

Contributo e proposte sul Piano Sociale Regionale L.R. 11/2016

La Conferenza Regionale del Volontariato riunitasi, su invito del Presidente Maria Lorena Micheli alla presenza di tutti i portavoce provinciali, presso i Centri di servizio di Roma in Via Liberiana al termine degli incontri territoriali, che dal 23 Marzo al 31 Maggio c.a. hanno interessato tutti i distretti della Regione Lazio, ha redatto questo documento frutto di studio, di osservazioni e di proposte da portare all'attenzione del Consiglio Regionale, dei capigruppo consiliari, dell'Assessore alle Politiche Sociali Rita Visini e del Presidente della Regione Nicola Zingaretti.

P R E M E S S O

Che gli incontri territoriali si sono tenuti a: Frosinone, Rieti, Viterbo, Latina, Formia, Ariccia, Monterotondo, Civitavecchia e nei territori corrispondenti alle tre ASL di competenza della città di Roma.

Che sono intervenute centinaia di associazioni di volontariato, le ASL di molti territori e, soprattutto nei territori delle province, molte amministrazioni comunali e molte istituzioni pubbliche e private;

Che tutte le considerazioni che seguiranno sono, anche e soprattutto, il frutto maturato dai vari incontri territoriali e raccolgono le opinioni più disparate sintetizzate nelle osservazioni di seguito riportate nel documento conclusivo;

Che questo documento è lo strumento per testimoniare il rapporto tra il territorio e la Regione ed è stato redatto al fine di proporre integrazioni e modifiche al Piano Sociale Regionale e suggerire orientamenti per la stesura delle Delibere di giunta previste dalla Legge 11/2016, in armonia con le aspirazioni e le aspettative delle tante associazioni di volontariato di tutta la Regione.

S I O S S E R V A

La definizione del Piano sociale regionale e la sua auspicabile approvazione da parte del Consiglio regionale del Lazio rappresenta una tappa essenziale per affrontare concretamente lo sviluppo del sistema dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie e per programmare una omogeneità di prestazioni per tutti i cittadini del Lazio. Con questo spirito abbiamo affrontato lo studio del Piano sociale regionale. Le osservazioni e le proposte di questo documento sono volte a favorire l'approvazione e, se possibile, a precisare e migliorarne i contenuti.

Nel corso del triennio (2017/2019) tre sono gli obiettivi che il Piano Sociale vorrebbe realizzare:

- Il diritto alla rete dei servizi e agli interventi sociosanitari;
- Il diritto all'informazione e alla presa in carico;
- Il diritto alla definizione del budget di salute.

Attraverso questi obiettivi, il Piano propone come un **modello di welfare comunitario** per il bene comune in un sistema che sia integrato tra i servizi sociali e sanitari. Appare evidente che emerge la volontà di attivare specifici interventi che mirino ad agire sull'abolizione della soglia di povertà, su una qualità elevata dei servizi territoriali, su un facile accesso ai servizi sociosanitari, su una maggiore determinazione al lavoro di rete tra i vari soggetti.

E' chiaro e condiviso che alcuni interventi abbiano priorità assoluta come il contrasto all'esclusione, il forte impegno verso il "dopo di noi", il sostegno alle famiglie attraverso lo sviluppo della rete dei centri per la famiglia, il contrasto alla violenza contro le donne, i servizi sociali per gli anziani, la tutela dei diritti, il sostegno agli enti locali per i richiedenti asilo, il contrasto allo sfruttamento sessuale e lavorativo. Tutta questa parte introduttiva della Legge e del Piano sociale regionale è sicuramente condivisibile ed ha raccolto, nei vari distretti regionali, approvazione in grande maggioranza.

Quando entriamo, invece, **nei livelli essenziali delle prestazioni** (Leps) si riscontrano maggiori criticità e, a seconda dei territori, tipologie diverse di aspettative e di forte malumore per la condizione degli stessi. Le osservazioni che seguono sono tutte legate alla richiesta di specificare nel Piano, per ognuno dei livelli essenziali, i tempi di attuazione, i sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi e della loro aderenza ai bisogni territoriale ed, in ultimo le risorse messe a disposizione per realizzarle.

