

CONSIDERAZIONI SUL DOCUMENTO “IL PATTO PER IL SOCIALE DELLA REGIONE PIEMONTE 2015-2017”.

Le considerazioni sul documento in oggetto vengono formulate con riferimento al vigente quadro normativo nazionale e regionale in quanto si ritiene che laddove il testo del Patto, nella sua versione definitiva, intenda discostarsi da tale impianto normativo esistono solamente due strade da percorrere: o si modifica preventivamente l'impianto normativo di riferimento in funzione dei cambiamenti che si vogliono introdurre con il Patto o si adeguano le proposte contenute nel documento alle norme di riferimento.

La Premessa metodologica.

Se, come si afferma nel testo, la ragione fondativa del Patto risiede nel fatto che *«La Regione, proprio in coerenza con la sua funzione programmatica e legislativa, avverte fortemente il compito di agevolare il processo di partecipazione e di creare le condizioni normative e organizzative, affinché gli obiettivi, individuati come prioritari, vengano effettivamente perseguiti attraverso interventi strutturati e coerenti»* allora è opportuno che si citi – e soprattutto che poi si applichi – l'articolo 14 della LR1/2004 (I metodi della programmazione).

Da oltre un decennio, infatti, la Regione Piemonte ha tradotto in norma cogente (in primo luogo per sé) tale avvertito compito adottando il metodo della programmazione fondato su **«la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali»**.

La voce dei territori.

Fatta salva l'opzione evidenziata nel testo ai punti b) e c) per la realizzazione di un *«Lavoro di revisione normativa»* per la *«Costruzione (di) un sistema di governo delle politiche sociali più razionale ed efficiente»*, sarebbe a nostro parere effettivamente utile – ma soprattutto urgente – *«Recuperare il ruolo originario di programmazione strategica e di indirizzo»* come indicato al punto a). A tale proposito si ricorda quanto sancito dall'articolo 16 della LR1/2004 secondo il quale *«Il Consiglio regionale approva, su proposta della Giunta regionale, il piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali»* ed inoltre quanto stabilito dal successivo articolo 19, ove si afferma che *«La Giunta regionale, sulla base di quanto previsto dalla normativa nazionale in materia, sentita la competente commissione consiliare, recepisce con apposito provvedimento previa **concertazione con i comuni e con gli altri soggetti interessati** di cui all'articolo 14, comma 2, lettera a), i livelli essenziali e omogenei delle prestazioni di cui all'articolo 18»* che *«costituiscono la risposta minima ed omogenea che i comuni tramite gli enti gestori istituzionali sono tenuti a garantire su tutto il territorio piemontese»*.

Gli obiettivi strategici

Nel rinviare all'esame dei singoli documenti relativi ai tre assi strategici ed a quello trasversale sull'accesso ai servizi si segnala che – dal punto di vista normativo ma anche e soprattutto da quello tecnico scientifico – è improprio che nel punto a) relativo all'asse dell'integrazione socio-sanitaria, si declini *«la questione delle “non autosufficienze” in quattro ambiti operativi: anziani, con una attenzione specifica alle malattie cronico degenerative; disabili; pazienti psichiatrici; pazienti autistici»*. Pur con la relativizzazione del concetto, segnalata dall'utilizzo delle virgolette, è opportuno considerare che gli anziani non autosufficienti sono tali perché gravemente malati; i disabili non sono necessariamente malati e nemmeno tutti e sempre non autosufficienti; i pazienti psichiatrici sono sicuramente malati (così, almeno per ora, affermano le norme) ma non sono necessariamente non autosufficienti. Per i pazienti autistici vale quanto affermato per i disabili. A tal proposito non si comprende la ragione per la quale si ritiene di dover trattare la partita degli autistici al di fuori di quella dei disabili, mentre non si fanno distinguere invece ad

esempio tra anziani non autosufficienti e malati di Alzheimer, nonostante in materia risulti ormai improcrastinabile sciogliere la riserva di cui alla DGR 10-6893 del 18/12/2013 che aveva sospeso l'applicazione della DGR 85/2013. Il Decreto sui Lea si limita infatti a distinguere tra disabili fisici, psichici e sensoriali. Inoltre le persone autistiche godono – al momento – degli stessi diritti alle prestazioni di livello essenziale della altre persone con handicap grave. Occorre infine rilevare che nella categorizzazione proposta non risultano considerati i malati di SLA, le persone con disabilità acquisite (esiti da incidente ecc) e malati di sclerosi multipla.

La riforma dell'assetto di governo.

Con riferimento ai due perni sui quali deve reggersi il governo delle politiche di welfare segnaliamo che, al punto a) "Istituzione della Regione", viene espresso il concetto di *programmazione partecipata* mentre – come si è visto precedentemente – andrebbe utilizzato quello, previsto dalle vigenti norme regionali (e dalla legge 328/200) di **concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e con gli altri soggetti interessati**.

Quanto ai Distretti territoriali della Coesione Sociale ed ai relativi ambiti territoriali si rinvia alla lettura dell'articolo 8 della legge regionale 1/2004 – puntualmente intitolato "Ambiti territoriali ottimali" – ed in particolare al comma 2 dell'articolo ove si stabilisce che «**Gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sono definiti tramite forme di concertazione tra la Regione e gli enti locali con le medesime modalità previste per la predisposizione del piano regionale di cui all'articolo 16 ed in raccordo con la ASL**».

Infine sul Comitato territoriale dei Sindaci il rimando è al pieno rispetto di quanto previsto dalla LR 18/2007 così come modificata dalla LR10/2013: in particolare dell'articolo 16, comma 6, nel quale è stabilito che «**Il direttore generale dell'ASL adotta il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento, previa intesa, per la parte relativa alle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 8 (integrato dai Responsabili degli EEGG al fine di assicurare il supporto tecnico amministrativo) e lo trasmette alla Conferenza dei Sindaci e alla Giunta regionale**».

Si sottolinea, in particolare, il concetto della «**previa intesa, per la parte relativa alle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria**» in quanto la formulazione adottata nella recentissima DGR 26-1653 del 29 giugno 2015, relativa agli "Indirizzi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016", risulta invece sorprendentemente **riduttiva dei poteri del Comitato**, che viene chiamato ad esprimere «**parere obbligatorio, limitatamente alle attività socio-sanitarie, sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale**». In sostanza si ritiene che sia di dubbia legittimità l'esclusione dell'obbligo di **previa intesa** tra le parti e che lo stesso vada ripristinato, visto anche il conseguente impegno economico che ne deriva..

Si sottolinea infine che, con riferimento all'art.17 della L.R. 1/2004, la realizzazione del Patto per il sociale deve trovare la sua collocazione all'interno dei Piani di Zona.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

E' convinzione ripetutamente espressa dal Coordinamento degli EE.GG. che, in base al decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002, il Servizio sanitario è obbligato a garantire le occorrenti prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali agli anziani cronici non

autosufficienti, ai malati di Alzheimer ed alle persone colpite da altre forme di demenza senile, nonché ai soggetti con handicap intellettuale grave e con limitata o nulla autonomia.

