



Regione Umbria
Assessorato alle Politiche Sociali e Abitative

Dalla Costituzione della Repubblica Italiana

Art. 3.

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana

Dallo Statuto della Regione Umbria

Art. 2

La Regione assume come valori fondamentali della propria identità, da trasmettere alle future generazioni:

....

- *la cultura dell'accoglienza, della coesione sociale, delle differenze*

....

LINEE DI INDIRIZZO PER IL 2° PIANO SOCIALE REGIONALE¹

1. Elementi del contesto sociale regionale

In un arco di tempo abbastanza ristretto, l'Umbria ha subito una profonda trasformazione passando da secolare società "primaria" a società industriale prima, e poi, post-industriale terziarizzata. A questi cambiamenti profondi corrisponde un mutamento di vasta portata che investe la struttura demografica: in questo suo nuovo assetto si registrano poche nascite, poche morti, pochi giovani, una lunga vita media, molti anziani. Proprio l'invecchiamento della popolazione acquista una rilevanza peculiare per la nostra regione, dove gli anziani costituiscono il 23,2% della popolazione, per l'emergere di un'area di fragilità sociale strettamente collegata al processo dell'invecchiamento demografico che assume un carattere strutturale, epocale ed irreversibile.

Il quadro demografico esercita influssi rilevanti sul carattere sociale e sulla cultura della società regionale: una vita più lunga concede maggior tempo per le relazioni con gli altri che diventano un valore fondamentale nell'attuale orizzonte etico. Assurte ad un ruolo tanto importante, tali relazioni non sono più circoscritte alla famiglia, ma vengono cercate e coltivate anche al di fuori delle relazioni primarie. Altresì, una società che invecchia propone nuovi e più complessi bisogni di cura che si configurano come questione di grande rilevanza sociale a fronte dei mutamenti che, contemporaneamente, hanno interessato la famiglia. Dai primi del '900 ad oggi si è dimezzata la media dei componenti (oggi siamo a 2,6 per famiglia, in linea con il dato nazionale); ciò significa un vero e proprio cambiamento di scenario, sia nelle relazioni intra-familiari, sia all'esterno delle famiglie.

¹ Approvate con deliberazione di Giunta Regionale n. 279 del 17 marzo 2008

In particolare diminuiscono le coppie con figli, aumentano, invece, le coppie senza figli, le famiglie ricostituite, le unioni libere. Aumentano anche le famiglie immigrate e le famiglie miste come effetto della crescente stabilizzazione dell'immigrazione nella regione facendo emergere quella "seconda generazione" di immigrati che potrebbe risultare di più difficile integrazione.

Cresce anche il numero delle famiglie a maggior rischio di povertà ed esclusione sociale: sono le famiglie monogenitoriali, nelle quali il genitore è nella maggioranza dei casi donna; le famiglie unipersonali, quasi tutte composte da anziani.

Malgrado questi profondi mutamenti, il tessuto sociale della regione continua a "tenere", anche se con qualche lacerazione. Comunque l'integrazione sociale resta abbastanza compatta per ragioni strutturali che, dagli anni '70-'80 in poi, hanno avvicinato l'Umbria al modello di integrazione *sociale* tipica dell'area NEC, cioè del Centro e Nord-Est del Paese, caratterizzata da una non estesa urbanizzazione, dalla rete policentrica che determina un maggior senso civico, un più articolato controllo sociale e un'alta identificazione territoriale

Fra i fattori d'integrazione occorre considerare la rete dei servizi alla persona e il *welfare* locale, la cui qualità si colloca su livelli medio-alti, accanto alla crescita della società civile organizzata nel cosiddetto "terzo settore", e in particolare nel volontariato che impegna circa il 10% degli umbri.

Un ulteriore elemento di "tenuta" è rappresentato dalle famiglie umbre che si presentano come un'istituzione ancora vitale, grazie alla propria grande capacità di adattamento rispetto ai mutamenti sociali, ma tuttavia sottoposte ad una grande fatica che deriva dal vivere una emergente contraddizione fra l'aumento dei compiti di cura che gravano sulle famiglie e la diminuzione di alcune risorse indispensabili quali quelle demografiche, poiché cala il numero di persone attive in grado di sostenere gli altri familiari; e quelle legate al tempo disponibile, sempre di meno e mal distribuito fra lavoro e responsabilità familiari.

Una fatica che ricade soprattutto sulle spalle delle donne (specialmente di quelle fra 35 e 54 anni) rendendo più visibili alcuni nodi critici della loro condizione.

Nonostante alcune peculiarità del tutto positive, si registrano, anche in Umbria, processi di "individualizzazione sociale" come esito del venir meno di un "luogo pubblico" di riferimento capace di dare senso ai progetti individuali. Ciò significa che la riproduzione delle condizioni della vita sociale è sottratta, in via prevalente, al dominio delle decisioni pubbliche e in gran parte privatizzata. Una condizione sociale che ci consegna stati di solitudine delle persone sempre più diffusi, anche fra le giovani generazioni, nel fronteggiare i rischi sociali non previsti derivanti dal mutamento epocale in corso. Le persone sono da sole di fronte ai nuovi rischi e rischiano di restare da sole nella costruzione e ri-costruzione dei percorsi di integrazione sociale.

Lo stesso indebolimento delle reti familiari e delle reti comunitarie non è esclusivamente ascrivibile alla trasformazione della famiglia, bensì chiama in causa una nozione riduttiva di benessere che ha guidato lo sviluppo del paese, legata alla disponibilità di beni materiali e non a quella di beni relazionali, con una ricaduta sul "legame sociale" in termini di diffusa fragilità sociale.

In questo quadro, se c'è un connotato regionale del welfare da riproporre in Umbria, è quello di un welfare locale e comunitario che nasce dal territorio e si radica nel territorio, che costruisce alleanze e cooperazione fra tutti gli attori, mette in rete le risorse e promuove comunità.

