle criticità riscontrate dalla Direzione regionale Sanità rispetto all'utilizzo di operatori con funzioni educative nei servizi sanitari e ha aperto una riflessione anche per quanto riguarda i servizi dell'area socio – sanitaria, nei quali la sanità partecipa finanziariamente. Un gruppo tecnico Regione – Università è stato istituito con l'obiettivo di lavorare a un percorso condiviso per rispondere alle suddette criticità.

5. La formazione universitaria

Buona parte degli operatori dei servizi sociali e sanitari (assistenti sociali, educatori professionali, infermieri...) sono oramai formati a livello universitario. Tali operatori, ai quali si chiede nel territorio una forte capacità di agire in rete e di lavorare in situazioni multiprofessionali, vengono formati attraverso canali formativi rigidamente separati. La carenza di momenti formativi comuni di carattere interfaccoltà si scontra negativamente con la pratica professionale e costringe a recuperare gli aspetti di intersectorialità successivamente attraverso la formazione permanente.

Tali corsi di laurea sono tutti caratterizzati da una forte presenza del tirocinio professionale, quale parte integrante e qualificante degli stessi. Sul versante accademico, tuttavia, occorre migliorare la percezione dell'importanza del tirocinio in un rapporto di reciproca valorizzazione fra teoria e prassi. Parimenti, sul versante dei servizi, si riscontra a volte una certa difficoltà all'accoglimento dei tirocinanti, a causa dell'onere conseguente e della perdita del valore dell'affiancamento professionale. Tale situazione ha comportato una certa difficoltà di collocazione degli studenti in tirocinio che rischia di ripercuotersi negativamente sull'efficacia dell'intervento formativo.

Per quanto riguarda i master post laurea attivati su tematiche di interesse specifico del settore sociale, il sostegno finanziario della Regione, attraverso borse di studio destinate agli operatori dei servizi, ha senz'altro garantito una opportunità formativa di alto livello. Tuttavia si rileva che l'attivazione di tali master è avvenuta al di fuori di una programmazione complessiva dell'alta formazione di area sociale, che tenga conto di priorità concordate fra Università, Regione e territorio.

6. La formazione permanente

Il grosso sforzo fatto negli ultimi anni da tutto il sistema per completare la riqualificazione del personale in servizio privo dei titoli prescritti ha necessariamente posto in secondo piano la formazione permanente destinata agli operatori già in servizio.

Va senz'altro ampliata, pertanto, l'offerta formativa attivata all'interno dei bandi provinciali - Fondo Politiche Sociali, rendendola sempre più rispondente ai bisogni del territorio, sia per contenuti formativi, sia per capillarità territoriale.

Per quanto riguarda i corsi finanziati tramite FSE, si è riscontrata una certa difficoltà nell'utilizzo dello stesso, a causa sia della scarsa conoscenza dei diversi canali di finanziamento, sia per una certa rigidità e complessità degli stessi. Relativamente ai

destinatari, ad esempio, i vincoli presenti nelle varie direttive rendono difficile inserire nei corsi operatori di diversa provenienza quanto a rapporto di lavoro o settore di appartenenza (pubblico, privato, cooperative, servizi sanitari), ma che agiscono nel territorio in situazioni di lavoro comuni o multiprofessionale.

Obiettivi

Sulla base dei buoni risultati raggiunti e con l'obiettivo di superare le criticità rilevate, la Regione, proseguendo il percorso intrapreso fin dagli anni 80, intende promuovere la formazione e sostenere la professionalità degli operatori del settore sociale quale strumento importante di politica sociale per la realizzazione degli obiettivi previsti dal presente Piano.

Nella consapevolezza che gli obiettivi che il Piano si propone mirano a realizzare una maggiore qualificazione dell'intero sistema di servizi alla persona, diventa priorità cruciale promuovere la valorizzazione ed il potenziamento delle risorse professionali, sia qualificando la formazione di base, sia promuovendo percorsi di aggiornamento, di riorientamento delle competenze, di supporto e accompagnamento degli operatori, in linea con gli obiettivi strategici regionali.

La capacità di lavorare in modo integrato ed unitario sottesa al metodo della programmazione partecipata presuppone che destinatari degli interventi di formazione siano tutte le diverse figure professionali coinvolte, di tutti i soggetti istituzionali, sia del settore pubblico sia di quello privato, del Terzo settore, nonché gli amministratori locali.

Si ritengono, pertanto, prioritari i seguenti obiettivi:

- Contribuire, in sede regionale e nazionale, al riordino del sistema delle figure professionali sociali, secondo una logica di razionalizzazione e condivisione, sia per quanto riguarda i profili, sia per quanto riguarda le competenze e i percorsi formativi. Ciò nell'ottica di tutelare prima di tutto gli utenti dei servizi in un sistema sempre più esternalizzato, ma anche gli operatori stessi.
- Definire, in accordo con le Province, un quadro organico di interventi formativi per il periodo di vigenza del Piano, che risponda ad obiettivi di qualificazione e razionalizzazione del sistema, nell'ottica di un ottimale utilizzo dei diversi canali finanziari e di una migliore rispondenza ai bisogni del territorio. In tale quadro dovrà essere valorizzata la programmazione partecipata e condivisa nei diversi territori, ma anche la messa a regime delle procedure informatiche a supporto della formazione e di adeguate metodologie di analisi dei fabbisogni formativi.
- Migliorare il raccordo fra la programmazione di area sociale e quella del sistema della formazione professionale, sia in termini di tipologia di corsi da attivare, sia di contenuti formativi, sia di utilizzo delle risorse.
- Promuovere, nel quadro più generale di rapporti fra la Regione e le Università piemontesi, una specifica sede di discussione con le facoltà coinvolte nella formazione degli operatori sociali al fine di condividere le priorità formative in base alle politiche di welfare regionale.
- Valorizzare la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori, che dovrà accompagnare i processi di cambiamento e di riorganizzazione dei servizi e supportare la programmazione integrata.
- Attivazione, in accordo con le Province, di un rigoroso sistema di monitoraggio sull'attività di formazione e di verifica dell'efficacia degli interventi formativi.

Azioni di Piano

Con riferimento ai macro obiettivi sopra citati si identificano come prioritarie le seguenti azioni:

- Partecipazione ai tavoli tecnici promossi a livello centrale e interregionale finalizzati al riordino delle professioni sociali.
- Ricognizione su base provinciale di tutti i corsi di formazione attivati all'interno del sistema della formazione professionale nel settore socio-assistenziale, attraverso i diversi canali di finanziamento, per quanto riguarda sia i corsi miranti all'ottenimento di una qualifica, sia quelli di aggiornamento. Tale monitoraggio dovrà mirare a una razionalizzazione complessiva dell'offerta formativa e a una sua migliore rispondenza ai bisogni del territorio.
- Promuovere, in collaborazione con le Province, la programmazione dell'attività formativa finanziata con il fondo Politiche Sociali, sulla base delle priorità generali indicate dal presente Piano e delle specificità dei diversi territori. Inoltre incentivare, da parte di Province e Enti gestori, l'utilizzo della specifica procedura informatica, quale essenziale strumento di gestione dell'attività, per garantire all'intero sistema la disponibilità in tempi veloci di dati sulle attività formative attivate.
- Supportare il territorio affinché vengano messe a punto adeguate analisi dei fabbisogni formativi.
- Migliorare il sistema di raccolta ed elaborazione dati sugli operatori presenti nei servizi e presidi, rendendo coerenti fra loro i diversi strumenti di rilevazione utilizzati, nella parte relativa alle figure professionali. Migliorare i tempi di rilevazione e di fruibilità dei dati e garantirne la restituzione al territorio.
- Creare specifici momenti di raccordo con la Direzione regionale Formazione Professionale-Lavoro con riferimento alla formazione degli operatori sociali.
- Rivedere lo standard formativo dell' O.S.S. e i relativi percorsi modulari e, con riferimento allo stesso, definire lo standard formativo dell'assistente familiare, mirante all'ottenimento di una specifica qualifica, anche in relazione agli esiti del lavoro di esame delle diverse proposte di legge sulla figura dell'assistente familiare in sede di consiglio regionale.
- Attivare, di concerto con le Direzioni regionali Sanità e Formazione Professionale - Lavoro, il percorso di formazione complementare in assistenza sanitaria per l' O.S.S.
- Promuovere, di concerto con le succitate direzioni regionali, la costituzione di un tavolo tecnico che affronti la problematica dei titoli di area socio-sanitaria acquisiti all'estero.
- Avviare un stretto raccordo con le commissioni di vigilanza promuovendo una costante attività di verifica del possesso dei titoli prescritti dalla normativa.
- Qualificare in maniera sempre maggiore l'intervento finanziario della Regione a favore dei corsi di laurea in Servizio Sociale e per Educatore Professionale nella direzione di una maggiore aderenza della formazione alle richieste del mondo del lavoro.
- Rivedere l'attuale modalità di sostegno ai master universitari di ambito sociale (attualmente attuato attraverso l'attribuzione di borse di studio destinate agli operatori), vincolando l'intervento regionale a delle priorità concordate con le Università in coerenza con il presente Piano e con le attività di promozione dell'alta formazione messe a punto dalla Direzione Formazione Professionale – Lavoro. Prevedere contestualmente anche

una condivisione dei contenuti formativi sulla base delle effettive esigenze dei servizi e criteri di accesso che favoriscano la partecipazione degli operatori.

- Incentivare momenti di formazione congiunta fra i diversi corsi di laurea per consentire agli operatori in formazione di sperimentare fin da subito situazioni di multiprofessionalità e alta relazionalità.
- Sostenere l'attività di tirocinio professionale, anche promuovendo una specifica riflessione che coinvolga le Province, gli Enti gestori, l'Università e, ove previsto, l'Ordine professionale.
- Promuovere e qualificare, in condivisione con le Province, la formazione permanente, con l'utilizzo sia del fondo Politiche Sociali, sia del FSE, nonché ricercando fonti di finanziamento aggiuntive, introducendo anche meccanismi di ottimale utilizzo delle risorse rispetto agli ambiti territoriali (corsi di area vasta, progetti formativi condivisi fra più enti...)
- Effettuare uno specifico monitoraggio dell'attività formativa a favore dei responsabili dei presidi socio-assistenziali, con riferimento allo standard formativo di "direttore di comunità socio-sanitaria".
- Promuovere, in condivisione con le Province, sulla base di un'attenta analisi del fabbisogno formativo territoriale, la formazione per la figura del "Coordinatore di nucleo in comunità socio – sanitaria".
- Promuovere progetti di scambio e stages formativi a livello nazionale e internazionale nel settore dei servizi sociali, sanitari e formativi.

2.2. OBIETTIVI INTERVENTI E AZIONI DELLE POLITICHE SETTORIALI DI PROMOZIONE REGIONALE

2.2.1. Politiche per le famiglie

PREMESSA

Gli importanti cambiamenti che da qualche decennio interessano tutta la società stanno modificando, anche nella regione Piemonte, la struttura e le dinamiche delle famiglie, determinando sia profonde modificazioni all'interno di essa sia l'emergere di bisogni non solo derivati da situazioni di disagio conclamato ma anche dalla difficoltà di assolvere ai compiti di cura, educazione, socializzazione e solidarietà nei confronti dei propri membri.

In questi ultimi anni è cresciuta la consapevolezza che proprio il rapporto tra famiglia e salute, intesa nella sua accezione più ampia, debba essere affrontato a partire dal ruolo ricoperto dalla famiglia nei confronti dei suoi componenti e nella società senza dimenticare come la famiglia possa costituire per i suoi membri sia una risorsa che un vincolo.

Nel caso della "famiglia-risorsa" le ricadute positive possono essere sostanzialmente ricondotte in primo luogo all'attitudine della famiglia ad aiutare i suoi componenti a far fronte a situazioni di disagio, siano esse di tipo fisico o sociale e alla capacità di assolvere ai compiti di cura e di assistenza informale. Recentemente è andata affermandosi la consapevolezza della centralità del ruolo della famiglia anche in presenza di elevate dotazioni di servizi extradomestici: il care giver familiare continua a svolgere una funzione

di coordinamento specie se il tipo di disagio richiede una forte integrazione dell'offerta di prestazioni. Le compensazioni e le risposte familiari ai bisogni di cura costituiscono dunque un fondamentale momento di potenziamento del sistema sociale e socio-sanitario.

Una seconda ricaduta positiva è senz'altro la possibilità della famiglia di promuovere le capacità dell'individuo e il suo ruolo attivo nel determinare la propria salute e il proprio benessere sia direttamente con le risorse materiali a cui una persona può accedere grazie alla sua appartenenza ad un gruppo, in termini di socializzazione delle risorse, di economie di scala, di cooperazione e informazione, sia indirettamente attraverso le organizzazioni sociali di cui un individuo è membro e che si traduce in fiducia e benessere psicologico.

Ne caso contrario della "famiglia-vincolo", si possono individuare varie forme di ricadute negative a partire dai suoi diversi componenti. Si avranno da un lato le situazioni di patologia delle cure familiari, in particolare trascuratezza e incapacità a provvedere ai bisogni essenziali, o di maltrattamento degli elementi più deboli, minori in particolare. Dall'altro la presenza di situazioni di sovraccarico e di stress tali da minare la salute degli adulti che prestano le attività di cura nella famiglia. In presenza di minori il primo scenario comporta, nei casi più estremi, l'allontanamento dal nucleo, il secondo richiede l'attivazione di supporti per i genitori. Nel caso di anziani invece i problemi riguardano la sfera dell'autonomia, ovvero della capacità e/o possibilità di rimanere nel proprio domicilio e, più in generale, nel contesto relazionale abituale.

La famiglia è dunque uno dei centri intorno al quale ruota l'idea stessa di integrazione di politiche e di servizi, in particolare quelli che riguardano i minori, le fasce deboli e gli anziani.

Occorre infatti promuovere e favorire un approccio complessivo alle problematiche della famiglia, piuttosto che la presa in carico, talora non integrata, dei singoli componenti e potenziare le iniziative di coinvolgimento delle collettività locali rispetto alle problematiche delle famiglie.

Alla famiglia si fa quindi riferimento in tutto il Piano sociale e in particolar modo nel presente capitolo in una logica di trasversalità.

La scelta di individuare obiettivi e azioni dedicate prima di tutto alle famiglie nasce dalla consapevolezza che l'azione di sostegno necessita di interventi integrati in grado di agevolare l'assunzione delle responsabilità familiari soprattutto da parte delle giovani generazioni. Le famiglie vanno sostenute dal punto di vista relazionale e psicologico e vanno supportate con specifici interventi le famiglie che si formano.

Analisi del contesto

Una sintesi degli interventi promossi dalla Regione Piemonte a favore delle famiglie non può prescindere da alcuni cenni di inquadramento generale sui dati e gli indicatori di contesto.⁵

Negli anni più recenti, la costante tendenza ad uno scarso incremento della popolazione piemontese si sta parzialmente invertendo, ma il numero medio di componenti per nucleo familiare rimane, in ogni caso, al di sotto della media nazionale che è di 2,6 unità: il valore regionale è pari a 2,23 unità, con province che superano di pochissimo le due unità.

⁵ I dati riportati sono di fonte ISTAT-Censimento generale della popolazione anno 2001, mentre le elaborazioni riguardanti i nuclei monoparentali e il lavoro femminile sono tratte da "I territori del Piemonte attraverso gli indicatori socio-demografici", a cura del Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino.

Una bassa media di componenti per famiglia corrisponde a quei territori nei quali anche l'incidenza della popolazione minorile è più bassa e nei quali si riscontra una maggior incidenza percentuale di nuclei familiari caratterizzati dalla presenza di anziani.

Un ulteriore accenno va fatto all'incremento del numero di nuclei monoparentali, che in alcune zone del Piemonte si attesta al 9,5% dei nuclei familiari.

Complessivamente l'incidenza di famiglie con al proprio interno minori ed anziani è scarsa: si tratta soltanto di 1.349 nuclei su 791.845, concentrati prevalentemente in territori montani e rurali, ma è in ogni caso un aspetto importante, in quanto il carico sociale delle famiglie è indubbiamente più alto, così come i compiti di assistenza e cura cui far fronte e per i quali, eventualmente, richiedere un supporto.

Un aspetto strettamente collegato appare l'occupazione femminile: un dato significativo risulta essere l'elevata incidenza (oltre il 20%) di donne occupate che lavorano part-time, ma soprattutto la motivazione alla base di tale scelta lavorativa: quasi il 52% dichiara che si tratta di motivi legati alla cura dei figli o di altri familiari.

A fronte della diversificata realtà delle famiglie in Piemonte, come in estrema sintesi delineata, assume particolare importanza una progettazione comune e complessiva di interventi per la famiglia, da parte dei servizi sociali, sanitari, educativi, al fine di diffondere ulteriormente e ricondurre ad unitarietà gli interventi di informazione, prevenzione e sostegno realizzati dagli Enti e dalle risorse operanti sul territorio, agevolando le famiglie nella ricerca delle risposte ai propri bisogni nel proprio contesto di vita e valorizzandone al contempo la centralità e le responsabilità familiari, secondo quanto previsto in particolare dall'art. 16 della L. 328/2000 e dall'art. 41 della L.R. 1/2004, in una prospettiva di promozione e prevenzione.

La Regione Piemonte ha sviluppato negli anni più recenti una pluralità di interventi volti al sostegno delle famiglie, in particolare attraverso iniziative di prevenzione o di sostegno.

Le azioni regionali si sono rivolte alla prevenzione, attraverso l'istituzione di Centri per le Famiglie, a norma dell'art. 42 della L.R. 1/2004, l'avvio della sperimentazione di modelli gestionali dei Centri che coinvolgano anche le Associazioni ed il settore Non profit, e la promozione del Progetto Gemelli, tutte attività che favoriscono la creazione e il mantenimento di dinamiche costruttive all'interno del nucleo familiare.

Un'altra attività di prevenzione promossa dalla Regione è stata, in attuazione L. 296/2006 (legge finanziaria per l'anno 2007), l'approvazione di linee progettuali in materia di:

- sperimentazione di iniziative di abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie con numero di figli pari e superiori a quattro;
- progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori familiari, comunque denominati ed articolati in sede regionale, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie;
- progetti sperimentali e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari.

Le attività di sostegno della Regione negli anni più recenti si sono inoltre focalizzate sulla promozione di interventi precoci a favore delle famiglie in situazioni problematiche con uno o più figli neonati, alle gestanti che necessitano di specifici sostegni (in merito al riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati ed al diritto al segreto del parto), ai nuclei monoparentali e alle donne vittime di violenza sessuale (promozione di progetti sperimentali a sostegno delle donne vittime di violenza, delle gestanti in difficoltà e della

maternità, sostegno delle attività del Centro di Soccorso SVS presso l'Ospedale S. Anna di Torino-iniziativa integrata con le azioni previste dal Piano Regionale per la Prevenzione della Violenza contro le Donne e per il Sostegno alle Vittime, approvato nel luglio 2008).

L'attenzione dell'Amministrazione Regionale verso il fenomeno della violenza contro le donne ha inoltre trovato significativa espressione nell'approvazione della L.R.n.16 del 29 maggio 2009, "Istituzione dei centri antiviolenza con case rifugio", attraverso la quale è prevista una diffusione sempre più capillare delle risposte di accoglienza e protezione delle donne vittime di violenza su tutto il territorio regionale, attraverso la collaborazione degli Enti e delle associazioni impegnati nel settore.

Obiettivi

Il quadro complessivo evidenzia la necessità di un approccio alla famiglia come risorsa del sistema, che va riconosciuta come tale ed aiutata e sostenuta ad essere e rimanere risorsa per i suoi componenti, siano essi minori, anziani o disabili.

In questa prospettiva, l'impegno fondamentale è quello di ricondurre a sistema un insieme articolato e complesso di interventi ed azioni .

A questo proposito possono essere coniugati i seguenti obiettivi:

- Sostenere le famiglie assicurando un concreto supporto di informazione e formazione per favorire la condivisione delle responsabilità familiari nelle diverse fasi del ciclo vitale;
- assicurare una diffusione capillare, aggiornata ed efficace presso le famiglie che si formano di tutte le informazioni disponibili sui servizi e le opportunità del proprio territorio;
- sostenere le famiglie che si rendono disponibili ad accogliere minori, sia in affidamento che a scopo di adozione;
- rafforzare il ruolo dei Centri per le Famiglie, anche in raccordo con i Consulenti Familiari;
- promuovere gli interventi volti al coinvolgimento ed all'integrazione delle famiglie straniere;
- sostenere e rafforzare l'autonomia per i nuclei monoparentali, divenuti tali anche a seguito di episodi di violenza intrafamiliare, maltrattamenti e/o abusi;
- sostenere le famiglie che si formano ed intendono avere figli con un'offerta differenziata di servizi accessibili ed adeguati alle esigenze di natura educativa, organizzativa e culturale delle famiglie stesse;
- potenziare le iniziative per la conciliazione dei tempi di lavoro/di cura e per la condivisione delle responsabilità familiari.

Azioni di Piano

Le azioni per perseguimento degli obiettivi enunciate sono successivamente indicate:

1. adozione, entro il 2010, di un provvedimento regionale che preveda la promozione da parte dei Comuni, in forma singola o associata, di una "Carta dei servizi e delle opportunità per le famiglie", individuandone le caratteristiche fondamentali, la periodicità minima di aggiornamento e le modalità di diffusione presso vari punti di accesso dei servizi esistenti, in accordo con la Sanità e la Scuola;

2. revisione delle modalità di realizzazione dei corsi di informazione e formazione per le coppie aspiranti all'adozione;

3. emanazione, entro due anni, di apposite linee guida regionali sui Centri per le Famiglie. Le suddette linee guida dovrebbero prevedere, tra l'altro: la continuità/sviluppo degli interventi attivati con i finanziamenti finora assegnati, riconducendoli, laddove possibile, a punti di riferimento territoriali unici, facilmente identificabili per le famiglie; il potenziamento delle funzioni di sostegno psicologico dei Consulenti Familiari, in raccordo con i Centri per le Famiglie, attraverso la previsione di appositi protocolli a livello territoriale; la realizzazione di percorsi di informazione/formazione per le coppie che intendono creare una nuova famiglia; la realizzazione delle attività dei Centri, complessivamente intese, in sinergia con le realtà associative del territorio.

4. individuazione, attraverso un confronto con la Sanità, di modalità organizzative per potenziare/assicurare il sostegno relazionale e psicologico dei membri della famiglia, nelle diverse fasi del suo ciclo di vita (relazioni di coppia, genitori/figli, con l'anziano, con il figlio adulto...), ai nuclei familiari con componenti fragili ed ai nuclei in fase di separazione;

5. avvio del monitoraggio della realtà delle associazioni familiari in Piemonte e dell'apporto assicurato dalle medesime ai Centri per le Famiglie e promozione della loro diffusione;

6. sviluppo di sperimentazioni per l'accoglienza ed il supporto dei nuclei monoparentali e delle donne vittime di violenza e per favorirne il successivo percorso di autonomia, anche in raccordo con le previsioni e misure attuative della L.R.n.16/2006 (in materia di sostegno alla maternità e diritto alla segretezza del parto) e le azioni di cui al Punto 7

7. definizione di linee guida per la realizzazione degli interventi su tutto il territorio regionale, anche in raccordo con le strategie promosse dall'Assessorato Regionale alle Pari Opportunità e delineate nel Piano Regionale per la Prevenzione della violenza contro le donne e per il sostegno alle vittime e le azioni previste dalla L.R.n.16/2009 (Istituzione dei centri antiviolenza con case rifugio);

8. promozione di un Tavolo regionale interdirezionale per le politiche di conciliazione nell'ambito del lavoro, della formazione, delle banche del tempo, e per l'individuazione e il sostegno di buone prassi;

9. studio ed elaborazione, in collaborazione con le Autonomie Locali, di linee guida che definiscano regole comuni d'intervento da parte degli EE.LL. per la determinazione dei criteri di priorità per l'accesso ai servizi a domanda individuale (nidi, mense scolastiche, servizi extrascolastici, ecc).

2.2.2. Politiche per la tutela dei minori e della genitorialità

Analisi di contesto

In questi ultimi anni ha cominciato a diffondersi anche tra non-esperti la percezione che, dopo anni, la costante tendenza alla denatalità si stia, seppur timidamente, invertendo: nella nostra regione i minori sono aumentati dal 2001 al 2007 sia come valore assoluto, circa 55.445 unità, sia in percentuale sul totale della popolazione (dal 14,55% al 15,19%).

L'incremento maggiore sulla popolazione si evidenzia per le province di Asti (+1,00%) ed Alessandria (+0,95%) mentre Cuneo mantiene la più alta percentuale di minori sul totale della popolazione.

Complessivamente, il fenomeno dell'aumento della popolazione viene correlato con un significativo incremento del numero di cittadini stranieri: il Piemonte resta, infatti, una delle aree italiane dove si concentra maggiormente l'afflusso e l'insediamento della popolazione immigrata. La tendenza appare confermata anche dal continuo aumento, evidenziato negli studi di settore, del numero degli allievi stranieri nelle scuole del Piemonte.

In Piemonte da tempo si è avviata e realizzata una rete di protezione dei minori che ha portato negli ultimi anni allo sviluppo di iniziative sia sul versante della formazione degli operatori sulle problematiche minorili, sia di rafforzamento dell'azione normativa, per assicurare alle bambine e ai bambini il diritto a crescere bene nella propria famiglia o, quando non più possibile, in una famiglia affidataria o adottiva.