A questi cittadini gli Enti gestori delle attività socio-assistenziali sono, a loro volta, tenuti a fornire gli interventi di loro competenza connessi alle suddette prestazioni di livello essenziale. Nello specifico si tratta dell'erogazione delle *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* che consistono nella messa a disposizione delle competenze professionali di area sociale – per il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari – e nell'assolvimento della funzione di sostegno economico nei confronti degli utenti che – a causa del basso livello di reddito – non possono assumere a proprio carico gli oneri degli interventi.

Poiché dette prestazioni sono obbligatorie, è nostra convinzione che le Aziende sanitarie ed i Comuni singoli o associati non possano venire costrette a negare o ritardare l'erogazione degli interventi con la motivazione della mancanza di sufficienti risorse economiche: risorse, che possono e devono venire reperite a livello nazionale e regionale – nel rispetto degli equilibri complessivi di bilancio – recuperando i finanziamenti dalle poste destinate all'esercizio di funzioni non indispensabili per legge.

Come già sottolineato nella fase delle consultazioni stupisce una riflessione avviata sulle attività socio-sanitarie in assenza delle aziende sanitarie, che dovrebbero esserne i principali attori sul territorio, facendo pertanto sorgere la preoccupazione che il reale obiettivo sia probabilmente costituito dalla volontà di riassorbirle quasi integralmente nel comparto sociale, continuando a perseguire l'attuazione del Piano di Rientro della spesa sanitaria il cui disavanzo non può risultare determinato dalla spesa in quest'ambito.

Azioni di sistema.

Preso atto della volontà di istituire una **Cabina di Regia tra le Direzioni** Coesione sociale e Sanità per una programmazione congiunta «*attraverso la sottoscrizione di un protocollo operativo*» si osserva però che, per definire “di sistema” tale azione, è indispensabile che l'istituzione di tale strumento operativo avvenga nell'ambito dell'esercizio degli adempimenti previsti dall'articolo 20 della LR 1/2004 ed in particolare del comma 1: «*In attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, commi 6 e 8 del d.lgs.502/1992 e successive modificazioni, ed al fine di rispondere ai bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, il benessere delle persone, la Giunta regionale (...) con propria deliberazione, sulla base di quanto disposto dalla normativa nazionale in materia, fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento*».

Inoltre giova citare i successivi commi 2 e 3 in base al quale «*L'accordo di programma di cui all'articolo 17 regola le attività socio-sanitarie integrate, realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale. Le attività sono realizzate con modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi, viene nominato il responsabile del procedimento*».

Quanto all'azione volta alla definizione ed adozione di **Nuovi criteri di riparto del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato** si apprezza la scelta esplicita di adottare il metodo della concertazione mentre si ritiene non condivisibile che si parli di revisione dei criteri di cui sopra nel documento relativo all'integrazione socio-sanitaria. Si teme infatti che si voglia destinare l'intero Fondo al comparto “socio-sanitario” per sgravare ulteriormente di spese il comparto sanitario. Se questo è l'obiettivo, occorre verificare se esso è perseguibile nel rispetto di tutti gli adempimenti previsti – e mai integralmente attuati – del citato articolo 35 della LR 1/2004.

In estrema sintesi va tenuto conto del fatto che: **«L'intervento finanziario regionale, con carattere contributivo rispetto all'intervento primario comunale, è finalizzato a sostenere lo sviluppo e il consolidamento su tutto il territorio regionale di una rete di servizi sociali qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali»**. In particolare nei criteri di riparto del Fondo la Regione è tenuta a garantire in primo luogo gli «enti che assicurano i livelli essenziali e uniformi delle prestazioni» di cui al più sopra citato articolo 19. E tra tali livelli rientrano tutte le prestazioni puntualmente elencate all'articolo 18, comma 2: **«a) servizio sociale professionale e segretariato sociale; b) servizio di assistenza domiciliare territoriale e di inserimento sociale; c) servizio di assistenza economica; d) servizi residenziali e semiresidenziali; e) servizi per l'affidamento e le adozioni; f) pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari»**. Per il resto – sempre con riferimento al finanziamento da destinare all'area dell'integrazione socio-sanitaria – si rimanda al già citato articolo 20 della LR 1/2004

Quando invece non risultasse questo l'obiettivo si esprime comunque preoccupazione in merito alla ricorrente affermazione circa la volontà di costituzione di fondi vincolati all'interno del Fondo regionale per garantire tali servizi, dal momento che l'offerta di prestazioni in quest'ambito non può essere determinata da un vincolo finanziario ma se mai da standard di offerta definiti in relazione al fabbisogno della popolazione

Area dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti.

Il sospetto che nell'erogazione del Fondo regionale si voglia privilegiare integralmente l'area dei servizi e delle prestazioni afferenti al "socio-sanitario" viene confermato dal fatto che – con riferimento ai **servizi residenziali e semiresidenziali per anziani** – si dichiara l'intenzione di individuare «un budget vincolato all'interno del Fondo regionale» che la Giunta ripartisce annualmente con propria DGR.

Quanto alla volontà di modificare la DGR14/2013 e la DGR 85/2013 – nonostante le stesse siano state confermate nella veste attuale dalla sentenza del Consiglio di Stato – essa risiede, a nostro parere, proprio nell'esigenza di uniformarsi ai contenuti della sentenza stessa. Sentenza che "legittima" le cosiddette liste d'attesa perché i Giudici si sono convinti che gli utenti – mentre attendono il posto in struttura – vengono seguiti con un qualche grado di assistenza domiciliare e che – se stanno male – possono pur sempre ricorrere al proprio medico e al pronto soccorso.

Per questo nel documento del Patto si afferma che «*Quest'azione potrebbe essere intrapresa in concomitanza con alcuni provvedimenti attuativi delle DGR 18/2015*». Purtroppo però la DGR 18/2015 – che è oggetto di uno specifico ricorso al TAR Piemonte da parte di alcune Associazioni d'utenza – è a sua volta incardinata sulle DGR 25 e 26/2013 entrambe parzialmente annullate, insieme ad altre connesse, con sentenza del TAR Piemonte. Sentenza – contro la quale la Regione ha presentato ricorso al Consiglio di Stato che si esprimerà sulla sospensiva solamente ad ottobre – e dunque almeno sino ad allora pienamente operativa.