La comunità è ciò che sollecita ciascuno all'esercizio di responsabilità e che genera sicurezza, perché è lo "spazio pubblico", oggi a rischio, dove è possibile annodare i fili di una relazione sociale. Infatti, al cuore della crisi delle città, c'è proprio la mancanza di questo spazio pubblico, una mancanza che esclude ed è la fonte del disagio moderno e del conflitto distruttivo, come attestano i fenomeni di disgregazione sociale di alcune periferie urbane o di alcuni centri storici del nostro paese.

L'Umbria per lo più si colloca fuori da questo scenario proprio per il suo profilo storico-antropologico, connotato da piccoli centri, da sistemi di relazioni significative che costituiscono il suo valore aggiunto, ma non si colloca fuori dall'*anomia* sociale che contraddistingue il nostro tempo.

La prima grande infrastruttura che contrasta questi processi e che può integrare è costituita dalla rete territoriale dei servizi e degli interventi sociali che va rafforzata, universalizzata e innovata, puntando su tre direttrici fondamentali: **comunità, diritti, partecipazione**.

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

politiche del corso di vita delle persone e delle famiglie, attraverso una differenziazione di politiche all'interno della stessa condizione di disagio, in considerazione del fatto che quest'ultima è sempre mediata dalla biografia familiare e/o individuale e pertanto richiede la personalizzazione delle risposte e degli interventi;

politiche di valorizzazione delle capacità di azione delle persone (empowerment) e di promozione di legami sociali nelle comunità di appartenenza ;

politiche riflessive, capaci di monitorare gli effetti del proprio operato per produrre i necessari adattamenti rispetto alla dinamica dei bisogni, in rapida e costante evoluzione, e agli obiettivi di benessere ad essi correlati.

2. Stato di attuazione del 1° piano sociale regionale

La prima rendicontazione dell'attuazione del 1° piano ha avuto luogo nella precedente legislatura; con un documento portato al Tavolo regionale del welfare (ottobre 2003), dove venivano focalizzati i punti di forza e di debolezza dell'esperienza in corso, rispettivamente nel modello della programmazione sociale di territorio condivisa, individuata come livello strategico per riportare a sistema la programmazione di settore unificando il livello della decisione nei comuni associati nell'Ambito, nella universalizzazione del sistema assistenziale, mediante la strutturazione sul territorio, con l'attivazione degli uffici della cittadinanza, di un livello organizzativo della funzione sociale pubblica e nel mancato sviluppo del quadro della regolazione sociale, come messa a punto delle procedure autorizzative e di accreditamento dei servizi sociali, definizione di criteri universali di accesso e di compartecipazione al costo dei servizi, disciplina delle nuove forme di gestione volte a ridisegnare il rapporto pubblico-privato in un'ottica di estensione e rafforzamento dei servizi e delle molteplici risposte a bisogni articolati, in crescita e complessi.

Tre risultati vanno acquisiti in sede di riavvio del processo programmatico:

la programmazione intercomunale nel settore sociale (piani sociali di ambito) che ha prodotto vantaggi in termini di integrazione delle politiche sul territorio e di maggiore efficienza nella gestione diretta delle risorse finanziarie;

la riappropriazione del ruolo di governo del sistema dei servizi da parte dei comuni, indebolitosi con i processi di delega, che ha permesso di riaffermare la funzione di indirizzo e di garanzia delle politiche sociali di competenza dell'ente locale e di assumere l'importante funzione di coordinamento delle risorse presenti sul territorio;

la crescita una leadership del sociale in grado di dispiegare competenze a vari livelli e approcci culturali e metodologici propri di una nuova cultura del sociale, indispensabile per l'innovazione del settore.

L'Umbria è fra le regioni quella che ha sviluppato il percorso più aderente alla Riforma 328/2000, sia sotto il profilo culturale che istituzionale, rimettendo al centro il sistema delle Autonomie Locali, ridefinendo il servizio sociale pubblico come funzione non solo erogativa e riquilibrando lo storico servizio sociale dei Comuni (ex DPR 616/1977), riconoscendo una centralità e un ruolo al territorio come sistema di relazioni, costruendo una programmazione dal "basso" con proprie regole e strumenti.

In particolare, la Regione ha lavorato nell'ottica di far coincidere gli obiettivi della programmazione del settore socio-assistenziale con gli obiettivi dell'organizzazione nella consapevolezza che

quest'ultima deve essere compatibile con le necessità del contesto (quali bisogni si vogliono assumere e con quali servizi si vogliono affrontare), e con gli obiettivi che si intendono perseguire (quale tipo di società regionale si vuole promuovere).

In considerazione di ciò, anche per l'ulteriore sviluppo del percorso affidato al 2° piano sociale si pone, nel quadro della riforma di riassetto regionale territoriale, il problema della stretta interdipendenza che corre fra programmazione sociale, impianto istituzionale e modello gestionale. Infatti, sia la definizione di zona o soglia territoriale, sia la forma gestionale rappresentano una scelta chiave rispetto al sistema di welfare locale che si intende costruire e consolidare, in quanto la forma di gestione più adatta che i comuni possono scegliere, chiama in causa una riflessione almeno su due importanti aspetti:

- quale sistema di relazioni fra gli enti locali si vuole implementare
- quale relazione fra i comuni e i soggetti sociali si vuole sviluppare.

La valutazione partecipata che gli Ambiti territoriali hanno espresso, in preparazione del forum regionale sul welfare del maggio 2007, ha tematizzato i principali cambiamenti sul piano dei macroscenari socio-economici nella regione che coincidono sostanzialmente con le aree tematiche sottese agli assi strategici di seguito indicati per il nuovo piano:

- a) modello gestionale di Ambito e sistema delle risorse,
- b) politiche per le famiglie, azione regionale di sistema per le famiglie a rischio,
- c) universalizzazione e riqualificazione del sistema di protezione sociale, attraverso la definizione di una sorta di Livelli essenziali delle prestazioni sociali a livello regionale,
- d) modello di regolazione sociale regionale,
- e) riconoscimento sociale del lavoro di cura,
- f) promozione del benessere delle giovani generazioni.