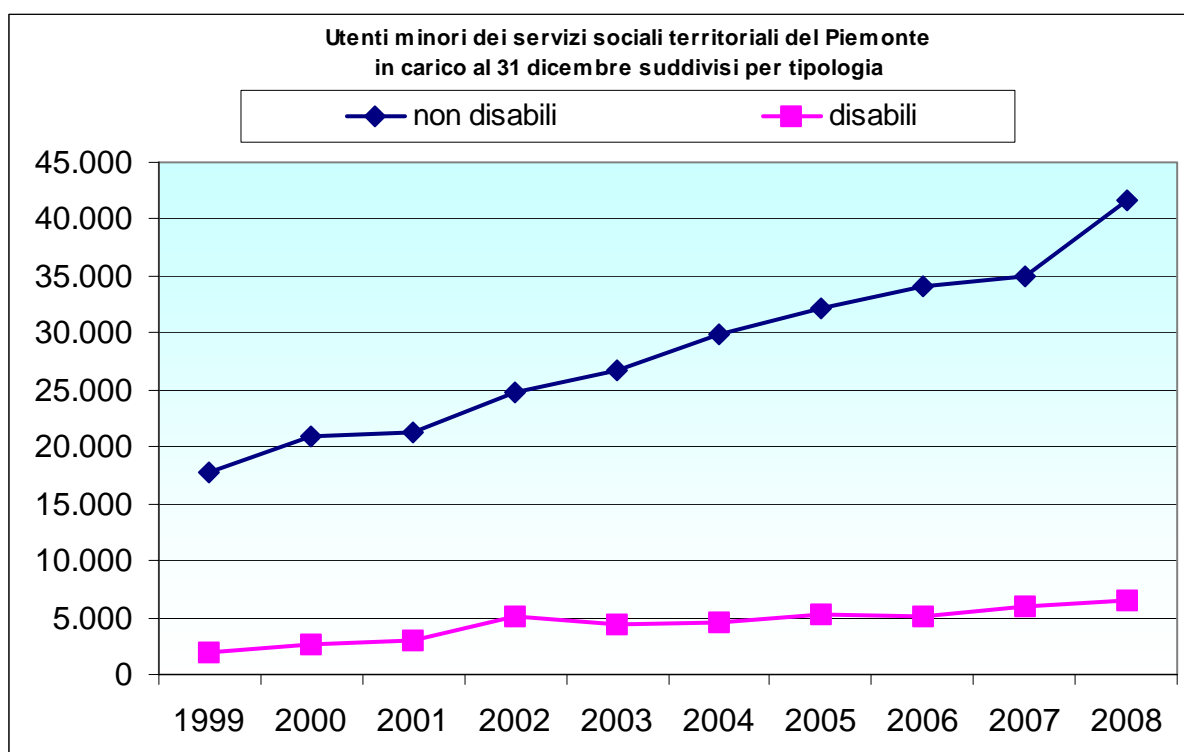
In questi stessi anni l'azione della Regione è stata anche supportata dal Consiglio regionale sui Problemi dei Minori e dalla Consulta Regionale Affidamenti e Adozioni, organi consultivi della Regione che svolgono un'importante funzione di promozione, proposta e approfondimento in questo settore.

Inoltre l'attuazione della L. 285/97 ha rappresentato per il Piemonte un'importante opportunità di sviluppo di interventi innovativi per i minori e le famiglie, di avvio di servizi di base prima inesistenti, di ampliamento delle proposte.

Al 31.12.2008, i minori seguiti dai Servizi Sociali risultavano essere 48.233 (di cui 6.539 minori disabili e 41.694 minori non disabili), pari al 7,17 della popolazione residente della fascia 0/17 anni, con situazioni e percentuali variabili sulle diverse province:

Provincia	Minori non disabili	Minori disabili	TOTALE Minori	Indici su popolazione minorile
ALESSANDRIA	4.209	778	4.987	8,46
ASTI	666	193	859	2,61
BIELLA	1.235	169	1.404	5,20
CUNEO	6.096	590	6.686	6,96
NOVARA	3.988	565	4.553	7,94
TORINO	22.473	3.989	26.462	7,53
VERBANIA	1042	78	1.120	4,75
VERCELLI	1.985	177	2.162	8,53
TOTALE	41.694	6.539	48.233	7,17

La tendenza nel periodo dal 2001 al 2008, evidenziata nella sottostante tabella, mostra un costante incremento dei minori in carico ai servizi sociali:



Tale incremento ha alcune significative motivazioni:

- una maggiore attenzione ai segnali di disagio, con la conseguente attivazione di interventi di prevenzione e di presa in carico precoce;
- una maggiore diffusione di situazioni di rischio e disagio sociale;
- una maggiore multiproblematicità dei nuclei familiari che determina anche un allungamento temporale della presa in carico;
- un incremento della presenza di minori stranieri non accompagnati che necessitano di tutela;
- la maggiore presenza di finanziamenti regionali finalizzati.

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi, in prevalenza si tratta di interventi volti a favorire la permanenza dei minori nel contesto della propria famiglia di origine, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e ribadito nel corso degli anni attraverso gli atti di programmazione regionale.

Tra i numerosi interventi regionali, anche normativi, realizzati in questi ultimi anni si segnalano in particolare:

Iniziative per i servizi per la prima infanzia e a supporto alla genitorialità

Nella loro struttura attuale, la maggior parte dei nuclei familiari risulta composta soltanto da genitori e figli, con tempi ed orari di lavoro, di studio, di vita non facilmente conciliabili, in contesti dove, sempre più spesso, è difficile trovare supporto continuativo nell'ambito della rete familiare (i nonni sono troppo anziani, vivono lontano, oppure, ancora giovani, lavorano, o sono a loro volta impegnati in compiti di cura degli anziani della famiglia) o delle risorse informali del territorio.

Oltre alle specifiche iniziative per la realizzazione di nuove strutture, sono state avviate azioni a sostegno della natalità e della prima infanzia, come il sostegno nella gestione degli

asili nido e micro-nidi comunali, la promozione di nuovi convenzionamenti tra Comuni sede di asili nido comunale e Comuni privi di qualsiasi tipologia di servizi per la prima infanzia e il sostegno alle famiglie che ricorrono ai servizi privati (nidi, micro-nidi, baby parking e nidi in famiglia) in assenza di servizi pubblici.

Sono stati attuati inoltre numerosi programmi d'investimento per la realizzazione di nuovi posti in asilo nido e micro-nido, consolidando la distribuzione territoriale dei servizi al maggio 2009 sui seguenti indicatori:

	<i>Popolazione 0-2 anni (dato BDDE 2008)</i>	<i>posti bambino disponibili per servizi prima infanzia al 30/05/2009</i>	<i>Indice posti bambino/popolazione</i>
Alessandria	10.062	1.645	16,35%
Asti	5.643	937	16,60%
Biella	4.316	1.229	28,48%
Cuneo	16.203	2.346	14,48%
Novara	10.209	2.290	22,43%
Torino	62.054	13.204	21,28%
Verbania	3.817	640	16,77%
Vercelli	4.214	823	19,53%
Regione Piemonte	116.518	23.114	19,84%

Iniziative per i minori fuori famiglia: in affido, in comunità e nel settore delle adozione.

Al 31.12.2007, i minori fuori dalla famiglia risultavano essere 3986 dei quali 2828 in affidamento familiare residenziale e diurno e 1.158 inseriti in comunità residenziali. Le situazioni problematiche interessano tutte le fasce di età, con una prevalenza degli adolescenti, più marcata nel caso degli inserimenti in comunità.

Se il numero degli affidamenti familiari è in costante e significativo incremento, si riscontra comunque tuttora una certa presenza di minori in comunità, con un aumento negli ultimi tre anni.

ANNI	MINORI COMUNITA', IN	MINORI AFFIDAMENTO FAMILIARE IN
1985	2302	1149
1994	1173	1432
1999	1107	2024

2004	1015	2380
2005	1175	2470
2006	1154	2645
2007	1158	2828

Per questo l'Amministrazione Regionale, negli ultimi anni, ha rinnovato il proprio impegno oltre che per il rilancio e la promozione dell'affidamento familiare e per il riordino delle strutture residenziali, anche al fine individuare nuovi interventi per ampliare la gamma delle possibili soluzioni alternative all'inserimento in presidio.

In attuazione della legge n. 149/2001, con D.G.R. 79-11035 del 17 novembre 2003, la Regione ha regolamentato gli affidamenti familiari e il sostegno delle adozioni difficili sia per dare un esplicito riconoscimento al servizio svolto dagli affidatari che per stabilire una linea di condotta omogenea dei servizi sociali e sanitari prevedendo, tra l'altro, una regolamentazione chiara ed uniforme dei rimborsi spese per il servizio reso ed infine fornire alcune indicazioni per armonizzare l'organizzazione dei servizi per l'affido sul territorio.

Con il medesimo atto è stata disposta la corresponsione del contributo spese previsto per l'affido familiare anche in favore per le famiglie che adottano un minore di età superiore a dodici anni o con handicap accertato, fino al compimento del diciottesimo anno di età, anche in presenza di una sentenza definitiva di adozione.

Un'altra iniziativa realizzata in questi anni è stata l'istituzione, a livello sperimentale, del "Servizio affidamento professionale". L'iniziativa è nata anche grazie all'esperienza maturata dagli operatori dei servizi in materia di affidamento familiare per garantire anche ai minori "difficili", quali gli adolescenti o i bambini che provengono da esperienze familiari traumatizzanti, accoglienza in una famiglia disponibile e adeguatamente preparata.

Nel settore delle adozioni, le iniziative regionali più recenti si sono concretizzate nell'adozione di linee di indirizzo per l'organizzazione dei corsi di preparazione per le coppie aspiranti all'adozione nazionale ed internazionale (organizzati dalle Equipres Sovrazionali Adozioni in collaborazione con gli Enti Autorizzati) e delle linee di indirizzo per un percorso metodologico dalla fase preparatoria all'abbinamento alla fase successiva all'adozione.

Un ulteriore obiettivo raggiunto, particolarmente innovativo in quanto non ancora attuato in altre realtà del territorio nazionale, è quello dell'istituzione di un servizio pubblico per le adozioni internazionali tramite un'Agenzia regionale (L.R.30/2001).

All'Agenzia Regionale per le adozioni internazionali sono stati conferiti, a seguito dell'autorizzazione specifica da parte della Commissione nazionale per le adozioni internazionali di cui all'art. 39 della legge 184/83, i medesimi compiti di intermediazione e certificazione che la legge attribuisce agli Enti autorizzati di natura privata. Nel corso degli anni, oltre alle attività finalizzate all'accoglienza di minori stranieri, l'Agenzia ha implementato significativi interventi di cooperazione internazionale, individuando quale area principale la promozione degli istituti corrispondenti a quelli italiani dell'affidamento familiare e dell'adozione nazionale.

Iniziative per i minori disabili

Le difficoltà che affronta quotidianamente una famiglia in cui vive una persona con disabilità, soprattutto se minore, portano a lungo andare all'esaurimento delle sue potenziali risorse: proprio per evitare che ciò accada è necessario non solo attivarsi con sempre più adeguati interventi sanitari ma anche sostenere la famiglia potenziando le politiche sociali finalizzate a migliorare la qualità della vita della persona disabile e del suo nucleo familiare.

Negli ultimi anni l'Assessorato alle Politiche Sociali ha consolidato i servizi più generali di sostegno alla famiglia attraverso i finanziamenti della L. 104/1992 con azioni finalizzate al sostegno della famiglia, interventi di educativa territoriale, interventi di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata, interventi di affidamento diurno e residenziale, azioni finalizzate al potenziamento della rete di Centri Diurni socio-terapeutici educativi e dei Centri Addestramento Disabili, azioni di integrazione scolastica e socio-educativa, progetti e laboratori socio-pedagogici, progetti di integrazione socio-educativa ed extrascolastici, con particolare attenzione a specifici interventi per l'inserimento negli asilo nido, azioni di accoglienza residenziale permanente e temporanea.

Inoltre al fine di favorire una reale integrazione di minori con disturbi del comportamento si è rafforzato il raccordo tra operatori della sanità e del sociale per una congiunta progettualità condivisa anche con il nucleo familiare.

Iniziative per i minori in disagio grave: maltrattati, vittime della pedofilia, entrati nel circuito penale

Il maltrattamento e l'abuso di minori rappresentano ancora, purtroppo, una delle cause di violenza che insidiano l'armonico sviluppo della salute e del benessere psico-fisico degli individui ed il numero dei minori vittime non accenna a diminuire. Le dinamiche che regolano il nesso tra componenti sociali e sanitarie del disagio appaiono, in quest'area, del tutto particolari e a questo proposito è stata realizzata la Campagna regionale di informazione e formazione per il contrasto del fenomeno degli abusi e maltrattamenti ai danni di minori ed è stato istituito il Fondo regionale per il sostegno delle vittime di pedofilia.

Le iniziative regionali in favore dei minori sottoposti a provvedimenti penali si sviluppano nell'ambito delle attività del Settore Minori della Commissione Tecnico Consultiva Disadattamento, Devianza e Criminalità, istituita ex art. 13 D.Lgs. 272/89, che, nel corso degli anni, ha elaborato significative proposte agli Enti istituzionalmente competenti e rappresentati al suo interno, in materia di interventi in ambito penale minorile. In particolare il Progetto Riparazione, formalmente attivato su tutto il territorio regionale nel 1999, si ispira ai principi della giustizia riparativa e prevede:

- attività di utilità sociale per i ragazzi che entrano nel circuito penale per aver commesso alcuni tipi di reati;
- percorsi di mediazione, per la riconciliazione tra vittima ed autore del reato e la riduzione del danno.

Da ultimo, nel gennaio 2008, sono state approvate le nuove "Linee Guida sulla collaborazione tra Servizi dell'Amministrazione della Giustizia, Servizi dell'Ente Locale e Autorità Giudiziaria Minorile nell'applicazione del D.P.R. 448/88-Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni".

Iniziative per i minori stranieri

Nel corso degli ultimi anni, il gruppo di lavoro istituito nell'ambito del settore Minori della Commissione regionale tecnico-consultiva "disadattamento, devianza, criminalità" ha approfondito, con la collaborazione dei rappresentanti di tutte le Istituzioni interessate, le seguenti aree prioritarie di interesse, legate principalmente alla problematica dei minori stranieri non accompagnanti:

- rappresentazione di un quadro preciso dell'entità del fenomeno dei minori stranieri non accompagnati, anche in considerazione delle oggettive difficoltà di rilevazione;
- possibilità, a livello normativo ed interpretativo, di individuare buone prassi ed indicazioni operative, da proporre sul territorio, per facilitare la conversione dei permessi di soggiorno dalla minore età al momento della maggiore età, offrendo, quindi, maggiori prospettive ai minori stranieri non accompagnati che affrontano un percorso di inserimento sociale.

Sono state avviate numerose iniziative volte a favorire l'integrazione scolastica degli studenti stranieri in Piemonte in particolare quelle mirate a favorire il rapporto scuola-famiglia e l'apprendimento della lingua e della cultura italiana.

Iniziative per i minori zingari

La legge regionale 26/93 stabilisce che la Regione, al fine di assicurare il diritto al nomadismo ed alla stanzialità degli zingari all'interno del territorio regionale, eroghi finanziamenti a favore di Comuni, Consorzi e Comunità Montane, per interventi di realizzazione di aree sosta o interventi per la ristrutturazione ed ampliamento di aree preesistenti, e a favore di Enti, Associazioni e organismi pubblici e privati che operino con il coinvolgimento degli utenti zingari, per la realizzazione di progetti di formazione professionale, culturale educativa, di scolarizzazione per il conseguimento di titoli di studio.

Obiettivi

La Regione Piemonte, come già sottolineato, ha da sempre posto in essere iniziative e risorse per affermare la centralità dei diritti delle bambine e dei bambini: oggi occorre trovare rinnovate energie per favorire il radicamento di una nuova rappresentazione sociale del concetto di tutela, che integri la consolidata valenza giuridica di difesa e salvaguardia con una connotazione più estesa e dinamica di benessere sociale.

Non a caso il PSSR 2007-2010 è estremamente chiaro nel definire gli obiettivi che la Regione si è posta nei confronti dei minori, sia per quanto riguarda le strategie generali di sviluppo dell'area materno infantile sia rispetto alle strategie per la tutela del diritto dei minori a crescere nella famiglia di origine e, quando non ne sussistano le condizioni, in una famiglia affidataria o adottiva.

I grandi cambiamenti sociali e culturali che si sono realizzati negli ultimi tempi hanno investito pesantemente le famiglie, il concetto stesso di genitorialità e lo status di "minore età" e spingono a "riaffermare la centralità del minore rispetto ad ogni tipo di intervento e di progetto di sostegno", prefigurando la "necessità di una nuova legge sui servizi per la prima infanzia". Si tratta dunque di rispondere attraverso interventi anche normativi in almeno tre ambiti di attività, declinando i seguenti obiettivi:

- Riordino dei Servizi per la prima infanzia;
- Riqualficazione delle forme di accoglienza alternative alla famiglia di origine;

- Implementazione delle attività di contrasto al disagio minorile.

Azioni di Piano

Le azioni relative alla realizzazione degli obiettivi indicati possono essere articolate nella modalità successiva:

1. Definire il riordino della normativa regionale in materia di servizi per la prima infanzia entro il 2010, attraverso il compimento della riforma legislativa contenuta nel DDLR n. 618 del 28/04/2009 attualmente al vaglio delle commissioni consiliari competenti.
2. promuovere e implementare le azioni di sostegno alla riduzione delle liste di attesa negli asili nido comunali e al potenziamento delle offerte educative per la prima infanzia secondo le linee generali d'indirizzo contenute nelle DD.G.R. n. 37-8337 del 3/03/2008, n. 15-8962 del 16/06/2008 e n. 34-11439 DEL 18/05/2009.
3. Potenziare l'offerta dei servizi per il tempo extrascolastico, anche in raccordo con quanto già previsto dalla L.R. 26/2002, finalizzati a creare nuove opportunità e risposte ai bisogni delle famiglie, in un'ottica di prevenzione.
4. Completare la revisione dei requisiti delle strutture per minori in relazione alle nuove problematiche emergenti ad es. minori con problematiche relazionali e/o psichiatriche e passaggio al sistema dell'accreditamento istituzionale delle stesse.
5. Programmare iniziative di sensibilizzazione e sostegno all'accoglienza di minori in situazioni particolarmente problematiche (minori disabili, con problemi relazionali, pre-adolescenti, adolescenti, vittime di abuso o maltrattamento), anche attraverso un potenziamento di idonee forme di sostegno agli affidatari e/o alle famiglie adottive, compresa l'esperienza avviata con il Servizio affidamento professionale.
6. Costituire un "tavolo tecnico" sul tema dei minori fuori dalla famiglia, che elabori e coordini proposte di sviluppo, ampliamento e raccordo tra i diversi flussi informativi che rilevano informazioni sul fenomeno, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e promuova approfondimenti tematici.
7. Costituire un tavolo permanente congiunto fra l'Assessorato al Welfare e l'Assessorato all'istruzione con l'Ufficio Scolastico regionale per l'integrazione ed il raccordo degli interventi relativi alle aree della prevenzione e del disagio.
8. Redigere, entro il 2010, le Linee guida sulle modalità di collaborazione tra i Servizi socio-sanitari e le Autorità Giudiziarie per l'individuazione e la segnalazione precoce delle situazioni di pregiudizio e l'eventuale attivazione di interventi di protezione, a cura del gruppo di lavoro già attivato presso l'Assessorato al Welfare.
9. Rivedere le Linee guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori, di cui alla D.G.R. 42-29997 del 2.5.2000.
10. Promuovere la piena attuazione delle Linee Guida sulla collaborazione tra Servizi dell'Amministrazione della Giustizia, Servizi dell'Ente Locale e Autorità Giudiziaria Minorile nell'applicazione del D.P.R. 448/88-Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni" (D.G.R. 12-7984 del 7

gennaio 2008), al fine di implementare risposte sempre più rispondenti alle esigenze ed alle caratteristiche dei minori soggetti a provvedimenti penali, ivi compresi gli interventi afferenti alla giustizia riparativa.

11. Promuovere il rafforzamento della collaborazione fra servizi socio-assistenziali, sanitari, educativi, scolastici ed enti autorizzati ad operare nel settore delle adozioni internazionali, nella fase di informazione e preparazione delle coppie aspiranti all'adozione, dell'attesa e nel post-adozione, sia per l'adozione nazionale sia internazionale.

12. Diffondere e rafforzare le forme di integrazione tra servizi pubblici ed enti autorizzati, verificando l'applicazione dei percorsi metodologici individuati con deliberazioni regionali del 2001 e del 2006, e predisponendo la revisione del protocollo di intesa sottoscritto con gli enti autorizzati ad operare in Piemonte nel 2001.

13. Definire, in collaborazione con il comparto sanitario, modalità procedurali di presa in carico per l'accertamento dello stato di salute degli aspiranti genitori sia nella fase di valutazione dell'idoneità sia nella fase della realizzazione dell'adozione all'estero, nonché dello stato di salute dei bambini adottati.

14. Facilitare la conoscenza e la comprensione delle realtà locali dei Paesi stranieri con la collaborazione degli enti autorizzati ed in particolare con l'Agenzia per le adozioni internazionali, servizio pubblico regionale, anche attraverso la realizzazione di interventi all'estero, volti a promuovere forme di tutela dell'infanzia, di sostegno alla famiglia d'origine, di promozione dell'affidamento familiare e dell'adozione.

2.2.3 Politiche per le persone disabili

Analisi del contesto.

L'attuazione dei principi costituzionali a sostegno delle persone con disabilità ha registrato nel nostro Paese un lento ma costante e progressivo percorso che, andando oltre il semplice concetto di integrazione, ha elaborato norme e promosso progettualità finalizzate ad una reale inclusione sociale di tutte le persone con disabilità.

La forte spinta culturale, supportata dagli stessi cittadini in forme associative e di tutela, che ha visto l'Italia tra i soggetti più sensibili ed attivi degli ultimi decenni, è alla base della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, ratificata dal Parlamento con la legge 3 marzo 2009, n. 18, che è un evento storico la cui portata sarà possibile valutare soltanto nei prossimi decenni.

Tale convenzione riconosce che le persone con disabilità sono discriminate e hanno mancanza di pari opportunità a causa di molteplici fattori, ostacoli e barriere che la stessa società frappone loro e mette in evidenza come la disabilità sia un concetto in evoluzione riconducendola al rapporto tra le caratteristiche delle persone e la società in cui si vive.

La consapevolezza che la disabilità è una condizione "ordinaria" che ogni essere umano potrà vivere nel corso della propria esistenza comporta che i contesti territoriali la considerino in tutte le decisioni legate allo sviluppo e all'organizzazione sociale.

Occorre inoltre rilevare che rispetto al passato, dove la disabilità alla nascita era ricondotta a malattie e malformazioni genetiche con una registrazione in età scolare di disabilità mentali, negli ultimi tempi si è riscontrato un forte incremento nella fascia adolescenziale e nell'età adulta di disabilità motorie derivanti da incidenti sulle strade, sul lavoro, nella pratica sportiva e domestica, che richiedono risposte più flessibili ed articolate.

In particolare, l'incremento della grave disabilità motoria causato dall'aumento delle patologie invalidanti, nonché dei traumi legati al fenomeno della motorizzazione ed agli incidenti sul lavoro, che provocano disabilità permanenti o gravi limitazioni all'autonomia personale, ha determinato la necessità di sperimentare nuovi percorsi progettuali a sostegno di tale disabilità nel concetto della "vita indipendente".

A tal proposito la Regione Piemonte ha emanato le Linee guida per la predisposizione dei progetti di vita indipendente, approvate con la D.G.R. 48-9266 del 21.7.2008, la cui adozione ha permesso di superare la fase sperimentale, consentendo di riconoscere l'assistenza personale quale una delle possibili risposte alla grave disabilità motoria.

A supporto del percorso evolutivo e di inclusione sociale è l'approccio scientifico dato dall'OMS universalmente conosciuto con l'acronimo ICF, che rappresenta il nuovo approccio culturale alla disabilità.

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001, permette di comprendere, studiare e promuovere lo stato di salute delle persone, utilizzando un linguaggio standard ed unificato, a livello non solo nazionale ma mondiale, che permette la comunicazione tra operatori di diversa professionalità e facilita l'afflusso di informazioni, confrontabili tra loro, da differenti servizi e territori. L'ICF si sta affermando come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni e rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità, che tiene conto dei fattori ambientali. Tale approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

La Regione Piemonte, a seguito anche delle suggestioni emerse nell'anno 2003, dichiarato dall'Unione Europea anno delle persone con disabilità, ha colto l'importanza di questo nuovo strumento ed ha avviato dei percorsi formativi per operatori dei servizi sanitari e sociali per promuovere la conoscenza e l'utilizzo dell'ICF su tutto il territorio regionale, prendendo come punto di partenza le tematiche riferite all'integrazione socio-sanitaria, iniziativa che ha riscontrato una notevole partecipazione di operatori. Contestualmente è stata avviata la sperimentazione, nell'ambito delle Province di Torino e Cuneo dell'utilizzo della classificazione ICF nei processi di inserimento lavorativo.

Inoltre, al fine di introdurre anche nelle scuole l'uso di tale strumento per la redazione congiunta (scuola, sanità, servizi sociali, famiglia) del profilo di funzionamento e del progetto educativo individualizzato dell'alunno disabile, è stata avviata, d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte, un progetto triennale di formazione rivolto al personale della scuola, della sanità e dei servizi sociali.

La nostra Regione ha negli anni accompagnato con azioni e risorse economiche il superamento delle politiche assistenzialistiche con politiche di inclusione e di mainstreaming, percorso tuttora ancora da consolidare su tutto il territorio, in forma omogenea, per garantire, nel rispetto delle specifiche progettualità, pari opportunità e accessibilità ai cittadini.

Oltre ad attività finalizzate a prevenire l'handicap, si è registrata una considerevole attenzione alla predisposizione di adeguate reti territoriali di servizi in favore di disabili e delle loro famiglie.

Alla famiglia, in particolare, è stato riconosciuto un ruolo sociale, quale soggetto attivo nelle prestazioni di assistenza, che necessita però di ulteriori interventi di sostegno affinché le sue potenziali risorse vengano utilizzate costruttivamente e non impoverite da stress e isolamento relazionale.

Accanto a servizi di riabilitazione sono stati promossi interventi di sostegno al nucleo familiare, attraverso l'assistenza domiciliare, l'educativa territoriale, l'aiuto personale, nonché, per le persone disabili in situazione di gravità, interventi integrativi o sostitutivi del nucleo familiare come centri diurni socio terapeutici e strutture residenziali più accoglienti rispetto al passato.

La rete dei servizi territoriali ha sicuramente alleggerito il carico assistenziale per le famiglie.

Nell'ultimo decennio sono stati promossi interventi residenziali finalizzati ad assicurare continuità assistenziale attraverso una rete di comunità residenziali organizzate sul modello di vita quotidiana rispondente a quello familiare.

Il processo di integrazione scolastica ha favorito tra le giovani generazioni di disabili la domanda di formazione e di lavoro che attraverso i servizi formativi hanno mirato ad alti livelli di professionalizzazione o hanno costruito percorsi individualizzati tesi a realizzare un inserimento lavorativo mirato.

Il lavoro è indubbiamente la condizione nuova che consente a molti disabili di guardare alla possibilità di vivere nuove esperienze, di usufruire di inedite possibilità e delle occasioni che la società offre per l'impiego del tempo libero nelle attività culturali o sportive e nel turismo.

A livello regionale le politiche attive del lavoro prendono forma sia all'interno del POR che nell'ambito della programmazione relativa alla predisposizione di Programmi Provinciali di Fondo Regionale (L.R. 51/2000).

Numerose norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche e sull'accessibilità del sistema dei trasporti hanno iniziato a rendere più agevole la mobilità delle persone non autosufficienti e limitate nelle loro funzioni motorie.

Sono ancora diversi i settori nei quali occorrerà sviluppare azioni efficaci ed innovative, e diverse le sfide che il mondo della disabilità lancia alla società. La più impegnativa sarà quella di garantire una condizione di vita integrata alle persone con disabilità grave che restano prive del sostegno del nucleo familiare.