E' evidente che il contenzioso aperto ben difficilmente consentirà la «*definizione di obiettivi di spesa per le ASL, peraltro per il 2015 già previsti nelle DGR 18-1326/2015, e dei corrispettivi obiettivi per i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali per quanto riguarda le integrazioni rette per il biennio 2016/2017*» entro il 31 dicembre 2015. E tale "ritardo" – che si trasformerebbe in impossibilità ad operare in caso di sentenze che invalidino definitivamente i provvedimenti oggetto di ricorso – non può che ripercuotersi sulla auspicata (entro giugno 2016) «*definizione delle procedure di accreditamento delle strutture residenziali, per lo svolgimento, in regime di convenzione con le ASL, di attività sanitarie (es. assistenza infermieristica) e/o socio-sanitarie (es. servizi domiciliari), tutto ciò non solo nel contesto dell'offerta domiciliare alternativa al ricovero in RSA, previsto dalla DGR 18-1326/2015, ma anche in un contesto più generalizzato al fine di migliorare il mercato e la sostenibilità economica specialmente delle piccole strutture*».

Sui Servizi domiciliari si osserva inoltre che la distinzione – mutuata nella bozza di Patto dalla DGR 18-1326/2015 – tra **Prestazioni domiciliari alternative alla residenzialità a carico totalmente sanitario** e **Prestazioni domiciliari di competenza sociale** è illegittima in quanto viola il disposto del decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che non indica assolutamente l'infermiere o l'operatore socio-sanitario come le uniche figure preposte a fornire le «prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» che il sistema sanitario è tenuto ad erogare nell'ambito dell'assistenza a domicilio e che rientrano tra quelle di livello essenziale che costituiscono diritto soggettivo dei cittadini.

All'individuazione delle figure professionali alle quali affidare la gestione del PAI ha semmai provveduto la vigente legge della Regione Piemonte n.10/2010 che, all'articolo 5, comma 1, lettera b) stabilisce che le prestazioni domiciliari possono essere assicurate congiuntamente dalle Aziende sanitarie e dagli Enti gestori anche con «*contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare*».

L'accesso a tali prestazioni costituisce dunque un diritto esigibile per l'anziano non autosufficiente per cause sanitarie e per la persona con handicap grave, riconosciute tali dalle competenti commissioni aziendali di valutazione, pur con l'onere di contribuire nella misura del 50% al costo della prestazione (eventualmente con il sostegno economico del Comune o dell'Ente gestore). Il restante 50% del costo del piano assistenziale è posto a carico del servizio sanitario dalla normativa nazionale di cui sopra e dalla legge regionale n.10/2010 che all'articolo 9, comma 1, prevede che la quota sanitaria per le prestazioni domiciliari per persone non autosufficienti sia a carico del servizio sanitario regionale.

Peraltra anche qualora tale distinzione tra domiciliarità sociale e domiciliarità sanitaria rispondesse alla volontà di un nuovo modello da proporsi abrogando il precedente, si segnala la difficoltà da un lato ad inquadrarlo nella normativa nazionale di riferimento né vigente né in fieri (es. cfr. NUOVI LEA) e dall'altro a giustificare come uno degli elementi di quella esclusivamente sociale la non meglio definita "assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata erogata da personale professionalmente qualificato".

Non risulta poi intelleggibile il rapporto tra questa "domiciliarità sociale" e quella richiamata nel documento relativo all'inclusione sociale dove, a proposito di servizi per anziani autosufficienti, si prevedono:

- servizi "di cura e utenze domestiche" per cui viene prevista l'emissione di un nuovo profilo formativo per le "badanti", le cui prestazioni potranno essere acquistate dalle famiglie tramite le Agenzie per l'impiego.
- diffusione del servizio "infermiere di famiglia" che collabora con il medico di riferimento nel monitorare i pazienti con patologie croniche
- incentivazione di altre esperienze di supporto alla permanenza a domicilio con l'introduzione del non meglio descritto "operatore socio-sanitario di condominio".

Anche a questo proposito si è costretti ad osservare che, se si intende innovare rispetto all'impianto definito nel passato e purtroppo solo parzialmente tradotto operativamente sul territorio, ma comunque non finanziato esclusivamente con fondi sociali, occorrerebbe per lo meno sostituirlo con un disegno organico e coerente e non liquidarlo con valutazioni che, purtroppo anche in questo caso, risultano stralciati da documenti circolati in materia prodotti nella passata legislatura.

Infine è bene considerare che il trasferimento al settore assistenziale delle prestazioni domiciliari e la conseguente **selezione su base economica dell'intero valore della prestazione** comporterebbe la perdita del diritto per la stragrande maggioranza dei malati (6 mila degli attuali assistiti nella sola Torino) che verrebbero, di fatto, incentivati ad optare per il ricovero in quanto coperto dalla quota sanitaria.

Alla luce della normativa vigente, non si tratta dunque di rivedere la DGR 39/2009 ma di dare piena applicazione alla successiva LR 10/2010.

Area dei servizi dedicati ai disabili

In primo luogo crediamo sia opportuno ricordare che la DGR 51/2003 è l'atto che sancisce l'accordo con il quale si concluse la trattativa sull'applicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 in Piemonte. Per questo motivo crediamo non si possa, tutt'a un tratto, sorprendersi del fatto che i Lea, nella nostra Regione, non sono stati applicati sposando alla lettera il testo del decreto nazionale.

La scelta politico istituzionale fu di attivare un **percorso di concertazione** che si concluse con un accordo sottoscritto dalle rappresentanze degli Enti locali al più alto livello (Sergio Chiamparino per l'ANCI per fare solo un nome); dalle Organizzazioni sindacali; dalla FENASCOP; dal Coordinamento Case alloggio HIV ed infine dal Comitato promotore della petizione popolare LEA.

Ed è proprio con queste ultime componenti (le organizzazioni dei gestori e quelle degli utenti) che i funzionari regionali di sanità ed assistenza e le rappresentanze tecniche degli Enti gestori socio assistenziali definirono quei «*modelli di assistenza semiresidenziale e residenziale*» che, secondo il documento, «*presentano delle rigidità nel dare risposte più complesse ai differenti bisogni che connotano la popolazione disabile*».

Nello specifico il documento in esame afferma che «*L'attuale normativa presenta carenze legate alla **rigorosa definizione dei minutaggi** suddivisi tra le diverse figure professionali prestabilite dalla norma, nonché a **parametri strutturali poco flessibili** in termini di spazi e locali, spesso sovradimensionati*». Inoltre «*manca una **flessibilità di risposta** ai nuovi bisogni sia **per il diffondersi di gravi patologie** sia **per l'invecchiamento della popolazione disabile già in carico***».