Gli art. 23, 52 e 53 della legge e le specifiche del Piano Sociale Regionale, relative al **Servizio di segretariato sociale e al PUA** soprattutto in materia di Case della Salute, evidenziano criticità sui territori, ma lasciano sperare in possibili progressi futuri.

Tra gli impegni del Piano viene ribadito l'obiettivo di una Casa della Salute in ogni distretto, ma se escludiamo alcuni distretti dove sono attive Case della Salute più che funzionanti (negli incontri territoriali sono stati citate quelle di Frosinone, Civitavecchia, Rocca Priora, Roma - Prati Trionfale), il resto dei territori è in attesa della loro completa realizzazione.

D'altronde, a fronte delle 48 Case della Salute programmate cinque anni fa, attualmente ne registriamo, funzionanti su tutto il territorio della Regione, non più di un terzo. Sarebbe auspicabile che gli standard quantitativi previsti dal Piano Sociale Regionale fossero pienamente realizzati e che gli indicatori qualitativi riferiti alle professionalità impiegate, al riconoscimento del diritto, all'attuazione del progetto personale e al coordinamento con gli altri servizi territoriali vengano attuati in relazione alla tempistica del Piano (entro tre anni).

L'art. 24 della legge relativo al **servizio sociale professionale** e le specifiche del Piano Sociale Regionale prevedono la presenza di almeno un assistente sociale per distretto sociosanitario ogni 6.000 residenti (con un range tra 5.000 e 7.000): ciò è essenziale per la concreta realizzazione del Piano, ma sembra essere di difficile realizzazione in relazione alla mancata previsione dei costi e dei fondi da destinare nel triennio. Inoltre anche l'impegno previsto dagli indicatori qualitativi volto ad implementare la formazione continua del personale, la prevenzione del turnover e del rischio di burn out non è sorretto da impegni economici esplicitamente dedicati, ma essenziali per una risposta positiva alle attese sempre crescenti dei cittadini.

L'art. 26 della legge relativo al servizio di **assistenza domiciliare** e le specifiche del Piano Sociale Regionale prevedono l'implementazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Per quanto condivisibile nei principi in esso dichiarati manca di indicazioni concrete relativamente alle modalità di organizzazione delle commissioni valutative, alle procedure di acquisizione delle istanze e i tempi di valutazione e di erogazione dell'assistenza e la possibilità di scelta per gli

utenti. Sarebbe utile ribadire a chi spetta la responsabilità di attivazione e realizzazione di tutto il processo..

L'art. 31 della legge relativo al **servizio di residenzialità** e le specifiche del Piano Sociale Regionale prevedono un forte balzo qualitativo e quantitativo in materia di servizi sociosanitari e di servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD).

Al momento si evidenziano maggiori criticità soprattutto nelle periferie romane come denunciato da più associazioni nell'incontro, ma riscontrabile anche in altre zone periferiche regionali. In correlazione con questa problematica, la legge – nel prevedere come standard quantitativo la ristrutturazione di edifici pubblici ormai inutilizzati, per creare soluzioni abitative innovative, anche attraverso l'attivazione di interventi abitativi in co-housing – va incontro ad una possibile soluzione proprio in quelle realtà periferiche della Capitale dove la domanda è maggiore e dove è forte la presenza di edifici pubblici inutilizzati.

Sempre in **materia sociosanitaria**. Oltre alle aspettative in ordine alle linee guida sull'integrazione sociosanitaria, ci preme porre l'attenzione sul ruolo decisivo che dovranno avere le Asl in un rapporto paritario e di piena collaborazione con gli enti locali. L'integrazione socio sanitaria ci appare la scommessa più grande e più difficile e rappresenta l'asse principale per avviare concretamente una nuova stagione di servizi ed una nuova qualità delle prestazioni.

Ci preme porre l'attenzione su una criticità emersa durante l'incontro di **Rieti** con le associazioni di volontariato.

In data 10 Aprile c.a. sono stati depositati due documenti ufficiali di Settembre e Novembre 2016: uno dei sindaci dell'area del cratere del sisma dello scorso agosto e l'altro delle associazioni di volontariato sanitarie e di Protezione Civile di tutta la Provincia di Rieti. (in allegato i due documenti).