Ha, altresì, individuato gli snodi critici derivanti dal primo ciclo di programmazione, nella regia politica del processo e nella difficoltà ad allinearsi ad una vera e propria prospettiva di ambito; nelle strategie di integrazione e negli effetti dell'integrazione, non solo rispetto al sanitario, ma rispetto alle altre aree di welfare dentro una prospettiva che integra gli obiettivi e le misure; nella permanenza di forme di disomogeneità territoriale e di equità distributiva delle opportunità; nell'ambivalenza del concetto di partecipazione ancora troppo discrezionale che penalizza le pratiche inclusive di cittadinanza; nella mancata attivazione di circuiti regolativi con un forte richiamo al ruolo della Regione; nell'assenza di valutazione dell'impatto sociale, anche in un'ottica di genere.

3. Prospettive di sviluppo e innovazione

A fronte della complessità sociale delineata e anche dello stato di avanzamento del processo, è necessario confermare l'approccio culturale del primo piano sociale incardinato su un concetto di welfare universalistico, per la generalità dei cittadini e per la generalità delle problematiche, e sulla valorizzazione della dimensione comunitaria come risorsa da spendere per il benessere di sé e degli altri.

Un modello di welfare, cioè, che sia costruito attorno alla persona intesa, al contempo, come portatrice di diritti esigibili e di bisogni complessi, per di più in rapida evoluzione.

In tal senso, l'impegno assunto con il 1° piano di costruire i 5 livelli di welfare, secondo un criterio universalistico, di radicare i servizi nella comunità come coinvolgimento sociale che consenta alle persone di intervenire sul sistema dei servizi, di sviluppare una responsabilità comunitaria allargando la *funzione sociale pubblica* ai soggetti della società civile, mantiene ad oggi il suo valore strategico, oltre i tempi di validità di quel piano, per due ragioni:

perché nel sociale la risposta ai bisogni non è data solo dai servizi, ma viene dalla tenuta di un tessuto sociale che, a sua volta, dipende da un complesso di azioni positive dirette a qualificare/riqualificare i contesti di vita, attraverso la costruzione di nuove forme di solidarietà, la valorizzazione, il sostegno e lo sviluppo delle reti comunitarie;

perché la “rete dei servizi essenziali” non è ancora completa e non è strutturata nei livelli organizzativi corrispondenti.

A partire da questo quadro di riferimento, con il nuovo ciclo programmatico è necessario sviluppare un ulteriore percorso di integrazione delle politiche di welfare che porti a compimento un modello di sviluppo locale connotato da inclusione e coesione sociale e dall'ampliamento dell'esigibilità dei diritti come possibilità di scelta dei progetti di vita delle persone e delle famiglie.

Occorre, unitariamente, sviluppare politiche sociali di protezione dei singoli e delle collettività laddove insorgano situazioni di deprivazione e di disagio, e politiche di sostegno per rafforzare le capacità e le competenze necessarie all'adattamento ed al governo dei processi di cambiamento che interessano la vita delle persone, delle famiglie e i contesti in cui agiscono la propria vita.

Si individuano di seguito alcune traiettorie sulle quali incardinare le azioni delle politiche sociali nel prossimo triennio:

investire nella risorsa umana

Investire sulla risorsa umana (competenze, abilità, saperi) e potenziare le reti sociali (familiari, parentali, di vicinato, comunitarie) come risorsa strategica per favorire lo sviluppo umano e la competitività di un territorio che si gioca sulla valorizzazione di tutte le risorse, e l'integrazione positiva fra tutti gli attori dello sviluppo locale.

Le reti sono importanti come strumento di aiuto nella vita quotidiana delle famiglie, nella conciliazione dei tempi vita/lavoro ed anche in termini economici, in quanto possono costituire nuovi spazi di produzione sociale e di impiego delle risorse, se organizzate nelle attività di riproduzione sociale e integrate con l'offerta di servizi garantiti dal pubblico.

Per questo vanno sostenute con un'azione sociale diretta a individuare le risorse che sono possedute dalla comunità (competenze, tempo, saperi sociali) e che possono essere impiegate nei servizi di prossimità.

Si pensi alla possibilità di un servizio civile per l'età anziana nella logica delle politiche per l'invecchiamento attivo o alle Banche del tempo, nella logica dello scambio non commerciale.

Si tratta di far emergere, valorizzare e disciplinare un'area informale di rapporti sociali, dando una cornice alla soluzione di bisogni oggi lasciata all'iniziativa del tutto individuale.

Sono bisogni sociali collettivi che vengono trasformati in bisogni privati e individuali, come attesta il fenomeno dell'*assistenzato familiare*, in assenza di qualsiasi riconoscimento sociale.

Occorre allocare risorse anche per queste politiche dando al 'sociale informale' uno statuto entro il sistema di protezione sociale. E' un asse questo al quale le politiche pubbliche devono dare sviluppo come condizione per il riconoscimento sociale del lavoro di cura e per consentire un più agevole inserimento delle donne nel mondo lavorativo.

Sul versante istituzionale, sono gli Uffici della cittadinanza ad assolvere il compito della promozione e dello sviluppo del capitale sociale come attestano le forme di coprogettazione e di microprogettualità sociale già realizzate in questa prima fase di attivazione.

sviluppare il sistema della programmazione partecipata

Una strategia di inclusione sociale orientata a realizzare i diritti di cittadinanza, pretende di estendere a tutto il territorio regionale e di rafforzare il sistema territoriale di programmazione partecipata.