Tradotto: dobbiamo prevedere un minor rigore dei minutaggi, l'utilizzo di spazi meno ampi e ricercare soluzioni (tipo RSA?) per i disabili malati e per quelli vecchi. In pratica il disabile che compie 65 anni rischia di venire burocraticamente equiparato all'assistito anziano. Ma a differenza di quest'ultimo – che finché non diventa non autosufficiente può continuare a stare a casa sua (e qualche volta ci riesce anche dopo l'insorgere della malattia cronica grazie all'assistenza domiciliare) – il nostro disabile potrebbe dover lasciar la Comunità nella quale vive (la sua casa!) per andare “ad abitare” in strutture presso la quali si possano praticare rette più basse e la sanità possa spendere il 50% invece del 70% del suo importo. Lo stesso discorso vale per il semi residenziale: raggiunta una certa età (quale?) tanto vale non “accanirsi” più con interventi di abilitazione e riabilitazione e badare a che gli assistiti non si facciano male e “stiano sereni”.

Detto con il linguaggio più aulico utilizzato dalla bozza di Patto, si tratta «*di invertire il percorso, prevedendo l'adeguamento della rete dei servizi semiresidenziali e residenziali ai bisogni delle persone e non viceversa*». Bisogni che verranno valutati dalle competenti Unità multidisciplinari sulla base di nuove scale di valutazione e nuove fasce e livelli assistenziali. Il tutto finalizzato a produrre un PEI/PAI «*quale espressione operativa della maggior flessibilità quali-quantitativa degli interventi*». *Dulcis in fundo* si potranno, anche in questo caso, “legittimare” le liste d'attesa: potrà infatti «*esser presa in considerazione, successivamente alla sperimentazione delle nuove*

scaie di valutazione, la definizione del grado di priorità di accesso ai servizi, così come individuato per le persone anziane non autosufficienti con la DGR n. 14-5999 del 25.6.2013».

Sui servizi domiciliari non si aggiunge altro a quanto affermato nel paragrafo dedicato all'Area dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti. Quanto al sospetto che si voglia destinare l'intero Fondo alle attività del "socio-sanitario", esso diviene a questo punto certezza visto che – anche con riferimento ai **servizi residenziali e semiresidenziali per disabili** – si dichiara l'intenzione di individuare un budget vincolato.

La richiesta formale del Coordinamento Enti Gestori, in accordo con ANCI Piemonte, è che – a fronte delle conseguenze dirimpenti che avrà, per gli utenti e per le loro famiglie, la rigida applicazione delle percentuali di suddivisione degli oneri previsti dai LEA nazionali – **si adempia puntualmente all'obbligo normativo già evidenziato di concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e con gli altri soggetti interessati** per quanto attiene alla definizione del «nuovo modello di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone disabili e del relativo sistema tariffario» che si intende adottare entro il 31 dicembre di quest'anno.

E' evidente, infatti, che un sistema di suddivisione della spesa fondato su un provvedimento di attuazione del D.P.C.M. 29/11/2001, volto a superare la DGR 51/2003, deve affrontare la necessità di graduare il concetto di gravità della disabilità, tenendo anche conto delle condizioni di inoccupabilità ai sensi della legge 68/99 e, d'altra parte, di considerare non solo l'assenza della famiglia, ma le diffuse realtà di famiglie non più in grado di occuparsi dei propri congiunti. E' diffusa la realtà di disabili in possesso della certificazione di gravità ex lege 104/92, inseriti oggi in strutture semiresidenziali classificate nella fascia C della DGR 51/2003, in una logica di effettiva appropriatezza. Un'applicazione "rigida" porterebbe queste persone a scegliere una struttura ad alta protezione, inadeguata ai loro bisogni, ma con il 70% di quota sanitaria garantita. Le stesse considerazioni valgono per le persone gravi inserite in strutture residenziali di fascia C. E ancora, una famiglia "affaticata" con situazioni familiari complesse e disperanti non può essere considerata "presente" per poter considerare totalmente o in prevalenza sociale la soluzione residenziale da offrire al disabile.

Va ancora osservato che nuove, auspicabili, "scale di valutazione sanitarie e sociali", fondate, come previsto dalle norme vigenti, sulla classificazione ICF, avrebbero approcci totalmente diversi dal concetto di gravità medico-legale cui si richiama il D.P.C.M. 29/11/2001.

E' poi veramente difficile comprendere come la forte riduzione delle tipologie di risposta e dell'articolazione di livelli di intensità al loro interno renda più flessibile e consona ai bisogni delle persone l'offerta di prestazioni.

Area dei servizi dedicati alla psichiatria.

Anche in questo caso si rimarca l'obbligo alla concertazione. A maggior ragione in quanto **l'applicazione di LEA nazionali non è realizzabile in maniera automatica**. Il DPCM si limita infatti ad affermare che vengono posti a carico dell'utente/comune il 60% degli oneri delle «prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale» afferenti alla «attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie».

Stante che si continua a ritenere illegittimo che per esigenze esclusivamente finanziarie vengano ricondotte alla tipologie delle «strutture a bassa intensità assistenziale» anche quelle con copertura assistenziale sulle 24 e 12 ore – con l'evidente finalità di conseguire un risparmio di spesa per la sanità e la conseguenza di generare un aggravio economico per le famiglie – **non riteniamo vi sia, nel testo del DPCM dedicato all'assistenza psichiatrica, alcun riferimento specifico al coinvolgimento dei Comuni per quanto attiene a sussidi**

terapeutici ed a borse di lavoro. Interventi, questi ultimi che, se confermati per gli anni a venire, dovrebbero rientrare – come del resto correttamente sostenuto dai DSM – tra le «prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socio riabilitative presso il domicilio» afferenti alla «attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie» per le quali sono previsti oneri di spesa ad esclusivo e totale carico della sanità.

Non è assolutamente condivisibile che tutte le tre tipologie di S.R.P. 3, in cui sono comprese anche le Comunità alloggio, siano ricondotte alle “prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale” per cui è prevista una compartecipazione dell'utente/Comune del 60%.

E' inaccettabile attuare un'impropria sovrapposizione tra strutture a bassa intensità terapeutico-riabilitativa e strutture a bassa intensità assistenziale.

L'Accordo nazionale del 17 ottobre 2013 definisce tutte le strutture SRP 3 “a bassa intensità riabilitativa”, ma ne prevede l'articolazione in tre tipologie (con copertura di personale a 24h, 12h, fasce orarie) con una chiara graduazione dell'intensità assistenziale in ognuna prevista.

Questa impostazione in raccordo con la norma del D.P.C.M. 29.11.2001 che parla (in riferimento alla compartecipazione dell'utente/Comune del 60%) di “prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale” e di “Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di inserimento sociale e lavorativo”, porta a ritenere che solo le strutture comprese nella terza tipologia (SRP 3 per fasce orarie) possano essere considerate a bassa intensità assistenziale (restando comunque percorsi riabilitativi per persone malate).

