

CAPITOLO VI

LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA TRIENNALE E INDICAZIONI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE

ORIENTAMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA TRIENNALE

- La spesa del Piano

La spesa preventivata per il Piano 2009 è pari a complessivi 78.756.753 euro, di cui 40.647.877 euro hanno come fonte di finanziamento i Comuni (51,61% delle risorse complessive), 2.239.806 sono alimentate dal Fondo sociale locale (quota indistinta gestita dai singoli Comuni e quota finalizzata gestita dal Comune capofila che costituiscono il 2,84% delle risorse complessive), 393.076 euro provenienti dal Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia (0,5% della spesa complessiva), 1.040.307 euro provenienti dal Fondo Nazionale non Autosufficienza (1,32% della spesa complessiva), 21.864.225 alimentati dal Fondo Regionale non autosufficienza (27,76% della spesa complessiva), 12.518.463 provenienti dalla spesa socio-sanitaria USL (15,90% della spesa complessiva e 53.000 provenienti dalla Provincia di Reggio Emilia (0,07% della spesa complessiva).

La spesa dei Comuni (comprensiva della contribuzione utenti) si concentra principalmente nell'area delle Responsabilità familiari e Infanzia e Adolescenza (44,29% della spesa comunale, con prevalenza della spesa per Infanzia e Adolescenza), nell'Area Anziani (21,13% della spesa comunale), nell'area Disabili (16,97% della spesa comunale), nell'area Povertà ed inclusione sociale (3,27% della spesa comunale), nell'area Giovani (3,28% della spesa comunale), nell'area Immigrati (2,96% della spesa comunale), nell'area Dipendenze (1,17% della spesa comunale). Il 6,94% della spesa comunale viene assorbito da azioni trasversali e di sistema.

Per quanto riguarda la spesa socio-sanitaria USL, invece, le risorse sono principalmente attestate sull'Area Anziani (40,98% della spesa socio-sanitaria AUSL), sull'area Responsabilità familiari e Infanzia e Adolescenza (13,09% della spesa socio-sanitaria AUSL), sull'Area Disabilità (11,06% della spesa socio-sanitaria AUSL), sull'area Dipendenze (11,94% della spesa socio-sanitaria AUSL), sull'area Salute Mentale (10,91% della spesa socio-sanitaria AUSL), sull'area Immigrazione (3,65% della spesa socio-sanitaria AUSL) e solo marginalmente sulle aree Giovani (1,05% della spesa socio-sanitaria AUSL) e povertà (1,32% della spesa socio-sanitaria AUSL). Il 6,01% della spesa socio-sanitaria AUSL viene assorbito da azioni trasversali e di sistema.

Per quanto riguarda le altre fonti di spesa, il Fondo sociale locale, oltre ai finanziamenti indistinti che costituiscono il 59,87% dell'intero Fondo, interviene principalmente sulle aree Infanzia e Adolescenza (19,79% del Fondo Sociale Locale), Povertà ed Esclusione Sociale (7,82% del Fondo Sociale Locale), Immigrati Stranieri (6,69% del Fondo Sociale Locale) e solo marginalmente nelle aree Disabilità (2,55% del Fondo Sociale Locale) e Dipendenze (3,29% del Fondo sociale locale). Il Fondo nazionale Politiche per la famiglia interviene principalmente sull'area Responsabilità Familiari e Infanzia e Adolescenza (63,99% del fondo nazionale Politiche per la Famiglia) e anche sull'area Anziani (36,01% del Fondo nazionale Politiche per la Famiglia, dovute al programma Assistenti Familiari). Il Fondo nazionale non Autosufficienza trova la sua collocazione nelle politiche per Anziani e disabili. Il Fondo Regionale non Autosufficienza agisce sull'area anziani (66,32% del FRNA), disabili (27,1% del FRNA) e sulle azioni di sistema e trasversali (6,59% del FRNA). La Provincia di Reggio Emilia, per quanto attiene alle risorse ripartite sul distretto, opera nelle aree dei Programmi provinciali (Responsabilità Familiari e Immigrazione).