A livello regionale uno dei principali strumenti per l'attuazione dei principi sanciti dalla legge 104/92 è rappresentato dall'Osservatorio regionale sulla disabilità. Il suo obiettivo è quello di fornire uno strumento di raccolta e messa in rete delle informazioni relative alla normativa, ai servizi, alle presentazioni di iniziative, ausili ed esperienze di buone prassi a fianco di dati statistici sulla popolazione disabile, sui servizi offerti e le procedure di erogazione adottate. Rappresenta un sicuro riferimento non soltanto per le persone con disabilità che vi accedono in numero significativo ma anche per gli operatori interessanti.

Il coordinamento delle attività dell'Osservatorio è in capo oggi alla Commissione interassessorile per l'attuazione delle leggi 104/92, 162/98 e 284/97, istituita presso la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia dell'Assessorato regionale al Welfare e Lavoro cui partecipano gli Assessorati alla Tutela della salute e Sanità, all'Istruzione e Formazione Professionale, alle Politiche Territoriali, ai Trasporti, al Turismo e Sport con il compito di armonizzare gli interventi in materia di disabilità.

Con l'istituzione dell'Osservatorio Sociale Regionale, di cui al paragrafo 8.2, l'Osservatorio regionale sulla disabilità ne diverrà un'articolazione.

Infine, particolare rilevanza assume, relativamente allo sviluppo dei sistemi informativi di supporto, il PABI (Passaporto delle abilità) promosso dalla Direzione Sanità, successivamente integrato con le attività della Direzione Politiche sociali e politiche per la famiglia, che ha sviluppato in accordo con il CSI Piemonte, la raccolta delle certificazioni relative alla disabilità rilasciate dai servizi di Medicina Legale delle Asl piemontesi.

Molteplici sono le finalità di questo sistema informativo: agevolare l'accesso dei cittadini disabili ai servizi riducendo la necessità di produrre certificazione cartacea, sostituire i flussi cartacei con flussi informativi, migliorare l'efficienza della pubblica amministrazione nell'erogazione di benefici e servizi ai cittadini disabili attraverso l'accesso diretto all'informazione.

Attualmente sono collegati al PABI i servizi di Medicina Legale e di Integrativa Protesica delle Asl, il Settore regionale Tributi, i Centri provinciali per l'impiego e l'INPS.

Considerato che uno degli obiettivi del PABI è anche quello di fornire un supporto utile alla programmazione delle politiche di intervento sociale e sanitario, facilitando un interscambio di informazioni tra Asl ed Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, nell'ottica di una integrazione socio-sanitaria finalizzata ad una presa in carico globale della persona disabile attraverso progetti individualizzati, si sta garantendo l'accesso alla banca dati del PABI anche agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

Le informazioni statistiche disponibili, a livello nazionale e regionale sull'esatto numero di disabili presenti oggi in Italia, sono poche e disomogenee data l'assenza, nei vari flussi informativi, di elementi per i quali sia possibile risalire a tale indicazione evitando sovrapposizioni.

L'ISTAT per stimare il numero di persone disabili utilizza principalmente l'indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" con la quale è possibile stimare per area geografica il numero di disabili di 6 anni o più che vivono in famiglia.

Il dato nazionale, stimato al 2005, delle persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia è di 2.609.000, pari al 4,8% della popolazione di riferimento. In Piemonte sempre secondo l'ISTAT, sono presenti circa 190.000 persone disabili pari a circa il 4,3% della popolazione di riferimento così suddivise:

da 6 a 64 anni: 34.000, da 65 a 74 anni: 29.000, con 75 anni e oltre: 127.000

Oltre alle persone disabili che vivono in famiglia vi sono anche molte persone che, per la gravità della disabilità o per problemi della famiglia, sono ospitati in presidi residenziali: a livello nazionale, secondo la rilevazione ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali le persone con disabilità e gli anziani non autosufficienti ospitati in presidio sono circa 196.000. In Piemonte, secondo la rilevazione condotta a livello regionale, le persone ospitate in presidio nel 2006 sono oltre 45.000 di cui 1.652 adulti con disabilità e 21.366 anziani non autosufficienti.

Altre informazioni utili alla programmazione dei servizi sono quelle riguardanti il mondo della scuola e del lavoro. Vediamo brevemente alcuni dati.

La scuola rappresenta il primo contesto in cui le persone in quanto risorse "prendono forma". Analogamente a quanto succede per tutta la popolazione, il punto centrale è l'acquisizione di capitale culturale e di diverse abilità spendibili sul mercato del lavoro. Ma la scuola garantisce anche l'accesso a reti che possono rivelarsi fondamentali non solo per l'individuo ma anche per il suo nucleo familiare. Nel caso delle persone disabili

l'inserimento scolastico, seguendo un percorso avviato nel 1977 con la legge che ne garantisce l'accesso alle scuole pubbliche, rappresenta un momento centrale per valorizzare il carattere di "abilità".

Secondo la rilevazione regionale, nell'anno scolastico 2007-2008, gli alunni disabili sono stati 11.997 pari al 2,08% della popolazione scolastica con un aumento significativo nelle scuole di secondo grado e un lieve decremento nelle scuole dell'infanzia rispetto agli anni precedenti.

Il diritto al lavoro delle persone disabili ha radici lontane: iniziato alla fine degli anni '50 con i primi provvedimenti di legge sui disabili si è completata nel 1999 con la legge 68 complessa e articolata normativa vigente sul diritto al lavoro e sulle assunzioni obbligatorie. E' comunque importante sottolineare che il lavoro delle persone disabili non riveste il carattere di risorsa e di opportunità soltanto per chi viene inserito in un contesto professionale, ma anche per quanti possono beneficiare delle prestazioni.

Al 31/12/07 gli iscritti al collocamento mirato, a seguito della rilevazione dell'Agenzia Piemonte Lavoro, sono 25.206 in aumento di 1.999 unità rispetto all'anno precedente; le persone con disabilità più grave (psichica ed intellettuale) sono rispettivamente 7.074 e 1.073, gli invalidi del lavoro 375 la cifra più consistente sono gli invalidi fisici pari a 16.684.

Mentre dal 31 gennaio 07 al 31 dicembre 07 i disabili psichici iscritti all'elenco unico provinciale risultano essere in tutto il Piemonte 860 mentre gli intellettivi 202.

Per quanto riguarda l'anno 2007 sono stati assunti:

- 321 persone nelle imprese che hanno stipulato convenzioni fruendo delle fiscalizzazioni del Fondo Nazionale per assunzioni a Tempo Indeterminato e Determinato
- 1.074 persone nelle imprese che hanno stipulato convenzioni ma senza agevolazioni finanziarie
- 1.993 persone nelle imprese che non hanno stipulato convenzioni

Per quanto concerne l'invalidità civile pur evidenziando che il concetto di invalidità è ben distinto dalla disabilità, riferendosi il primo alla conseguenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza, è bene ricordare come in questi anni siano in aumento le erogazioni delle pensioni di invalidità civile.

Nel quadro nazionale, secondo gli ultimi dati Inps disponibili, su oltre 1.664.000 di pensioni erogate a livello nazionale pari al 2,9% della popolazione il Piemonte, con 107.707 pensioni, si colloca all'8° posto con un tasso del 2,5% sulla popolazione di riferimento.

Il compito di seguire con percorsi individuali le persone disabili o non autosufficienti che si trovano in difficoltà supportando anche le famiglie per mantenere o ritrovare il maggior "ben-essere" possibile, spetta ai servizi sociali.

Nell'ultimo anno si sono rivolte ai servizi sociali circa 61.000 persone disabili o non autosufficienti: in particolare gli interventi realizzati per i disabili sono in prevalenza l'assistenza educativa territoriale, l'inserimento in centri diurni e il supporto all'inserimento lavorativo mentre per gli anziani non autosufficienti sono aumentati in modo considerevole le varie forme di prestazioni per il mantenimento a domicilio come l'assistenza domiciliare, le cure domiciliari, gli interventi economici a sostegno della domiciliarità e il telesoccorso.

Obiettivi

Gli obiettivi che la programmazione regionale si propone come prioritari in questo ambito, possono essere articolati nel seguente modo:

1. Promuovere la sinergia della rete dei servizi nella predisposizione, attuazione e monitoraggio del progetto di vita del soggetto disabile e l'omogenizzazione dei criteri di valutazione;

2. Mantenere il più possibile la persona disabile nel suo contesto familiare attraverso interventi che favoriscano la domiciliarità ed attraverso interventi che siano di supporto al nucleo familiare, cercando di garantire lo sviluppo ed il mantenimento dell'autonomia della persona disabile stessa e la sua conseguente integrazione sociale, scolastica e lavorativa, anche attraverso il ricorso all'istituto dell'affido familiare;

3. Potenziare gli interventi atti a garantire a tutti i cittadini pari accesso alle occasioni di inserimento al lavoro;

4. Favorire la continuità del percorso professionale, da assicurare anche attraverso la promozione di efficaci interventi di orientamento a sostegno dei passaggi tra i diversi percorsi di lavoro e formazione finalizzate al rinforzo delle competenze utili alle traiettorie professionali individuali;

5. Promuovere la costruzione di un progetto di inserimento lavorativo che risponda pienamente al bisogno delle persone attraverso la piena partecipazione della persona per l'individuazione dei suoi problemi, la presa in carico globale dei bisogni espressi e l'individuazione di soluzioni adeguate alle specifiche esigenze rilevate secondo una logica integrata fra i servizi;

6. Potenziare le risposte di semiresidenzialità e di residenzialità a favore di quelle persone con disabilità le cui condizioni di gravità e/o del relativo contesto familiare non consentano (o parzialmente consentano) il mantenimento a domicilio. Fondamentale in tale ambito è prevedere anche la realizzazione di nuove tipologie di strutture al fine di migliorare le risposte alle persone con grave disabilità privi del sostegno dei familiari, con le caratteristiche delle comunità di tipo familiare (DOPO DI NOI) quali l'housing sociale. Il superamento dell'attuale, e già diversificata, risposta residenziale attraverso forme gestionali partecipate, attraverso un'armonica collaborazione tra pubblico e privato, può assicurare percorsi efficaci ed efficienti di autonomia delle persone disabili e fungere da volano per l'investimento di risorse che possono "muovere" sia capitale umano che economico;

7. Adottare la filosofia dell'ICF per affrontare la disabilità come un problema che non riguarda soltanto i singoli cittadini che ne sono colpiti e le loro famiglie, ma coinvolge tutta la comunità che deve porsi nell'ottica della valorizzazione delle abilità presenti. Rientra negli obiettivi regionali l'estensione della formazione all'utilizzo dell'ICF degli operatori che operano nell'ambito dei servizi sanitari, sociali, del lavoro e della scuola affinché il più ampio numero di persone che operano nel settore della disabilità sia formato ad un diversa cultura e filosofia della disabilità medesima, all'uso ed ai vantaggi della nuova classificazione dell'OMS e degli strumenti ad essa collegati nonché alla formazione di tutti gli operatori affinché la progettazione urbanistica si fondi sul principio dell'accessibilità per tutti.

Tali obiettivi devono essere raggiunti attraverso una programmazione partecipata che tenga conto delle nuove necessità derivanti dalle disabilità non tradizionali e dell'invecchiamento della popolazione, partendo dall'analisi delle "buone prassi" territoriali, dalla mappatura delle risposte in essere e dal monitoraggio concertato sui risultati ottenuti.

Azioni di Piano

Le azioni che il presente Piano sociale intende sviluppare per il perseguimento degli obiettivi sopraindicati sono di seguito indicati:

- Definizione ed omogeneizzazione dei criteri valutativi multidimensionali per le Unità Valutative Handicap da compiersi entro l'anno 2010, in stretta collaborazione con l'Assessorato Tutela della Salute e Sanità;
- potenziamento e sostegno dell'inserimento di bambini con disabilità nei servizi per la prima infanzia e nelle scuole materne;
- promozione di politiche attive del lavoro attraverso un'attività di coordinamento della rete operativa che consenta un governo degli interventi e delle risorse in essa disponibili;
- favorire nella costruzione e realizzazione dei percorsi di inserimento lavorativo la partecipazione attiva dei destinatari, anche attraverso la rappresentanza delle associazioni dei medesimi;
- promuovere la preparazione dell'inserimento lavorativo in raccordo con le imprese garantendo il supporto tutoriale alla persona anche dopo l'assunzione (se necessario e per periodi limitati);
- istituzione di un tavolo integrato regionale per la rilevazione del fabbisogno residenziale e semiresidenziale su tutto il territorio regionale delle diverse tipologie strutturali ed organizzative per una puntuale pianificazione degli interventi con termini dei lavori entro il prossimo triennio;
- individuazione di un gruppo di lavoro regionale che individui nuovi modelli gestionali integrati più rispondenti ai bisogni della disabilità motoria in stato di gravità e dell'innalzamento dell'età della popolazione disabile;
- incentivazione all'apertura dei Centri diurni al territorio, affinché le attività riabilitative e di socializzazione si svolgano anche in contesti esterni alle sedi dei Centri;
- incentivazione al prolungamento degli attuali orari di apertura dei centri Diurni per sostenere le famiglie nei progetti di sollievo;
- accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali come da indicazioni del capitolo sull'accreditamento;
- incentivazione all'apertura dei Centri di addestramento Disabili (CAD), non solo in presidi dedicati ma anche in realtà disponibili all'accoglienza, con finalità socio-pedagogiche, socio-riabilitative, socio-educative e di potenziamento delle attitudini alla produttività sociale per un possibile inserimento lavorativo;
- determinazione nel triennio di vigenza del Piano di percorsi formativi rivolti agli operatori dei servizi sanitari, sociali, del lavoro e della scuola sull'approccio ICF per l'utilizzo più generalizzato e corretto di tale strumento;
- accesso alla banca dati del PABI agli operatori di tutti gli EE.GG. dei Servizi socio-assistenziali, al fine di garantire l'integrazione e l'interscambio interistituzionale entro il 2010;
- implementazione delle cure domiciliari anche attraverso l'utilizzo del "Contributo economico di sostegno" (Assegno di cura);

- particolare attenzione alla definizione della diagnosi precoce, in particolare della sindrome autistica, che comporta la rilettura dell'attuale modello organizzativo delle risposte;
- sostegno delle risorse familiari ed individuali attraverso il potenziamento di interventi di sollievo, di parent training, di gruppi di auto mutuo aiuto e di altri interventi psicologici individuali o di gruppo, in particolare a sostegno delle coppie nel percorso della nascita di un bambino con disabilità;
- favorire lo sviluppo della domotica che migliorando l'accessibilità dell'ambiente consente alle persone con disabilità di raggiungere una piena autonomia e di conseguenza di poter rimanere nel proprio contesto abitativo;
- incentivare la continuità dell'attività di cura e del progetto individuale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta in modo omogeneo su tutto il territorio;
- favorire il consolidarsi di relazioni tra e con le associazioni di tutela, di volontariato, dell'associazionismo e del privato sociale per accompagnare le famiglie e le persone con disabilità affinché la loro vita, fin dall'inizio, non sia una emergenza continua ed estenuante;
- sostenere l'importanza che il bambino disabile venga considerato come un bambino e non come un disabile, investendo quindi non soltanto sulla terapia e sul trattamento specialistico, ma sull'ascolto e sulla comprensione per aiutarlo a far emergere tutte le sue potenzialità.

2.2.4. Politiche per la popolazione anziana.

Analisi del contesto

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, legato all'allungamento della vita media delle persone, nonché la contemporanea tendenza alla riduzione delle nascite (denatalità) rappresenta, per tutto il cosiddetto Occidente industrializzato, un cambiamento sociale "epocale" che, al pari dei processi migratori dalle aree povere del Mondo, pone la necessità di una profonda ridefinizione dei sistemi di welfare e della loro sostenibilità.

In Piemonte tale fenomeno è particolarmente significativo.

La nostra Regione si contraddistingue infatti per essere, rispetto alle medie nazionali, fra i territori "più anziani" d'Italia, con a fine 2008 un numero di anziani ultra 65enni pari a 1.008.633, di cui 491.600 ultra 75enni.

In termini percentuali lo scostamento rispetto alla media nazionale è di quasi 3 punti (22,75% a fronte del 20% del dato nazionale), con punte più accentuate in alcune province piemontesi come Alessandria, dove le percentuali hanno superato il 25%, e un Indice di vecchiaia (rapporto fra popolazione ultra 65enne e popolazione 0-14 anni) pari a 179,5, con punte sempre nell'alessandrino pari a 232.

Se però l'allungamento della vita, che rappresenta un'importante conquista oltre che una sfida per l'intera società e per la nostra Regione, modifica i profili demografici in modo così radicale relativamente alla composizione per classi d'età, allo stesso tempo la cosiddetta fase di "vita critica" delle persone (comparsa di disabilità e non autosufficienza) decresce in termini percentuali.

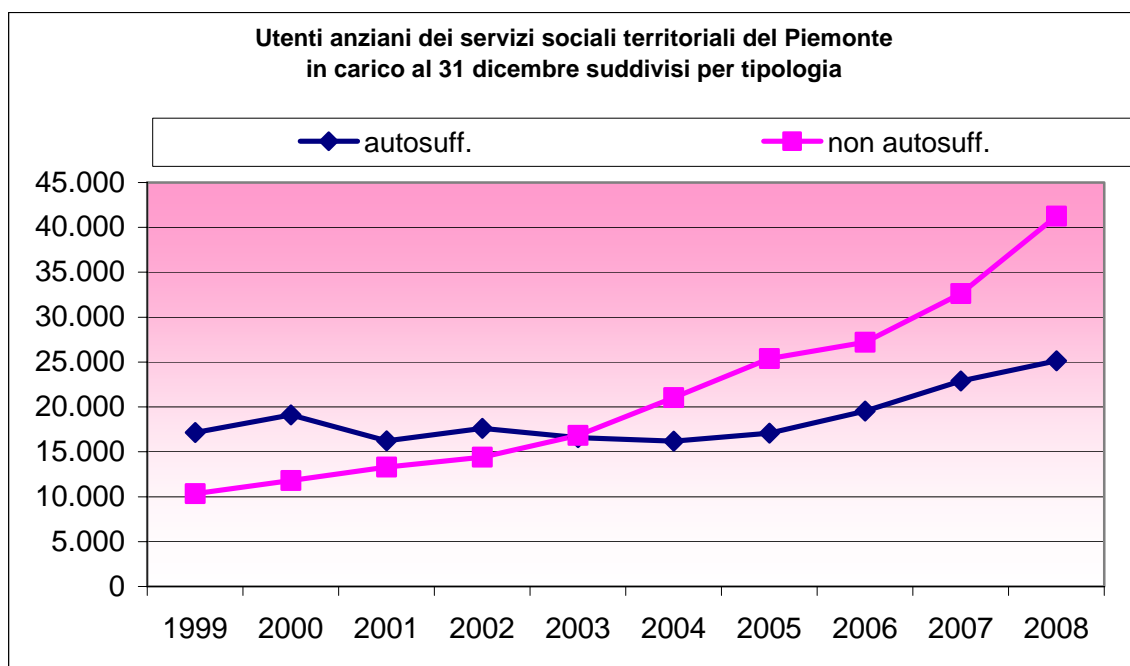
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, vi dovrebbe essere, entro il 2020, un aumento dell'aspettativa di vita, intesa come vita esente da disabilità, almeno del 20% in più per le persone di 65 anni e tra gli ottantenni si dovrebbe registrare un aumento del 50% in più

delle persone che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

In effetti, già oggi, solo l'8% degli anziani oltre 65 anni è in condizione di privazione dell'autonomia (totale e parziale), ma solo il 3,5% in condizioni di dipendenza grave.

Se sotto il profilo strettamente sanitario gli scenari futuri, per quanto descrivibili, intravedono dei miglioramenti sulla capacità di autonomia delle persone anziane, al contempo lo scenario attuale e di breve periodo, relativo alla programmazione triennale del presente Piano sociale, registra al contrario un aumento significativo della non autosufficienza nella popolazione anziana ultra 65 anni della Regione.

La tabella seguente testimonia in maniera evidente come il numero assoluto di anziani non autosufficienti in carico ai Servizi sociali abbia subito incrementi clamorosi (150%) dal 1999 in avanti soprattutto rispetto all'area complessiva della cosiddetta "non autonomia".



Nel breve e medio periodo il rafforzamento di questa tendenza all'aumento di utenza non autosufficiente determina un impatto sulla richiesta di servizi socio-sanitari di rilevante consistenza e produce una criticità importante sulla sostenibilità del sistema integrato dei servizi e degli interventi, che difficilmente può trovare soluzioni in un aumento puramente quantitativo delle risorse finalizzate esistenti (pur se necessario), ed obbliga ad un ripensamento più generale che oltre alla "flessibilizzazione" degli interventi specifici e ad un utilizzo più finalizzato delle reti sociali, riguarda direttamente il modello di sviluppo della società attuale.

Tale criticità è ulteriormente aggravata da altri fenomeni sociali, economici e culturali.

Essi riguardano sinteticamente:

- Il passaggio da un modello familiare di tipo allargato, formato cioè da una coppia di coniugi con figli e uno o più ascendenti, alla famiglia nucleare, formata dai soli coniugi con e senza figli. Cresce pertanto il numero di anziani soli, di coppie di anziani soli, di ultrasessantacinquenni soli che accudiscono ultraottantenni e specularmente diminuisce il ruolo di cura della famiglia;
- L'idea prevalente, di cui è permeato il contesto sociale, che interpreta la persona anziana anche in buona salute come un soggetto ai margini, non più in grado

di fornire alcuna risorsa, semplicemente perché non più inserito nel sistema produttivo;

- L'aumento statistico della correlazione tra vecchiaia e povertà, che spesso aggiunge alla non autosufficienza funzionale la non autosufficienza economica.

Ben si comprende allora come alcuni indicatori sociali ed epidemiologici subiscano nella nostra Regione dei progressivi peggioramenti (Tasso di fragilità degli anziani – Indice di dipendenza – Aumento dei grandi anziani) e come l'impatto di tali fenomeni sul sistema di welfare regionale comporta una profonda ridefinizione delle politiche settoriali ed intersettoriali che li riguardano.

La Regione in questi ultimi anni ha posto particolare attenzione all'esigenza di fornire una risposta alle persone e alle famiglie con anziani non autosufficienti che, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, crescono di numero e per gravità delle patologie.

Al fine di facilitare e semplificare l'accesso della persona anziana o non autosufficiente ai percorsi di cura e agli interventi attraverso la presa in carico integrata socio-sanitaria tramite l'utilizzo delle risorse assegnate a livello nazionale, al "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte" è stata approvata la D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 e la successiva D.D.

E' stata destinata, pertanto, la somma complessiva di Euro 7.797.985,90 per l'attivazione in ogni Distretto sanitario ovvero per il rafforzamento e l'ulteriore messa a punto sotto il profilo organizzativo e gestionale, laddove già avviato, dello Sportello unico Socio-Sanitario configurabile come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione degli interventi;

Lo Sportello unico Socio-Sanitario deve porre particolare attenzione nel migliorare e facilitare l'accesso ai servizi soprattutto da parte di anziani affetti da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza nonché persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia e persone colpite da minorazione fisica;

I progetti presentati per l'attivazione del suddetto Sportello sono stati definiti mediante "Protocolli d'intesa" fra le Aziende Sanitarie, e ogni Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali dello stesso ambito distrettuale, individuando un Ente capofila col compito di provvedere al coordinamento e alla gestione delle risorse assegnate;

Al fine di mantenere il più possibile all'interno del proprio contesto abitativo e familiare la persona anziana, evitando il più possibile ogni forma di istituzionalizzazione, è stata approvata la D.G.R. n.39-11190 del 6 aprile 2009 "Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo-assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n.37-6500 del 23.7.2007."

Il sostegno alla domiciliarità ha l'obiettivo di supportare le risorse proprie di ogni persona, della rete familiare, della comunità, per mantenere quanto più possibile la persona anziana non autosufficiente nel suo contesto abituale.

Con il presente provvedimento si provvede all'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità di anziani non autosufficienti, disciplinando, tra l'altro, i destinatari, i massimali, le condizioni per l'erogazione, il riconoscimento di un rimborso spese a favore del familiare e dell'affidatario, nonché fissando il principio che sulle suddette

prestazioni socio-sanitarie l' A.S.L. (componente sanitaria) assume a proprio carico il 50% del costo, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente / EE.GG.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto viene destinata la somma di cui al fondo per la non autosufficienza richiamato in premessa, relativo all'anno 2008, per un importo di euro 21.513.967,74, le cui modalità di erogazione sono dettagliatamente indicate dal provvedimento in oggetto.

In particolare, l'erogazione della suddetta somma è stata subordinata alla definizione e predisposizione di Accordi, debitamente sottoscritti dalle A.S.L. e dagli EE.GG. in ogni ambito distrettuale, in cui viene individuato l'Ente capofila, che ha il compito di provvedere alla gestione delle risorse assegnate.

Si è inoltre avviato un processo di revisione e adeguamento dei requisiti gestionali delle strutture residenziali (D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005. e D.G.R. 2-3520 del 31 luglio 2006), affiancando gli Enti gestori nello sforzo finanziario per l'adeguamento delle rette di ricovero tramite un apposito contributo per la copertura della maggiore spesa sostenuta.

Nel 2006 tale intervento ha visto il riconoscimento agli EE.GG. del contributo per oltre 2.200 anziani ricoverati in strutture residenziali con uno stanziamento regionale di 1.500.000,00 di euro, nonché un sforzo non indifferente al fine di raggiungere su tutto il territorio regionale un livello omogeneo di prestazioni e il miglioramento del rapporto ospite-strutture per mezzo di nuovi strumenti di trasparenza e la maggiore responsabilizzazione dei servizi sanitario e sociale nella presa in carico congiunta della persona anziana.

Contestualmente si è ampliata l'offerta di posti letto convenzionati tramite uno stanziamento biennale di 40.000.000,00 di euro che dovrebbe permettere per la fine del 2008 di avere ulteriori 2.500 posti letto convenzionati con il servizio pubblico.

La Giunta Regionale del 6 aprile 2009 ha approvato la D.G.R. n.38- "Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze, ai sensi della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005. Revoca della D.G.R. 29 - 29519 del 1 marzo 2000 "Criteri per l'adeguamento della D.G.R. 41 - 42433/95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99".

Il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 (P.S.S.R.), approvato con D.C.R. n. 137-40212 del 24 ottobre 2007, nel punto riguardante la tutela della popolazione anziana ribadisce la necessità di gestire la salute degli anziani affetti da Morbo di Alzheimer e altre demenze con percorsi specifici che devono essere individuati con appositi provvedimenti.