Infine ribadiamo **non esiste alcuna indicazione normativa che preveda una “presa in carico” di persone malate da parte del comparto socio-assistenziale** che – come giustamente viene detto nel documento – viene quindi chiamato in causa solamente «*nella compartecipazione alla quota sociale della tariffa*». E sulle modalità di tale compartecipazione occorrerà fare chiarezza proprio perché – a differenza di quanto avviene per anziani non auto e disabili – non vi può essere alcuna assunzione di responsabilità da parte dell'Ente gestore né sul piano assistenziale individuale né sull'adeguatezza della struttura a realizzarlo: dunque si tratterà di una mera erogazione di contributo economico agli interessati e alle loro famiglie (possibilmente sulla base di criteri validi per l'intera Regione).

A tale proposito si precisa che non condividiamo quanto previsto nella DGR 30-1517 del 3 giugno 2015 “Riordino delle reti dei servizi residenziali della Psichiatria” relativamente al fatto che «*per la quota sociale gli oneri devono essere fatturati agli enti che ne sono responsabili, ossia cittadini/comuni*» in quanto riteniamo che compito dei nostri Enti sia il *sostegno economico* agli assistiti della psichiatria con redditi insufficienti a consentire il pagamento della retta ad essi addebitata. Dunque che l'intervento socio-assistenziale si debba configurare come un *trasferimento economico* all'assistito e non come la remunerazione di *una prestazione di servizi* alla struttura (che non intrattiene alcun rapporto contrattuale con gli EE.GG).

Quanto alla responsabilizzazione degli Enti gestori associati nelle attività delle Commissioni di vigilanza di strutture sanitarie (quali quelle psichiatriche) si rimanda a quanto previsto dalle norme della LR 1/2004 che regolano l'esercizio di tali attività ispettiva da parte del socio-assistenziale.

Area dei servizi dedicati all'autismo

Si rinvia a quanto detto nel paragrafo dedicato all'area dei servizi dedicati ai disabili con la sola aggiunta della raccomandazione di dare pari dignità ed opportunità di rappresentanze a tutte le componenti associative del variegato mondo delle disabilità.

INCLUSIONE SOCIALE E CONTRASTO ALLE DIVERSE POVERTA'

A livello generale si prende atto che si intendono attivare azioni di lotta alla povertà agendo sul terreno della casa, del lavoro, del cibo e di altri generi di sostegno. Riteniamo però necessario che nel Piano venga puntualmente chiarito (per evitare ogni confusione) a quale ambito istituzionale ci si riferisce relativamente alle azioni da compiere: in quanto "casa e lavoro", ad esempio, non rientrano tra le competenze socio-assistenziali affidate alla generalità degli Enti gestori ma tra quelle dei Comuni e dei Centri per l'impiego.

Non si ritrova nel documento una completa corrispondenza con quanto enunciato nell'introduzione del Patto al punto b) "L'asse dell'inclusione sociale e del contrasto alle diverse forme di povertà" : mentre nella premessa politica vengono definiti con chiarezza gli obiettivi strategici e le linee di intervento, nel documento tecnico obiettivi ed azioni sono presentati in modo poco organico, con limitata chiarezza e rischi di assenza di concretezza, e senza affrontare tutti i temi enunciati nel documento introduttivo.

Sarebbe pertanto utile sviluppare il presente documento rispettando l'articolazione delle linee di intervento espresse nel documento introduttivo. E quindi:

1. Sostegno al reddito e accompagnamento al reinserimento socio-lavorativo
2. Politiche di sostegno al diritto all'abitare
3. interventi di sostegno alimentare.
4. Piano di azione per le persone senza dimora

Si rileva inoltre come in questo documento e nei seguenti, a differenza di altre parti del Piano dedicato ad altre linee di azione il riferimento alle risorse da destinare alle azioni appare decisamente aleatorio.

Rispetto al punto 1

I due ambiti "sostegno al reddito" e "accompagnamento al reinserimento socio-lavorativo", correttamente associati nel documento introduttivo, vengono distinti nel presente documento, generando confusione anche rispetto alle competenze dei diversi settori (Servizi sociali e Lavoro).

Si evidenzia con preoccupazione l'assenza di riferimenti alle risorse finanziarie indispensabili per promuovere azioni reali di contrasto alla povertà ed alla vulnerabilità sociale, così come si sottolinea l'assenza di riferimenti e di approfondimenti rispetto alle opportunità di finanziamento e di intervento previsti dalla Programmazione nazionale (PON Inclusione) e regionale, citati brevemente solo nel documento relativo all'accesso.

Questa necessità "di concretezza" e di riferimento alle risorse reali richiede che si affronti in maniera decisa la questione – indicata in modo un po' criptico nelle ultime righe del documento sull'Accesso – della «*Sperimentazione delle condizioni preliminari necessarie per l'applicazione del Reddito di dignità, del R.E.I.S. (reddito di inclusione sociale) o di altro sistema di sostegno in un territorio circoscritto. A tale riguardo ci si integrerà con il PON inclusione sociale che prevede la realizzazione di misure attive di contrasto alla povertà assoluta*»).

Si tratta di un'azione che chiediamo con forza che venga inserita a pieno titolo nel documento sulla povertà chiarendone meglio le caratteristiche, gli ambiti di sperimentazione e le risorse a

disposizione. Ciò in quanto si ritiene che il contrasto della povertà assoluta rappresenti in questa fase una priorità che rientra pienamente nella competenza del comparto assistenziale.

Segnaliamo infine con sgomento che **nel documento in esame non si menziona mai il servizio di assistenza economica che gli enti gestori svolgono** – seppur con grandi difficoltà - **in ottemperanze degli articoli 18 e 19 della legge 1/2004** secondo i quali il «superamento delle carenze del reddito familiare e contrasto alla povertà» attraverso l'assistenza economica costituisce prestazione di livello essenziale.

L'assenza di riferimenti all'azione di sostegno al reddito esercitata dagli Enti Gestori implica che tutta la sezione dedicata nel documento al “Lavoro” rischi di rimanere avulsa da azioni dirette a collegare l'intervento di sostegno al reddito a forme di coinvolgimento attivo del beneficiario, mediante progettualità di inclusione sociale, condizionalità, restituzione. Trattare il lavoro senza trattare il sostegno al reddito rischia di ingenerare confusione sulle competenze dei Servizi sociali rispetto alla dimensione lavorativa, rischiando inoltre di non tener conto della riflessione e delle esperienze che in tutti i territori sono state sviluppate per creare forme di sostegno al reddito che prevedano progetti di autonomizzazione dei beneficiari, attraverso forme specifiche di attivazione e di sostegno all'inclusione (tramite voucher di lavoro accessorio, tirocini, ecc.). Tale impostazione – propria dell'intervento sociale di sostegno ed accompagnamento delle persone e dei nuclei più fragili – risulta indispensabile anche per gli interventi di sostegno all'abitare, a completamento di un progetto personalizzato rivolto alla risposta del bisogno abitativo.