Rispetto al 2005, le aree di rilevazione sono cambiate ed è cambiato il sistema stesso di rilevazione e non sono quindi possibili comparazioni che mantengano un senso, se non su grandi aggregati. La spesa complessiva 2005 vede un aumento di risorse complessivo del sistema pari a circa 2.700.000 euro (+ 3,5%) con un aumento molto elevato di incidenza sulla spesa dell'area anziani (33,53% nel 2005, 37,33% nella previsione 2009, ovviamente dovuto alle risorse immesse nel sistema dal Fondo non

autosufficienza, nel 2005 già presenti nella maggior parte, ma "spalmate" sulla spesa socio-sanitaria.

Richiamiamo una cautela necessaria nell'analisi dei dati previsionali, molto condizionati da finanziarie, patti di stabilità e dallo strumento stesso di rilevazione.

- **Le fonti di finanziamento**

Le fonti di finanziamento per area sono nel 2009 così distribuite:

- per l'area Responsabilità familiari e Infanzia e adolescenza, il finanziamento proviene per l'88,42% da risorse comunali, per il 2,18% da risorse del Fondo sociale Locale, per l'1,24% da risorse del Fondo Politiche per la Famiglia, per l'8,05% da spesa socio-sanitaria AUSL, per lo 0,12% da risorse provinciali. Quest'area appare la maggiormente dipendente dalla forza dei bilanci comunali a sostenerla e appare anche la più esposta ai futuri tagli dei Fondi nazionali sulle politiche per la Famiglia e da eventuali futuri tagli del Fondo sociale locale.
- Per l'area Giovani i finanziamenti provengono per il 91,03% da bilanci dei Comuni e per l'8,97% da spesa socio-sanitaria AUSL. L'area appare esposta alle difficoltà presenti e future dei Comuni ad attuare politiche di welfare sostenute da risorse
- Per l'area Anziani il finanziamento proviene per il 29,21% da risorse comunali, per lo 0,48% da risorse del Fondo Nazionale politiche per la Famiglia, per il 3,54% da risorse Fondo Nazionale non Autosufficienza, per il 49,32% da risorse del Fondo Regionale non Autosufficienza e per il 17,45% da risorse di spesa socio-sanitaria AUSL. Il finanziamento appare molteplice e dalla molteplicità rafforzato, con la possibile difficoltà di non essere in grado di reggere la grande espansione attivata su base pluriennale.
- Per l'area Disabili il finanziamento proviene per il 48,36% da risorse comunali, per lo 0,4% da finanziamenti del Fondo Sociale Locale, per il 41,53% dal Fondo regionale non autosufficienza e per il 9,7% da spesa socio-sanitaria AUSL. Per l'area valgono le stesse considerazioni svolte per l'area Anziani
- Per l'area Dipendenze il finanziamento proviene per il 23,23% da risorse comunali, per il 3,6% da risorse del Fondo sociale locale e per il 73,17% da risorse di spesa socio-sanitaria AUSL. L'area appare polarizzata su fonti di finanziamento che attengono alle diverse *mission* che il sociale e il sanitario svolgono all'interno dell'area stessa.
- Per l'area Immigrazione il finanziamento proviene per il 65,42% da risorse comunali, per l'8,16% da risorse del Fondo Sociale Locale, per il 28,84% da risorse AUSL per spesa socio-sanitaria e per lo 0,58% da risorse provinciali ripartire alla zona. Si è più volte sottolineato come gli interventi sulla popolazione immigrata siano attuati trasversalmente su tutte le aree (famiglia, disabilità, giovani, dipendenze, povertà, salute mentale) come mostrano i dati di attività.
- Per l'area Povertà il finanziamento proviene per il 79,65% da risorse comunali, per il 10,49% dal Fondo sociale locale e per il 9,86% da risorse di spesa socio-sanitaria AUSL. Quest'area riporta in primo piano le nubi che si addensano sulla possibilità di spesa dei Comuni e sul Fondo Sociale Locale.
- L'area della Salute Mentale appare al momento finanziata al 100% dall'AUSL. Gli interventi di tipo sociale sugli utenti della salute mentale sono infatti spalmati su vari interventi attinenti ad altre aree (lavoro, casa, contributi, povertà, dipendenze).