Nella maggioranza dei casi le persone affette da Alzheimer e da altre demenze sono curate a casa e la famiglia rappresenta il principale supporto. Con il progredire della malattia la "gestione" del malato diviene sempre più difficile e gli interventi di cura e assistenza domiciliare non sono, talora, sufficienti a sostenere le famiglie. Può quindi essere necessario il ricorso a servizi socio-sanitari semiresidenziali - quali il Centro Diurno Alzheimer Autonomo (C.D.A.A.) o il Centro Diurno Alzheimer Inserito in un presidio (C.D.A.I.) - oppure residenziali, come previsto dalla D.G.R. 17-15226/2005, ricorrendo al Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) nei casi di disturbi comportamentali importanti.

Il C.D.A.A./C.D.A.I. sono strutture a carattere semiresidenziale, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

Il N.A.T. ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie. In considerazione anche delle esperienze consolidate dei centri diurni presenti nelle Aziende Sanitarie Locali piemontesi (percentuale di popolazione anziana, criteri d'inserimento, liste d'attesa, tempi di permanenza dell'utente nelle strutture semiresidenziali etc.), si è ritenuto congruo individuare in una percentuale non superiore allo 0,10% della popolazione anziana ultrasessantacinquenne il fabbisogno di posti di C.D.A.A./C.D.A.I..

Obiettivi

Declinare obiettivi specifici nell'ambito delle politiche sociali e socio-sanitarie per la terza età è compito difficile e sul versante degli interventi riparativi e di contenimento della non autosufficienza, sia sul versante della prevenzione.

Per le ragioni declinate nell'analisi di cui sopra, le criticità riscontrate agiscono a diversi livelli e richiederebbero per certi aspetti (economici e sociali) un cambiamento significativo del modello di sviluppo sociale (ed inevitabilmente dei Sistemi Previdenziali) che, nell'era della globalizzazione, riguarda tutto l'Occidente industrializzato ed in primo luogo la UE.

Nel breve e medio termine, inoltre, l'allocazione di risorse aggiuntive statali destinate alle persone non autosufficienti (istituzione del Fondo Nazionale per la non autosufficienza con la Legge Finanziaria 2007) risulta incerto nella sua costituzione e persistenza, rendendo a sua volta difficile l'articolazione di politiche settoriali sul livello regionale realisticamente perseguibili nell'ambito della programmazione triennale del presente Piano sociale.

Tuttavia la Regione Piemonte non intende sottrarsi alla responsabilità di indicare alcuni ambiti di intervento possibile, che riguardano obiettivi che possiamo distinguere in "obiettivi di prevenzione e di cura".

Obiettivi di prevenzione.

- Accrescere l'inclusione sociale al fine di rispondere all'esigenza soggettiva dell'anziano "sano" o ancora autonomo di ricoprire un ruolo ancora attivo, personalmente significativo, che consenta l'espressione delle proprie potenzialità individuali, basato sull'etica della cittadinanza attiva e della responsabilità verso l'altro. Ciò al fine di sviluppare una più ricca vita di relazione, esaltando la dignità e il valore della loro attività, e di utilizzare la loro esperienza per rispondere sia a bisogni tradizionali, sia a quelli derivanti dalla nuova complessità sociale e a quelli a cui non possono spesso rispondere i servizi istituzionali.
- Mantenere il più possibile all'interno del proprio contesto abitativo e familiare la persona anziana evitando il più possibile ogni forma di istituzionalizzazione.
- Promuovere programmi ed azioni per il tempo libero e forme di aggregazionismo, al fine di mantenere vive le capacità relazionali.

Obiettivi di cura.

- Sviluppo ed implementazione delle Cure domiciliari, laddove possibile, è il principio base a cui fa riferimento il sistema integrato di servizi sociali, che privilegia quindi interventi mirati al mantenimento, all'inserimento e al reinserimento delle persone in difficoltà nel nucleo familiare.

Va osservato come già con D.G.R. n. 39-11190 del 6 aprile 2009 sono state riordinate le prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti e contestualmente istituito a tal fine un contributo economico.

E' obiettivo ulteriore dare piena e concreta attuazione a quanto stabilito con la suddetta D.G.R. oltre che impletare e sviluppare ulteriormente la risposta fornita dalle cure domiciliari.

Per la persona anziana, infatti, rimanere nella propria casa significa senza dubbio mantenere l'elemento della "sicurezza", determinato dalla conoscenza dell'ambiente fisico che la circonda, dal contatto diretto con il proprio vissuto, fatto di oggetti e di ricordi, e dalla presenza degli affetti familiari.

- Potenziamento dei servizi di supporto alle famiglie che si fanno carico dell'assistenza di un proprio parente anziano non autosufficiente, anche attraverso contributi economici quali l'assegno di cura.
- Incremento dei posti letto sostenuto dal PSSR 2007-2010 per anziani non autosufficienti in Strutture Sanitarie assistenziali secondo il modello assistenziale definito dalla D.G.R. 51\2004 (Lea sulla residenzialità) ed entro i parametri indicati dal PSSR del Piemonte 2007 – 10 (2% entro il 2010).
- Pianificazione territoriale della costruzione di nuove Residenze a superamento degli squilibri territoriali che si registrano oggi in Piemonte fra Comune di Torino, area metropolitana e Province periferiche (riforma del cosiddetto 8 ter).
- Incremento dei Centri diurni semiresidenziali e dei posti letto in RSA dedicati alle cosiddette Dimissioni Protette e alle cosiddette assistenze in post acuzie in fase intensiva ed estensiva.

Obiettivi trasversali.

- Facilitazione e semplificazione dell'accesso della persona anziana o non autosufficiente ai percorsi di cura e agli interventi attraverso la presa in carico integrata socio-sanitaria, tramite l'attivazione dello Sportello unico.

Azioni di piano.

Le azioni previste per il perseguimento degli obiettivi indicati sono le seguenti:

1. Implementazione del "Servizio civico volontario delle persone anziane" (art. 13 – L.R. 1\2004), al fine di favorirne la loro autonomia progettuale, la loro partecipazione alla vita sociale, civile e culturale nella comunità in cui vivono.

Le attività previste sono principalmente a favore dei minori (quali ad esempio l'assistenza nelle ore di doposcuola, sugli scuolabus, l'animazione con racconti di esperienze del passato nei servizi alla prima infanzia), di altri anziani (accompagnamento a visite mediche o a commissioni, animazione nelle case di riposo, nei centri semiresidenziali), la tutela e il recupero del verde urbano (controllo dei boschi, manutenzione aree verdi).

2. Interventi di sostegno economico ai Comuni per l'eliminazione delle barriere architettoniche dagli edifici privati, mediante un miglior utilizzo delle risorse disposte dalla L. 13/89;

3. Incremento dell'utilizzo di tecnologie informatiche ed elettroniche per il controllo di apparati elettrici ed elettronici delle case private (domotica), al fine di semplificare e

migliorare la vivibilità delle abitazioni attraverso l'uso di comandi intuitivi e mediante la personalizzazione delle possibili funzioni (gestione clima, sicurezza ed antintrusione, sollevamento tapparelle, letto e sollevatore vasca da bagno, ecc...);

4. Promozione, in sinergia con l'Assessorato Territorio, Edilizia, Usi Civici, Trasporti, dei processi di riqualificazione dei quartieri pubblici (ATC) mediante la ristrutturazione delle unità abitative per renderle conformi ai bisogni ed alle necessità delle persone anziane e/o disabili;

5. Attuazione del PIANO CASA regionale mediante la realizzazione in social housing di alloggi individuali per la locazione permanente a persone in età avanzata che necessitano di unità abitative di dimensioni minori.

6. Attivazione di processi volti ad incentivare il ricambio di appartamenti economici tra soggetti assegnatari di case popolari.

7. Implementazione delle Cure domiciliari ed omogeneizzazione su tutto il territorio Regionale dei criteri valutativi e degli standard erogativi relativi ai Progetti di Lungoassistenza ed alle Cure domiciliari integrate in post acuzie (fase estensiva ed intensiva).

8. Monitoraggio dell'applicazione della normativa regionale per i contributi economici a sostegno della domiciliarità e per le Cure domiciliari in Lungoassistenza, che oltre alla necessaria omogeneizzazione monetaria, contenga anche il riconoscimento del lavoro di cura del volontariato intrafamiliare.

9. Monitoraggio e sorveglianza applicativa della D.G.R. 42\2008 con particolare attenzione alla redazione dei PAI in lungoassistenza, che devono\possono anche prevedere periodi di residenzialità temporanea (Ricovero di sollievo), e alla istituzione in ogni Distretto Sanitario delle "Equipe Multidisciplinare integrate" per la redazione e il monitoraggio dei PAI.

10. Implementazione dei posti letto in cosiddetta "Dimissione protetta" in RSA al fine di una migliore gestione dei processi di "deospedalizzazione" e per una maggiore appropriatezza dei percorsi di cura.

11. Accreditamento degli erogatori di cure domiciliari secondo i tempi e le modalità previste dal capitolo sull'Accreditamento del presente Piano sociale.

12. Adeguata pianificazione territoriale relativa alla realizzazione di Strutture Residenziali per Anziani attraverso una riforma dell'attuale 8 ter.

13. Sviluppo organizzativo, sostegno formativo e monitoraggio della realizzazione degli Sportelli unici socio-sanitari, secondo quanto previsto dalla D.G.R. 55-9323 del 28.7.2008.

2.2.5. Politiche per la popolazione straniera

Analisi di contesto

La presenza di immigrati in Piemonte è in continua crescita, come nel resto del paese, con forti tendenze alla stabilizzazione e al radicamento.

Gli immigrati stranieri residenti in Piemonte erano 252.302 all'inizio del 2007 (fonte ISTAT): a fine anno hanno raggiunto le 310.543 presenze, pari a circa il 7,1% della popolazione complessiva regionale. Si conferma una forte concentrazione della popolazione immigrata, come d'altronde di quella totale, nella città di Torino e nella sua Provincia.

Popolazione straniera al 1.1.2008 (Fonte: Istat)

Area geografica	Popolazione straniera	% su residenti	Minorenni stranieri
Torino città	102.921	11,3	22.056
Torino resto provincia	61.671	4,5	13.438
Alessandria	32.153	7,4	7.732
Asti	18.334	8,4	4.407
Biella	9.341	5	2.251
Cuneo	42.706	7,4	10.746
Novara	25.088	6,9	5.855
Verbania	7.379	4,5	1.323

Con l'ingresso della Romania e della Bulgaria nell'Unione a partire dal 1° gennaio 2007 il gruppo di immigrati più numeroso è passato da "straniero" a "comunitario".

Le domande presentate in base all'ultimo decreto flussi per assumere lavoratori stranieri non stagionali sono state sino ad aprile 2008 oltre 44.000 (22.664 a Torino, 1.633 a Vercelli, 4.838 a Novara, 6.017 a Cuneo, 2.524 ad Asti, 3.777 ad Alessandria, 1.336 a Biella e 1.381 nel Verbano-Cusio -Ossola). Le quote attribuite al Piemonte sono state in complesso solo 11.690. Una parte di coloro per i quali è stata inoltrata la richiesta, già presenti e attivi in Piemonte, rischiano quindi di restare in condizioni irregolari.

I neonati e i minorenni stranieri continuano a contrastare la riduzione della popolazione più giovane in regione, anche se sono insufficienti a compensare la diminuzione della natalità tra gli italiani.

Prosegue la stabilizzazione della popolazione straniera in Italia, provata anche dal fatto che il 13,5% degli stranieri residenti in Italia è nato qui: le Province di Biella, Vercelli e Cuneo, Novara e Asti superano tale media.

Gli immigrati sono in larga prevalenza collocati in lavori manuali. Le assunzioni nel 2007 segnalano un'eccezionale crescita di rumeni o bulgari dovuta all'impatto delle regolarizzazioni seguite all'accesso nell'UE, che produce sia un'emersione del lavoro sommerso, sia un aumento dei flussi da queste due nazioni. Apprezzabile anche l'espansione degli avviamenti lavorativi di extracomunitari (+15% in media), probabile effetto della progressiva assegnazione delle quote 2006.

Il radicamento della popolazione immigrata nella nostra regione è documentato dal crescente numero di iscrizioni al sistema scolastico e formativo: nella scuola (dall'infanzia alle medie superiori) si contano quasi 43.000 stranieri, nei vari percorsi di formazione (a tutti i livelli, da quella iniziale a quella continua) se ne registrano oltre 10.000. È evidente il maggiore orientamento degli immigrati verso titoli di studio rapidamente e facilmente spendibili sul mercato del lavoro.

Il profilo della salute degli stranieri mostra il mantenimento di un favorevole patrimonio di salute, evidenziato dal basso ricorso al ricovero per malattie croniche importanti (come i tumori o le malattie cardiocircolatorie), un preoccupante impatto dei problemi di scarsa sicurezza (ambientale e di lavoro) sulla frequenza di traumi; qualche problema di accesso alle opportunità di prevenzione e cura utili per la salute riproduttiva. Peraltro il servizio sanitario regionale sembra più ricettivo nei confronti dei bisogni di salute e di assistenza di questa popolazione di quanto avviene nel resto d'Italia⁶.

⁶ Rapporto 2007 dell'Osservatorio sull'Immigrazione in Piemonte – www.piemonteimmigrazione.it

Nell'ambito delle politiche in materia di immigrazione la Regione Piemonte in questi anni ha messo a punto piani triennali che definiscono gli obiettivi che si intendono perseguire.

Il Piano regionale dell'immigrazione 2007-2009 intende rispondere in modo integrato ai bisogni delle cittadine e dei cittadini stranieri attraverso un coordinamento delle diverse politiche di settore e attraverso di integrazione delle competenze tra soggetti diversi, sia pubblici che privati. A questo fine è stata rafforzata la collaborazione con le Province piemontesi a cui viene affidato un ruolo di programmazione locale e a cui vengono assegnate risorse per la realizzazione di interventi mirati all'integrazione dei cittadini stranieri.

La Regione, inoltre, al fine del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano e delle priorità individuate annualmente, promuove direttamente iniziative ritenute di prevalente interesse regionale:

- L'Osservatorio regionale sull'immigrazione straniera in Piemonte, affidato all'Ires Piemonte, che provvede alla gestione del sito web www.piemonteimmigrazione.it, ad un censimento dei servizi attivi sul nostro territorio in favore degli immigrati, a raccogliere ed elaborare dati statistici, a realizzare diverse ricerche e attività di studio;

- Azioni di contrasto ai fenomeni di sfruttamento (sessuale e lavorativo) e tratta delle persone straniere. Al fine di creare una sinergia e una collaborazione tra i diversi enti, pubblici e privati, che operano nel settore è stato istituito con Deliberazione della Giunta Regionale nel febbraio 2008 il Tavolo di lavoro interistituzionale di contrasto al traffico e allo sfruttamento di persone e per il coordinamento degli interventi a favore delle vittime della tratta, costituito da rappresentanti della Regione, delle Province, dei Comuni che si occupano di Politiche Sociali, di Pari Opportunità, di Istruzione e Salute e dalle associazioni impegnate nella realizzazione di interventi in questo ambito, con lo scopo di creare un sistema regionale che programmi e coordini gli interventi pubblici e del privato sociale finalizzati al contrasto di tutte le forme di traffico di esseri umani e del loro sfruttamento, favorendo il confronto tra le diverse realtà e lo scambio delle buone prassi realizzate.

- Nel 2008 è stato messo a punto il progetto "Piemonte in rete contro la tratta" a regia regionale che ha visto coinvolti tutte le Province, Comuni, Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e diverse associazioni impegnate nella lotta alla tratta degli esseri umani. Il progetto è stato approvato e finanziato dal Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio nell'ambito dell'Avviso per progetti relativi all'art. 18 del T.U. dell'immigrazione (1° progetto in graduatoria) e cofinanziato dalla Regione Piemonte (Assessorato al Welfare e Lavoro e Assessorato alle Pari Opportunità) e dagli enti partner. Considerati i risultati molto positivi del progetto e la rete territoriale creata, nel 2009 è stato presentato il progetto "Piemonte in rete contro la tratta 2" approvato e finanziato dal Dipartimento Pari Opportunità, e cofinanziato dalla Regione e dai partner. Su questa tematica, inoltre, è in corso il progetto "Oltre il confine" realizzato grazie a un Protocollo d'intesa tra diverse regioni italiane e la Romania.

- Scuola: sono stati realizzati diversi progetti (molti realizzati attraverso la collaborazione con la Direzione Regionale del Ministero della Pubblica Istruzione) rivolti alla costruzione di materiali didattici per l'insegnamento agli stranieri, alla formazione degli insegnanti, alla messa a punto di modelli per un efficace inserimento

dei ragazzi stranieri nel sistema scolastico, formativo e nel tessuto sociale, progetti di ricerca sui risultati di apprendimento e sugli esiti scolastici degli allievi stranieri nonché progetti di educazione interculturale. Attraverso la stipula di 2 Accordi di Programma tra Ministero alla solidarietà sociale e la Regione sono stati realizzati e avviati progetti che prevedono l'insegnamento della lingua italiana a ragazzi delle scuole superiori e degli istituti tecnici il primo e agli adulti il secondo, con l'obiettivo di arrivare all'ottenimento della certificazione europea di Italiano L2.

- **Famiglia:** progetti di sostegno alla genitorialità (che coinvolgono scuola e famiglie straniere e che prevedono incontri di orientamento scolastico), attività extrascolastiche per gli allievi che necessitano di un maggiore sostegno scolastico, incontri con le famiglie degli allievi dedicati al tema dell'adolescenza, e sostegno ai percorsi di ricongiungimento familiare.

- **Progetti rivolti in particolare all'integrazione delle donne** che prevedono la predisposizione di materiale informativo, corsi di italiano, interventi di sensibilizzazione sui diritti e le pari opportunità di genere di cui possono godere nel nostro paese, azioni di sostegno alla nascita di centri interculturali e di aggregazione femminile, attività nelle scuole rivolte alle mamme di allievi stranieri.

- **Partecipazione sociale dei cittadini stranieri e percorsi di cittadinanza attiva.** Fondamentale è il ruolo della Consulta regionale che ha il compito di esprimere parere alla Giunta Regionale sulla proposta di programma annuale degli interventi a favore degli immigrati; formulare proposte sul potenziamento dei servizi sociali; favorire la partecipazione degli immigrati extra-comunitari ai corsi di formazione e inserimento al lavoro; favorire le iniziative volte alla diffusione di notizie e informazioni sulla legislazione regionale e nazionale in materia di immigrazione e sui servizi pubblici a favore degli immigrati; proporre la convocazione di conferenze regionali e nazionali sui problemi dell'immigrazione; segnalare alla Giunta Regionale iniziative e provvedimenti volti a soddisfare i bisogni essenziali in campo scolastico-linguistico, sanitario, abitativo.

- **Particolarmente complessa è la questione delle persone richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione internazionale,** dovuta alla discrepanza tra il numero di persone a cui viene riconosciuto lo status (al 31.10.2008 richieste 30.913) e le limitate possibilità di accoglienza attraverso i progetti finanziati con il Fondo nazionale per le politiche e i servizi per l'asilo (nel 2008 3000 posti per 6 mesi). Si creano pertanto situazioni di estremo disagio di persone regolarmente presenti nel nostro territorio a cui non è possibile garantire i diritti previsti e che spesso, in mancanza di soluzioni, occupano abusivamente stabili in condizioni di degrado. Per fronteggiare la situazione creatasi sul territorio di Torino sono stati effettuati diversi incontri con Prefettura, Questura, Comune e Provincia di Torino. La Regione ha dato la propria disponibilità per coordinare il "Tavolo tecnico di co-progettazione sui rifugiati" che sta cercando di proporre soluzioni condivise attraverso la realizzazione del progetto " Piemonte, non solo asilo".

Obiettivi

La definizione degli obiettivi e delle azioni relative alle problematiche dell'immigrazione è, per quanto riguarda le politiche regionali, già ampiamente definitiva all'interno del Piano Regionale Integrato dell'Immigrazione 2007/09 approvato dal Consiglio Regionale il 22 luglio 2008.

Gli obiettivi del piano triennale possono sintetizzarsi nel seguente modo:

- Obiettivi finalizzati al pieno inserimento sociale dei cittadini e delle cittadine straniere attraverso: la valorizzazione della lingua e cultura italiana e della cultura dei paesi di provenienza; promozione dell'inserimento scolastico, formativo e lavorativo; programmazione dell'inserimento abitativo e promozione della salute; partecipazione alla vita pubblica);
- Obiettivi finalizzati al contrasto dei fenomeni di discriminazione, razzismo;
- Obiettivi finalizzati alla protezione delle fasce più deboli quali minori, vittime della tratta, richiedenti asilo politico e rifugiati politici;
- Obiettivi finalizzati a rendere più funzionale l'organizzazione dei servizi attraverso azioni di coordinamento di istituzioni, enti e associazioni; percorsi di formazione agli operatori che a vario titolo interagiscono con i cittadini stranieri;

Occorre infine ricordare che, in ottemperanza con quanto previsto dal Piano Regionale Integrato dell'Immigrazione, la Giunta regionale ha deliberato le seguenti priorità ed azioni relative alla III annualità:

1. Sostegno alle famiglie:

- a) diffondere l'informazione circa i diritti e le tutele riconosciuti dall'ordinamento giuridico italiano in tema di istruzione, pari opportunità, ambito familiare, cura della salute e in tema di accesso a opportunità formative e professionali, nonché dei doveri connessi alla normativa italiana;
- b) sostenere la famiglia e la genitorialità attraverso il supporto psicologico e la mediazione familiare;
- c) promuovere progetti mirati all'incontro scuola-famiglia;
- d) dare impulso a progetti mirati all'integrazione delle donne straniere, in particolare all'inserimento sociale e lavorativo di donne over 40
- e) favorire occasioni di incontro tra donne straniere e native finalizzate alla socializzazione, all'ascolto, allo scambio di esperienze e saperi appartenenti a culture diverse;
- f) garantire il supporto scolastico e le attività di animazione anche in orario extra-scolastico e nel periodo estivo;
- g) realizzare progetti rivolti ai giovani di seconda generazione e progetti di peer education;
- h) prevedere interventi rivolti ai minori più emarginati, quali ad es. l'educativa di strada;
- i) promuovere la creazione e il potenziamento di centri di aggregazione che favoriscano l'incontro tra le diverse culture presenti sul territorio e i luoghi di formazione e confronto tra giovani immigrati e nativi, (ad es. i centri o le biblioteche interculturali).

2. Centri di pronta accoglienza per prevenire il rischio di emarginazione prevedendo interventi volti a garantire la prestazione dei servizi essenziali di prima accoglienza (dormitori, mense, supporto linguistico, ecc...).

3. Sperimentazione e messa a sistema di interventi mirati a facilitare le pratiche di rilascio dei permessi di soggiorno: progetti mirati al miglioramento del sistema di rilascio e rinnovo del permesso di soggiorno attraverso l'avvio di collaborazioni con gli enti preposti e la realizzazione di specifici interventi.

4. Valorizzazione della diffusione della lingua e della cultura italiana e delle culture di provenienza delle cittadine e dei cittadini stranieri.

5. Formazione degli operatori pubblici e privati allo scopo di facilitare il rapporto delle cittadine e dei cittadini stranieri con enti, istituzioni e servizi.

2.2.6. Politiche di contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale.

Analisi di contesto

E' ormai generalmente riconosciuto che il concetto di "vulnerabilità sociale" include trasversalmente diverse macro dimensioni, delle quali la condizione economica, e quindi la "povertà" rappresenta sicuramente un aspetto rilevante ma non unico, nell'interazione dinamica fra fattori della condizione sociale (lavoro-casa -relazioni sociali-accessibilità al sistema dei servizi-condizioni di malattia-istruzione ecc.) che riguardano la complessità e l'evoluzione della società umana nell'era della globalizzazione.

In un contesto di tali dimensioni e proporzioni è ovvio che gli elementi di analisi relativi al presente capitolo risultino alla fine parziali e riguardino, al di là dei necessari richiami all'integrazione intersettoriale delle politiche, soltanto alcuni "target" di intervento che, oltre a rappresentare delle priorità di sviluppo di politiche di welfare specifiche, sono a loro volta realisticamente perseguibili in relazione all'arco triennale di programmazione del Piano sociale e di competenza del sistema di Welfare Regionale per quanto assegnatogli dall'attuale assetto costituzionale.

Tali target sono rappresentati fondamentalmente dai quattro ambiti di seguito indicati:

- Povertà estrema e persone senza fissa dimora;
- Popolazione nomade;
- Persone in esecuzione penale ed ex detenuti;
- Zona grigia delle "nuove povertà".

Povertà estrema e persone senza fissa dimora.

La popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà ⁷ è stimata dall'Istat per l'anno 2006 in Piemonte nel 6,7 % degli individui e nel 6,4 % delle famiglie, a fronte di una media nazionale rispettivamente del 12,9 e 11,1.

Se la povertà è solo un aspetto, una dimensione dell'esclusione sociale, che ha cause ben più ampie ed articolate (quali la marginalità, la deprivazione culturale, la solitudine, la carenza di legami familiari e sociali, l'alcoolismo ed altri tipi di dipendenza), i "senza fissa dimora" sono le persone che più rappresentano, in uno stadio estremo, il fenomeno dell'esclusione sociale.

Essi sono persone che assieme alla precarietà materiale hanno sperimentato la disgregazione degli affetti e la rottura di rapporti di aiuto e protezione.

⁷ Indice di povertà regionale: Si fa riferimento alla definizione di povertà relativa che prevede siano considerati povere le famiglie la cui spesa media mensile per consumi è pari o al di sotto della spesa media procapite nel Paese. La linea fa riferimento alle famiglie di due componenti; per le famiglie di diversa ampiezza il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza. Nel 2006 la linea della povertà relativa, per una famiglia di due componenti, corrisponde a euro 970,34.

Il fenomeno nella nostra Regione è sicuramente in crescita e riguarda prevalentemente le aree urbane e l'area metropolitana in particolare.

Dall'anno 2001 al 2003 le risorse finanziarie derivanti da stanziamenti statali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e distribuiti dalla Regione Piemonte agli EE.GG. dei Servizi socio-assistenziali, sono ammontati a circa 2 mil di € ed hanno prodotto la realizzazione complessiva di 171 progetti mirati al soddisfacimento di bisogni primari con "servizi a bassa soglia-prima accoglienza" quali mense, dormitori, ecc., ma anche con "servizi di seconda accoglienza" tesi a fornire concrete possibilità di reinserimento sociale attraverso progetti individualizzati e di avvio all'autonomia.

Dalla realizzazione di questi progetti è emersa l'estrema importanza del privato sociale e del volontariato, storicamente impegnati in questo ambito, che attivamente collaborano nel settore con le strutture pubbliche sia per progettare sia per realizzare gli interventi.

