
PREMESSA

Dalle politiche sanitarie a quelle sociali il passaggio è breve e principalmente a valenza amministrativa poiché il bisogno trova spesso in sé una natura integrata, sociale e sanitaria.

Il riconoscimento della necessità di integrare i due approcci in un unico disegno politico è sentito da molto tempo anche se le difficoltà permangono a causa della diversa maturità delle due logiche di indirizzo governativo: più antica e consolidata quella sanitaria, più recente e meno istituzionalizzata quella sociale. La conseguenza per le politiche sociali è infatti tuttora la presenza di un forte pluralismo istituzionale tra le diverse regioni, una frammentazione di competenze, una diversità di interventi con singole prestazioni difficilmente omologabili che non ha reso possibile disporre di flussi informativi nazionali per il monitoraggio e la valutazione delle attività.

In questo scenario ancora non bene integrato in senso politico e funzionale la legge 328/2000, legge quadro sull'assistenza, e il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, hanno rappresentato un passo in avanti importante perché hanno avviato un processo di integrazione all'interno delle politiche sociali regionali.

La programmazione sociale va infatti intesa come processo a più attori, collocati a più livelli, che apportano competenze, ideazioni e risorse ad una progettazione che necessariamente deve essere partecipata per ottenere una maggiore efficacia.

Per fare ciò è stato necessario definire obiettivi strategici e indirizzi generali indispensabili affinché tutti i soggetti chiamati a concorrere alla programmazione e alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali possano impegnarsi nell'attuazione della legge quadro sull'assistenza, da cui il Piano 2001-2003.

La realizzazione del sistema integrato di cui alla legge 328/2000 richiede principalmente l'avvio di un profondo cambiamento culturale che si sviluppa lungo una direttrice di riforma che può essere così delineata:

- da interventi categoriali a interventi rivolti alla persona e alle famiglie;
- da interventi prevalentemente economici ad un insieme integrato di trasferimenti economici e di servizi in rete;
- da interventi disomogenei a livello infra e interregionale a livelli essenziali (i futuri LIVEAS, Livelli Essenziali di Assistenza Sociale, assimilabili ai già esistenti LEA sanitari) su tutto il territorio nazionale;
- da prestazioni rigide, predefinite a prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti personalizzati;
- dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del diritto all'inserimento sociale;
- da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale.

Tutto ciò ha reso le politiche sociali, politiche universalistiche, rivolte alla generalità dei cittadini, senza alcun vincolo categoriale.

Si tratta di politiche finalizzate ad accompagnare e sostenere l'individuo e la famiglia durante tutto il percorso della vita e a sostenerne la fragilità, rispondendo ai bisogni che insorgono alle diverse età o alle diverse responsabilità familiari specie quando queste devono trovare una conciliazione con l'attività lavorativa. In altre parole politiche il cui fine è sostenere e promuovere le capacità individuali e le reti familiari.

Si intende in questo recuperare o costruire comunità locali amichevoli e solidali, favorendo gli interventi e qualificandoli e incoraggiando i cittadini ad averne fiducia e a farvi ricorso in modo consapevole ed appropriato.

Le politiche sociali tutelano il diritto a stare bene e promuovono la solidarietà sociale come valore principale di una società civile.

Il criterio di accesso al sistema integrato dei servizi è *la condizione di bisogno* e la differenziazione dei diritti e delle modalità di accesso è fondata unicamente sulla diversità dei bisogni.

La Valle d'Aosta ha adottato da tempo questa cultura affinché le politiche sociali siano realmente universalistiche ed accessibili a tutti i cittadini, adoperandosi affinché coloro che hanno più bisogno e perciò più titolo ad accedere al sistema non vengano esclusi o non vengano ostacolati da barriere informative, culturali o economiche nell'accesso ai servizi e a quelli specificatamente a loro dedicati.

Ciò ha anche comportato un nuovo ruolo assegnato ai comuni coinvolti in una condivisione di obiettivi e di verifica di risultati a fronte di risorse assegnate. Un passaggio importante e delicato che necessiterà di tempo e di accompagnamento al ruolo da parte dell'Ente Regione, ma la rivoluzione nel ruolo dei comuni è ormai avviata e il principio che sta alla base della rivoluzione è quello che sposta le competenze di gestione dei servizi dall'Ente Regione ai comuni medesimi ai quali viene assegnata la titolarità delle funzioni, comprendenti la programmazione e la realizzazione in ambito locale, l'erogazione di servizi e le prestazioni economiche.

Il primo Piano Nazionale Sociale 2001-2003 individua come obiettivi prioritari:

- la valorizzazione e il sostegno delle responsabilità familiari;
- il rafforzamento dei diritti dei minori;
- il potenziamento degli interventi a contrasto della povertà;
- il sostegno con servizi domiciliari delle persone non autosufficienti, in particolare gli anziani e i disabili.

In questa Relazione 2001 il contributo delle politiche sociali si è concentrato su due temi che hanno una valenza generale:

1. la famiglia;
2. la povertà e l'esclusione sociale.

La scelta è stata motivata dal fatto che tutti gli obiettivi prioritari del Piano hanno nella famiglia il riferimento primo, essendo questa il nucleo centrale di una società e delle sue disuguaglianze; e la povertà è stata scelta perché rappresenta l'elemento primo di tutte le disuguaglianze.

Disuguaglianze sociali, economiche e culturali producono esiti diversi nella salute, come si è visto nella prima parte della Relazione, ma anche di accesso ai diritti riconosciuti dalle politiche sociali.

In entrambe le parti che compongono la Relazione sanitaria e sociale 2001 l'unità di analisi è sempre la famiglia e le riflessioni sui dati di salute e su quelli al ricorso dei servizi, sanitari e sociali, possono offrire un primo spunto di riflessione con approccio "integrato".