Passando all'esame delle **risorse e dei finanziamenti** la legge conferma che la titolarità delle spese è dei Comuni con la sola compartecipazione della Regione. Il Fondo Sociale Regionale viene formato dalle risorse statali, da quelle regionali e dalle quelle provenienti dai fondi europei.

Risulta subito evidente, in un rapporto di quasi 5 a 1, lo squilibrio tra la spesa a carico dei Comuni e la spesa statale e regionale. Se pensiamo che la spesa sociale complessiva di tutti i Comuni della Regione, dati ISTAT, è 943 milioni di euro e le risorse dello Stato, della Regione e del POR-FSE per il 2017 ammontano a poco più di 170 milioni di euro, la situazione mostra tutta la sua forte criticità anche alla luce dei fondi destinati ai Comuni per il 2018 e a quelli per il 2019 addirittura in decrescita rispetto al 2017.

Appare, quindi, difficile comprendere come tutti i servizi socio-sanitari, che la nuova legge prevede ed il Piano articola, potranno essere realmente attivati senza una esplicitazione delle risorse da investire su ogni singolo impegno del Piano Sociale Regionale. Quello che occorre sarebbe una programmazione realistica degli obiettivi, a breve e medio termine, in relazione alle risorse disponibili nell'arco di vigenza del Piano sociale regionale.

Un'ultima osservazione, emersa nel corso dei vari incontri territoriali, è stata spesso evidenziata dalle varie associazioni di volontariato riguardo alla ripartizione del Fondo Sociale Regionale. Lo stesso viene suddiviso in quattro parti:

- Trasferimenti ordinari ai vari Distretti (80 %);
- Fondo di solidarietà interistituzionale (5%);
- Interventi di interesse regionale (5%);
- Interventi di premialità (10%).

Proprio quest'ultimo raccoglie le maggiori critiche perché, così come impostato, sembra dare la forte impressione di fornire ancora più risorse a chi è già virtuoso e innovativo, quando sarebbe auspicabile ed utile destinare la cifra ad un fondo per i Comuni e i territori con maggiori difficoltà a livello sociosanitario.

In materia di *governance* inclusiva il vero cambiamento è l'impegno allo sviluppo della **co-programmazione**. L'art. 47 (Predisposizione ed approvazione del Piano Sociale Regionale) affida alla Giunta Regionale la stesura del Piano sottoponendolo al parere della Conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale di cui all'articolo 55, di Roma Capitale, della delegazione del CAL, delle reti associative di secondo livello del terzo settore, dell'Osservatorio permanente sulle famiglie di cui all'articolo 10 della L.R. 32/2001 e successive modifiche, delle consulte di settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

In questo contesto appare utile coinvolgere tutti gli organismi di consultazione e di rappresentanza degli enti del terzo settore previsti da leggi regionali come, al momento, gli Osservatori e le Conferenze del Volontariato e della Promozione sociale che hanno il compito di esprimere pareri sulla programmazione degli interventi nei settori in cui operano le organizzazioni di volontariato e di promozione sociale. Questi organismi hanno anche una preminente funzione di rappresentanza utilissima nel variegatissimo mondo dell'associazionismo regionale e nazionale.

Il luogo più importante, per **ogni singola associazioni interessata alla Programmazione**, è certamente il livello locale. In questo livello il Piano Sociale Regionale non amplia le indicazioni della legge regionale e prevede due modalità differenziate di partecipazione che potrebbero contenere insidie, ma anche opportunità, in relazione all'effettiva partecipazione delle organizzazioni di volontariato e dei cittadini all'elaborazione dei futuri Piani di Zona.

In effetti il **Piano Sociale di Zona**, predisposto dall'Ufficio di Piano e approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione di cui all'articolo 44 della legge regionale 11/2016 d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale competente (limitatamente alle attività sociosanitarie), deve garantire il **coinvolgimento sostanziale** delle organizzazioni sindacali e delle **reti associative** di secondo livello del terzo settore (volontariato, Aps, cooperazione sociale), delle Consulte sulla disabilità, delle associazioni di utenti e familiari e, a seguito di percorsi di redazione partecipata inclusiva in **appositi tavoli tematici**, delle organizzazioni di primo livello e di associazioni di cittadini e utenti.