Altri stanziamenti specificamente rivolti alle problematiche della povertà estrema e dei senza fissa dimora si riferiscono all'anno 2006 in cui sono stati impegnati fondi della Regione Piemonte di € 1.290.000,00 finalizzati a:

-sviluppare ed integrare i servizi di pronta accoglienza e gli interventi a bassa soglia per i senza fissa dimora e le persone in situazioni di estrema povertà;

-accompagnare le donne sole in difficoltà lavorativa o a rischio di povertà nella costruzione di percorsi di autonomia attivando le necessarie integrazioni con le politiche attive del lavoro, della formazione professionale per valorizzarne le capacità e le risorse personali e con le politiche della casa.

La criticità che emerge in questo settore di intervento è la discontinuità dell'assegnazione di fondi specifici. E' auspicabile la messa a punto di politiche strutturate che superino le modalità di finanziamento a "progetto", consentendo ai Servizi sociali di dedicare con modalità continuative risorse mirate al contrasto del fenomeno.

Popolazione nomade

In questi ultimi anni la questione relativa all'integrazione dei cittadini Rom e Sinti è stata molto dibattuta, molti episodi hanno suscitato l'attenzione dei media e creato situazioni problematiche, che innescandosi sulla percezione negativa e sulle problematiche correlate alla "sicurezza" dei cittadini, ne hanno fatto una questione ai limiti dell'allarme sociale.

Dal punto di vista normativo, a tutt'oggi l'unico riferimento in Regione Piemonte resta la L.R. 26/93, la quale stabilisce che la Regione, al fine di assicurare il diritto al nomadismo ed alla stanzialità degli zingari all'interno del territorio regionale, eroghi finanziamenti a favore di Comuni, Consorzi e Comunità Montane, per interventi relativi ad aree sosta nonché interventi proposti da Enti, Associazioni e organismi pubblici e privati che operino con il coinvolgimento degli utenti zingari, per l'attuazione di progetti di formazione professionale, culturale, educativa e di scolarizzazione della scuola dell'obbligo e per il conseguimento di titoli di studio utili a valorizzare le attività lavorative tipiche degli zingari.

Nel periodo compreso fra l'anno 2006 ed il 2008, in questo settore di intervento, sono state stanziare e distribuite ai Comuni risorse complessive per circa 2 mil 650 mila €, suddivisi in fondi per la realizzazione di interventi di nuova costruzione, ristrutturazione ed ampliamento di aree sosta e per la realizzazione di interventi sociali.

Le criticità che emergono sono numerose ma riguardano principalmente:

- il problema abitativo, rispetto al quale le aree sosta sono una risposta parziale non più rispondente alla situazione sempre più diversificata;

- la difficoltà dei Comuni ad affrontare il problema che implica una forte volontà politica per le reazioni, quasi sempre negative, delle popolazioni locali, che da tali insediamenti vedono accrescere la sensazione di “minaccia per la sicurezza”;
- la copertura economica degli interventi: il finanziamento regionale copre solo il 50% delle spese.

Persone in esecuzione penale ed ex detenuti.

La Regione Piemonte è impegnata da anni sui temi del contrasto alla devianza e alla criminalità, nella realizzazione di interventi negli Istituti penitenziari e mirati al reinserimento sociale e lavorativo di quanti stanno scontando una pena o hanno avuto esperienze di detenzione ed è stata instaurata con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria una fattiva collaborazione.

Nel 1992 è stato stipulato un Protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Ministero della Giustizia.

La legge regionale 1/2004 “ Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento” ha definito, all'art. 51, le attività di promozione regionale per persone detenute ed ex detenute.

Al fine di creare una rete territoriale che opera su queste tematiche su sollecito regionale sono stati costituiti i Gruppi Operativi Locali (GOL) composti da rappresentanti degli Enti locali, dell'Amministrazione penitenziaria, dei diversi servizi sociali, sanitari, lavorativi, dal volontariato e dal mondo del lavoro, coordinati dalle Province e dai Comuni.

L'Assessorato al Welfare e Lavoro coordina attualmente i 13 GOL presenti su tutto il territorio regionale.

Fra il 2006 ed il 2008 sono state definite le modalità per la concessione di contributi per interventi nel settore del contrasto alla devianza e alla criminalità e a favore delle persone in esecuzione penale o ex detenuti attraverso bandi.

In questo ambito, al fine di coordinare le diverse politiche regionali è stata attivata una buona collaborazione con gli Assessorati allo Sport e alla Cultura che hanno contribuito con proprie risorse al finanziamento di progetti sportivi e culturali previsti dal bando accanto ai progetti sociali.

Complessivamente, grazie al coinvolgimento dei GOL, i progetti realizzati hanno risposto bene all'esigenza di affrontare tematiche diverse in modo flessibile, tenendo conto della complessità dei bisogni e del numero di Enti competenti coinvolti nella loro realizzazione.

Nel 2006 e nel 2007 sono stati stanziati 975.000 € annuali e sono stati realizzati 94 progetti.

Nel 2008 sono stati finanziati 46 progetti (32 sociali, 7 sportivi e 6 culturali) per € 925.000.

In questi anni, inoltre, attraverso la l.r.45/95 sono stati finanziati annualmente progetti presentati da Province, Comuni e Comunità montane mirati all'impiego di detenuti in semilibertà, ammessi al lavoro all'esterno, affidati in prova al servizio sociale o in detenzione domiciliare per lavori socialmente utili.

Questo ha permesso di coniugare interventi tesi al reinserimento lavorativo dei detenuti con progetti di utilità sociale: ripristino di strade di montagna, riqualificazione di aree

degradate, manutenzione di aree verdi, costruzione di parchi gioco, piste ciclabili, sistemazione di giardini delle residenze per anziani, interventi in parchi naturali e aree protette e interventi relativi ai beni culturali.

Le criticità incontrate sono state soprattutto legate alla non copertura dei posti di lavoro previsti nei progetti finanziati dovute alla difficoltà dell'Amministrazione Penitenziaria di individuare persone con caratteristiche giuridiche adeguate e alle complesse procedure e i tempi lunghi del Tribunale di Sorveglianza per la concessione di semilibertà.

Il bilancio complessivo di questa esperienza è estremamente positivo: gli Enti Locali coinvolti si sono dimostrati sempre più sensibili e attenti alla problematica, hanno investito risorse proprie (mensa, trasporti, tutoraggio, accoglienza) e hanno attuato interventi mirati a sensibilizzare la comunità.

Nei progetti spesso sono stati coinvolti altri attori quali i Servizi sociali, Sanitari e del lavoro e le Associazioni di volontariato, che hanno svolto un importante ruolo di accompagnamento e di appoggio e che si sono attivati per cercare occasioni lavorative per i detenuti a fine progetto.

Le comunità locali sono state sensibilizzate alle problematiche penitenziarie e le persone inserite nei progetti hanno avuto non solo una possibilità di lavoro, ma anche occasioni di socializzazione e di partecipazione ad attività svolte da gruppi o associazioni del territorio.

La tabella seguente descrive la portata delle attività per gli anni 2006 e 2007 e 2008.

	n. progetti	n. persone	Finanziamento
2006	38	81	773.101,37
2007	40	98	935.767,75
2008	41	100	976.724,28

Nel dicembre 2008 è stata approvata la legge regionale n. 34 “ Norme per la promozione dell’occupazione, della qualità, della sicurezza e regolarità del lavoro” che abroga la l.r.45/95 e, al Cap. VI disciplina gli interventi di politica attiva del lavoro attuati dalla Regione individuando, tra i destinatari, anche i soggetti sottoposti a misure restrittive della libertà personale e, all’art. 32 il loro utilizzo temporaneo e straordinario in cantieri di lavoro per la realizzazione di opere e servizi di pubblica utilità.

A seguito dell’entrata in vigore della legge 34/2008 occorrerà provvedere alla messa a punto dei provvedimenti attuativi previsti dalla legge stessa, in particolare, per quanto riguarda l’art. 32 sui Cantieri di lavoro. Sarebbe opportuno un lavoro congiunto delle direzioni regionali interessate mirato a far tesoro dell’esperienza realizzata con la l.r.45/95 e a individuare modalità organizzative adeguate all’inserimento lavorativo e sociale delle persone in esecuzione penale.

Zona grigia delle “nuove povertà”.

Il contesto nel quale nasce il Piano sociale si caratterizza per un intreccio tra vecchi e nuovi bisogni: parallelamente alla persistenza ed anzi alla diffusione crescente delle problematiche legate al disagio economico, si riscontrano “zone grigie” di precarietà/fragilità declinate in nuove forme di “vulnerabilità sociale”.

Accanto ai portatori di bisogni più tradizionali, persone in condizioni di disagio grave e conclamato, quasi sempre multidimensionale, vengono segnalate in forte crescita le cosiddette “nuove povertà”.

Si tratta frequentemente di situazioni di sofferenza (spesso ma non solo di natura economica) che, se non affrontate, possono aggravarsi e che riguardano le persone che si trovano in quella zona grigia in cui il non-disagio sfuma nel disagio, che a volte oscillano al di sopra e al di sotto della linea di povertà o che presentano sia segnali di una certa integrazione, come un lavoro stabile o legami sociali saldi, sia tratti che li espongono a potenziali rischi di esclusione, come basse retribuzioni o basse pensioni.

Il fenomeno riguarda ormai vaste aree di popolazione che vivono in condizioni di vita cosiddette normali, ma esposte al rischio di esclusione, a volte a causa di traumatici ed improvvisi cambiamenti del percorso di vita (perdita del lavoro, sfratti, malattie).

La gran parte di questi soggetti spesso fanno fatica a riconoscersi come utenti dei Servizi Sociali (ad es. i nuclei familiari monoreddito, i nuclei monogenitoriali a basso reddito) e sono spesso privi di reti sociali di sostegno.

Ad essi appartengono molti immigrati (dall'estero e da altre zone d'Italia), i lavoratori con basse retribuzioni, i pensionati al minimo, gli adulti 40-50enni senza lavoro, i lavoratori precari.

La crescita di questa vasta area di vulnerabilità sociale appare legata alle problematiche socio-economiche degli ultimi anni: la presenza di un mercato del lavoro più flessibile e meno regolato, un rallentamento nella crescita dei redditi medi e un aumento delle disuguaglianze fra le classi sociali a svantaggio del lavoro dipendente soprattutto medio basso, un generalizzato aumento dei prezzi, gli alti costi relativi alle abitazioni, la mancanza di adeguati sostegni al care, problemi legati all'indebitamento.

Considerato che gli effetti dell'attuale crisi economica si rifletteranno pesantemente sui singoli e sulle famiglie aumentando le situazioni di vulnerabilità e i rischi oggettivi di esclusione sociale, con D.G.R. n. 81-11048 del 12 marzo 2009 sono stati stanziati €15.000.000 a favore degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per “Interventi mirati ad affrontare il disagio sociale ed economico nel quale versano singoli e famiglie, a sviluppare processi di autonomia ed inclusione dei medesimi e a supportare le famiglie bisognose con figli da zero a trentasei mesi e gli anziani non autosufficienti previsti dall'art.7 della l.r. 35 del 2008”.

Obiettivi

Per dare risposte positive a tutte le problematiche sociali che determinano la “vulnerabilità”, è necessario un approccio di rilevante integrazione non solo fra politiche settoriali, ma anche tra i diversi soggetti istituzionali e non, che intervengono nella progettazione e realizzazione degli interventi a livello territoriale.

Ciò comporta da un lato un forte raccordo fra programmazione regionale e programmazione zonale, dall'altro una forte capacità propositiva nei confronti del livello statale su alcuni temi forti di rilevanza generale quali:

- la realizzazione di un sistema coerente di sostegno al reddito,
- una normativa sul riconoscimento delle minoranze etniche e percorsi chiari di integrazione e riconoscimento della cittadinanza,
- una riforma del sistema degli ammortizzatori sociali,
- una riforma complessiva del sistema previdenza\assistenza che liberi risorse per la spesa sociale delle Regioni (in Italia fra le più basse in Europa).

Per quanto riguarda i target di intervento che realisticamente sono stati esaminati dal presente capitolo, gli obiettivi generali declinabili nell'arco triennale di programmazione del Piano sociale sono i seguenti:

- Approfondire la conoscenza della dimensione territoriale della povertà e della vulnerabilità e le sue caratteristiche, in quanto fenomeno dai confini sempre più mobili e flessibili;
- Realizzare un raccordo stretto fra programmazione regionale e programmazione locale, centrata sui Piani di zona, anche individuando la dimensione territoriale più adeguata e pertinente rispetto alle azioni da intraprendere;
- Definire criteri condivisi per l'erogazione delle prestazioni economiche a contrasto della povertà a tutti i cittadini della Regione Piemonte;
- Riconoscere il diritto delle persone in condizioni di povertà e di esclusione sociale a una piena cittadinanza garantendo loro adeguate opportunità per la costruzione di una esistenza equa e dignitosa agendo sulle principali aree del disagio sociale: reddito, lavoro, casa ed integrazione;
- Promuovere il coordinamento e l'integrazione fra i diversi soggetti istituzionali;
- Promuovere interventi di politica integrata rivolti al contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale, anche attraverso una forte collaborazione pubblico, privato ed associazioni di volontariato, sul livello territoriale locale, privilegiando l'erogazione di servizi anziché i trasferimenti monetari;
- Prevenire le situazioni di povertà attraverso aiuti concreti alle famiglie e rafforzando i legami di solidarietà familiare, sociale e intergenerazionale, come strumento di integrazione;
- Rivedere e adeguare la normativa regionale sulla base delle più recenti modificazioni del contesto socio-economico, anche con riferimento a specifici target di utenza;
- Promuovere la sensibilizzazione al consumo responsabile come strumento di prevenzione alla vulnerabilità sociale;
- Promuovere politiche di sostegno al reddito;
- Mirare a creare politiche strutturali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone in esecuzione penale con percorsi individualizzati e interventi a carico di servizi diversi coordinati tra loro per garantire maggiore integrazione e stabilità.

Azioni di Piano

Le azioni che la Regione intende mettere in atto, per la realizzazione degli obiettivi indicati e per ricondurre a sistema tutti quegli interventi che sinora sono stati indirizzati alle fasce deboli, sono così successivamente indicati:

1. Povertà estrema e persone senza fissa dimora

- Promuovere interventi specifici a favore delle persone che versano in situazioni di povertà estrema e senza fissa dimora, attraverso la realizzazione, l'ampliamento o l'innovazione di servizi di pronta accoglienza e dimore temporanee,

la costituzione di servizi mensa, ove possibile anche proponendo percorsi di recupero e autonomia;

- Promozione di interventi miranti alla fornitura di generi di prima necessità e progetti relativi al recupero dalla grande distribuzione di alimenti e beni di prima necessità per i meno abbienti, in raccordo con il volontariato e il Terzo settore;
- Promuovere a livello locale la definizione di modalità condivise per la presa in carico globale della persona.

2. Popolazione nomade

- Costituzione di un gruppo tecnico regionale per il monitoraggio del fenomeno e per la formulazione di proposte di revisione della normativa regionale attraverso la riflessione sulle buone prassi in Italia ed nella UE;
- Sollecito al livello nazionale per l'approvazione di una adeguata normativa relativa al riconoscimento delle minoranze etniche ;
- Attivazione di momenti di raccordo con altri settori regionali al fine di tener conto del “target nomadi” nelle leggi e negli interventi riguardanti la formazione, il lavoro, l'istruzione e l'edilizia;
- Finanziamenti “premiali” alle Comunità locali che si dimostrano interessate ad affrontare le problematiche relative alla stanzialità temporanea promuovendo il collegamento tra Comuni e l'approccio di area vasta;
- Promozione di progetti mirati ai minori nomadi, con particolare attenzione alla fascia adolescenziale, per l'integrazione scolastica e sociale;
- Azioni di informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi e di mediazione culturale;

3. Persone in esecuzione penale ed ex detenuti

- Incentivare, con riferimento alle persone in esecuzione penale, la condivisione tra gli attori coinvolti delle priorità, delle condizioni di fattibilità e di attuazione degli interventi e l'utilizzo delle risorse, possibilmente all'interno della programmazione zonale (PdZ);

Provvedere alla messa a punto dei provvedimenti attuativi previsti dalla legge 34/2008, in collaborazione con la Direzione Istruzione. Formazione professionale e lavoro, tenendo conto dell'esperienza realizzata attraverso la l.r.45/95 e, in particolare, della specificità dell'utenza individuando modalità organizzative adeguate all'inserimento lavorativo e sociale delle persone in esecuzione penale.

- Prevenire le situazioni di disadattamento e devianza che spesso confluiscono in fenomeni di criminalità, collaborare con l'Amministrazione Penitenziaria all'opera di trattamento all'interno degli Istituti penitenziari e sostenere percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per le persone in esecuzione penale con particolare attenzione ai detenuti a fine pena.

4. Zona grigia delle “nuove povertà”

- Creazione di un Osservatorio Regionale sulla povertà e l'esclusione sociale in Piemonte;
- Superamento dell'attuale sistema di erogazione dei contributi economici, dando avvio come priorità a progetti di sperimentazione del reddito minimo di inserimento sulla base di progetti personalizzati e promuovendo una rete di collaborazione con i soggetti attivi sui temi dell'istruzione, della formazione, dell'inserimento lavorativo e dell'abitazione;
- Incentivare le esperienze delle banche del tempo, facilitare le occasioni di incontro e scambio sociale, sostenere le iniziative di partecipazione attiva promosse dai cittadini;
- Sostegno ed incentivazione ai Gruppi di acquisto solidale e per soluzioni abitative solidali;
- Promozione del “consumo responsabile” e misure di sostegno al risparmio e al credito, quali programmi di asset building e di microcredito.

CAPITOLO 3

QUADRO FINANZIARIO E INDIRIZZI PER L'UTILIZZO DELLE RISORSE

3.1 le risorse finanziarie di parte corrente.

3.1.1 Il finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali (risorse di parte corrente)

Il finanziamento del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali incontra elementi di criticità, che si pongono come cause oggettive di ostacolo per la realizzazione del sistema stesso; tra queste l'entità delle risorse complessive destinate all'assistenza, storicamente inferiori (in percentuale sul Pil) rispetto a quelle osservate in altri paesi europei, e le incertezze circa i tempi, la continuità e l'entità di finanziamenti che vengono determinati anno per anno con leggi finanziarie sulla base della disponibilità dei bilanci, e non sono del tutto ancorati a parametri fissi, né a criteri obiettivi di bisogno.

Inoltre il sistema sconta l'esistenza di più fonti di finanziamento, frammentate e disgiunte, provenienti da una molteplicità di soggetti finanziatori (Stato, Regione, Enti locali, aziende sanitarie per le attività a rilievo sanitario) che non sempre assicurano continuità, omogeneità e coordinazione dei contributi; risente inoltre del permanere, accanto alle risorse erogate senza vincoli di destinazione, una eccessiva finalizzazione di flussi finanziari a settori o progettualità specifiche con destinazioni vincolate (v. par. 5.2.1)

Sulla base dell'art. 35 della L.R. 1/04 nel Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali confluiscono le risorse proprie della Regione, le risorse indistinte trasferite dallo Stato, le risorse trasferite dalle Province di cui all'articolo 5, comma 4, nonché le risorse provenienti da soggetti pubblici e privati.

Di seguito si riepilogano le risorse di cui il sistema ha beneficiato negli ultimi anni.

Il Fondo Nazionale per le politiche sociali

Il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) è la fonte nazionale di finanziamento del sistema di welfare in Italia, ed è stato istituito dalla legge 328/2000 quale fondo unico, alimentato, a partire dal 2001, da un insieme di fonti originariamente disciplinate da una pluralità di disposizioni legislative e in gran parte vincolate a specifici interventi di settore. Le risorse assegnate alle Regioni vengono, ai sensi dell'art. 4 della L. 328/2000, ripartite tra gli Enti locali.

L'assegnazione delle quote del FNPS vede come primo beneficiario l'INPS per la tutela dei c.d. "diritti soggettivi" (assegno per il primo figlio e per i nuclei familiari numerosi): ad un aumento delle esigenze di tale ente può conseguentemente corrispondere una proporzionale diminuzione delle risorse da ripartirsi tra gli altri destinatari (Regioni e ed enti locali).

La consistenza del FNPS è stata incrementata fino al 2004, mentre nel 2005 ha subito una forte contrazione, recuperata solo nel 2007. Dal 2008 si assiste ad un nuovo trend di riduzione

Nella tabella sotto riportata sono indicati gli stanziamenti del FNPS attribuiti alla Regione Piemonte negli anni 2004-2008:

anno	ammontare delle risorse attribuite alla Regione Piemonte	incremento/decremento (base ammontare fondo 2004)
2004	61.039.864,00	
2005	37.198.411,00	-39,06
2006	55.653.993,26	-8,82
2007	68.668.969,85	12,50
2008	48.171.038,38	-21,08

Negli ultimi anni la determinazione delle somme spettanti alle Regioni e la conseguente erogazione dei finanziamenti si è progressivamente spostata alla fine di ogni esercizio, con ripercussioni a cascata su tutti gli attori del sistema sulla certezza e disponibilità degli stessi.

Per migliorare la qualità della spesa pubblica rendendo possibile una più tempestiva e puntuale programmazione degli interventi è stato previsto che -a partire dal 2008 ed ai sensi dell'art. 2, comma 471, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008)- con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze su proposta del Ministro della solidarietà sociale, si provveda "ad un anticipo sulle somme destinate al Ministero della solidarietà sociale e alle Regioni (...) nel riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali (...) nella misura massima del 50 per cento degli stanziamenti complessivamente disponibili per l'anno in corso..."

A metà 2009 , in attesa dell'emanazione del decreto contenente l'ammontare definitivo delle risorse afferenti al Fondo nazionale, è stata per ora disposta - ai sensi della norma sopra richiamata - l'assegnazione di un acconto alle Regioni. Per la Regione Piemonte la somma attribuita a tale titolo è pari ad euro 18.589.386,64.

Le risorse complessive da stanziarsi per l'anno 2009, dovrebbero corrispondere al doppio dell'acconto (€ 37.178.773,30); si prefigura pertanto una ulteriore riduzione rispetto al 2008, con un probabile slittamento per l'assegnazione della parte residua all'esercizio 2010.

Il fondo nazionale per le non autosufficienze

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria per il 2007), ha istituito il fondo nazionale per le non autosufficienze, finalizzato all'incremento del sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, attraverso la progressiva costruzione di un modello di assistenza che assicuri la piena integrazione delle prestazioni sociali con quelle sanitarie.

Nella tabella sotto riportata sono indicati gli stanziamenti del suddetto fondo destinati alla Regione Piemonte negli anni 2007-2009 (l'ultimo decreto di riparto individua infatti le risorse da assegnarsi alle Regioni già per l'anno 2009).

anno	ammontare delle risorse destinate alla Regione Piemonte
2007	€ 7.797.985,00
2008	€ 23.510.441,74
2009	€ 31.373.465,74

Ulteriori flussi finanziari provenienti dallo Stato sono inoltre previsti per la realizzazione di specifiche finalità (es. fondo per le politiche per l'inclusione sociale degli immigrati).

Il fondo regionale per le politiche sociali

Ai sensi dell'art. 4 della legge 328/2000 gli stanziamenti del fondo nazionale per le politiche sociali si affiancano agli autonomi stanziamenti dei livelli inferiori di governo.

L'ammontare complessivo delle risorse che la Regione Piemonte dispone per il finanziamento del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali comprende pertanto le risorse regionali e le risorse trasferite dallo Stato.

Nella tabella sotto riportata sono indicati i fondi che la Regione ha complessivamente stanziato negli anni 2005-2008 (i dati sono ricavati dai rendiconti generali per gli esercizi finanziari riferiti agli stessi anni)

anno	Finanziamento del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali (fondi complessivamente assegnati dalla Regione)
2005	€ 146.692.242,74
2006	€ 177.124.530,57
2007	€ 192.418.996,88
2008	€ 192.614.952,35

Nel triennio considerato circa il 98% delle risorse sopra indicate è stato trasferito ad enti pubblici (Enti gestori delle attività socio-assistenziali, Comuni, Province, Asl), mentre il restante 2 % è stato attribuito ad enti e soggetti privati.

Della parte assegnata ad enti pubblici la quota più consistente (corrispondente, nell'arco temporale in esame, all'85-90%) è stata attribuita agli Enti gestori delle attività socio-assistenziali, sia in forma indistinta (sulla base di specifici criteri approvati con deliberazione della Giunta regionale) sia a seguito della presentazione di progetti, o per l'attivazione/incremento di servizi, o per il pagamento/integrazioni rette di determinate tipologie di utenza.

3.1.2. Indirizzi e criteri per la ripartizione del fondo per le politiche sociali

Analisi di contesto

Il contesto normativo in cui trova fondamento la disciplina relativa al finanziamento del sistema integrato degli interventi sociali è costituito dall'art. 35 della legge regionale 1/2004, che enuncia i principi di seguito riepilogati:

✓ il sistema integrato degli interventi e servizi sociali è finanziato dai Comuni con il concorso della Regione e degli utenti nonché dal fondo sanitario regionale per le attività integrate socio-sanitarie;

✓ i Comuni, titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie, le quali, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dello Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurino il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio;

✓ la Giunta Regionale, di concerto con i Comuni singoli o associati, individua una quota capitaria sociale, necessaria per assicurare i livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni di cui all'art. 19 (livelli essenziali e omogenei delle prestazioni);

✓ l'intervento finanziario regionale ha carattere contributivo rispetto all'intervento primario comunale ed è finalizzato a sostenere lo sviluppo ed il consolidamento su tutto il territorio regionale di una rete di servizi qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali;

✓ il fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, è ripartito annualmente tra gli Enti gestori delle attività socio-assistenziali, secondo criteri individuati dalla Giunta regionale, informata la commissione consiliare competente, sulla base delle indicazioni contenute nel piano regionale di cui all'art. 16 (Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali)

✓ i criteri per il riparto del fondo regionale sono finalizzati a privilegiare gli Enti gestori istituiti entro gli ambiti territoriali ottimali individuati dalla Regione (prevedendo anche eventuali disincentivi per la gestione in ambiti territoriali diversi), nonché a privilegiare:

a) enti che assumono la gestione complessiva degli interventi e servizi sociali di livello essenziale;

b) enti che assicurano i livelli essenziali e uniformi delle prestazioni spostando l'attenzione dalla domanda espressa ai bisogni rilevati;

c) enti che favoriscono la diversificazione e la personalizzazione degli interventi;

d) enti che promuovono la partecipazione effettiva di tutti i soggetti pubblici e privati e delle famiglie nella progettazione e nella realizzazione del sistema;

e) enti che assicurano, in via prioritaria, la risposta alle esigenze di persone portatrici di bisogni gravi;

f) enti che realizzano la massima integrazione tra sanità e assistenza, nonché il coordinamento delle politiche dei servizi sociali con le politiche della casa, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;

g) enti che garantiscono, attraverso l'attuazione di forme di controllo direzionale e di analisi costante delle attività in corso di gestione, la corrispondenza dei risultati effettivamente conseguiti con gli obiettivi prefissati nella fase programmatica, in termini di efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni ed assicurano un impegno finanziario dei

Comuni adeguato a sostenere le spese necessarie per fornire idonee risposte ai bisogni del territorio.