Infine occorre riservare una parte del documento inerente il sostegno al reddito ai criteri di accesso, specificando la necessità di una impostazione generale che sappia garantire, pur nel rispetto delle specificità locali, un ruolo regionale rispetto alla applicazione del Nuovo ISEE per l'accesso al sostegno al reddito

Rispetto al punto 2

- Occorre evidenziare la pregnanza della problematica abitativa sui percorsi di impoverimento e di povertà della popolazione e la necessità di intervenire con urgenza sia in termini di azioni preventive rispetto al rischio di perdita dell'abitazione sia in termini di risposta alla perdita/assenza del bene primario casa.
- La complessità e la trasversalità della problematica abitativa implica un impegno a livello di Patto regionale per l'investimento rispetto alla formazione ed a percorsi di specializzazione sull'abitare di operatori dei Servizi sociali.
- Tra le risposte volte al sostegno dei nuclei a livello di prevenzione del rischio di perdita della abitazione: si evidenzia tra l'altro la necessità di mettere in rilievo il ruolo del sostegno al reddito esercitato da molti Enti gestori quale azione centrale di tipo preventivo rispetto alla perdita dell'abitazione (contrasto alla povertà indotta dai costi della locazione e del mantenimento dell'abitazione, delle utenze - “fuel poverty”, per il rientro da morosità incolpevoli);
- Tra le risposte di sostegno rispetto alla perdita / assenza di abitazione, vanno individuate soluzioni concrete rispetto alle quali il Piano regionale deve assolutamente lavorare: soluzioni abitative temporanee e a bassa soglia ed a costi contenuti per nuclei familiari fragili (con figli minori, componenti anziani, non autosufficienza, ecc...); riconversione di strutture rivolte ad altre fasce di utenza, da destinare all'accoglienza temporanea di nuclei familiari;
- Interventi di sostegno dedicati a situazioni di rischio o di perdita della casa a seguito di decreto di trasferimento a seguito di pignoramento;
- Lavoro con le associazioni di categorie (Proprietari ed inquilini)
- Analisi di esperienze europee di agenzie sociali per l'abitare
- sostegno di sperimentazioni rivolte a persone adulte senza dimora per percorsi di housing led ed housing first (cfr. punto successivo).

Rispetto al punto 4

Nel documento introduttivo al Piano Regionale viene evidenziata la necessità di operare un piano di azione specifico per le persone senza dimora, ambito di azione che non si ritrova nel documento, ma che viene inglobato e ridotto nell'area "Casa": La necessità di una attenzione particolare nei confronti di questa fascia di popolazione, sempre più ampia e con caratteristiche e bisogni sempre più variegati e complessi, traspare nel documento tecnico, ma rischia di non assumere la necessaria centralità.

Parlare di Piano di azione per le persone senza dimora (e non, come invece indicato nel documento, di "Progetti mirati alla *salvaguardia* dei senza fissa dimora" ...) presuppone la volontà regionale di assumere nella sua completezza la problematica della povertà e della marginalità estrema, in un quadro organico di politiche e di interventi. Pur avendo accolto diversi stimoli pervenuti dal confronto con i territori, nel documento questo Piano di azione rivolto specificatamente alle persone senza dimora non emerge.

Come per le altre linee di azione di questo documento, non vengono pressoché declinate le modalità di finanziamento e di sostegno economico indispensabili per attivare ed assicurare gli interventi; è doveroso aggiungere che a fianco dei costi per assicurare il servizio, assumono particolare rilevanza i costi di attivazione delle misure di coordinamento, messa in rete, integrazione, accoglienza e accompagnamento che comportano costi in termini di risorse umane che gli enti locali non riescono più a sostenere.

In particolare si ritiene utile evidenziare:

- importante il riferimento alla necessità di sviluppare consapevolezza e professionalità nei confronti di tale fascia di popolazione in tutti i territori regionali; va ricordato in questo senso che le Città metropolitane hanno collaborato con il Ministero Lavoro e Politiche Sociali e con la FioPsd per la stesura di Linee Guida per il contrasto alla grave emarginazione adulta, pervenendo alla stesura di un documento che dovrebbe essere a breve presentato in sede di Conferenza Stato/Regioni e quindi approvato, e che andrebbe citato nel documento regionale quale base di un lavoro da effettuare sul territorio;
- indispensabile il ruolo regionale nel sostegno di forme nuove di intervento nel sostegno alla grave marginalità adulta, come indicato mediante il protocollo con FioPsd relativo alle sperimentazioni sul territorio regionale di esperienze volte all'approccio sviluppato a livello internazionale dell'housing first, con il necessario accompagnamento formativo (come avvenuto ad esempio nella Regione Emilia Romagna) e con l'indispensabile integrazione con il comparto sanitario;
- la specificità della condizione di marginalità adulta estrema, non riducibile all'assenza del bene primario abitazione;
- la rilevanza assunta nell'ambito della problematica dell'homelessness negli ultimi anni del fenomeno migratorio
- la necessità di un ruolo regionale sia a livello nazionale che nella politica locale per pervenire alla piena garanzia dei diritti di cittadinanza per le persone senza dimora, in particolare anche attraverso l'applicazione in tutti i territori del diritto di iscrizione anagrafica per le persone senza dimora, cui ne consegue il corretto accesso alle prestazioni sociali e sanitarie e dell'abitare;
- l'avvio di servizi e di accoglienza temporanea diffuse sui territori, e/o di forme di "affido familiare" al fine di evitare il fenomeno attrattivo indotto dal sistema dei servizi del capoluogo, evitando concentrazioni sul territorio torinese, sia attraverso servizi condivisi sia mediante la condivisione degli interventi e dei relativi costi tra comuni.
- la necessità di azioni specifiche orientate a garantire l'indispensabile integrazione con il comparto sanitario, specie in relazione alle principali fragilità e patologie presentate da questa popolazione (patologie delle dipendenze, psichiatriche, e correlate alle condizioni di vita marginali - infezione, patologie del metabolismo, ecc.)

- quindi bene l'attivazione di percorsi per il ricovero temporaneo in caso di patologie non ospedalizzabili o di post acuzie (non necessariamente specialistici, ma anche integrate in strutture rivolte anche ad altre fasce di popolazione) ma anche attenzione alla facilitazione dell'accesso attraverso équipe integrate di bassa soglia e di strada, in grado di intercettare i bisogni sanitari direttamente nei luoghi di vita e di stanzialità delle persone senza dimora;
- ruolo regionale nella gestione dei periodi particolarmente critici per le persone senza dimora, quali il periodo invernale e quello del caldo estremo, con necessari raccordi con Protezione civile, volontariato, e sistema di intervento emergenziale sanitario (Pronti soccorsi, 118, guardia medica psichiatrica).
- percorsi di sostegno e di sviluppo dell'autonomia, sia attraverso le necessarie connessioni con il settore lavoro, sia mediante strumenti quali tirocini di inclusione, borse lavoro, lavoro accessorio.
- necessità di strutture di accoglienza a basso costo, per periodi di accoglienza definiti ma non brevissimi per rispondere ai bisogni delle persone sole/famiglie senza particolari fragilità nel nucleo, tranne quelle connesse alla assenza di lavoro e di reddito.