La legge regionale elenca i soggetti del Sistema Integrato nel Capo IV e, nell'articolo 41 comma 1, impegna la Regione e gli enti locali a garantire **la consultazione** dei cittadini e degli utenti, **nella programmazione e realizzazione** dei servizi. È altresì prevista la partecipazione degli stessi **alla valutazione** della qualità dei servizi e degli interventi offerti dal sistema integrato.

Nello stesso articolo, al comma 2, la legge **impegna i Comuni** a valorizzare le libere forme associative ed **a promuovere organismi di partecipazione dei cittadini**. In questo quadro la proposta si articola in piani differenziati in relazione ai soggetti da coinvolgere.

Per quanto riguarda i soggetti pubblici e privati compresi nel Capo IV, l'Ufficio di Piano attiva le procedure di interlocuzione per la programmazione attraverso lo strumento dei **Tavoli di lavoro tematici e di ordine generale** previsti dal Piano Regionale Sociale.

Per una *governance* locale efficace l'Ufficio di Piano dovrebbe attivare **i tavoli in modalità permanente** garantendo l'accesso a tutti i soggetti. **I tavoli permanenti tematici e generali** di ogni singolo ambito territoriale si possono articolare anche per **territori più ristretti** come il singolo Comune **o municipio o singoli quartieri/frazioni** per le città di ampie dimensioni. I lavori dei Tavoli dovranno consentire sia la fase della **consultazione ed ascolto** che la fase della **collaborazione e del coinvolgimento attivo** che rappresenta l'elaborazione vera e propria di proposte di programmazione negoziata, finalizzata a prendere decisioni condivise tra Amministrazione e soggetti partecipanti.

Per quanto riguarda i soggetti previsti dal comma 2 dell'art. 41 ed, in particolare, la costruzione di **organismi di partecipazione dei cittadini** si propone di avviare un processo di **coinvolgimento dei singoli cittadini** volto a garantire la presenza alla programmazione sia dei cosiddetti "soggetti deboli" (utenti dei servizi e soggetti marginali potenzialmente interessati) che "soggetti forti" (imprenditori, commercianti, proprietari immobiliari, soggetti economici rilevanti come le banche ecc.). Si tratta di un percorso di coinvolgimento differenziato che può partire dalla costruzione dell'organismo di partecipazione, ma che deve articolarsi in un lavoro territoriale permanente (di matrice comunitaria) volto all'accrescimento della motivazione ed all'incremento nella "fiducia" tra i soggetti territoriali.

Al fine di favorire la più ampia **partecipazione dei singoli cittadini** sarà utile l'attivazione di altri strumenti della partecipazione già sperimentati nell'elaborazione dei Piani di Zona in molti Comuni italiani ed in altri contesti quali, a titolo esemplificativo: Sportelli informativi/Punti di ascolto, Interviste e questionari, Forum tematici, Costruzione del consenso (Consensus Building), Focus Group, Sondaggio deliberativo (deliberative polling).

Altri due strumenti, previsti dalla legge 11/2016 e dal Piano Sociale Regionale, sono utili nella programmazione locale:

- a) l'Osservatorio Sociale Regionale articolato territorialmente;
- b) il Sistema Informativo dei Servizi Sociali previsto attraverso l'impegno di ogni Comune a trasmettere dati sui bisogni e sull'offerta di servizi e strutture socio-assistenziali.

Questi due organismi hanno la possibilità di coordinare tutto il flusso di informazioni e contribuire alla messa a regime dei sistemi di monitoraggio e valutazione. I dati, le mappature, le valutazioni e le proposte del SISS e dell'Osservatorio saranno utili soprattutto per la programmazione locale.

Per far funzionare al meglio i sistemi di monitoraggio e valutazione sarà essenziale la partecipazione delle associazioni e dei cittadini. Essi potranno fornire informazioni utili alla definizione ed osservazione degli indicatori di efficacia e efficienza dei servizi. Un processo partecipato e di coinvolgimento dei cittadini e degli utenti che può favorire anche i difficili rapporti di sospetto e sfiducia sempre più diffusi nei nostri territori. Sarà utile che l'articolazione territoriale dell'Osservatorio Sociale Regionale sia anch'esso disciplinato, prevedendo la partecipazione delle realtà territoriali e dei cittadini.