A sua volta l'art. 36 della legge regionale 1/2004 recita:

“Gli Enti gestori istituzionali dei servizi sociali, al fine di rilevare i dati relativi al rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate, adottano idonei sistemi di controllo di gestione.

La Giunta regionale individua metodi e strumenti e fornisce indirizzi per una realizzazione omogenea del controllo di gestione da parte degli Enti gestori istituzionali che consenta analisi comparative di efficacia e di efficienza e costituisca fonte informativa per la programmazione regionale”.

Il fondo regionale per le politiche sociali

Nel fondo regionale-complexivamente inteso sulla base della normativa vigente, confluiscono:

- le risorse regionali determinate annualmente con legge di bilancio (fondo per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali e altri fondi dedicati ad attività specifiche);

- le risorse trasferite dallo Stato attraverso il fondo nazionale per le politiche sociali e altri fondi nazionali finalizzati ad interventi in ambito sociale.

Il fondo regionale risulta pertanto composto da:

- Finanziamenti a destinazione indistinta
- Finanziamenti a destinazione vincolata

L'eccessivo ricorso a finanziamenti vincolati può portare ad incongruenze, come in appresso indicato:

- sovente è difficile definire a priori la spesa che sarà sostenuta per le attività oggetto del finanziamento vincolato. Ne consegue che, se la spesa effettiva è inferiore al finanziamento, si stimola una spesa anomala al fine di giustificare l'utilizzo del finanziamento, mentre, se la spesa è superiore al finanziamento, la parte non finanziata in modo specifico farà carico alla quota di finanziamento indistinta;

- qualora l'Ente gestore non abbia l'esigenza di sostenere dette spese si premurerà di attivare un'offerta di servizi per cui richiederà il contributo finalizzato, dando luogo, anche in questo caso, ad un'offerta anomala di servizi;

- la contabilizzazione e la rendicontazione dell'utilizzo dei finanziamenti vincolati sono fonte di problemi operativi e di complessità nelle registrazioni contabili, attesa la comunione delle spese finanziate in modo vincolato con le altre spese di gestione.

E' necessario pertanto operare in modo che gli interventi particolari sopravvivano con la loro specificità per il periodo di sperimentazione, per essere successivamente ricompresi nell'attività ordinaria degli enti e le risorse dedicate alle attività sperimentali confluiscono nel fondo indistinto .

Obiettivi

Costituisce obiettivo generale del presente Piano, da perseguire anche attraverso la ripartizione annuale del fondo sociale regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, lo sviluppo ed il consolidamento su tutto il territorio regionale di

una rete di servizi qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali.

Le assegnazioni regionali erogate sulla base dei criteri di riparto previsti dalla deliberazione disciplinante (D.G.R. 21-12880 del 28 giugno 2004), mirano attualmente a sostenere il processo di riequilibrio territoriale, tenendo anche conto delle realtà locali storicamente penalizzate, ma meritevoli di maggiore considerazione per la qualità e la quantità dei servizi attivati.

L'equilibrio complessivo del sistema, in attuazione del principio di eguaglianza sostanziale, va perseguito mediante l'attivazione di processi di redistribuzione e riallocazione delle risorse sulla base delle aree di bisogno rilevate, delle tipologie di livelli assistenziali e servizi erogati, nonché delle peculiarità territoriali.

Nell'arco di vigenza del Piano, si persegue inoltre un graduale superamento della finalizzazione delle risorse, da mantenersi solamente in presenza di specifici vincoli giuridici oppure in caso di finanziamenti a carattere straordinario e non continuativo.

La parte del fondo a destinazione indistinta dovrà prioritariamente assicurare la realizzazione dei livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni in ciascun ambito territoriale, attraverso un sistema di allocazione funzionale delle risorse.

Si intendono infine sostenere:

- ✓ una compiuta corrispondenza territoriale tra ambiti degli Enti gestori e dei distretti sanitari, ai fini di una più efficiente ed efficace integrazione tra le funzioni socio-sanitarie;
- ✓ l'esercizio da parte degli Enti gestori di una gestione completa e unitaria delle funzioni, degli interventi e dei servizi sociali locali volti a garantire i livelli essenziali;
- ✓ piani e progetti zionali che perseguano l'intersettorialità degli interventi e delle politiche;
- ✓ l'attivazione di servizi innovativi per caratteristiche gestionali, organizzative o prestazionali, che pur non configurandosi come livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni, risultino particolarmente qualificanti;
- ✓ una più efficace partecipazione dei soggetti pubblici e privati attivi sul territorio al processo di progettazione e di realizzazione del sistema di interventi locali, anche mediante l'integrazione delle rispettive risorse;
- ✓ l'attuazione di forme di controllo gestionale e di analisi delle attività in corso di gestione, che misurino e incentivino il rispetto degli standard garantiti nell'erogazione dei livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni e che permettano inoltre, sulla base di quanto previsto nel presente Piano, la verifica della corrispondenza dei risultati effettivamente conseguiti con gli obiettivi prefissati nella fase programmatica, in termini di efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni.

Modalità e strumenti di riparto

I parametri di ripartizione del fondo saranno formalizzati con provvedimento della Giunta regionale secondo modalità basate su una distribuzione multidimensionale delle risorse che tenga conto di variabili diverse, avendo altresì considerazione per le situazioni locali e le variabili sistemiche determinanti costi differenti (caratteristiche del territorio servito, economie/diseconomie di scala necessarie e programmate ecc.); l'obiettivo di medio periodo è quello di determinare una quota capitaria differenziata equivalente in macro aree contraddistinte dalle stesse caratteristiche territoriali.

Per la suddivisione del fondo in quote si farà riferimento ai criteri sotto indicati, con la previsione di una graduale riduzione della quota di finanziamenti vincolati in funzione dell'aumento della quota indistinta. L'adozione dei nuovi parametri avverrà progressivamente ed in parallelo con l'attuazione del presente Piano, nonché con la successiva predisposizione dei Piani di zona territoriali.

Il fondo sarà ripartito per quote percentuali in funzione della:

- ▶ definizione di una quota capitaria procapite ponderata per stati di bisogno corrispondenti a diverse fasce di popolazione (minori/adulti/anziani), da calcolarsi in base alla popolazione residente in ciascun Ente gestore;
- ▶ valutazione degli standard qualitativi offerti nei diversi territori in relazione ai livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale così come definiti nel par. 4.1.2, e conseguente attribuzione agli Enti gestori—all'interno di un range predefinito—di quote pesate sulla base della popolazione residente e di altri elementi caratterizzanti le specificità territoriali;
- ▶ valutazione della dispersione territoriale, intesa come individuazione e misurazione delle situazioni di svantaggio socio-economico a cui è soggetto parte del territorio piemontese, determinata negli ambiti coperti dagli Enti gestori di riferimento;
- ▶ valutazione delle spese socio-assistenziali annualmente sostenute dai Comuni;
- ▶ analisi dei Piani di zona e sussistenza di accordi di programma che prevedono azioni intersettoriali partecipate e finanziate da più soggetti pubblici e privati.

Quote del Fondo saranno altresì attribuite per incentivare:

- ▶ la corrispondenza territoriale tra Enti gestori delle attività socio-assistenziali e distretti sanitari, ai sensi dell' art. 22 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale), per promuovere una più efficace integrazione dei rispettivi servizi; fermo restando che la forma idonea è la coincidenza completa degli ambiti, la gestione ottimale delle funzioni integrate è altresì incentivata nel caso di un distretto coincidente con più Enti gestori, o di un Ente gestore al cui interno siano ricompresi più distretti. La Giunta Regionale può stabilire disincentivi per le forme gestionali socio-assistenziali che si trovino a scavalco tra due o più Asl differenti, o tra più distretti sanitari;
- ▶ l'assunzione in capo agli Enti gestori, nell'ambito territoriale di riferimento, della gestione complessiva delle prestazioni assistenziali (anche in relazione ad attività che, ai sensi dell'art. 9 della legge regionale 1/2004, non devono essere esercitate obbligatoriamente in forma associata) per garantire la realizzazione dei livelli essenziali;
- ▶ l'attivazione di determinati servizi, che pur non configurandosi come livelli essenziali ed omogenei delle prestazioni, risultano particolarmente qualificanti e innovativi.

Al fine di evitare che improvvise modifiche e variazioni nelle risorse erogate determinino alterazioni difficilmente gestibili nei bilanci degli Enti gestori, ovvero effetti sul livello di strutturazione ed erogazione dei servizi e relativi livelli di spesa maturati nel tempo dai diversi territori, il processo di riequilibrio degli stanziamenti regionali dovrà essere effettuato con criteri di gradualità su un arco temporale di medio-lungo periodo, e svolgersi in concomitanza con la progressiva determinazione dei nuovi criteri e l'applicazione dei parametri conseguenti.

Azioni in ordine alla contabilità degli Enti gestori ed all'avvio del controllo di gestione

Ai sensi dell'art. 4 comma 1, lettera k della L.R. 1/2004, la Giunta regionale stabilisce forme e modalità di controllo e di verifica della spesa degli Enti gestori delle attività socio-assistenziali.

In attuazione di tale norma è stata assunta la deliberazione 23-12502 del 18 maggio 2004 (“Criteri generali di rendicontazione delle attività svolte a locale e delle spese relative”): tale deliberazione ha adottato un prospetto di rendicontazione che consente l’acquisizione, in modo uniforme sul territorio piemontese, dei dati provenienti dalla contabilità finanziaria tenuta dagli Enti gestori.

Un intervento da realizzare riguarda la contabilizzazione dei fatti di gestione posti in essere dagli Enti gestori.

Attesa l’esigenza di ottenere informazioni in ordine all’utilizzo dei fattori produttivi, occorre sostituire al concetto di spesa (tipico della contabilità finanziaria pubblica) il concetto di costo, inteso quale controvalore dei fattori produttivi utilizzati per l’erogazione dei livelli essenziali e omogenei delle prestazioni.

Gli Enti gestori, pur rimanendo obbligati ai sensi della vigente normativa a contabilizzare i fatti di gestione sotto l’aspetto finanziario, dovranno riclassificare le proprie spese e, utilizzando un prospetto di conciliazione, ottenere i costi di gestione, da suddividere per natura dei costi e livelli essenziali.

I dati ottenuti dalla contabilità economica consentiranno inoltre la predisposizione di indicatori gestionali molto più puntuali di quanto si possa ottenere attualmente utilizzando le classi di spesa.

Ai sensi del richiamato articolo 4, comma 1, lettera K, la Giunta regionale, predisporrà il suddetto prospetto di conciliazione per la riallocazione dei dati contenuti nella contabilità finanziaria in macroclassi economiche di costo.

In applicazione dell’art. 36 della L.R. 1/2004 la Giunta regionale adotterà altresì specifici indirizzi per la realizzazione di un sistema di controllo di gestione, che dovrà consentire un confronto dei dati nel tempo e nello spazio.

3.2 Le risorse finanziarie per investimenti.

Gli indirizzi per la destinazione delle risorse sono orientati, in accordo con gli obiettivi strategici del piano a livello generale, per sostenere gli obiettivi specifici e le azioni che da essi derivano.

Si richiama in tal senso quanto illustrato nei capitoli precedenti in merito a:

- le linee di raccordo con la programmazione strategica europea, nazionale e regionale, lungo l’asse dell’inclusione sociale;
- le azioni ed i provvedimenti volti al miglioramento dei livelli essenziali di assistenza ed alla loro omogeneizzazione sul territorio regionale;
- le scelte in ordine all’accreditamento dei soggetti erogatori dei servizi socio assistenziali.

Tenuto conto degli obiettivi e delle linee di azione di cui sopra nonché delle limitate risorse disponibili, si rende necessario, nella destinazione delle risorse finanziarie per investimenti, operare delle scelte che rispondano a molteplici esigenze:

1. Selezionare interventi mirati al miglioramento delle condizioni di vita degli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali nonché delle condizioni di sicurezza, sia degli ospiti che degli operatori delle strutture stesse; su questo versante, tenuto conto delle risorse che saranno rese disponibili a bilancio, si potrà dare corso negli anni a venire, analogamente a quanto avvenuto nel recente passato, ad una serie di contributi diffusi nel tessuto dei presidi residenziali e semiresidenziali e mirati, con un impegno relativamente limitato di risorse, a migliorare le condizioni di vita e di sicurezza nei presidi favorendo e privilegiando interventi sulle dotazioni di mobili, impianti ed attrezzature: in tal senso sono stati promossi interventi sugli impianti di climatizzazione, sulle dotazioni delle cucine, sugli arredi e sulle attrezzature in senso lato. Si incentiverà l'aggiornamento tecnologico ed impiantistico dei presidi e favorendo azioni volte al miglioramento degli standard abitativi e dei livelli essenziali di assistenza: si possono al momento ipotizzare interventi finalizzati alla diffusione di elementi di domotica all'interno dei nuclei per un più attento monitoraggio delle condizioni di salute degli ospiti che presentano un quadro clinico più grave e più complesso, nonché per migliorare le condizioni di salubrità degli ambienti di vita degli ospiti.

In particolare bisognerà sostenere la creazione di servizi innovativi per anziani non autosufficienti, in particolare nel campo delle patologie complesse e delle demenze, secondo le seguenti linee di azione:

- favorire interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, che rappresentano una quota sempre più consistente della popolazione che accede ai servizi residenziali o semiresidenziali, o che tenta di accedervi, inserendosi nelle liste di attesa: si assiste infatti ad un allungamento della vita (sono sempre di più i "grandi anziani") e ad un incremento percentuale della popolazione degli anziani ultrasessantacinquenni bisognosi di assistenza a livello elevato, mentre si sta riducendo in percentuale la richiesta di inserimenti in struttura da parte di soggetti autosufficienti, in relazione anche agli affetti delle politiche di sostegno della domiciliarità poste in atto dalla Regione Piemonte;
- favorire la realizzazione di nuclei residenziali e semiresidenziali per anziani affetti da patologie complesse e da demenze (alzheimer), conformemente alle disposizioni recentemente assunte della Regione con le quali sono stati anche definiti gli standard normativi (strutturali e gestionali): si assiste infatti ad una sempre maggiore richiesta di inserimento presso apposite strutture (sia residenziali che semiresidenziali) di anziani affetti da patologia complesse come le demenze, per i quali i servizi domiciliari attivati si dimostrano talvolta inadeguati a supportare le famiglie, in ragione della intensità e della complessità dell'assistenza che tali patologie richiedono;
- favorire un definitivo adeguamento delle strutture alle norme di sicurezza ed alle specifiche tecniche strutturali definite dalle norme vigenti, in tal senso sostenendo le linee di miglioramento della qualità e del benessere degli ospiti delle strutture, tracciate con i processi di progressione dei livelli di assistenza per anziani non autosufficienti, da un lato,

ed i processi di accreditamento delle strutture – in fase di elaborazione e di definizione – dall’altro;

- favorire il riequilibrio territoriale, promuovendo interventi nelle aree che si presentano al momento meno attrezzate a fronteggiare le richieste di inserimento in struttura che provengono dai residenti;

- privilegiare interventi di riconversione di strutture esistenti (da auto a non-autosufficienti), piuttosto che la realizzazione ex novo di posti letto presso strutture nuove: saranno invece sostenuti gli interventi volti al trasferimento presso strutture di nuova realizzazione di posti letto esistenti presso strutture ormai obsolete e talvolta pregevoli per arte e storia, che mal si presterebbero ad interventi risolutivi di adeguamento edile e impiantistico alle norme;

- tutelare e consolidare la rete dei presidi a rilievo sociale che si è strutturata a partire dall’anno 2003, anche con il coinvolgimento delle Province piemontesi, in funzione di una prevenzione del disagio e di un’azione di contrasto alla solitudine;

2. Sostenere la rete di servizi per la prima infanzia, per il potenziamento della quale la D.G.R. n. 31-6180 del 18 giugno 2007 ha promosso il Programma di finanziamento per gli anni 2007/2008/2009, a valere sul “fondo regionale per il potenziamento della rete di servizi per la prima infanzia”, -istituito con l’art. 25 della l. r. 23 aprile 2007, n. 9 “Legge finanziaria per l’anno 2007”. Il programma, che recepisce come traguardo tendenziale delle politiche di settore “il conseguimento entro il 2010, dell’obiettivo comune della copertura territoriale del 33 per cento fissato dal Consiglio europeo di Lisbona del 23-24 marzo 2000 e di attenuare gli squilibri esistenti tra le diverse aree del Paese.”, promuove un finanziamento pluriennale, volto all’implementazione dei servizi tradizionali per la prima infanzia (asili nido) e per l’estensione dei servizi di micro-nido (autonomi, integrati e aziendali), con particolare attenzione alle aree ad alta densità abitativa, a quelle in forte espansione demografica e con stimoli per il riutilizzo del patrimonio immobiliare esistente. La rete è finanziata, oltre che dal citato fondo regionale, dalle risorse del Fondo nazionale destinato ai servizi per la prima infanzia, secondo le modalità di riparto tra le regioni contenute nella Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

Al programma d’investimento si affiancano le azioni di riduzione delle liste di attesa per l’accesso ai servizi di asilo nido comunale che dovranno essere perseguite attraverso l’utilizzo a pieno regime del patrimonio immobiliare comunale destinato ai servizi per la prima infanzia. Sono da programmare inoltre azioni di finanziamento per la conversione di alcuni servizi integrativi (Centri di custodia oraria) in servizi di micro-nido e asilo nido al fine di rimodulare servizi già attivi sul territorio in linea con la sempre maggior domanda di servizi tradizionali.

3. Individuare nuovi canali di finanziamento: dal punto di vista del reperimento di risorse, è necessario individuare nuove risorse, operando lungo le linee indicate dalla Comunità Europea, per la realizzazione di interventi strutturali di respiro più ampio e adeguatamente diffusi sul territorio, in modo da rispondere alle esigenze che vengono evidenziate da più parti della Regione Piemonte. Da questo punto di vista si intende operare, nell'arco di vigenza del presente Piano, mediante l'accesso ai Fondi per le Aree Sottoutilizzate (FAS 2007-2013), fondi europei che operano nell'ambito di un programma nazionale volto al riequilibrio economico e sociale fra le diverse aree del paese.

In accordo con le linee della programmazione nazionale e regionale, con l'approvazione in Giunta Regionale in data 6/10/2008 è iniziato l'iter del programma attuativo del Fondo, con il quale si intende intervenire sull'Asse "Valorizzazione delle risorse umane", con finanziamenti diffusi su tutto il territorio regionale secondo tre filoni di intervento: per la prima infanzia (progetto sezione primavera), per affrontare l'emergenza abitativa (progetto housing sociale), per le persone anziane non autosufficienti (rete delle strutture per anziani).

- a) Implementazione delle sezioni primavera, in accordo con la Direzione regionale Istruzione, formazione professionale e lavoro che è capofila per il progetto sperimentale "sezioni primavera" nella Regione:

La sezione primavera è un servizio socio-educativo per bambini da due a tre anni, integrativo al servizio di asilo nido, micro-nido e scuola dell'infanzia; esso è attivato, in coerenza con il principio di continuità educativa, all'interno di un progetto globale finalizzato al soddisfacimento dei bisogni e allo sviluppo delle potenzialità dei bambini da 0 a 6 anni. Il progetto è volto al mantenimento per cinque anni delle sezioni attivate in via sperimentale nell'a. s. 2007-2008 con fondi statali e nell'a.s. 2008-2009 con fondi statali e regionali ed avviare nuove sezioni in numero tale da consentire un innalzamento della percentuale di copertura del servizio congrua con gli obiettivi europei.

- b) Realizzazione di progetti di housing sociale, in collaborazione con la Direzione Programmazione strategica, politiche territoriali ed edilizia.

Con riferimento alle macro tipologie contenute nelle linee guida per l'Housing sociale approvate dalla Regione Piemonte e contenute nei provvedimenti attuativi, si intende sostenere la realizzazione di residenze temporanee articolate in alloggi individuali, residenze collettive e alloggi per l'inclusione sociale, con particolare riguardo a:

- alloggi individuali e residenze collettive destinati a soggetti con problemi di vulnerabilità sociale aventi necessità abitative temporanee legate alla perdita dell'abitazione (soggetti con sfratto già eseguito o sottoposti a procedura esecutiva di rilascio, soggetti con frattura del nucleo di provenienza per separazione/divorzio, soggetti aventi necessità di locazione per problemi di cura, di assistenza e di studio);

- alloggi per l'inclusione sociale: minialloggi, microcomunità, pensioni/alberghi sociali destinati a soggetti già in carico ai servizi sociali aventi esigenze abitative di natura

temporanea in relazione alle specificità presenti nei singoli territori (senza fissa dimora; soggetti con progetti di reinserimento sociale correlati a esperienze di marginalità accentuata come ex tossicodipendenti, donne vittime di tratta, vittime di violenza; soggetti con progetti di ricerca di autonomia e ricostruzione di autostima; ex carcerati; soggetti con gravi problemi di salute fisica, psichica, da dipendenze).

- c) Promozione della rete delle strutture per anziani non autosufficienti o affetti da demenza.

Si prevede di finanziare sia la realizzazione di nuovi posti letto residenziali per gli anziani non autosufficienti e/o affetti da demenza, mediante la ristrutturazione e riconversione di presidi attualmente destinati a persone autosufficienti, sia la creazione di un tessuto abitativo alternativo all'inserimento in strutture per i casi meno gravi su cui è possibile attivare un progetto individuale ed un sostegno sociale.

Il progetto prevede:

- la definizione dei parametri programmatici per il riequilibrio dell'offerta di posti letto per anziani non autosufficienti tra le varie aree territoriali, tenendo conto dell'incremento quantitativo della domanda rispetto al passato;
- la realizzazione di una rete di unità abitative collegate funzionalmente ai presidi, quale risposta differenziata alla realtà soggettiva della popolazione anziana;
- azioni volte all'adeguamento dell'assistenza domiciliare in relazione alla rete dei servizi esistenti ed alle esigenze "specifiche" degli ospiti.

Tra gli obiettivi del proprio programma di governo 2005 – 2010, l'amministrazione regionale ha posto quello della permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita ed in accordo con esso, le linee di intervento prioritarie (progetti cardine) consisteranno nella realizzazione degli alloggi collettivi (Group Living) che le Amministrazioni locali vorranno presentare quale "dependance" dei presidi esistenti. Tali indicazioni trovano peraltro conferma nello sforzo economico intrapreso dall'Ente regionale nell'aver promosso e realizzato negli anni più recenti una pluralità di strutture semiresidenziali (Centri Diurni e Centri Diurni Integrati).

In tal senso si procederà a:

- promuovere la creazione di servizi integrativi dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale, che consentano da un lato alle strutture di aprirsi al territorio e dall'altro di fornire alle famiglie nuove opportunità e disponibilità di soluzioni, anche solo per esigenze di sollievo o temporanee, che consentano di seguire passo passo l'evolversi dei bisogni dell'anziano, in relazione con l'evolversi delle patologie;

- coinvolgere i soggetti territoriali (Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, Province) nelle fasi di promozione degli interventi, di selezione dei progetti strutturali e di monitoraggio delle attività di realizzazione e di avviamento dei servizi, in un'ottica di "accordo di programma" con la Regione Piemonte.

3.3 Le risorse per le politiche di welfare nel quadro della programmazione generale regionale

Si propone di seguito un quadro delle risorse per le politiche di welfare sulla base dei documenti di programmazione regionale.

a) Risorse finanziarie complessive 2007–2013 nell'ambito della programmazione dei fondi strutturali europei

POR FSE 2007-2013

La programmazione operativa del POR FSE della Regione Piemonte per il periodo 2007–2013 segue un'impostazione per obiettivi focalizzandosi sul conseguimento di talune finalità specifiche per la piena valorizzazione delle risorse umane piemontesi che–coerentemente alle indicazioni del Programma di legislatura–sono derivate da una trasposizione su scala locale degli indirizzi strategici di Lisbona.

In relazione alla ripartizione indicativa delle risorse pubbliche del Por Piemonte FSE tra le categorie di spesa di cui al Regolamento generale ed a quello di attuazione, tra i temi prioritari finanziatisi ritrovano varie linee di intervento di politica strettamente sociale:

Dimensione 1 Temi prioritari		
Codice	Importo FSE	Importo totale
67 - Misure che incoraggino l'invecchiamento attivo e prolunghino la vita lavorativa	7.287.775	18.488.045
69 - Misure per migliorare l'accesso all'occupazione ed aumentare la partecipazione sostenibile delle donne all'occupazione per ridurre la segregazione di genere sul mercato del lavoro e per riconciliare la vita lavorativa e privata, ad esempio facilitando l'accesso ai servizi di custodia dei bambini e all'assistenza delle persone non autosufficienti	13.098.449	33.228.895
70 - Azioni specifiche per aumentare la partecipazione dei migranti al mondo del lavoro, rafforzando in tal modo la loro integrazione sociale	3.932.713	9.976.731
71 - Percorsi di integrazione e reinserimento nel mondo del lavoro dei soggetti svantaggiati, lotta alla discriminazione nell'accesso al mercato del lavoro e nell'avanzamento dello stesso e promozione dell'accettazione della diversità sul posto di lavoro	31.782.710	80.628.197

Rispetto alla ripartizione definitiva del POR FSE per assi, (vedi tabella sottostante), la dotazione più significativa ai fini di interventi di ambito sociale è costituita dall'asse III – Inclusion sociale, con una dotazione finanziaria che riassume integralmente il tema 71. La scelta della Regione Piemonte di incentrare su di un unico focus le iniziative attivate sull'asse inclusion sociale riflette la volontà di pervenire a una programmazione unitaria finalizzata a dotare i destinatari delle azioni di strumenti in grado di evitare qualunque discriminazione nell'accesso al lavoro.

ASSI	TOTALE COSTO ELEGIBILE	CONTRIBUTO PUBBLICO						Contributo elegibile privato	Tasso di cofinanziamento FSE	Peso Assi
		Totale costo pubblico	Partecipazione comunitaria (FSE)	Partecipazione pubblica nazionale						
				Totale	Centrale	Regionale	Altro			
I - Adattabilità	251.963.112	251.963.112	99.320.967	152.642.145	117.281.030	35.361.115		39,42%	25%	
II - Occupabilità	262.041.635	262.041.635	103.293.806	158.747.829	121.972.271	36.775.558		39,42%	28%	
III - Inclusione sociale	80.628.197	80.628.197	31.782.710	48.845.487	37.529.930	11.315.557		39,42%	8%	
IV - Capitale Umano	342.669.830	342.669.830	135.076.515	207.593.315	159.502.199	48.091.116		39,42%	34%	
V - Transnazionalità e interregionalità	30.235.574	30.235.574	11.918.516	18.317.058	14.073.724	4.243.334		39,42%	3%	
VI - Assistenza tecnica	40.314.098	40.314.098	15.891.355	24.422.743	18.764.965	5.657.778		39,42%	4%	
TOTALE	1.007.852.446	1.007.852.446	397.283.869	610.568.577	469.124.119	141.444.458		39,42%	100%	

Gli altri temi prioritari trovano capienza e definizione negli assi II – Occupabilità, e IV – Capitale umano.