In buona sostanza sarebbe necessario andare oltre alla logica emergenziale ed assumere la lotta alla povertà, in tutte le sue forme, come obiettivo strategico del nostro sistema di welfare. Il ruolo della Regione dovrebbe essere in questa logica, quello di costruire una strategia organica e complessiva, attraverso la cooperazione con tutte le risorse presenti e operanti nella comunità locali, attorno all'obiettivo di ridurre gli squilibri economico-sociali di ampie fasce di popolazione, e attraverso linee di intervento, in integrazione con assessorati al lavoro ed alla ricerca e innovazione

POLITICHE PER LA CASA

Rispetto alle politiche per la casa si coglie nel documento un apprezzabile sforzo per mettere a sistema le diverse azioni poste in atto dalla Regione negli anni.

Va però evidenziato che:

- a) Rispetto all'impegno a diffondere sul territorio la conoscenza delle misure di programmazione denominate Programma Casa Regione e Piano regionale di social housing, oltre ai vari bandi previsti dalla normativa regionale e nazionale sia contrastante con la pressoché totale mancanza di risorse per l'incremento del patrimonio di edilizia sociale e la costante e sistematica riduzione delle dotazioni per il fondo nazionale sostegno alla locazione e per le agenzie di locazione sociali.
- b) Nel complesso il quadro di risorse che vengono destinate al comparto casa, fondo nazionale sostegno alla locazione, fondo sociale regionale, fondo per le morosità incolpevoli e fondi per le agenzie di locazione possono costituire un buon presidio a sostegno di chi la casa ce l'ha e rischia di perderla, appare di tutta evidenza che invece la possibilità di incrementare il patrimonio di edilizia sociale rivolto ai meno abbienti o ai poveri tout court non è contemplata nel documento e non è prevista per i prossimi anni, fatti salvi gli interventi per i senza fissa dimora, e questo è il vero problema.
- c) Le previsioni di realizzare alloggi per la fascia grigia è di per se positiva, ma rischia di lasciare senza riparo le famiglie più povere o chi ha perso casa dopo aver perso il reddito, la prospettiva del dormitorio per questi casi non pare sia la migliore
- d) Rispetto alla legge regionale 3/2010 occorre portare a conclusione in tempi brevi la revisione complessiva della normativa alla luce del compimento del primo ciclo completo di applicazione, valutando gli esiti prodotti dalle innovazioni introdotte a suo tempo, come il bando aperto, ridisegnando le procedure di formazione ed aggiornamento delle graduatorie, che hanno evidenziato tempi troppo lunghi e passaggi troppo complessi, ridiscutere criteri e modalità di accesso e permanenza nell'edilizia sociale,

- e) La gestione degli alloggi sociali operata dall'ATC del Piemonte Centrale è troppo onerosa per gli inquilini e rischia di rendere vani di benefici recati dal canone sociale, se mensilmente si pagano 60 euro di canone e 250 di spese condominiali si genera una situazione scarsamente sostenibile per le famiglie assegnatarie, la vigilanza regionale dovrebbe aiutare le ATC a ridurre i costi e a razionalizzare la spesa a vantaggio degli assegnatari di edilizia sociale
- f) Sarebbe auspicabile rendere temporanea l'assegnazione in modo da ottimizzare l'impiego degli alloggi pubblici, per le famiglie che ne hanno bisogno fino a quando ne hanno bisogno, limitando la durata negli anni della assegnazione ed evitando il passaggio ereditario della medesima
- g) Sull'utilizzo dell'articolo 21 della legge 3/2010 occorre certamente superare le limitazioni imposte dalla DGR di prima sperimentazione, ma occorre anche che la Regione stanzi e fornisca agli enti gestori le risorse necessarie e finanziare l'iniziativa come previsto dall'ultimo comma dell'articolo stesso, una maggiore diffusione delle coabitazioni solidali ad esempio porterebbe ad un evidente miglioramento della qualità dell'abitare nei quartieri pubblici, ma al momento ed alle condizioni attuali questi progetti sono scarsamente sostenibili sul piano finanziario.
- h) Rispetto al social housing ed alle residenze collettive va osservato che i progetti sperimentati finora in Città hanno dato buoni risultati, occorre per il futuro che la Regione definisca di più i contenuti dell'accompagnamento e della gestione sociale di questi interventi ad esempio con l'emissione di linee guida.

POLITICHE PER LE FAMIGLIE

Si tratta sostanzialmente di azioni già in atto. Ribadiamo comunque la necessità che venga chiarito a quale ambito istituzionale ci si riferisce relativamente alle azioni: in particolare con riferimento ai servizi (comunali) per la prima infanzia.

E' evidente come il tema della/e famiglia/e debba risultare centrale nell'agenda politica relativa al lavoro di un rinnovato sistema di welfare.

Quindi:

i relativi programmi, progetti e azioni si ritiene debbano risultare fortemente intrecciati con tutto quanto sostiene e giustifica la trattazione complessiva del documento (cfr. in particolare i temi dell'"abitare", del "contrasto alle povertà", dell'"integrazione sociosanitaria" in un quadro di popolazione con presenza di diversi modelli culturali di riferimento); quindi, necessità di un approccio maggiormente organico che richiama erogazioni costanti di risorse e coordinamento tra gli interventi; pertanto, si fa riferimento e si rimanda alle riflessioni e considerazioni già enunciate.

In particolare:

- nel condividere la struttura dei programmi e dei progetti contenuti, si ritiene che gli stessi possano registrare risultati più sul lungo periodo e meno incisività nell'affrontare le emergenze attuali e l'aumento della vulnerabilità presente; forse risulterebbe appropriato individuare in modo più forte e chiaro i loro presupposti, intenti e modelli in un quadro di insieme che conferisca maggior sistematicità e organicità
- se si intende cifrare il documento anche nei termini di una necessaria innovazione, oltre alla manutenzione costante che il lavoro richiede, occorre un ripensamento più generale delle procedure, attività e servizi attivi, tenendo conto della prevalenza delle tematiche e problematiche che le Istituzioni e il Terzo Settore si trovano ad affrontare, favorendo sperimentazioni e risposte nuove ai disagi e alle fragilità incontrate
- necessità di una programmazione condivisa sia degli interventi che degli investimenti