Le proposte in sintesi

1. **I livelli essenziali di assistenza:** specificare nel Piano Sociale Regionale, per ognuno dei livelli essenziali declinati, i tempi di attuazione e le risorse messe a disposizione per realizzarle. In particolare, in relazione agli standard quantitativi previsti dal Piano Sociale Regionale, si richiede:
 - a) la realizzazione effettiva e funzionante di una Casa della Salute in ogni Distretto;
 - b) la garanzia della realizzazione del programma che prevede la presenza di almeno un assistente sociale per Distretto sociosanitario ogni 6.000 residenti. Basterebbe comunque programmare un graduale aumento degli assistenti sociali da qui al 2019.
 - c) l'attivazione di servizi di residenzialità e semi-residenzialità in tutti i Distretti della Regione con particolare attenzione alle zone periferiche;
 - d) una maggiore attenzione all'orografia del territorio rispetto sia alla dislocazione degli standard quantitativi previsti che alla ridefinizione dei Distretti.

2. **In materia sociosanitaria**, oltre alle aspettative in ordine alle linee guida sull'integrazione sociosanitaria, ci preme porre l'attenzione sul ruolo decisivo che dovranno avere le Asl in un rapporto paritario e di piena collaborazione con gli enti locali. L'integrazione socio sanitaria ci appare la scommessa più grande e più difficile e rappresenta l'asse principale per avviare concretamente una nuova stagione di servizi ed una nuova qualità delle prestazioni.

Vogliamo ricordare le criticità emerse durante l'incontro di Rieti con le associazioni di volontariato e sullo stato dei servizi sanitari dopo il sisma.

3. **Risorse e finanziamenti**: si propone incremento ed esplicitazione delle risorse da investire su ogni singolo impegno del Piano Sociale Regionale anche in relazione all'effettiva consistenza delle attuali risorse. Per l'effettiva implementazione del Piano Sociale Regionale sarà necessaria una programmazione di risorse aggiuntive per incrementare gli assistenti sociali nei Distretti, per realizzare i livelli essenziali in tutti i Distretti, per ridefinire i criteri di ripartizione del Fondo Sociale Regionale trasferendo la quota di premialità prevista, al supporto ai Distretti con maggiori difficoltà a livello sociosanitario.

4. **Co-programmazione e ruolo delle associazioni e dei cittadini**

Si propone di definire, nel Piano Sociale Regionale, indicazioni più vincolanti per la partecipazione delle associazioni e dei cittadini alla programmazione dei Piani di Zona adottando le seguenti misure:

- a) **tavoli permanenti tematici e generali** di ogni singolo Distretto articolati per territori più ristretti come il singolo Comune o singoli quartieri per le città di ampie dimensioni;
- b) costruzione degli **organismi di partecipazione dei cittadini** in ogni singolo Comune o in singoli quartieri per le città di medie/ampie dimensioni. Attivazione di **strumenti della partecipazione diretta dei cittadini** quali: Sportelli informativi/Punti di ascolto, Interviste e questionari, Forum tematici, costruzione del consenso (Consensus Building), Focus Group, Sondaggio deliberativo (deliberative polling).
- c) **l'articolazione territoriale dell'Osservatorio Sociale Regionale** disciplinato prevedendo la partecipazione delle associazioni di volontariato e dei cittadini.

In conclusione vogliamo ribadire l'attenzione mostrata dalle associazioni di volontariato del Lazio alle finalità ed agli obiettivi concreti del Piano sociale regionale. Le associazioni di volontariato attendevano da anni una definizione sia dei livelli essenziali di assistenza sia del nuovo ruolo che possono assumere nel rapporto con la pubblica amministrazione. L'approvazione del Piano potrebbe rappresentare una concreta testimonianza, del Consiglio regionale del Lazio, della centralità assegnata alla programmazione pluriennale nel settore socio – sanitario, da sempre relegato ai margini delle priorità.

Conferenza Regionale del Volontariato del Lazio

e-mail: conferenza.volontariato.lazio@gmail.com

facebook: Conferenza Regionale del Volontariato del Lazio

Presidente Maria Lorena Micheli