

**GRUPPO TECNICO MISTO  
SU PIANO DI AZIONE REGIONALE (P.A.R.)**

Verbale della riunione del giorno 15/5/2007

---

**Presenti:** Lupi – Mantello – Passarelli - Felice – Tocchi - Forni (Provincia BO) - Casari (Comune MO) - Pirazzini (Lega Autonomie Locali) - Ibba (Comune FO) – Severi - Mirri –

**Assenti:** Zanelli– Ghinolfi (Comune PR) – Fabrizio – Morico -

---

**Lupi:** Breve illustrazione dei punti all'O.d.g. che interessano temi non ancora trattati in questa sede, anche se già conosciuti. E' necessario infatti disporre di informazioni sui livelli di integrazione delle varie attività, anche per non ripetere l'esperienza del Fondo Sociale Europeo per la formazione per il quale la scarsa informazione sulle opportunità e attività ha purtroppo portato a non raccordare operativamente i diversi Servizi interessati. Questo tavolo tecnico deve pertanto diventare punto di riferimento e raccordo tra le diverse politiche. Per quanto riguarda l'agenda dei lavori, entro il mese di maggio sarà forse possibile convocare il tavolo politico per un confronto sui temi del PAR. Questo appuntamento potrebbe essere concomitante con la presentazione del nuovo sito i cui lavori di inserimento dati stanno per essere ultimati.

**Severi:** Viene illustrato il lavoro sul Piano Sociale e Sanitario, ricordando che si tratta, appunto, di un Piano integrato e non di documenti separati caratterizzati dalle specificità del sociale e del sanitario. Questa logica di integrazione caratterizza fortemente i lavori e la filosofia del documento. Le scelte dell'integrazione e della partecipazione portano a fare interagire modelli di conoscenza dati, con la conoscenza che si determina nell'incontro con e tra i soggetti e le organizzazioni che vivono la situazione, per sviluppare co-responsabilità e coesione sociale.

**Piano sociale e sanitario**

*Nuovo strumento di programmazione integrata articolato in 5 ambiti:*

- I. “Elevata integrazione” (D.Lgs. 229/99 e LEA DPCM 29 nov. 2001): area materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze, patologie da HIV e in fase terminale, inabilità da patologie cronico-degenerative.*
- II. Politiche sociali (art. 27 LR 2/2003): obiettivi benessere sociale, livelli essenziali delle prestazioni sociali, criteri incentivazione programmi obiettivi promozione sociale, criteri accesso prioritario a servizi soc., modalità concessione/utilizzo titoli fruizione prestazioni soc.*
- III. Politiche sociali e sanitarie integrate per bisogni complessi: responsabilità familiari, infanzia e adolescenza, giovani, anziani, persone con disabilità, immigrazione, povertà ed esclusione sociale.*
- IV. Politiche sanitarie: a completamento e in continuità ai programmi avviati col precedente Piano sanitario regionale e volte a sviluppare i temi centrali della LR 29/2004.*
- V. Sviluppo delle infrastrutture: ricerca e innovazione, formazione, sistema informativo, comunicazione e partecipazione.*

La crescita delle prospettive di vita è legata alla condivisione sociale ed alla possibilità di esercitare le libertà sostanziali di partecipazione

Ostacoli da superare per consentire accesso alle opportunità (libertà sostanziali) :

- ✚ Barriere culturali
- ✚ Barriere psicologiche
- ✚ Stili di vita
- ✚ Organizzazione dei servizi e accessibilità
- ✚ Culture professionali

Partecipazione ad analisi dei bisogni programmazione e valutazione:

- PIANO SOCIALE E SANITARIO REGIONALE TRIENNALE E PROGRAMMA ANNUALE
- ATTO DI INDIRIZZO PROVINCIALE TRIENNALE
- PIANO DI ZONA PER IL BENESSERE E LA SALUTE TRIENNALE E PROGRAMMA ANNUALE

Integrazione socio sanitaria: fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi e prestazioni socio sanitarie per:

1. una maggiore efficacia assistenziale
2. un uso più efficiente delle risorse
3. ridurre il disagio dei cittadini

con l'obiettivo di garantire risposte personalizzate e insieme equità d'accesso nei vari territori attraverso lo sviluppo di reti assistenziali con partecipazione di servizi diversi e coinvolgimento di tutti i soggetti (Regione, EE.LL.,AUSL, strutture pubbliche, private profit e no-profit, associazioni, volontariato, forze sociali) che hanno un ruolo per affermare diritti di cittadinanza.