Si qualificano come potenziali beneficiari delle attività sopra descritte la Regione Piemonte ed i suoi enti strumentali, le Province che potranno espletare le funzioni di cui sono titolari direttamente – per mezzo dei propri CPI – o attraverso il convenzionamento con i soggetti accreditati all'espletamento dei servizi al lavoro e/o all'erogazione di attività formative nei confronti dei soggetti svantaggiati nel rispetto delle disposizioni regionali, i Comuni – anche a mezzo dei propri Consorzi socio-assistenziali ed altri Enti pubblici, ed i soggetti operanti nel Terzo settore.

Si configurano invece quali destinatari degli interventi i soggetti in condizione di svantaggio, le aziende che si fanno carico della loro assunzione e le cooperative sociali.

POR FESR 2007-2013

In base al quadro strategico individuato, il Programma FESR 2007–2013 fissa 4 obiettivi specifici (di cui l'ultimo si riferisce all'assistenza tecnica) che identificano gli ambiti prioritari su cui si concentra l'azione di sostegno del programma al fine di incrementare i livelli di competitività e di attrattività del sistema regionale.

L'obiettivo III recita:

promuovere l'integrazione tra valorizzazione del patrimonio ambientale-storico-culturale e le attività imprenditoriali ad essa connesse, e riqualificazione delle aree urbane attraverso l'inclusione sociale, lo sviluppo economico e la rigenerazione delle aree degradate.

Esso mette in evidenza la strategicità della programmazione integrata per i sistemi territoriali, e risulta rilevante in particolare per la promozione della coesione territoriale in un'ottica di diversificazione economica e produttiva. All'interno del medesimo quadro strategico rientra l'attenzione verso le aree urbane con la finalità di promuovere e rafforzare la capacità di gestione di interventi integrati capaci di apportare crescita, competitività e coesione sociale.

L'obiettivo si concretizza nell'Asse III, declinato in qualificazione e riqualificazione territoriale, dotato delle risorse sotto evidenziate:

Tab. 6.2. Ipotesi di riparto finanziario tra Assi prioritari

ASSI*	Contributo Comunitario (FESR)	Controparte nazionale	Ripartizione indicativa della controparte nazionale		Finanziamento Totale	Tasso di cofinanziamento	Per informazione	
			Finanziamento nazionale pubblico ¹	Finanziamento nazionale privato ²			Contributi BEF ³	Altri finanziamenti ⁴
			a	b(c+d)				
I. Innovazione e transizione produttiva	197.037.574	300.947.922	300.947.922	0	497.985.496	39,57%	0	0
II. Sostenibilità ed efficienza energetica	107.083.786	163.555.824	163.555.824	0	270.639.610	39,57%	0	0
III. Riqualificazione territoriale	107.083.786	163.555.824	163.555.824	0	270.639.610	39,57%	0	0
IV. Assistenza Tecnica	14.914.176	22.779.362	22.779.362	0	37.693.538	39,57%	0	0
TOTALE	426.119.322	650.838.932	650.838.932	0	1.076.958.254	39,57%	0	0

* Il contributo comunitario è espresso in termini di spesa pubblica

Nell'ambito del POR La Regione Piemonte intende attivare lo strumento della Progettazione Integrata a livello territoriale, coinvolgendo Enti locali e operatori economici per realizzare programmi complessi che potranno essere finanziati con i differenti fondi (comunitari: nazionali e regionali) e con i differenti assi del POR FESR.

In tale contesto lo strumento della progettazione integrata sarà attuato attraverso la convocazione di tavoli di concertazione sul territorio, nei quali saranno approfondite le valutazioni delle potenzialità e opportunità di azione e saranno assunte le proposte di intervento da sottoporre all'esame dei responsabili dell'attuazione. La progettazione integrata sarà valorizzata in particolare attraverso l'inclusione nei progetti dell'Asse III di interventi finanziati sugli altri Assi e/o con risorse provenienti da altre fonti Finanziarie (in particolare FAS) nel rispetto dei principi convenuti nel Documento Programmatico Strategico Operativo della Regione.

La progettazione integrata verrà promossa attraverso la cooperazione tra Province, Comuni e Comunità Montane, attraverso l'individuazione dei progetti qualitativamente migliori.

Al fine di aumentare l'efficacia degli interventi programmati, si potrà fare ricorso alla complementarità tra i Fondi strutturali (di cui all'art. 34 Reg. CE 1083/2006) e finanziare azioni che rientrano negli ambiti di intervento stabiliti dal POR FSE, nei limiti e nelle condizioni ivi previste fino ad un massimo del 10% del contributo comunitario del presente Asse prioritario, purché esse siano necessarie al corretto svolgimento dell'operazione e ad essa strettamente legate.

Il ricorso al principio di flessibilità sarà valutato con riferimento alle esigenze da soddisfare nell'ambito della qualificazione del fattore umano.

b) Il DPEFR 2009-2011

Il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria Regionale 2009–2011, approvato con D.G.R. 25–9692 del 30/9/2008 costituisce, con riguardo al triennio 2009-2011, il quadro di riferimento finanziario per la predisposizione dei bilanci pluriennale e annuale e per la definizione ed attuazione delle politiche della Regione Piemonte.

È noto che lo svolgimento, a livello decentrato, di un'efficace attività di programmazione delle risorse incontra oggi un forte ostacolo nella mancanza di un chiaro e coerente assetto delle relazioni finanziarie con gli altri livelli di governo (lo Stato, innanzitutto, ma anche gli Enti locali). L'inattuazione dell'art. 119 Cost. ed, in particolare, il protrarsi del congelamento dell'autonomia finanziaria di entrata regionale e locale—in attesa del riordino complessivo del sistema all'interno di una nuova prospettiva di federalismo fiscale—costringe giocoforza a concentrare l'attenzione dei programmatori prevalentemente sul lato delle spese.

In altri termini, la programmazione finanziaria per le Regioni e per gli Enti locali si esprime perlopiù attraverso la definizione di un quadro delle spese, essendo il quadro delle entrate tuttora in gran parte definito a livello centrale e, per di più, in via pressoché unilaterale e senza una adeguata e garantita proiezione pluriennale; peraltro le spese sono fortemente condizionate dalle correzioni necessarie a garantire il rispetto dei vincoli di finanza pubblica, con particolare riguardo a quelli posti dal Patto di stabilità interno.

il quadro programmatico delle spese è articolato che per obiettivi, ovvero suddividendo le politiche regionali nelle cinque macro-aree (Competitività, Welfare, Ambiente ed energia, Territorio, Governance), e per strutture organizzative (Direzioni e Strutture speciali), in aderenza con l'impostazione dei bilanci regionali.

Le cifre indicate nel DPEFR sono comprensive delle risorse europee dei Fondi strutturali precedentemente citati, mentre non comprendono le risorse del PAR FAS, che al momento dell'approvazione del documento erano ancora in definizione.

Le politiche sociali della Regione Piemonte e gli interventi settoriali relativi, trovano definizione collocazione nella Macro area di intervento: Welfare.

Budgets assegnabili a Direzioni regionali: i valori indicati includono tutte le spese correnti ed in conto capitale, comprese quelle relative alla sanità, e le differenti fonti di finanziamento (Regionali, Statali, Europee, altro).

Budget cumulato assegnabile 2009-2011 per Direzione regionale	Programmazione strategica, politiche territoriali ed edilizia	Istruzione, formazione professionale e lavoro	Turismo, commercio e sport	Politiche sociali e politiche per la famiglia	Sanità	Totale
valori in €	447.110.666	142.225.154	3.775.968	498.403.989	25.493.970.671	26.585.486.448
Obiettivi:	Sostenibilità edilizia: Programma casa; Social housing	imprenditoria fasce deboli; offerta formativa e Interventi attuativi della L.R. n. 28/2007		Qualità dei servizi, Politiche per la famiglia, persone non autosufficienti, disabili, inclusione sociale	Sistema sanitario regionale e Strutture tecnologiche	

- Macro area di intervento: Competitività - principali azioni per l' inclusione sociale

Obiettivo generale	Obiettivo specifico	AZIONE	Regionali	Statali	Europee	Totali 2009-11
Risorse umane	Lifelong learning	Realizzazione di interventi formativi rivolti a soggetti a rischio di esclusione sociale, tramite bandi provinciali	10.519.217	19.857.200	16.816.328	47.192.745
		Attuazione di interventi	6.271.315	47.299.860	17.614.633	71.185.808

		di formazione continua per occupati, anche attraverso l'assegnazione di voucher				
		Potenziamento del sistema di formazione permanente, incluse le attività a favore dell'Educazione degli adulti (EDA) e i corsi di specializzazione, tramite bandi provinciali	15.615.867	51.792.625	43.861.259	111.269.752
	Politiche attive del lavoro	Interventi finalizzati all'inserimento e reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati	53.795.850	3.800.403	3.218.421	60.814.675
		Implementazione degli interventi di CIGS in deroga e delle azioni di sostegno al reddito, in una logica integrata con le attività di ricollocazione	240.629	798.085	675.868	1.714.582
	Pari opportunità di genere	Interventi di conciliazione tra vita familiare e professionale	733.344	2.432.258	2.059.789	5.225.392

Le cifre riportate del Dpefr 2009-11 ricomprendono la parte di competenza degli stanziamenti dei fondi strutturali europei 2007-2013; non comprende i fondi FAS, che al momento della composizione del documento erano in corso di definizione e sono state riportate a parte.

c) Il PAR FAS - Programma Attuativo Regionale del Fondo Aree Sottoutilizzate 2007-2013 Asse IV – Valorizzazione delle risorse umane.

Sulla base della impostazione programmatica il FAS (si veda paragrafo 5.2.2.), destinato al rafforzamento della competitività del sistema regionale, agisce ad integrazione e completamento dell'azione condotta dai fondi strutturali (FESR e FSE) e dalla politica di sviluppo rurale (FEASR), operando con particolare attenzione nei confronti di quegli interventi volti alla realizzazione di infrastrutture e all'attivazione di servizi che, pur fondamentali per l'attuazione su base regionale della strategia di crescita e di occupazione definita in sede di Unione Europea, non possono trovare copertura finanziaria attraverso gli ormai tradizionali strumenti di programmazione cofinanziati dalle risorse europee (FESR, FSE, FEASR).

L'asse prevede lo sviluppo delle seguenti linee di azione:

ASSE/PRIORITA'	Linee di azione FAS	Obiettivi	Risorse
IV. Valorizzazione delle risorse umane	Sviluppo e qualificazione dei servizi sociali	Aumentare il livello medio della competenza della popolazione piemontese	63.000.000,00
	Formazione per tutta la vita e promozione dell'innovazione	Aumentare l'offerta dei servizi sociali e favorire l'inclusione sociale	15.400.000,00
	Totale		78.400.000,00

La linea di azione Sviluppo e qualificazione dei servizi sociali è articolata in tre ambiti di intervento: per la prima infanzia (progetto sezione primavera), per affrontare l'emergenza abitativa (progetto housing sociale), per le persone anziane non autosufficienti (rete delle strutture per anziani).

CAPITOLO 4

SVILUPPO COORDINATO DEL SISTEMA PUBBLICO E PRIVATO

I soggetti privati non a fini di lucro, attivi nel sistema integrato dei servizi sono molteplici e presentano caratteristiche specifiche e differenti, da cui derivano conseguenze rilevanti sul piano giuridico e nelle relazioni che possono instaurarsi tra loro e gli Enti pubblici. Così come descritti nell'art. 11 della LR n.1 del 2004 molteplici sono i soggetti del Terzo settore coinvolti nel sistema di Welfare integrato, gli stessi sono stati oggetto dell'atto di indirizzo di cui alla DGR 22 maggio 2006 n. 79-2953.

Ai sensi del citato provvedimento risulta, dunque, fondamentale che sia riconosciuto ed assicurato il rispetto della loro natura originaria, al fine garantire l'identità culturale e le ispirazioni ideali, che sono alla base della solidarietà che essi esprimono, valorizzandone la diversità di ruolo nel sistema di Welfare integrato, facendone anche derivare le conseguenti diverse modalità di coinvolgimento negli ambiti della programmazione, organizzazione e gestione e definizione dei sistemi di verifica dell'efficacia ed efficienza degli interventi.

La condivisione di responsabilità pubbliche da parte dei soggetti del Terzo settore, non implica l'arretramento della funzione sociale dello Stato nelle sue varie articolazioni, ridefinendone al contrario il profilo in termini di titolarità della funzione, programmazione complessiva, garanzia, controllo e verifica, ma al contrario sancisce un impegno di rango costituzionale a riconoscere e valorizzare la funzione pubblica espressa dalle formazioni sociali che implica azioni politiche di valorizzazione nei Piani regionali e di zona e di sostegno e qualificazione dei soggetti del Terzo settore.

Ciò premesso risulta evidente come il corretto coinvolgimento del Terzo settore nella rete integrata costituisca obiettivo trasversale e prioritario alle azioni del Piano sociale anche al fine di un'ottimizzazione dei risultati e di utilizzo delle risorse di sistema.

La definizione di obiettivi specifici volti ai diversi soggetti del Terzo settore dunque debbono essere considerati soprattutto al fine di esaltarne e valorizzarne lo sviluppo e la funzione precipua. La definizione di obiettivi e ruoli specifici rispetto ai diversi soggetti del Terzo settore, dunque, va coniugata con la finalità di esaltarne e valorizzarne lo sviluppo e la funzione precipua.

4.1 Volontariato

Ruolo.

Le organizzazioni di volontariato sono caratterizzate dalla logica della gratuità e della solidarietà nei confronti dei soggetti esterni all'organizzazione, che si può esprimere sia attraverso un'azione di tipo promozionale, volta a garantire la tutela dei diritti dei cittadini (volontariato d'advocacy), sia attraverso la realizzazione di risposte relazionali d'aiuto e sostegno a bisogni nuovi ed emergenti, sia con interventi diretti di servizio alle persone.

Il loro coinvolgimento nella rete integrata può quindi riguardare progetti o servizi dall'organizzazione semplice, nei quali l'attività svolta dai volontari sia l'elemento principale e qualificante, o interventi complementari al servizio pubblico o ai servizi gestiti dal privato convenzionato. Lo strumento tipico previsto dalla legge per i rapporti di collaborazione tra le organizzazioni di volontariato e gli enti pubblici è la convenzione.

Oltre a quanto stabilito con DGR 22 maggio 2006 n. 79-2953, costituiscono obiettivi concreti del Piano sociale:

- a) Il riconoscimento del ruolo proattivo e partecipativo del volontariato organizzato favorendo e promuovendo rapporti corretti e qualificanti tra soggetti pubblici e volontariato al fine di valorizzarne competenze conoscenze e apporti specifici nell'ambito della programmazione locale.
- b) Favorire e incentivare le reti di territorio e le forme sinergiche tra soggetti pubblici e volontariato al fine di fornire adeguate risposte ai bisogni ed attuare forme di sussidiarietà circolare per cui l'un soggetto stimola e valorizza l'altro rispetto al valore aggiunto dato dalla collaborazione nell'interesse generale.
- c) Dare visibilità alle molteplici risposte fornite dal volontariato favorendo e sostenendo la nascita di reti e collegamenti tra le organizzazioni allo scopo di superare, nel rispetto del pluralismo associativo, l'attuale frammentazione.
- d) Favorire e promuovere, in collaborazione con i Centri di Servizio, con le province e con il Consiglio regionale del Volontariato, l'accesso alle informazioni e lo sviluppo di ogni forma atta a definire modalità partecipate, democratiche, trasparenti e condivise di individuazione dei rappresentanti del volontariato e di partecipazione ai processi decisionali di interesse generale.
- e) Favorire e promuovere in collaborazione con i Centri di Servizio una formazione specifica e al fine di dotare il volontariato delle conoscenze utili e indispensabili alla partecipazione e ai processi di programmazione territoriali.
- f) Favorire la formazione congiunta di operatori pubblici e volontari.
- g) Favorire e promuovere, anche attraverso lo strumento dei protocolli con le amministrazioni locali, le fondazioni bancarie e i Centri di Servizio, azioni volte a rispondere al fabbisogno di sedi per le organizzazioni di volontariato.
- h) Promuovere e sostenere il ruolo del Consiglio regionale del volontariato quale organismo di rappresentanza della solidarietà organizzata piemontese.

4.2 Cooperazione sociale

Ruolo.

Le cooperative sociali operano con carattere mutualistico nell'interesse generale della comunità per la promozione e l'integrazione sociale dei cittadini e sono, a tutti gli effetti, caratterizzate dalla logica dell'imprenditorialità. Sono di due tipi secondo l'oggetto dell'attività svolta: le cooperative sociali di tipo A gestiscono servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi, quelle di tipo B attività diverse, agricole, industriali, commerciali o di servizi, finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

La legge 381/91 riconosce, inoltre, alle cooperative la facoltà di costituirsi in consorzi che, se aventi base sociale formata in misura non inferiore al settanta per cento da cooperative sociali, sono classificati come società cooperative sociali di tipo C.

In genere il loro coinvolgimento nella gestione riguarda servizi dall'organizzazione complessa oggetto di specifici rapporti contrattuali e convenzioni con l'Ente pubblico.

Oltre a quanto stabilito con DGR 22 maggio 2006 n. 79-2953, costituiscono obiettivi del Piano sociale:

Per la cooperazione di tipo A:

- a) Promuovere e sostenere la formazione e la riqualificazione del personale e la formazione specifica dei quadri in raccordo con la Direzione formazione.
- b) Riconoscimento del ruolo della cooperazione sociale e suo maggior coinvolgimento nella programmazione regionale e locale favorendo e promuovendo rapporti corretti e qualificanti con i soggetti pubblici.
- c) Favorire l'accesso delle cooperative sociali alla partecipazione dei bandi regionali per il finanziamento di strutture residenziali.

Per la cooperazione di tipo B:

- a) Attuare politiche, di concerto con le amministrazioni provinciali, di rilancio degli affidamenti alle cooperative B, coinvolgendo il sistema delle autonomie locali, soprattutto per la piena realizzazione delle potenzialità della normativa per gli affidamenti sotto soglia.
- b) Attuare politiche del lavoro centrate su forme di welfare attivo, anche in risposta agli obiettivi definiti dalla strategia di Lisbona, soprattutto per quel che riguarda le risorse europee e le politiche di inclusione.
- c) Dare concreta attuazione da parte regionale e degli del sistema sanitario a politiche attive del lavoro incentrate sugli affidamenti di forniture e di servizi alle cooperative sociali iscritte nella sezione B dell'albo regionale e sull'apposizione di clausole sociali nell'ambito degli affidamenti di propria competenza.

Per entrambi i tipi di cooperative sociali, in considerazione della loro natura d'impresa, risulta inoltre prioritario il sostegno al credito e l'attuazione di misure volte a impedirne l'indebitamento endemico dovuto al ritardo dei pagamenti da parte degli enti pubblici appaltanti.

4.3 Enti di patronato e di assistenza sociale

Ruolo.

Gli Enti di patronato e di assistenza sociale esercitano istituzionalmente, oltre che compiti di assistenza e di tutela, anche con poteri di rappresentanza, attività di informazione e consulenza a favore dei cittadini in genere, dei lavoratori o degli utenti dei servizi sociali. Svolgono la loro funzione attraverso personale retribuito o collaboratori volontari e ricevono per l'attività ordinaria contributi statali e regionali.

La legge nazionale 152/2001 (Nuova disciplina per gli istituti di patronato e di assistenza sociale) ne ha esteso il ruolo a soggetto di rilevanza sociale "a tutto campo" non più solo legato ai servizi tradizionalmente svolti.

Costituisce obiettivo del Piano sociale:

- a) Promuovere, in attuazione dell'art. 59 della L.R. 1/2004 che modifica la L.R. 31/75 – "Norme per la concessione di contributi agli istituti di patronato e di assistenza sociale" il riconoscimento del ruolo dei patronati nella tutela dei diritti dei cittadini nei settori della previdenza e della sicurezza sociale, in particolare nell'attività di segretariato sociale, e nel sistema integrato di interventi e servizi sociali quali persone giuridiche private che svolgono un servizio di pubblica utilità.

Si individua quindi nella funzione di Segretariato Sociale, quale "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi da istituire in ambito territoriale per rispondere alla primaria esigenza dei cittadini di ottenere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso nonché per conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio, la

“mission” che i Patronati possono trovare e sviluppare nel sistema integrato regionale dei servizi sociali.

La funzione di segretariato sociale risulterà quindi tanto più efficace quanto sarà progettata ed attuata in modo collaborativo con tutti gli attori sociali della rete ed in particolare con le organizzazioni di volontariato presenti sul territorio ovvero con le forme di cittadinanza attiva nella tutela dei soggetti deboli e nella promozione dei loro diritti.

4.4 Ipab ed enti di diritto privato

Ruolo.

Le Ipab (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) fanno parte integrante della tradizione culturale piemontese in campo sociale e costituiscono il tessuto su cui si sono sviluppante le esperienze aggregative ed associative dei cittadini nel corso dei secoli.

La nascita della quasi totalità degli enti qualificati come Ipab scaturisce dell’iniziativa di soggetti privati, tanto di matrice religiosa che laica, nel campo dell’assistenza sociale e socio-sanitaria; infatti, soltanto sul finire del secolo scorso, assecondando un processo di progressivo ampliamento dei cosiddetti “fini pubblici”, lo Stato assume tra le proprie competenze l’intervento in settori come l’assistenza sociale, la sanità e l’educazione.

E’ in questo contesto che vengono ad affermarsi le Opere Pie che, radicatesi nel territorio, attraverso la numerosa e generosa partecipazione finanziaria dei benefattori, attuano l’opera di assistenza ai poveri, agli infermi e a quanti versano in condizioni di difficoltà.

Pur con l’assunzione diretta da parte dei Comuni della titolarità in campo socio-assistenziale in una generale visione di tutela dei diritti della persona, le Ipab hanno mantenuto un proprio ruolo, qualificandosi come uno dei principali soggetti erogatori di servizi socio-assistenziali, affiancando e supportando gli enti istituzionalmente preposti.

La legge 328/2000 e il decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 affrontano il sistema delle Ipab, per le quali si prevede la trasformazione della natura giuridica e, in via residuale, l’estinzione o la depubblicizzazione.

I principi contenuti nel suddetto decreto sono: la trasformazione della natura giuridica delle Ipab in aziende pubbliche di servizi alla persona, soggetti dotati di personalità giuridica pubblica con forte autonomia gestionale e contabile, ovvero, ricorrendone le condizioni, in associazioni o fondazioni di diritto privato; l’inserimento delle nuove istituzioni nel sistema integrato di interventi e servizi sociali e coinvolgimento delle stesse nella programmazione locale; scioglimento delle Ipab inattive nel campo sociale, con la conseguente devoluzione del patrimonio ad altre Ipab o enti locali.

In attuazione del decreto legislativo 207/2001 di riordino del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, il 21 luglio 2009 è stato presentato dalla Giunta il disegno di legge n. 636/2009 di riordino delle Ipab.

Il disegno di legge definisce l’ordinamento delle Ipab riordinandole prioritariamente in Aziende pubbliche di servizi alla persona ritenuta la forma più idonea ad ampliare e meglio qualificare l’erogazione delle prestazioni dei servizi alla persona.

Costituiscono obiettivi del Piano sociale:

L’adozione dei provvedimenti regolamentari, delle direttive e degli atti amministrativi conseguenti al suddetto dettato normativo.

L’inserimento di dette istituzioni nel sistema integrato di interventi e servizi sociali e imposteranno la propria attività, nel rispetto delle finalità originariamente previste dallo

statuto, alle esigenze emergenti dal territorio, allo scopo di garantire pluralità di offerta e differenziazione degli interventi e dei servizi.

Al fine di raggiungere detto obiettivo la Regione dovrà promuovere e incentivare la trasformazione in azienda, anche per le istituzioni che sono in possesso dei requisiti per la privatizzazione e per gli Enti con caratteristiche economico-finanziarie e gestionali non adeguate, previa predisposizione, da parte di questi ultimi, di un piano di risanamento o di riconversione attuabile anche mediante la fusione con altre istituzioni.

Ulteriore obiettivo sarà quello di dimensionare in modo ottimale le istituzioni, prevedendo incentivi regionali per la fusione tra più IPAB, per essere in grado di produrre ed erogare servizi socio-assistenziali e socio-sanitari necessari alle esigenze della programmazione locale, garantendo efficienza, economicità, qualità delle prestazioni.

4.5 Servizio civile

Ruolo.

Con la legge 6 marzo 2001, n. 64, è stato istituito il servizio civile nazionale mediante il quale è riconosciuta e favorita la possibilità per i giovani di dedicare una parte della propria vita a forme di impegno solidaristico.

Il servizio civile è un modo per concorrere alla difesa della Patria con mezzi ed attività non militari, per promuovere la solidarietà e la cooperazione, a livello nazionale e internazionale, con particolare riguardo alla tutela dei diritti sociali, ai servizi alla persona ed alla educazione alla pace fra i popoli, per partecipare alla salvaguardia e tutela del patrimonio ambientale, storico-artistico, culturale e della protezione civile e per contribuire alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani mediante attività svolte anche in enti ed amministrazioni che operano all'estero. Si ribadisce quindi il principio costituzionale favorevole ad una lettura evolutiva del concetto di Patria esteso ai valori comuni e fondanti del nostro ordinamento.

Dopo un lungo periodo di transizione, dall'adozione del decreto legislativo 77/02 fino alla piena entrata in vigore delle disposizioni in esso contenute, a partire dal 1^o febbraio 2006 la Regione ha assunto la titolarità delle attività in materia di accreditamento, progettazione e monitoraggio, così come previsto dal decreto stesso.

Per propria natura quella di servizio civile è una attività trasversale ai vari settori della vita in cui opera, avendo come finalità la difesa non armata della Patria attraverso attività di impegno sociale e di solidarietà e quale contributo alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani. Come tale è idonea a produrre un generale effetto di adeguamento culturale del paese al principio costituzionale del rapporto solidale tra cittadini e più in specifico, nell'attuazione di progettualità nuove e sperimentali, un effetto migliorativo nell'erogazione di servizi nei settori di intervento dei progetti di servizio civile che costituiscono un "quid pluris" rispetto all'ordinaria erogazione dei servizi (es. progetti specifici di tutela ambientale ovvero di assistenza a fasce deboli);

Costituiscono obiettivi del Piano sociale:

a) Creare un sistema regionale di servizio civile che ponga i giovani al centro del sistema, con nuove forme di relazioni sociali e interpersonali che li rendano protagonisti di una società in continua evoluzione. La gestione regionale dovrà costituire un valore aggiunto rispetto alla gestione unitaria finora svolta dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile.