In particolare ciò richiede uno sviluppo qualitativo della governance istituzionale e sociale, così come delineata nella DGR 248/2002:

spetta alla Regione la responsabilità di indicare, sulla base di un aperto confronto (patto per lo sviluppo e forum regionale), le scelte strategiche necessarie all'attuazione di politiche di sviluppo e di progettualità locali. Scelte che per essere attuate richiedono il coinvolgimento dei soggetti locali (istituzionali e non) ed il sostegno regionale attraverso risorse proprie o derivate dal livello nazionale ed europeo;

spetta al sistema degli Enti Locali l'onere di portare a compimento il modello di welfare regionale che preveda livelli permanenti di concertazione e condivisione attraverso la programmazione territoriale (Piani di zona), la progettazione sociale partecipata, la piena realizzazione del welfare di cittadinanza (Uffici della cittadinanza) e l'adozione per ogni Ambito territoriale delle Carte dei diritti di cittadinanza;

spetta al terzo settore e più in generale alla società civile, nelle sue diverse forme di rappresentanza, concorrere all'individuazione degli obiettivi della programmazione regionale e di territorio, partecipare alla definizione di progetti per servizi ed interventi che rispondano ai bisogni del territorio medesimo.

consolidare l'assetto istituzionale della programmazione sociale di territorio

Portare a compimento il processo di riforma sociale conferendo stabilità agli organi istituzionali e agli assetti gestionali come condizione di una programmazione che vuole

innovare, mettendo a regime sotto il profilo organizzativo e funzionale il sistema dei servizi a scala di Ambito che, nella situazione data, vuol dire superare la dualità organizzativa che si ingenera in ogni cambiamento di sistema.

In tal senso, occorre sviluppare la riflessione sui futuri assetti istituzionali e gestionali degli Ambiti e su aspetti fondamentali quali:

la necessità di distinguere, con la massima chiarezza, le problematiche concernenti l'esercizio associato della funzione sociale che richiama il principio di adeguatezza da quelle relative alla gestione associata dei servizi negli ambiti medesimi;

l'esigenza di pensare alle riforme dell'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Ambito in stretta connessione con quelle del rapporto Istituzioni – terzo settore – territorio;

l'opportunità di inquadrare le proposte relative all'ambito sociale e socio-sanitario nel più ampio disegno regionale di riforma del sistema amministrativo regionale e locale (c.d. endoregionale);

la necessità di comprendere come la strutturazione e l'organizzazione territoriale della funzione sociale altro non rappresentino che (importanti) specificità nel più ampio contesto delle funzioni pubbliche locali e che, per la quasi totale assenza di tecnologie e delle conseguenti economie di scala, richieda dimensioni territoriali medio-piccole, certamente inferiori a quelle reclamate dalle public utilities;

infine l'esigenza di valorizzare il capitale sociale di una comunità e le capacità professionali e relazionali degli operatori che può avere luogo solo in ambiti territoriali limitati.

Pertanto un sistema che, tenendo conto della LR 23/2007 sul riordino "endoregionale", punti a valorizzare (anche con un suo adattamento) il modello nazionale degli "uffici comuni" (art. 30, quarto comma D.Lgs. 267/2000) quale strumento "intra ATI" per:

- supportare l'esercizio associato della funzione sociale;
- gestire in modo associato i servizi nell'Ambito territoriale;
- superare il parallelismo esistente fra i compiti di coordinamento del promotore sociale e quelli della dirigenza del comune capofila;
- superare la dicotomia organizzativa esistente fra gli Uffici della cittadinanza e lo storico servizio sociale comunale.

Si tratta di prevedere una organizzazione differenziata all'interno della riforma endoregionale che per quanto concerne i servizi sociali dovrebbe prevedere la suddivisione

degli A.T.I. in sotto-Ambiti, corrispondenti a quelli individuati dalla D.G.R. n. 248/2002 e coincidenti con i Distretti sanitari.

potenziare le politiche per le famiglie

Sostenere tutte le tipologie di famiglie e unioni affettive senza metabolizzare i soggetti che le compongono, con piani integrati di intervento volti a contrastare i rischi di povertà e di esclusione sociale, e sostenere le competenze, i legami solidali ed affettivi presenti al loro interno.

Occorre adattare le politiche sociali alle diversità delle famiglie, assumere il “disagio della normalità”, perché la normalità non è una struttura omogenea, ma ci sono diverse modalità, non patologiche, in cui ci si può presentare una realtà come ad esempio le famiglie monogenitoriali in forte crescita che, pur non essendo famiglie patologiche, hanno bisogno di maggiore attenzione e di supporto.

Le istituzioni devono riconoscere la pluralità dei modelli familiari e valorizzarne gli aspetti di relazione, per questo un compito primario dovrebbe essere quello di organizzare una “rete di solidarietà sociale” come condizione per aiutare le famiglie e i suoi componenti più fragili.

L'ipotesi progettuale che si intende avanzare in sede di piano sociale è quella della definizione di un'**azione di sistema nei confronti delle famiglie ombre a rischio**. Si tratta di riorganizzare attorno alle famiglie ombre misure diversificate attraverso la convergenza di più politiche, da tradursi in un mix di servizi, azioni sociali, prestazioni, detrazioni fiscali, da gestire nell'ambito della progettualità sociale di territorio e di coordinare l'azione di soggetti pubblici e non, assolvendo ad un ruolo di regia proprio del pubblico.

Quest'azione costituisce un nuovo asse strategico della programmazione regionale che intende prendere in considerazione quell'area di vulnerabilità sociale nella quale si possono collocare famiglie “normali” le quali per il combinarsi di più fattori negativi (malattia, precarizzazione del lavoro, la scomposizione del nucleo familiare) rischiano di scivolare nel disagio e nella povertà (non solo come deprivazione materiale).

La Regione, insieme agli Enti locali, intende mettere in atto un programma diretto a presidiare i momenti di criticità del ciclo di vita delle famiglie prevedendo “pacchetti di risorse” comprensivi di una serie di misure, quali:

- integrazione del reddito (si tratta di uniformare le forme di sostegno al reddito);
- agevolazioni fiscali e tariffarie da parte dei Comuni;
- servizi di accompagnamento al lavoro;
- sperimentazione di “contratti di inserimento”;
- politiche sociali abitative coerenti con la trasformazione della struttura familiare;
- agevolazioni ai servizi pubblici (es. trasporti).