- **Prospettive future**

Il Fondo Regionale Non Autosufficienza ha concesso a partire dal 2007, ma con i primi effetti resisi evidenti nel 2008 un netto aumento nel volume degli interventi, degli utenti e soprattutto nel ventaglio di differenziazione delle risposte. Si sono in

particolare nella zona sociale iniziati due percorsi importanti e densi di innovazione: il percorso della progressiva implementazione dello Sportello Sociale e il percorso di messa in rete degli Sportelli Assistenti Familiari (per i quali si richiamano le specifiche schede intervento). Inoltre il FRNA ha consentito l'aumento dei posti convenzionati, un netto sviluppo delle ore di assistenza domiciliare erogate, della capacità di risposta dei centri diurni, ha favorito con azioni formative e di consulenza sulla fattibilità ed implementazione la messa in rete di un sistema informativo con capacità di risposta ai bisogni informativi sia sociali che socio-sanitari. Il FRNA ha consentito il finanziamento di azioni diffuse di microprogettualità territoriale per l'incontro con quelle zone "grigie" di anziani in via di scivolamento verso la non autosufficienza, in linea con il nuovo ruolo e modalità di lavoro che il Servizio sociale territoriale, tramite l'organizzazione dello Sportello sociale, si è dato e si dà per il futuro. Il FRNA ha consentito azioni di innovazione nella rete dei servizi anche residenziali (sperimentazione ricoveri estivi programmati, nuova tipologia di posti per dimissioni protette),. Il FRNA ha consentito un netto incremento degli assegni di cura erogati a famiglie che assicurano i progetti domiciliari di anziani non autosufficienti, anche con contributi aggiuntivi per chi utilizza assistenti familiari regolarizzate. Il FRNA ha consentito di stabilizzare le tariffe/rette dei servizi socio-sanitari ai livelli del 2006, con pochissime e contenutissime eccezioni (strutture con retta al di sotto della media regionale).

Già dal 2008 si è utilizzato il FRNA per i servizi disabili, consentendo implementazioni su tutta la filiera dei servizi erogati (assegni di cura, assistenza domiciliare, servizi per l'inserimento lavorativo, centri diurni sia come numero posti che come qualità dell'assistenza, servizi residenziali sia come numero posti che come qualità dell'assistenza che come differenziazione delle soluzioni abitative proposte).

Per il 2009 la programmazione ha inteso proseguire su questa linea di lavoro con un affondo particolare al momento di crisi economica che il paese sta vivendo, accantonando, sia con risorse del FRNA che con risorse del Fondo Sociale Locale, un budget da dedicare ad interventi di sostegno alle famiglie con impegni di cura, rivedendo l'ISEE con criteri consoni al momento di crisi, implementando gli assegni di cura per le famiglie colpite dalla crisi e sostenendo l'intervento dei contributi economici alle famiglie.

Inoltre, coerentemente con il chiaro impegno sulla domiciliarità che la zona sociale ha sempre condiviso, si intende implementare nel corso del 2009 un nuovo servizio con offerte di pacchetti di assistenza domiciliare gratuita per anziani e disabili in condizioni di dimissioni protette (dimissioni difficili) o a supporto dell'inserimento dell'assistente familiare nel progetto domiciliare dell'anziano/disabile.

Nel corso del 2009, inoltre, il conferimento al FRNA anche della parte c.d. "storica" dal Fondo Sanitario con progressivo riequilibrio delle risorse dedicate, consentirà spazi di sviluppo, peraltro assolutamente necessari nel campo della disabilità adulta per le progressive prese in carico in passaggio dalla neuropsichiatria e per il prolungamento della aspettativa di vita dei disabili in carico.

Nel corso del 2009, con premesse di fattibilità già poste nel corso del 2008 (regolamento, costituzione unità di valutazione multidisciplinare, attivazione del servizio sociale territoriale congiuntamente alla neuropsichiatria infantile) si prevede l'attivazione di assegni di cura per disabili anche minori e la realizzazione di esperienze di atelier/laboratorio pomeridiane per disabili minori a piccoli gruppi e/o con interventi individualizzati, utilizzando residui di risorse 2008 del Fondo Nazionale non Autosufficienze, in attesa di indicazioni di estensione delle indicazioni di utilizzo del FRNA anche sulla disabilità dei minori.

Nel corso del 2009, inoltre, si prevede la costituzione di una unità di valutazione multidimensionale sulla salute mentale come da indicazioni regionali con la rivalutazione di tutti i casi attualmente posti in soluzioni residenziali.