Le forme dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- **Istituzionale:** identifica responsabilità coordinate dei vari soggetti del territorio (comuni, provincia, ASL).
- **Comunitaria:** per attivare l'intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) sulle politiche sociali, con responsabilità più puntuali e distinte nelle diverse fasi (programmazione, organizzazione e produzione di servizi).
- **Gestionale:** per realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse. Tre condizioni essenziali di funzionamento: 1) criteri e modalità accesso a diverse tipologie servizi; 2) processo di "continuità assistenziale"; 3) sistema informativo di rilevazione.
- **Professionale:** équipe multiprofessionali (figure sanitarie e sociali) ed erogazione congiunta attività assistenziali. Riguarda tre fasi: 1) presa in carico; 2) progettazione individualizzata(piano attività condiviso e "case manager"); 3) valutazione dei risultati. Condizioni di supporto: sistema informativo e moduli formativi comuni (operatori sanitari e sociali, pubblici e privati).

I percorsi e strumenti di programmazione sanitaria e sociale integrata interessano e coinvolgono il Consiglio delle Autonomie, la Conferenza regionale del Terzo Settore, la Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie, le Forze sociali e, ovviamente, l'Assemblea Legislativa e la Giunta regionale.

Gli strumenti di programmazione integrata a livello regionale sono il Piano sociale e sanitario triennale (parte sociale - parte sanitaria - parte socio sanitaria - gli obiettivi strategici - la regolazione del sistema - la valutazione) e il Programma annuale (indica obiettivi annuali vincolanti, approva il piano per la non autosufficienza, indica regole e procedure, indica risultati attesi e ripartisce le risorse per servizi sociali e socio sanitari).

A livello provinciale sono interessati la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (Comuni e Provincia), l'AUSL e l'ufficio di supporto alla Conferenza (coordinamento permanente con gli uffici di piano) per la definizione dell'atto di coordinamento e indirizzo triennale (Piano per la salute che delinea i profili di salute della comunità in ambito provinciale/aziendale/distrettuale). L'atto di coordinamento e indirizzo triennale contiene:

- pianificazione locale (PdZ, Agenda 21, Piano reg.le prevenzione);
- PPS che contiene il profilo di Comunità

- indicazioni strategiche, incluse quelle attualmente contenute nel Piano Attuativo Locale (PAL), sull'area dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali
- definizione ambiti dell'integrazione, compresa l'area della non autosufficienza;
- indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione

Il Programma attuativo annuale, sostituisce:

- il Programma attuativo del piano sociale di zona,
- il Programma delle attività territoriali (PAT) del Distretto,
- il Patto/Programma per il Piano per la salute):

e stabilisce:

- gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria (compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza - e sanitaria) e sanitaria
- le specifiche risorse che Comuni, Ausl/Distretto, Provincia impegnano per l'attuazione degli interventi
- i progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

**Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)**

E' una NECESSITA' :

- Incidenza Popolazione anziana
- Bisogni di trattamenti socio-sanitari continuativi complessi e onerosi
- Finanziamento dedicato certo

E' una SFIDA :

- Alimentato con prelievo fiscale nazionale e/o regionale (nel 2007 addizionali reg. IRPEF ed IRAP affermando principio solidaristico)
- Garanzia maggiore equità, livelli omogenei di opportunità di accesso, di qualità nei trattamenti, dei costi e della contribuzione a carico dei cittadini

**SISTEMA di GOVERNO**

- Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS) raccorda programmazione regionale e distrettuale e ripartisce le risorse tra gli ambiti distrettuali assicurando il re-iquilibrio (1° triennio)

- Comitato di Distretto adotta il Piano delle attività per la non autosufficienza, definisce le priorità di utilizzo tra i diversi servizi ed interventi

La gestione è affidata a Comitato Distretto e Direttore del Distretto attraverso struttura tecnica gestionale integrata Comuni-AUSL ovvero attraverso l'**Ufficio di Piano**, che svolge:

- attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e socio-sanitaria:
- attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento dei fornitori;
- sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- attività istruttoria e di monitoraggio relativamente alle ASP;
- supporto all'attuazione della programmazione sociale e socio-sanitaria
- supporto alla programmazione e gestione del fondo della non autosufficienza

**Il FRNA riguarda:**

- Gli oneri per prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (garantite dai comuni con contribuzione utenti), ma NON gli oneri esclusivamente sanitari
- L'espansione quantitativa della rete dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali e dei loro destinatari in relazione alla programmazione locale e
  - lo sviluppo di nuove forme di servizio sia in termini di domiciliarità comuni che di supporto nell'accesso ai servizi e di reti di solidarietà sociale contro la solitudine e l'isolamento
- Il miglioramento qualitativo dei servizi e delle prestazioni

- Sostegno alle famiglie x ridurre il carico di fatica e disagio nell'accudimento a domicilio
  - Qualificazione degli standard assistenziali socio-sanitari e delle condizioni di confort e sicurezza in vista dell'accreditamento
  - Sperimentazione di modalità di sostegno, aiuto e intervento innovative di persone non autosufficienti ma che ancora non necessitano di assistenza strutturata.
- d) - La riduzione dei costi a carico degli utenti e delle famiglie.

Il FRNA "impatta" le linee guida individuate dalla lettura dei bisogni che fanno i Piani per la salute e che interessano anche aspetti della programmazione territoriale e urbanistica, della famiglia, di "genere" e dei distretti, intesi come ambiti ottimali di governo), ma soprattutto promuove il potenziamento della domiciliarità con sostegni e supporti adeguati (es: assegni di cura di importo più alto per chi documenta il ricorso alle assistenti familiari - interventi per l'adattamento dell'ambiente domestico).

Entro il mese di luglio sarà pronto il programma di utilizzo del FRNA che, per non "sovradimensionare" gli interventi, non riguarderà tutte le risorse fino al 2008, anno nel quale si avrà la possibilità di andare a regime.

**Forni:** Vi è da segnalare un allarme sulla figura dell'OSS (importante per il funzionamento delle strutture residenziali) per la quale non vi sono risorse sufficienti (fondo sociale europeo) per i percorsi di formazione richiesti. Siccome pare non praticabile l'ipotesi di impiegare quote del FRNA per il loro utilizzo, forse è meglio valutare la possibilità di attività di formazione finanziate con quote del Fondo Sociale Europeo e interventi, invece, finanziati con quote del FRNA.

**Casari:** Non vengono più svolti corsi per RAA, figure professionali fondamentali per avere l'accreditamento e l'autorizzazione al funzionamento delle strutture. D'accordo con Severi sull'ipotesi di aumento dell'assegno di cura per coloro che utilizzano le assistenti familiari. Si potrebbe addirittura pensare ad un'equiparazione del livello A (il più alto) ai costi di un posto in struttura (valutazione fatta nel Comune di Modena) che porterebbe da 19 a 35 euro/giorno il "valore" dell'assegno di cura, per un totale di circa 1.000 euro/mese, che andrebbero ad interessare care giver con reddito medio-basso che assistono a casa un anziano non autosufficiente.

Viene segnalata poi l'esigenza di "ripensare" le funzioni dello Sportello Sociale che (a Modena) raccoglie meno del 50% del bisogno assistenziale del territorio. Vi è la necessità, cioè, di una maggiore capacità di interloquire con i bisogni e con le famiglie anche per agevolare l'emersione del lavoro delle assistenti familiari, per la maggior parte senza regolari contratti di lavoro.

**Lupi:** Segnala le aree (e i temi) di maggior "sofferenza" tra quelle oggetto dei lavori del PAR, che sono: i trasporti (ridotte risorse regionali), l'ISEE e la casa. Su questi problemi, la posizione della Regione è quella di non intervenire per quei Comuni che hanno autonomia gestionale, ma di prevedere la definizione di linee guida generali. In questo senso chiede cosa si stia facendo, ad esempio, per l'ISEE.

**Severi:** Sui temi dell'ISEE il lavoro del Servizio è in una fase di stallo ma si sta cercando di riutilizzare i materiali preparati nel 2005, anche con riferimento alle indicazioni sul tema del sottosegretario Visco. Anche per il tema Trasporti è necessario un approfondimento.

Bologna, 15/5/2007