In sintesi, si propone di affrontare questo problema su diversi piani:

- a) la rete dei servizi territoriali, con una attenzione privilegiata all'innovazione dei servizi (servizi socio-educativi integrativi al nido, servizi di sollievo per le famiglie)
- b) il riconoscimento sociale del lavoro di cura collegato soprattutto al processo di invecchiamento della popolazione e al calo della natalità;
- c) le politiche sociali abitative appropriate.

sostenere la non autosufficienza

La non autosufficienza, come condizione che richiede una cura costante e continuativa della persona, rappresenta uno dei problemi più rilevanti per il sistema di protezione sociale regionale che ha un nesso con il fenomeno dell'invecchiamento demografico.

L'Umbria risulta essere la regione con i valori più alti in relazione all'indice di dipendenza, con un'incidenza di anziani sulla popolazione attiva ben superiore alla media italiana (28,9%). In merito alla diffusione della non autosufficienza si rileva, nella regione, un incremento tra il 2000 e il 2004

pari al 14,8% del numero di anziani non autosufficienti leggermente inferiore al valore medio nazionale (15,5%)²

Inoltre la modificazione del quadro delle patologie, con un aumento, da un lato, delle malattie cronico-degenerative, curabili ma non guaribili; con un aumento delle patologie oncologiche, dall'altro, che seppur incurabili consentono in soggetti anziani una più lunga sopravvivenza, fa emergere la necessità di interventi più complessi e per certi aspetti inediti, come ad esempio il bisogno di sostegno dei *carer giver*.

Infatti, le famiglie fanno sempre più fatica a sostenere un carico assistenziale in crescita anche per l'evoluzione dei nuclei familiari nella direzione di una contrazione delle risorse interne (scomposizione della famiglia, meno figli, aumento dei nuclei unipersonali e di nuclei di anziani soli o in coppia) che sta progressivamente modificando il tessuto sociale con un indebolimento delle reti primarie.

I trasferimenti monetari, sebbene rappresentino una fonte di integrazione al reddito attraverso la quale ricercare risposte sul mercato dell'assistenza privata, coprono solo per una piccola parte tale difficoltà. D'altro canto, l'intervento pubblico si concentra, in via prevalente, sulle diverse forme di ricovero o su tentativi, più o meno riusciti, di de-istituzionalizzazione dell'anziano o della persona non autosufficiente. I costi elevati di tali interventi e, soprattutto, la consapevolezza che il ricovero dell'anziano e/o del disabile rompe in modo irreparabile l'elemento relazionale che rappresenta una componente essenziale per mantenere l'autonomia di una persona, dovrebbe far ripensare complessivamente l'approccio alla non autosufficienza.

Infatti, secondo l'OMS la salute si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali). Se l'autonomia possibile di un individuo è strettamente connessa alle attività ed alla partecipazione sociale, il ricovero in strutture, dovrebbe costituire l'ultima risorsa a cui ricorrere solo nei casi in cui la persona non è più trattabile a domicilio.

Pertanto, l'assistenza alle persone non autosufficienti, per quanto possa richiedere interventi sanitari specifici, è sempre di più un problema di assistenza sociale che complessivamente dovrebbe prevedere la riorganizzazione, la riqualificazione ed il potenziamento dei servizi da effettuarsi nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria.

Azioni che, rovesciando l'approccio della "de-istituzionalizzazione", assumano quello della "permanenza" della persona nel luogo ordinario di vita, attraverso livelli adeguati di assistenza domiciliare integrata, dove la componente sanitaria non può essere ridotta alla sola assistenza infermieristica e quella sociale alla sola componente domestica.

Sono necessari, infatti, interventi socio-sanitari che si estendano a strategie di fronteggiamento per accompagnare la persona non autosufficiente e la sua famiglia nel difficile cammino che la patologia finisce per tracciare.

E' necessario potenziare la medicina di territorio con particolare riferimento al nuovo quadro epidemiologico, sviluppare il campo dell'assistenza alla famiglia e del supporto ai *carer giver*, anche sburocratizzando il sistema troppo spesso ancorato a rigidità e regole non rispondenti alle concrete e quotidiane esigenze delle persone e delle famiglie che fanno esperienza della condizione di non autosufficienza di un loro componente.

Inoltre, nell'ambito del potenziamento dei servizi di integrazione socio-sanitaria, risposte specifiche devono essere previste in primo luogo per l'emergenza rappresentata dalle disabilità neurologiche legate ai casi di Alzheimer e Parkinson che fanno registrare una prevalenza crescente nella popolazione anziana, prevedendo sia servizi a bassa intensità assistenziale, quali i centri di aggregazione, nella fase iniziale della malattia, sia servizi a maggiore complessità assistenziale nelle fasi in cui la patologia ha raggiunto un alto livello di severità.

Ciò che si propone è un **Programma Regionale Integrato per la Non autosufficienza** che garantisca:

- il diritto alla informazione e all'accesso
- il diritto alla definizione di un percorso personalizzato

² Cfr. Censis, *Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti*, Roma 2005.

- il diritto all'accompagnamento lungo tale percorso
- il diritto alle prestazioni integrate nelle diverse componenti di cura, assistenza e sostegno personale e familiare

Pertanto un Programma regionale per la non autosufficienza (PRINA), dovrà assicurare la centralità delle comunità locali nella promozione della salute degli individui; riconoscere il valore aggiunto ed il ruolo della famiglia nella qualità del lavoro di cura, perseguire la condivisione di responsabilità fra donne e uomini; coinvolgere i cittadini nella definizione delle scelte di politiche che attengono lo star bene degli stessi; favorire le iniziative di reciprocità e di auto-aiuto che si sviluppano fra le persone e fra le famiglie; garantire le scelte di permanenza nella propria casa e nella propria famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia.