- necessità di una condivisione sulle modalità di acquisto dei servizi nel rispetto e in aderenza alle norme vigenti
- necessità di una ripresa di interlocuzione con le Autorità Giudiziarie Minorile e Ordinaria per “attualizzare” il concetto di protezione del minore e del lavoro con le famiglie nella tutela minorile con relativi obiettivi del lavoro sulla famiglia nell’attuale contesto sociale (es. provvedimenti di non facile esecuzione, tempi stretti delle procedure legali da un lato, che non consentono un’adeguata presa in carico, e dall’altro tempi molto distesi per l’assunzione di decisioni da parte delle Autorità competenti), in modo da riuscire a svolgere un ruolo maggiormente proattivo e chiaro, non rischiando di coincidere con quello di mero esecutore delle disposizioni delle Autorità Giudiziarie
- la necessità di ripresa di interlocuzione sul tema della protezione del minore e del lavoro con le famiglie nella tutela minorile, con relativi obiettivi del lavoro sulla famiglia, si ritiene debba essere estesa anche alle Scuole di Formazione e agli Ordini Professionali interessati
- funzione e ruolo del terzo settore e del volontariato anche in riferimento alla riforma in atto
- politiche e azioni che si strutturino anche come rilancio delle politiche di investimento e occupazione
- concezione dei servizi sociali non solo come assorbenti risorse ma anche come motore per l’economia e fonte di una nuove imprenditorialità nella quale le donne possono ricoprire un ruolo centrale
- violenza domestica
- maltrattamento minorile con gravi negligenze familiari
- prospettiva di lavoro circa la presenza di minori stranieri non accompagnati raggiunta la maggior età
- pur nella condivisione di proseguire e rafforzare il percorso di cambiamento dell’ottica di lavoro, insistendo maggiormente sull’offerta di servizi e opportunità di prossimità e domiciliarità, la rilevazione derivante dai report dell’attività gestionale dimostra come interventi e servizi strutturati e “forti” risultino indispensabili (cfr. dati su comunità madre/bambino, comunità minori, interventi sociosanitari a forte pressione assistenziale, ...) che debbono sicuramente trovare un’integrazione maggiore su di un lavoro più diffuso e di vicinanza, superate le fasi di grave criticità

POLITICHE PER L’ACCESSO

Il Coordinamento degli Enti Gestori ritiene che per quanto si possano affinare le politiche ed i servizi per l’accesso – mettendo in campo tutti i soggetti di buona volontà che operano nel territorio – alla fine non ci si possa esimere dal dare delle risposte “di sostanza”. Non basta dunque che si limiti l’intervento alla formazione degli *«operatori degli Sportelli (operatori pubblici, del privato sociale, degli enti caritativi, delle organizzazioni sindacali o di categoria)»*.

Questa necessità “di concretezza” richiede che si affronti in maniera decisa la questione – indicata in modo un po’ criptico nelle ultime righe dell’allegato – della *«Sperimentazione delle condizioni preliminari necessarie per l’applicazione del Reddito di dignità, del R.E.I.S. (reddito di inclusione sociale) o di altro sistema di sostegno in un territorio circoscritto. A tale riguardo ci si integrerà con il PON inclusione sociale che prevede la realizzazione di misure attive di contrasto alla povertà assoluta)»*.

Si tratta di un'azione che chiediamo con forza che venga inserita a pieno titolo nel documento sulla povertà chiarendone meglio le caratteristiche, gli ambiti di sperimentazione e le risorse a disposizione. Ciò in quanto si ritiene che il contrasto della povertà assoluta rappresenti in questa fase una priorità che rientra pienamente nella competenza del comparto assistenziale.

Riteniamo infine che per realizzare il cambiamento economico, sociale, culturale e istituzionale di cui il nostro territorio ha bisogno è necessario che tutte le diverse componenti della società convergano in un grande sforzo comune.

La valorizzazione del principio di sussidiarietà verticale e orizzontale, sancito dall'art. 118 della Costituzione, in un quadro di vincoli di bilancio e dinanzi alle crescenti domande dei cittadini necessita l'adozione di nuovi modelli in cui l'azione pubblica possa essere affiancata in modo più incisivo dai soggetti operanti nel privato sociale.

E' indispensabile che la Regione, anche alla luce del Disegno di legge Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, ridia forma e sostanza ai principi costituzionali della solidarietà e della sussidiarietà, attraverso la costruzione di meccanismi legislativi e operativi che consentano ai Comuni ed alle diverse associazioni e organizzazioni operanti e presenti nel territorio di collaborare in modo strutturale e sistematico secondo principi di trasparenza, equità, efficienza e solidarietà sociale, rafforzando quanto esplicitato dall'art. 2 c. 2 della L.R. 1/2004, il quale prevede che "nella programmazione e realizzazione del sistema sia riconosciuto e agevolato il particolare ruolo dei soggetti del terzo settore", quali espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini; ciò comporta il loro coinvolgimento nei quattro momenti della programmazione, della progettazione, della gestione e della definizione di parametri e criteri relativi alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi.¹

¹ Ci pare utile a questo proposito ricordare che alla luce dell'art.5 della l.328/2000 e del Dpcm 30 marzo 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona" è stata prevista la possibilità per i comuni di indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore disposti a collaborare con gli opportuni sostegni nella gestione di interventi innovativi e sperimentali. Come detto, la Regione Piemonte già con la L.R. 1/2004 e poi con la DGR. 79-2953 del 22 maggio 2006 della Regione Piemonte ha definito e normato l'oggetto del rapporto in questione, attivato a seguito di istruttorie aventi carattere di trasparenza e pubblicità, come forma di partenariato o collaborazione, che vede o la messa in comune di risorse tra pubblico e privato sociale o la suddivisione delle stesse in presenza di un terzo finanziatore. Ma poichè tali modalità, che parecchi Comuni stanno adottando in particolare per fronteggiare le nuove emergenze sociali, hanno incontrato ultimamente delle difficoltà nell'essere riconosciute come differenti dagli appalti pubblici con conseguenti dubbi di elusione della disciplina fiscale e/o della normativa dettata dal Codice dei Contratti o comunque sono state valutate con riferimento all'applicazione di quest'ultima, è urgente che anche la regione Piemonte si faccia parte attiva nel chiedere o la conferma della loro vigenza eventualmente con il coinvolgimento attivo dell'Autorità Anticorruzione e comunque il loro definitivo inquadramento nella normativa di prossima emanazione della norma di recepimento della Direttiva 24/2014, che ha tra i suoi obiettivi proprio quello di meglio definire la nozione di appalto non intendendo ricomprendervi tutte le forme di esborsi pubblici, escludendo "il semplice finanziamento, in particolare tramite sovvenzioni, di un'attività che è spesso legata all'obbligo di rimborsare gli importi percepiti qualora essi non siano utilizzati per gli scopi previsti". La norma in corso di approvazione di riforma del Terzo Settore potrebbe contenere alcune specificazioni in materia con particolare riferimento alla disciplina fiscale.