La Zona sociale ha scelto un aumento progressivo e non esplosivo dei servizi erogati, puntando alla condivisione e coprogettazione con le forze sociali e all'innovazione

collegata alla rilevazione dei bisogni effettuata nei Tavoli di lavoro disponibili. La crescita è stata lenta in quanto si è cercato di tenerla collegata ai bisogni e agli obiettivi strategici; le economie trascinate di anno in anno (pur nel rispetto avvenuto dei livelli di spesa fissati dalla Regione) sono servite e serviranno a mantenere il necessario ampliamento dei servizi. Anche sul fronte FRNA non mancano però segnali di preoccupazione rispetto alla stabilizzazione delle risorse – a fronte di una situazione economica difficile e di un quadro di espansione dei bisogni. A tal scopo la programmazione distrettuale sceglie un obiettivo triennale per utilizzare i residui, mantenendo un aumento costante e una progressiva crescita, anche a fronte di assegnazioni provenienti dal Fondo sanitario (parte disabilità) fortemente e progressivamente crescenti rispetto agli anni precedenti ed assegnate solo in data 16 aprile u.s.

La principale criticità di questo momento programmatico sono e rimangono le risorse. Mentre le risorse del Fondo Regionale per la non Autosufficienza, pur non infinite, hanno consentito una espansione ragionata di servizi nel settore – importantissimo – della non autosufficienza, i temi della tutela della genitorialità, del sostegno all'infanzia e all'adolescenza, correlato alle politiche della conciliazione, l'emergere di vecchie/nuove violenze su donne e bambini, l'emergere di un disagio psichico più diffuso e spesso correlato a patologie degenerative e abuso di sostanze, una sempre più difficile inclusione sociale pongono grosse pressioni sul sistema Comuni/risorse sanitarie. I bilanci dei Comuni e il Fondo sanitario hanno in questi anni retto un'espansione di grande rilievo sul fronte della spesa sociale e socio-sanitaria, ma danno segni di forte sofferenza e mostrano limiti di espansione che non appaiono alle stesse regole valicabili.

Inoltre, il taglio sul Fondo sociale nella parte indistinta, l'azzerarsi delle risorse provenienti dalle Provincie sull'infanzia, la fine dei fondi del Fondo Famiglie, la fine nel 2010 del Fondo Nazionale non Autosufficienza addensano orizzonti preoccupanti sulla tenuta del sistema. Il tema dell'accreditamento, inoltre, pone ulteriori incognite di impatto sulle risorse non ancora quantificato e non quantificabile a livello distrettuale.

- Indicazioni di monitoraggio e valutazione

Il sistema di monitoraggio e valutazione individua molti livelli ancora probabilmente non completamente tra loro coordinati.

Partendo dal basso, vi è un livello di monitoraggio delle dinamiche gestionali ed operative dei singoli servizi che ha valenza prevalentemente interna ma anche un impatto esterno rispetto alle valutazioni sui risultati attesi. Il livello delle schede intervento/progetto mostra alcuni degli indicatori utilizzati.

Vi è poi un livello di dati di attività e monitoraggi richiesti dal livello regionale che sono stati esplicitati per il fondo sociale locale e che si attuano in molti sistemi di rilevazione attivi e al momento spesso non coordinati e dialoganti tra loro (SIPS, SISAM, RURER, FRNA, SI-ADI, rilevazioni ex 1378 e 1377, rilevazioni da bilanci aziendali, rilevazioni ISTAT ecc.) in cui il puro monitoraggio quantitativo non dà conto né di un'esigenza di rilevazione di impatto che pure è alla base della programmazione di zona né di un'esigenza di rilevazione qualitativa che sola riesce a dare senso e significato a numeri rilevati a più mani e da più servizi.

Il monitoraggio e la valutazione che la zona sociale maggiormente valorizza a livello della programmazione di zona sono quelle effettuate tramite il dispositivo dei tavoli tematici ed in generale di tutti i tavoli partecipativi della zona che danno conto di un monitoraggio che avviene su una programmazione necessariamente incrementale e negoziale, che si attua nella partecipazione, che dà senso e significato agli indicatori quantitativi, li interpreta e li accompagna.