Le azioni attraverso le quali realizzare il PRINA, come già previsto nell'apposito disegno di legge regionale adottato dalla Giunta, dovranno:

sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare. Tale azione dovrà portare a rivedere il sistema di accesso, l'organizzazione delle attuali Unità di Valutazione Multidisciplinari (UMV), i piani operativi personalizzati ed i relativi protocolli multidimensionali. Inoltre è necessario prevedere specifiche attività di supporto psicologico, di supporto informativo/formativo, di supporto promozionale e di socializzazione. Il sistema dovrà essere caratterizzato da una forte capacità di adattamento alle esigenze individuali e familiari e non sottoposto a rigidità burocratiche (la non autosufficienza rimane tale anche durante la notte e i giorni festivi);

assicurare la continuità tra l'ospedale ed i servizi territoriali sociosanitari e sociali attraverso l'attivazione di specifici percorsi di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia e non solo la redazione di appositi protocolli;

garantire una gestione integrata e unitaria delle risorse del territorio attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali al fine di concretizzare il PRINA a livello di Ambito Territoriale;

favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale riconosciuto mediante una regolazione pubblica che ne consenta l'inserimento nella rete degli interventi assistenziali, ovvero garantendo la qualificazione, il sostegno pubblico all'incontro tra domanda e offerta, l'accompagnamento alla scelta di assistenza familiare.

costruire politiche a favore delle giovani generazioni

Promuovere concretamente i diritti delle giovani generazioni al fine di renderle protagoniste dei processi decisionali che le riguardano significa affrontare in un'ottica multisettoriale le politiche destinate a quest'area sociale dotandosi di uno strumento normativo (legge regionale) che metta a sistema le diverse azioni di promozione e protezione anche in considerazione del fenomeno della precarizzazione che caratterizza in modo pervasivo la quotidianità di tanti giovani, a partire dal problema del lavoro.

4. L'integrazione socio sanitaria nella programmazione strategica

Il quadro normativo di riferimento

- Rivisitazione della legge di riforma del servizio sanitario nazionale (D.lgs 229/1999) e del nuovo ordinamento degli EE.LL. (D.lgs 267/2000), i quali ridisegnano un ruolo per le Autonomie locali auspicando forme associative;
- Legge di riforma dell'assistenza (L.328/2000) che introduce per la prima volta, analogamente a quanto avviene nel comparto sanitario, i livelli di prestazione essenziali da garantire su tutto il

territorio nazionale e definisce il concetto di funzione sociale pubblica (la Repubblica: garantisce un sistema integrato, promuove interventi per garantire i diritti..., interviene sul bisogno, sul disagio, le difficoltà..);

- DPCM 14 febbraio 2001 che sancisce e concretizza il principio di integrazione corresponsabilizzando sotto il profilo istituzionale e finanziario i due sistemi (sanitario e sociale);
- Modifica del Titolo V della Costituzione (L.C. 3/2001) che interviene nell'allocazione del potere conferendo al Comune, sulla base del principio di sussidiarietà già presente nei provvedimenti "Bassanini", la competenza amministrativa generale;
- L.R. n. 23 del 9 luglio 2007 con la quale si assegna agli ATI (Ambiti Territoriali Integrati) la competenza in materia sanitaria e sociosanitaria.

Il modello umbro dell'integrazione

Il modello di integrazione realizzato in Umbria si basa su due parole chiave: **condivisione** dei processi e degli obiettivi e **integrazione** delle politiche.

Le pratiche di condivisione/concertazione sono elemento distintivo delle politiche regionali, dal Patto per lo sviluppo con i relativi Tavoli tematici (Tavolo regionale del Welfare anche quale sede di verifica dei PSR), al Tavolo regionale degli Assessori ai Servizi sociali dei Comuni capofila fino ai Tavoli territoriali dei Piani di zona. Ne discende un'articolazione territoriale della concertazione che attiene sia al livello politico (Assemblea dei Sindaci di Distretto e Tavolo degli Assessori di Ambito), sia al livello tecnico (Distretto/Ufficio di Piano sociale di Zona e sul piano programmatico il Programma delle Attività Territoriali del Distretto ed il Piano di Zona di Ambito) che hanno richiesto il supporto di una apposita strumentazione per un loro effettivo esercizio (Regolamenti dei Tavoli, Protocolli tecnici, modelli condivisi di accreditamento e valutazione).

Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria si passa da due sistemi paralleli, con forme di coordinamento finora affidate alle Direttive della Regione, a due macro-settori, la Sanità e i Servizi sociali, caratterizzati da autonomia organizzativa, funzionale, professionale e finanziaria. Viene istituzionalizzata, non è più discrezionale ed è concepita come incontro di responsabilità.

Pertanto nel nuovo assetto l'integrazione si sposta dal livello del rapporto negoziale fra Azienda USL e Comune, a livello della programmazione territoriale (Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di Zona) quale sede dove definire, in modo condiviso e concertato, appropriati percorsi di salute/ benessere e le relative strategie di integrazione, da costruirsi attorno alla persona (gruppo, comunità) che diventa il soggetto dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito di procedure di valutazione e di progettazione integrata e personalizzata.

Gli strumenti della programmazione integrata

L'incontro di responsabilità trova possibilità di realizzazione nell'ambito degli strumenti che disciplinano la programmazione (Piano sanitario e Piano sociale regionale; Piano Attuativo Locale, Programma delle attività territoriali del distretto e Piano di zona).

Inoltre l'unitarietà del processo programmatorio è assicurata dal recepimento del DPCM che rende tra loro compatibili le scelte previste dagli atti di programmazione sopra menzionati.