Finalità della gestione regionale dovranno essere la valorizzazione, il sostegno e la promozione del servizio civile quale espressione della difesa non armata della Patria attraverso attività di impegno sociale e di solidarietà e quale contributo alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani.

In quest'ottica la Regione dovrà programmare e organizzare il servizio civile secondo il principio di leale collaborazione col livello nazionale e con il coinvolgimento dei soggetti costituenti la rete del sistema regionale di servizio civile, perseguendo l'universalità e le pari opportunità di accesso, la riduzione delle disuguaglianze territoriali, la qualità dei progetti di servizio civile e la loro conformità agli indirizzi programmatici regionali negli specifici settori e aree di intervento.

b) Sostenere il sistema regionale di servizio civile quale specifica risorsa e valore aggiunto della comunità regionale.

c) Promuovere il senso di appartenenza dei giovani alla comunità regionale, nazionale ed europea.

d) Valorizzare forme di cittadinanza attiva dei giovani per il perseguimento e la promozione di una cultura della pace e della nonviolenza.

CAPITOLO 5

SISTEMA INFORMATIVO, VALUTAZIONE E MONITORAGGIO.

5.1. Architettura e fonti del sistema informativo sociale regionale

Analisi del contesto

L'attività della Regione Piemonte nello sviluppo del sistema informativo socio-assistenziale (SISA), iniziata alla fine degli anni '80, è stata guidata dalla consapevolezza che una moderna rete di servizi deve fondarsi, oltre che sulle insostituibili risorse umane, anche su un adeguato impiego di componenti informative, di tecnologie informatiche e di infrastrutture di comunicazione.

Nel corso degli anni tali principi sono stati alla base di quanto realizzato all'interno del più vasto sistema informativo regionale (SIRE) e costituiscono l'asse portante su cui concretizzare gli opportuni sviluppi richiesti dalla L.R. 1/2004 e dal presente Piano sociale.

Riassumendo brevemente il percorso fatto si possono individuare i seguenti filoni:

- **FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI** I flussi informativi stabili e continuativi che costituiscono il SISA regionale sono coordinati fra di loro negli "Archivi-base SISA" e rispondono agli obiettivi di un sistema informativo basato sull'offerta. Gli elementi informativi più ricorrenti riguardano: l'articolazione territoriale delle diverse reti di servizi, l'elenco delle attività/prestazioni realizzate da ciascun servizio, l'utenza servita, il personale impiegato e le risorse economiche utilizzate. L'impostazione attuale è riconducibile a tre grandi aree: Servizi Sociali Territoriali (con le rilevazioni minori in affidamento familiare, relazione annuale, rendiconto finanziario e spesa socio-assistenziale) Servizi Residenziali Socio-Assistenziali (minori in Presidio e dati di sintesi sui Presidi) e le Attività delegate alle Province (Servizi per la prima infanzia, Formazione degli operatori, Organizzazioni di Volontariato e Cooperative sociali).

- **BASI DATI SU "SISTEMA PIEMONTE"** tra cui l'Osservatorio Regionale sull'Infanzia e l'Adolescenza, servizio nato per soddisfare l'esigenza di costruire un panorama delle condizioni dei bambini e degli adolescenti in Piemonte, in attuazione della L. 451/97, il servizio DEMOS consultabile dagli utenti RUPAR, consiste in un sistema informativo on-line volto alla gestione e integrazione di informazioni provenienti dalla Banca Dati Demografica Evolutiva (BDDE) per l'analisi della popolazione residente e alla Banca Dati Immigrazione Straniera per l'analisi sugli stranieri residenti. DEMOS, i cui dati sono aggregabili anche per singolo Ente gestore, consente di ridurre la tempistica di un'indagine agevolando gli utenti attraverso dati aggiornati, dettagliati e sempre disponibili.

- **PABI per il Sociale:** servizio, promosso dalla Regione Piemonte in collaborazione con le Asl regionali, che permette di interrogare la base dati del sistema informativo Passaporto delle abilità (PABI) realizzato per la gestione centralizzata delle certificazioni di disabilità della Regione che, attraverso l'impegno delle Asl, produce una base dati sempre aggiornata sul piano qualitativo e quantitativo. Il servizio consente agli Enti gestori socio-assistenziali di interrogare la base dati del PABI e accedere alle informazioni che attestano le condizioni dell'utenza (ad esempio certificazioni del disabile di invalidità civile, cieco civile e sordomuti, ...) in base a parametri impostati in fase di interrogazione e nello stesso tempo agevola il soggetto disabile, che non è più costretto a recarsi presso le diverse strutture amministrative per produrre la documentazione amministrativa richiesta.

Tra i sistemi informativi realizzati in questi anni a livello locale meritano un accenno particolare quelli realizzati dalle Province e dagli Enti gestori per le evidenti connessioni con il livello regionale e in particolare:

- l'utilizzo nella maggior parte degli Enti gestori di sistemi informatizzati fondati sulla "cartella del nucleo assistito", in diversi casi anche costruiti con una logica proposta dalla Regione stessa;
- l'attivazione in molti Enti gestori di accessi on line in lettura ad archivi di altre P.A. (INPS, Agenzia delle Entrate, Centri per l'Impiego etc.);
- la presenza di procedure informatiche per gestire le erogazioni dei servizi.

Nel corso degli ultimi anni, soprattutto dopo l'emanazione della 328, è maturata tra le Regioni e i livelli nazionali la consapevolezza che, in attesa dell'attivazione del SISS nazionale previsto all'art. 21, fosse necessario collaborare con le istituzioni nazionali per evitare in prima istanza la ridondanza di rilevazioni. Nello specifico si sono consolidate due collaborazioni.

L'avvio di un proficuo rapporto con l'Istat, creatosi grazie al lavoro del Cisis, ha visto in questi anni migliorare la presenza di rilevazioni per il sociale. All'interno di quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale, avvalendosi delle opportunità offerte da tale collaborazione si è cercato di evitare una doppia rilevazione sia nel caso dei presidi SA che per la spesa socio-assistenziale dei Comuni singoli e associati.

E' di grande importanza, inoltre, il lavoro svolto con il Coordinamento Tecnico Interregionale degli Assessori alle Politiche Sociali, con il quale, in attesa dell'avvio del SISS previsto dalla 328; è stato possibile arrivare alla definizione e approvazione di un glossario/nomenclatore e alla definizione di un set di informazioni relative ai minori fuori famiglia.

IL PROGETTO ICT "MONITORAGGIO PERSONE FRAGILI"

Il progetto si pone l'obiettivo di estendere l'utilizzo della rete telefonica, e dei servizi innovativi che essa consente, nelle zone in cui la banda larga è meno presente, al fine di mitigare gli effetti della dispersione territoriale e geografica e di migliorare la fruibilità di servizi per i cittadini. In particolare il progetto si propone di:

- sperimentare, in collaborazione con gli Enti gestori interessati e con fondi regionali, l'utilizzo di nuove tecnologie a supporto della rete dei servizi sociali per i soggetti fragili
- garantire una maggior diffusione dei servizi sul territorio regionale e aumentare il numero degli utenti seguiti
- valutare utilità, fruibilità e sostenibilità economica di un modello a rete con infrastrutture centrali.

Obiettivi

Punto di partenza per definire la nuova architettura del SISS della Regione Piemonte è la normativa nazionale e regionale di riferimento ovvero la Legge 328/2000 e la L.R. 1/2004. L'analisi dei due provvedimenti legislativi consente di delineare ruolo, funzioni e attori del SISS. La L. 328/2000 prevede l'attuazione di un sistema informativo dei servizi sociali multilivello (Stato, Regioni, Province e Comuni) finalizzato ad assicurare "una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla

gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione": un sistema informativo "globale", non solo finalizzato al sistema dei servizi sociali ma al sociale allargato, come peraltro è nello spirito complessivo della legge.

La normativa regionale riprende l'indicazione della 328, declinando ulteriormente i criteri che sottendono ai modelli organizzativi del SISS:

a) raccordo e integrazione delle informazioni relative ai servizi sociali con quelle di altri settori regionali e di altri settori di servizi;

b) adeguamento del sistema informativo socio-assistenziale regionale e compatibilità con i sistemi informativi di altri enti locali;

c) raccordo con il livello nazionale e con altre Regioni;

d) coordinamento, a livello regionale, dei dati raccolti dalle Province e delle relative elaborazioni, secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, lettera b);

e) definizione di protocolli per il raccordo e lo scambio di dati tra i diversi soggetti che realizzano il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il Sistema informativo sociale deve diventare un canale di comunicazione nella rete dei servizi e gli attori sono pertanto quelli coinvolti nella programmazione regionale e locale, sviluppata anche attraverso i Piani di zona: Regione, Province, Enti gestori, Comuni, Associazioni e Organizzazioni del Terzo settore. Ma ciascuno di questi attori rappresenta un soggetto multilivello in quanto diversi sono i settori che afferiscono al sociale allargato (Sanità, Istruzione, Lavoro, Formazione Professionale, Casa, ecc.) Un insieme di attori complesso quindi che deve portare ad un modello di raccolta delle informazioni finalizzato alla governance complessiva del territorio, nel rispetto dei ruoli ricoperti dai diversi Enti: indirizzo, programmazione, gestione dei servizi, il tutto all'interno di un sistema dei servizi sociali che non è più solo patrimonio del "pubblico" in quanto esiste un privato sociale ormai attore presente e organizzato.

In questa ottica il Sistema Informativo non può rispondere solo ad una funzione di "rendicontazione" dell'offerta del territorio ma deve saper svolgere una funzione di sostegno alla programmazione, attraverso l'analisi dei bisogni espressi e latenti del territorio. Le due principali funzioni di un S.I. sono infatti la conoscenza e l'analisi dei bisogni sociali, e il supporto alle attività di programmazione, gestione e valutazione degli interventi ai diversi livelli istituzionali.

LINEE DI SVILUPPO DEL SISS

Il sistema informativo sociale così delineato è volto alla realizzazione di un circuito tra centro e periferia e viceversa articolato in differenti livelli con una architettura che risponda ai bisogni di programmazione e gestione dei diversi attori individuati, tenendo presente che:

- agli Enti erogatori dei servizi e in particolare agli Enti gestori è affidato il compito di soddisfare le esigenze di gestione creando un sistema affidabile e in grado di contribuire alle necessarie analisi di conoscenza-monitoraggio della propria realtà
- alle Asl è affidato il compito di contribuire alla costruzione di SI, soprattutto a livello di Distretto, coordinati con quelli degli Enti gestori in particolare per tutti gli ambiti dell'integrazione socio-sanitaria
- alla Provincia è affidato il compito di supporto tecnico e di raccordo dei SI locali anche in funzione del ruolo svolto per i PdZ/PePS per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti a livello provinciale nonché di gestione delle basi dati di loro competenza

- alla Regione è affidato il compito di garantire i necessari caratteri di omogeneità delle basi-dati, la predisposizione di regole per l'uso corretto delle informazioni, la disponibilità dei dati statistici minimi, le connessioni con i SI di interesse per il sociale, il necessario collegamento con i livelli nazionali, il rispetto di specifici vincoli informatici e di telecomunicazione

Nella predisposizione delle attività relative allo sviluppo del nuovo Siss oltre a garantire la necessaria continuità con quanto realizzato finora si dovrà operare su tre macroaree di analisi tra loro integrate:

- a) i bisogni e la domanda sociale
- b) l'offerta di servizi e prestazioni
- c) la qualità dei servizi.

Per quanto riguarda il primo punto (i bisogni e la domanda sociale espressa e potenziale) è necessario innanzitutto alimentare il sistema informativo con i dati amministrativi e della statistica ufficiale, al fine di poter delineare un primo quadro socio-demografico del contesto territoriale (attraverso ad esempio indicatori di struttura della popolazione) che consenta di individuare in prima battuta le dimensioni della domanda potenziale di assistenza di specifici gruppi di popolazione (anziani, minori, prima infanzia, ecc.). E' però anche necessario approfondire la conoscenza e la comprensione dei fenomeni sociali che afferiscono alle sfere d'azione del sistema di welfare, implementando all'interno del sistema informativo indagini ad hoc su gruppi target di popolazione. Vista, inoltre, l'attuale difficoltà concettuale nel costruire una lettura dei bisogni, unita alla mancanza di una strumentazione completa per la lettura dei bisogni dei cittadini e ad una inadeguata interazione tra diversi attori, gli obiettivi del piano sono indirizzati verso una progressiva costruzione di modelli di analisi dei bisogni e della domanda, nel contesto dei PePS e dei PdZ.

Per il secondo punto, il sistema già oggi permette la realizzazione di flussi informativi (preferibilmente informatizzati) sulla rete dei servizi e delle prestazioni: si tratta quindi di realizzare-sfruttando i canali di comunicazione attivati dalle singole amministrazioni per la rendicontazione ai fini del controllo di gestione, autorizzazione, accreditamento, ecc.- un processo di autoproduzione di dati attraverso una richiesta informativa periodica alle singole unità di offerta di servizio (relativamente ad aspetti come l'utenza servita, il personale impiegato, i costi finanziari sostenuti, le dotazioni strumentali a disposizione, le caratteristiche architettoniche della struttura, ecc.). Si tratta, dunque, di revisionare contenuto e modalità di costruzione dei flussi attuali, al fine di definire e distinguere i flussi dedicati a utenza e spesa, e i flussi specificamente dedicati ai processi di autorizzazione e accreditamento. L'analisi di questi flussi permetterebbe di definire con precisione i conseguenti impegni dei diversi attori, così come di monitorare, per quanto concerne l'accREDITAMENTO, le forme di rapporto, i criteri utilizzati, la costruzione del mercato dei fornitori.

Il terzo punto (la qualità dei servizi) risulta essere il più innovativo delle tre macroaree ma anche il meno realizzato. Occorre quindi individuare le forme di analisi organizzative o di analisi socio-tecniche più utili e fare alcune sperimentazioni. Uno degli intenti è quello di diffondere e perfezionare strumenti di valutazione della qualità, che consentano anche scambi di esperienze tra gestori. Per facilitare l'utilizzo di tali strumenti è necessaria la costruzione di una batteria di indicatori, mirati a fornire valutazioni di efficacia, efficienza, accessibilità.

Particolare attenzione dovrà essere posta per una corretta diffusione delle competenze tecniche, sia in campo informatico che statistico, attraverso momenti di formazione dei referenti del sistema informativo sociale a livello regionale e locale.

Azioni di piano

1. *Implementazione di strumenti per le funzioni del governo locale.* E' indispensabile ripensare ai flussi informativi per il governo locale in un'ottica di utilità complessiva, attraverso strumenti informatici che facilitino il riversamento dei dati inseriti senza ulteriori passaggi. In particolare nel primo triennio dovranno attivarsi le necessarie attività per una revisione dei flussi regionali e delle correlazioni con la cartella sociale informatizzata. E' infatti necessario sviluppare una strumentazione informatica "di base" assolutamente utile al lavoro dell'operatore che deve poter svolgere l'inserimento dei dati senza eccessivo carico di lavoro ma anzi trovando nell'inserimento dei dati successivi aiuti allo svolgimento del suo ruolo, senza quindi rinunciare alla caratteristica di "strumento professionale per eccellenza dell'Assistente Sociale"

Diventa anche importante insistere sul collegamento con le anagrafi comunali per la raccolta di tutti i dati di base, collegamento che consentirebbe anche di poter verificare l'esistenza di altri interventi del Comune nei confronti dello stesso utente.

Per quanto attiene al Comune l'anagrafe non è l'unico ufficio dal quale "importare" conoscenza: altri settori quali le politiche giovanili, le politiche per la casa e per il tempo libero (ad esempio le iniziative per gli anziani) devono concorrere alle conoscenze sociali di base.

2. *Costruzione di interazioni con il SI Sanitario.* Anche alla luce di quanto annunciato nel Piano Socio-Sanitario occorre promuovere, in forma sia di vincoli che di incentivi, la costruzione di sistemi informativi che integrino l'operatività degli Enti gestori e delle Asl, almeno per le politiche dove i flussi informativi sono strategici come ad esempio nel caso degli interventi socio-sanitari (residenziali e domiciliari) per i non autosufficienti in una logica di continuità assistenziale. In particolare si dovranno sviluppare sinergie tenendo conto:

- degli sviluppi conseguenti alla collaborazione in atto per l'attuazione del "Programma SIRSE – Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica".
- delle indicazioni già fornite per la realizzazione in ogni distretto dello "Sportello unico Socio-Sanitario" per l'accesso ai servizi distrettuali
- del recente e consistente sviluppo di politiche verso la domiciliarità in molti territori
- dello strettissimo intreccio tra attività sociali e sanitarie sul tema, ad esempio a partire dalla valutazione di UVG e UVH e dalla valutazione delle condizioni economiche degli stessi utenti, per arrivare al PAI.

3. *Costruzione di interazioni con i SI di altri Enti e con il livello nazionale.* Per gli Enti gestori non è sempre agevole ed economico ottenere separatamente un adeguato numero di accessi per i propri servizi ad archivi di altre Amministrazioni (es. INPS, Agenzia del Territorio, Procura per i minori, ecc); per contro diverse Amministrazioni (ad es. INPS) sono disponibili a realizzare scarichi massivi dei loro dati in archivi idonei a gestirli a fini di elaborazione statistica. Questa modalità potrebbe consentire agli Enti gestori (vedi Piano di zona e scelte sugli interventi per i non autosufficienti) di conoscere periodicamente quanti residenti beneficiano dell'indennità di accompagnamento, oppure il numero di anziani fruitori di assegno sociale.

La Regione, nell'ambito delle attività del SIRE, dovrà avviare le opportune verifiche per la formulazione di adeguati protocolli operativi da realizzarsi nel primo triennio di validità del Piano sociale.

In attesa della completa attuazione dell'art. 21 della legge 328 si dovrà proseguire il proficuo lavoro fin qui svolto di confronto e collaborazione sia tra le Regioni che con i Ministeri e l'Istat avvalendosi del ruolo assegnato al Cisis.

4. *Costituzione di un "gruppo tecnico interistituzionale"*. Con apposito atto dirigenziale sarà attivato un gruppo tecnico interistituzionale a livello regionale per la predisposizione degli strumenti necessari al funzionamento del sistema. In particolare il gruppo dovrà:

- definire un percorso di formazione dei referenti del sistema informativo, sia a livello regionale che locale
- individuare i flussi informativi da accogliere nel nuovo SISS evitando ridondanze e duplicazioni con rilevazioni già esistenti
- predisporre una ipotesi di revisione dei flussi informativi regionali.
- definire l'ipotesi di protocolli per il raccordo e lo scambio di dati tra i diversi soggetti che realizzano il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

5.2. Osservatorio sociale regionale

Analisi del contesto

Nell'attivare la raccolta dei dati e delle informazioni all'interno del Sistema informativo socio-assistenziale (SISA) si è cercato di mettere le basi per una evoluzione del sistema quale risorsa strategica fondamentale per il processo decisionale e per il miglioramento delle azioni svolte dalla Pubblica amministrazione.

La Regione si è posta il problema di destinare un'area specifica all'attività di gestione delle informazioni sociali, sebbene non sempre in un'ottica strategica per la complessità e la frammentazione delle competenze, prevedendo da un lato il già citato SISA e dall'altro avviando alcune iniziative riconducibili ad una logica di Osservatorio sociale.

- Osservatorio regionale infanzia e adolescenza: realizzato per soddisfare l'esigenza di costruire un panorama delle condizioni dei bambini e degli adolescenti in Piemonte, in attuazione della L. 451/97. L'Osservatorio è attivo sul sito www.regione.piemonte.it/polsoc/osservatorio/index.htm.
- Osservatorio immigrazione straniera in Piemonte: progetto della Regione la cui realizzazione è affidata all'IRES Piemonte a partire dal 2001 e si rivolge ai decisori politici, agli amministratori locali, ai funzionari pubblici e agli operatori del settore, per fornire loro un quadro di analisi e di informazioni aggiornate e attendibili. Esso si propone come un punto di riferimento per l'informazione e il dibattito sull'immigrazione e sulle politiche relative in ambito regionale. L'Osservatorio è attivo sul sito Internet www.piemonteimmigrazione.it.
- Osservatorio regionale sulla disabilità: uno dei principali strumenti regionali per l'attuazione dei principi sanciti dalla legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104 si rivolge alle amministrazioni locali, agli operatori sociali e sanitari, ai docenti e formatori, alle organizzazioni del privato sociale ma, al tempo stesso, alle persone

disabili e ai loro familiari. L'Osservatorio, è attivo sul sito www.regione.piemonte.it/polsoc/disabili/index.htm.

Indicatori Sociali: Grazie alla collaborazione tra l'Assessorato Politiche Sociali e il Dipartimento di Scienze Sociali si è provveduto alla stesura di un progetto per lo studio di un sistema di indicatori sociali a livello regionale e subregionale. Obiettivo del progetto è stata la definizione di un sistema di indicatori sociali capace di rappresentare il complesso panorama del welfare piemontese.

Obiettivi

Per sostenere adeguatamente sia le scelte programmatiche a livello regionale e locale che la valutazione successiva, è indispensabile procedere all'attivazione dell'Osservatorio Sociale Regionale inserito a pieno titolo nell'ambito del Sistema informativo sociale (SISS) così come delineato nel precedente capitolo.

Obiettivo prioritario del presente Piano sarà quindi l'istituzione dell'Osservatorio Sociale Regionale che riconduca ad unità gli Osservatori regionali presenti e realizzi i seguenti obiettivi:

- monitorare il sistema dei servizi sociali, l'evoluzione della domanda ai servizi e l'efficacia delle risposte che i servizi offrono ai cittadini
- proporre chiavi di lettura dei più significativi fenomeni sociali registrati sul territorio.

L'Osservatorio dovrà prevedere le opportune sinergie con gli osservatori realizzati a livello locale soprattutto dalle Province e dagli Enti gestori ed essere punto di riferimento per il settore garantendo:

- verso l'interno del sistema dei servizi:

- supporto all'azione normativo-decisionale
- supporto all'azione di programmazione
- verifica degli obiettivi del Piano
- supporto alla riqualificazione degli interventi

- verso l'esterno

- trasparenza circa le attività svolte dai servizi
- diffusione di informazioni attendibili alle forze sociali e politiche, ai mass media, alle associazioni e ai cittadini

Con apposito atto dirigenziale da emanarsi entro l'arco di vigenza del Piano sociale sarà attivato l'Osservatorio Sociale regionale: l'atto dovrà definire tra l'altro le collaborazioni con i vari settori regionali competenti per materia e la presenza di esperti del settore sociale e statistico.

Azioni di Piano

Costituisce elemento base per l'attivazione dell'Osservatorio il seguente Progetto sugli Indicatori sociali. Sulla base di quanto analizzato con il progetto affidato all'Università al fine di valorizzare i flussi informativi esistenti, e di favorire la riflessione e il confronto tra gli tutti gli attori del sistema integrato degli interventi e servizi sociali sull'informazione raccolta, è necessario proseguire nella definizione di una batteria di indicatori in grado di offrire una visione sintetica e condivisa del panorama regionale. Gli indicatori individuati dovranno costituire la base empirica a cui ancorare la discussione sulle politiche e i processi di programmazione a livello locale e regionale.

I requisiti fondamentali del sistema possono essere sintetizzati come segue:

- economicità e complementarità con le informazioni utilizzate a livello locale.
- equilibrio tra piano concettuale e piano operativo.
- completezza dell'informazione.
- dimensione spaziale e temporale adeguata.

5.3 Criteri per la verifica, il monitoraggio e la valutazione delle azioni di piano

Una corretta programmazione dell'azione pubblica, deve essere necessariamente impostata sulla base dell'ascolto dei portatori di interessi (stakeholder) e sfruttando le migliori conoscenze disponibili per orientare interventi e servizi. In questa direzione, il presente Piano è stato predisposto rispettando i principi della partecipazione e del più ampio utilizzo dell'evidenza empirica. Il processo di elaborazione del Piano, infatti, è stato costruito e condiviso con gli attori territoriali delle politiche sociali, che hanno contribuito ad individuare i principali problemi, definito i bisogni del territorio ed identificato le modalità di intervento più idonee per darvi risposta. Tale processo è stato inoltre condotto facendo un ampio e oculato ricorso alle informazioni socio-economiche disponibili, raccolte, condivise e discusse all'interno dei tavoli tematici.

Ai principi sopra esposti della partecipazione e dell'utilizzo della migliore evidenza empirica si conforma anche l'attuazione del Piano. In particolare, al fine di garantire una efficace ed efficiente implementazione, è opportuno che i processi decisionali connessi con il funzionamento del Piano siano supportati, con continuità, dalla migliore informazione disponibile.

La produzione di tale informazione è demandata ad un apposito sistema di Monitoraggio e Valutazione (M&V) cui spetta il compito di garantire, in particolare, una verifica costante dell'adeguatezza e dell'attualità della strategia d'intervento identificata nel Piano, nonché di fornire indicazioni circa il suo grado di recepimento ed il suo livello di realizzazione all'interno dei diversi Piani di zona. A tal fine il sistema di M&V dovrà predisporre strumenti di rilevazione ed analisi che, a cadenza periodica, raccoglieranno ed organizzeranno le informazioni disponibili sui singoli interventi e servizi predisposti a livello di ciascun PdZ. Il tipo e la frequenza delle informazioni rilevate dovranno essere concordati con gli organismi di gestione dei PdZ e con le Province. All'interno del sistema di monitoraggio potrà essere proposto annualmente un approfondimento valutativo relativo agli effetti di singole tipologie di interventi.

La realizzazione del Sistema di Monitoraggio e Valutazione, così come la complessiva organizzazione della funzione di valutazione, sono competenza dell'Ufficio di Piano regionale. In tale funzione esso è supportato metodologicamente dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici della Regione Piemonte (Nuval). La progettazione, la gestione e la produzione di risultati del sistema di M&V potrà essere affidata ad un valutatore esterno, sottoposto all'indirizzo dell'Ufficio di Piano e degli altri organi di Governo del Piano. L'attività del valutatore sarà finalizzata alla produzione di un rapporto annuale all'interno del quale siano identificabili tre sezioni:

- Valutazione dell'adeguatezza e dell'attualità della strategia;
- Valutazione del grado di recepimento e del livello di realizzazione della strategia;
- Valutazione degli effetti di singole tipologie di intervento;

Le risorse per l'attività di M&V trovano capienza in uno stanziamento fisso pluriennale sul Fondo Regionale per le Politiche Sociali.