I livelli istituzionali per il raccordo a livello regionale sono:

- le ATI che forniscono indicazioni per la promozione dell'integrazione tra le attività sanitarie e quelle dei servizi sociali dei Comuni sulla base di quanto indicato dagli atti di indirizzo regionali in materia. Tali indicazioni dovranno essere recepite dalla programmazione territoriale (PAT e PdZ)

- Il Tavolo Alto della concertazione dell'Ambito dove siede anche il livello manageriale dell'Azienda USL, che nelle aree d'intervento socio-sanitario è chiamato a delineare strategie di organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi.
- la Regione che, con il concorso della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte delle Aziende sanitarie locali e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale;

A livello territoriale la convergenza sulle scelte programmatiche si realizza attraverso:

- Gli strumenti della programmazione territoriale che sono il Programma delle attività territoriali del distretto (PAT) e il Piano di zona (PdZ) che assume la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria previa approvazione dei Comuni dell'Ambito.
- Sul livello tecnico l'integrazione viene affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale che sono rappresentate rispettivamente dall'Ufficio di Piano di zona e dal Distretto; in particolare spetta al Direttore di Distretto ed al Promotore Sociale, così come disposto dalla DGR 114/2008 la responsabilità delle proposte da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci riferite alla redazione del Piano delle attività territoriali per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria e della promozione e della verifica della gestione integrata dei servizi socio-sanitari a livello di ATI nonché la responsabilità della promozione e della verifica in ordine alla gestione integrata dei servizi socio-sanitari a livello di Ambito.
- Sul piano della "coprogettazione", i relativi tavoli previsti dalla L. 328/2000, art. 1, comma 5 e riproposti dall'apposito Atto di indirizzo ai Comuni sui Piani di zona, adottato dalla Regione Umbria, dove siedono anche gli operatori dell'Azienda/USL.
- Sotto il profilo gestionale, gli Enti locali e le Aziende USL dovranno adottare appositi Accordi di programma per le aree di integrazione di cui all'art. 31 della LR 3/1997 e all'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001.

Il modello organizzativo-gestionale: dall'accesso alla presa in carico

Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno, il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari passa attraverso l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in adeguate offerte assistenziali.

L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Ambito di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Pertanto l'area integrata costituita dal complesso dei servizi socio-sanitari che si configura con un sistema a doppia entrata, con il Centro di Salute, da un capo, e l'Ufficio della Cittadinanza, dall'altro capo, deve necessariamente prevedere percorsi unici di valutazione, progettazione e presa in carico in modo tale da evitare inutili attese e dannosi rinvii del cittadino verso altre strade.

Il percorso assistenziale integrato si struttura

- a livello della valutazione, con l'attivazione di nuclei di valutazione multiprofessionali e interorganizzativi (UMV, UVG, ecc.) dove la componente sociale, laddove si configura la prospettiva di una progettualità integrata, è espressione funzionale del comparto amministrativo dei servizi sociali del Comune o dei Comuni associati a livello distrettuale/ambito territoriale;
- a livello della presa in carico, prevedendo la presa in carico congiunta, da parte del comparto sanitario e socio-assistenziale, da definirsi con Protocolli fra Servizi che devono codificare:
 - il lavoro interorganizzativo, ovvero come servizi diversi di amministrazioni diverse (Azienda/USL – Comuni) possono svolgere, in modo unitario, compiti rispetto a problemi di comune competenza e con quale assunzione di responsabilità;
 - l'affidamento del coordinamento all'Amministrazione cui spetta la competenza istituzionale primaria;
 - l'individuazione del referente di progetto;

- a livello della progettazione prevedendo la costruzione di progetti integrati dimensionati sulla persona e sui gruppi sociali, sulla base di un approccio unitario e globale, da realizzarsi con l'impiego di équipes territoriali, multidisciplinari, interprofessionali e interorganizzative.

In questo approccio la presa in carico non si configura come una fase a sé stante ma come componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale.

*Presso i servizi di base come l'Ufficio della cittadinanza che è il riferimento di contesto, dall'insorgenza del bisogno alla soluzione; il Servizio che accoglie/accompagna curando il contesto ambientale all'interno del quale insorgono e possono essere meglio risolti i problemi delle persone e delle famiglie, si possono sperimentare **équipes integrate** per la l'accoglienza e la definizione della complessità del bisogno.*

Le funzioni di valutazione e monitoraggio della rete dei servizi socio-sanitari dedicati ai diversi target di bisogno (area della tutela infanzia e adolescenza; anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale, dipendenze, patologie da infezione da HIV), sono anch'esse funzioni integrate espletate a livello di Distretto/Ambito Territoriale da appositi Nuclei di Valutazione.

La titolarità dei servizi socio-sanitari è in capo alla pubblica amministrazione; la funzione gestionale dei servizi è pubblica e può essere esercitata da soggetti non riconducibili alla PA.

Per il triennio gli obiettivi prioritari per le aree dell'integrazione sociosanitaria possono essere:

- Area della salute mentale:
 - garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni. In particolare la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale, attraverso il rafforzamento degli interventi socio sanitari integrati mediante una maggiore progettualità strategica, nella programmazione territoriale di zona.
 - coinvolgere il Dipartimento di Salute Mentale nella programmazione territoriale coadiuvando gli organismi di direzione del Distretto e dell'Ambito Territoriale nella definizione e nella stesura dei relativi Piani
 - Attivare il Patto per la Salute Mentale
- Area delle dipendenze
 - partecipazione del Dipartimento per le Dipendenze ai tavoli di elaborazione dei Piani di Zona e alla concertazione del programma delle attività territoriali del Distretto-
 - innovazione degli aspetti organizzativi e gestionali in coerenza con l'ampliamento e l'articolazione dell'offerta preventiva, terapeutica e assistenziale.
 - Realizzazione di una rete della "prossimità" a livello territoriale, attraverso il coordinamento e l'interconnessione stabile dei diversi servizi e settori, con un ruolo di primo piano delle unità di strada e dei servizi a bassa soglia, in coerenza con un approccio di riduzione del danno.
- Area anziani
 - Dare piena attuazione al Patto per il benessere degli anziani, attraverso la realizzazione del Progetto Anziani 2008.
- Area della Non autosufficienza
 - Realizzare il Piano attuativo della Legge sul Fondo per la Non autosufficienza, definito PRINA.

Obiettivi

- individuare percorsi certi ed uniformi per la comunicazione e l'accesso;
- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi e servizi domiciliari e semi-residenziali e di sostegno alla cura familiare.

- assicurare la continuità tra l'ospedale ed i servizi territoriali sociosanitari e sociali attraverso l'attivazione di specifici percorsi di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
 - garantire una gestione integrata e unitaria delle risorse del territorio attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali;
 - favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale riconosciuto mediante una regolazione pubblica.
- Area materno infantile
 - interventi di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;
 - interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori, l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;
 - interventi preventivi ed educativi volti a facilitare l'acquisizione delle competenze del bambino e degli adulti
 - interventi domiciliari di sostegno e cura rivolti al bambino ed alla famiglia.

5. Il sistema delle risorse

Tre sono le componenti finanziarie che concorrono a sostenere la spesa sociale in Umbria così caratterizzate, secondo una recente stima: circa il 60 % della spesa è sostenuta dai comuni e da forme di compartecipazione degli utenti, il 25 % da risorse nazionali (Fnps) e il 15 % dalla regione (fondo sociale regionale).

Dati statistici, relativi all'anno 2004, segnalano per l'Umbria una spesa sociale di 77,50 € pro-capite, contro i 92,40 della media nazionale e i 103,60 delle regioni dell'Italia Centrale³; *rispetto a tali dati va comunque tenuto in considerazione un flusso di risorse provenienti dal fondo sanitario che coprono quote di spesa sociale*. I dati altresì segnalano l'estrema diversificazione di valori di spesa sociale pro-capite dei comuni umbri che va da livelli nettamente superiori alla media nazionale a livelli particolarmente bassi. Ciò pone un problema di uniformità del pro-capite su scala regionale e di conseguenza l'esigenza di adottare strumenti, in sede di programmazione delle risorse, atti a perseguire l'obiettivo di sistema di una perequazione territoriale, sia rispetto agli Ambiti territoriali, sia fra i comuni di diverse dimensioni, quale obiettivo da assumere congiuntamente da parte della Regione e dei Comuni nel prossimo piano.

La scelta dovrebbe essere orientata a destinare una parte del fondo sociale regionale a finalità di perequazione territoriale mediante la costituzione di una quota di solidarietà e la definizione, al contempo, di uno standard regionale pro-capite *che contemperi sia la quantità che la qualità e l'appropriatezza della spesa sociale* rispetto al quale impegnare i comuni che si collocano al di sotto della soglia individuata al raggiungimento dello standard, nell'arco di tempo di validità del piano, con un cofinanziamento a valere sul fondo regionale di solidarietà, **premiando** quei territori che si dimostreranno sensibili al perseguimento di tale obiettivo e **penalizzando**, in ordine ai trasferimenti di vario tipo, quegli enti che si dimostrassero passivi e insensibili.

Connessa a processi di riequilibrio e di razionalizzazione, si pone comunque l'esigenza di un innalzamento della dotazione di risorse del fondo regionale, in considerazione della sua attuale consistenza percentuale sul complesso delle risorse regionali, pari all' 0,8 % contro il 2% della media nazionale.

Oltre all'adeguamento delle risorse destinate alle politiche sociali occorre portare a compimento il processo di razionalizzazione, già avviato sui territori, mediante la messa a regime in tutti gli Ambiti territoriali della gestione associata delle risorse.

³ Fonte Istat 2004;

Altresì, occorre elevare il processo di integrazione fra le risorse regionali e quelle di derivazione comunitaria (FSE, FESR, FEASR), vista la scarsa utilizzazione di quest'ultime finora realizzata per implementare servizi alla persona, alle famiglie e alla comunità, individuandone modalità e strumenti al fine di massimizzare le complementarità rispetto ad obiettivi generali di sistema quali l'inclusione sociale e il contrasto alle nuove forme di povertà.

6. Il percorso dal forum al secondo piano sociale

A partire dagli esiti dei lavori del Forum Regionale sul Welfare prende avvio il percorso di costruzione del nuovo atto di programmazione regionale che dovrà affrontare gli elementi di criticità e le questioni aperte e sviluppare, al contempo, gli elementi di innovazione e le nuove traiettorie di sviluppo emerse nel percorso di partecipazione e riproposte in questo documento..

L'impegno dovrà essere orientato in particolare a rafforzare processi partecipativi e concertativi, a portare a compimento il sistema di regolazione sociale, a declinare in modo puntuale la collaborazione fra il pubblico di origine "statale" e la funzione pubblica esercitata da soggetti di diritto privato (passando dall'ottica del "privato sociale" a quella del "pubblico non statale") nel sistema dei servizi alla persona, consentendo la messa in scena della pluralità dei soggetti presenti nel tessuto civile e sociale di questa regione, a sviluppare le nuove politiche per le famiglie con un'attenzione alla condizione precaria delle giovani generazioni, alla debolezza dei vecchi, alla fatica delle donne.

La struttura organizzativa del piano intende riproporre l'esperienza del forum prevedendo l'attivazione di gruppi di lavoro allargati per area tematica o assi strategici, la costituzione di una cabina di regia politico-istituzionale con la presenza dei comuni, la formazione di un comitato scientifico per la validazione dei contenuti culturali e di un comitato tecnico di indirizzo per la effettiva elaborazione e stesura del documento di programmazione.

A conclusione del percorso di redazione della proposta di nuovo Piano Sociale Regionale (presumibilmente autunno 2008) si prevede la convocazione di una nuova sessione del Forum Regionale sul Welfare per condividerne in maniera larga e partecipata i contenuti prima dell'avvio dell'iter formale nel Consiglio Regionale.

Perugia, marzo 2008