

WIN

Welfare INnovations per un mondo di persone

SISTEMI INTEGRATI PER LA CITTADINANZA SOCIALE

testo aggiornato all'8/2/2005

PARTE PRIMA

La Regione Friuli-Venezia Giulia si propone di innovare fortemente le proprie politiche di Welfare a partire dai nuovi e più ampi poteri segnati dalla riforma del titolo V della Costituzione. La legge quadro 328/2000 rappresenta il punto di riferimento per politiche centrate sui diritti dei cittadini. Le innovazioni dovranno essere nel segno dell'estensione concreta di questi diritti che riconfiguri un mondo di persone. La persona cittadino è al centro delle forme di democrazia deliberativa che si vuole costruire attraverso dispositivi amministrativi e di legge che estendano la democrazia reale attraverso la partecipazione del cittadino/risorsa ai progetti che riguardano la salute sua e di tutti, il benessere suo e di tutti. Un Welfare che incoraggi le autonomie personali, le protegga e le valorizzi, rappresenta una sfida evolutiva indicata dal Governo regionale. I cittadini sono chiamati a dettare le regole di una nuova convivenza, a formulare proposte a partire da bisogni complessi ed inevasi, a pretendere l'adeguamento delle istituzioni e dei dispositivi a peculiari, propri e comuni interessi.

Il presente documento si situa nell'ambito di quanto definito dalle Dichiarazioni programmatiche del Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia Riccardo Illy:

“Nel settore sociale, la Regione dovrà promuovere un Welfare di comunità, mirando all'integrazione fra le politiche sociali, quelle sanitarie, del mercato del lavoro, della formazione e della cultura in senso ampio.

*Dovrà riconoscere un ruolo importante ai **diritti della persona**, fine ultimo della progettazione e della gestione dei servizi di protezione sociale.*

Attraverso la Carta di Servizi, dovrà diffondere, inoltre, strumenti di trasparenza e di promozione dei diritti del singolo.

Per raggiungere parte di questi obiettivi, l'Amministrazione dovrà compiere, però, uno sforzo importante sul piano normativo e amministrativo.

Bisognerà colmare il gap che ci separa dalle Regioni del nord, approvando la legge regionale di recepimento e attuazione dei principi della legge 328/2000.

Con essa sarà dato un deciso sostegno alla cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, all'associazionismo e al volontariato, colonne portanti di una diffusa ed insostituibile rete di solidarietà.”

1. Le azioni internazionali a sostegno della democrazia partecipata

Lo scorso 21 maggio la Regione Friuli-Venezia Giulia ha sottoscritto un accordo con l'United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), l'United Nations Development Programme (UNDP), il Centro Mediterraneo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Riduzione della Vulnerabilità (WHO-WMC) e l'United Nations Office for Project Services (UNOPS) che ha sancito l'avvio di una stretta collaborazione, volta a realizzare iniziative di cooperazione decentrata allo sviluppo umano, ampliando ed intensificando le opportunità dei diversi soggetti del proprio territorio interessati a stabilire relazioni economiche, scientifiche, tecnologiche, culturali, commerciali, formative e solidaristiche con gli attori pubblici e privati di altri paesi.

In particolare, con il documento sottoscritto le Parti hanno convenuto di sviluppare la costituzione di uno specifico Gruppo di lavoro con il compito di studiare e formulare iniziative di sviluppo internazionalizzato di comune interesse che abbiano i seguenti campi d'azione:

- alta formazione dei quadri dello sviluppo internazionalizzato, in collegamento con reti di università di paesi diversi;
- diffusione delle innovazioni organizzative, tecnologiche e scientifiche per lo sviluppo, con particolare riferimento ai temi dell'organizzazione e gestione dei servizi sociali, sanitari e educativi, della governance democratica, dello sviluppo economico locale internazionalizzato, e della cultura;
- uso delle innovazioni per l'ampliamento delle opportunità di sviluppo degli attori della Regione a livello internazionale;
- iniziative che facciano convergere verso il Friuli-Venezia Giulia l'attenzione e la presenza di attori dello sviluppo locale e nazionale di altri paesi, con particolare riferimento ai paesi del Mediterraneo e dell'Europa dell'Est;
- produzione di documentazione per la formazione destinata alla circolazione locale, nazionale e internazionale;
- realizzazione di ricerche di livello internazionale collegate con le esperienze-pilota di sviluppo selezionate dalle Organizzazioni Multilaterali e destinate all'identificazione, documentazione e diffusione delle innovazioni per lo sviluppo.

Pertanto, la Regione FVG, in accordo con le organizzazioni internazionali firmatarie, si impegna, cofinanziandolo con fondi messi a disposizione per il tramite della Direzione centrale della salute e della protezione sociale, a creare un Laboratorio per lo Sviluppo Locale WIN ("Welfare INnovations"), struttura definita d'appoggio per il coordinamento delle attività di assistenza tecnica, ricerca innovativa, scambi d'esperienze e formazione in campo socio-sanitario, collocandolo al momento nella sede di Palmanova, presso l'area del Welfare di Comunità, utilizzando allo scopo le strutture e le attrezzature già esistenti in loco. Un tanto attraverso il protocollo sottoscritto tra l'Agenzia regionale della Sanità, l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana" e l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina". Tale area agirà in stretto coordinamento con le altre strutture socio-sanitarie del territorio regionale.

Per una migliore predisposizione di programmi integrati d'area ed un migliore coordinamento delle politiche regionali nell'ambito delle previsioni programmatiche relative al ruolo internazionale della Regione, come prefigurato dal Piano regionale per la cooperazione internazionale ex LR 19/2000 recentemente approvato dalla Regione, viene promossa una stretta collaborazione tra la

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione centrale per le Relazioni Internazionali, Comunitarie e Autonomie Locali, la Direzione centrale della Salute e della Protezione Sociale, la Direzione Lavoro, Formazione, Università e Ricerca e la Direzione Istruzione Cultura, Sport, Pace.

Si individua come partners internazionale privilegiato, il WMC, Centro Mediterraneo dell'OMS, che, per mandato istituzionale e per obiettivi strategici specifici, risponde alle caratteristiche necessarie alla realizzazione del Laboratorio WIN.

Il WMC, attraverso il suo Progetto International Debate Open Services (di cui in allegato una scheda di presentazione) assicura inoltre la partnership operativa con le altre Agenzie della Nazioni Unite, firmatarie dell'accordo di Roma, permettendo in tal modo un'ampia collaborazione ed estensione dell'intervento e della visibilità delle azioni sostenute dalla Regione FVG anche in altri settori, quali ad esempio lo sviluppo economico e gli interventi di cooperazione decentrata.

In particolare nei prossimi anni l'Amministrazione regionale intende ispirare le proprie attività di cooperazione internazionale alle priorità definite dalla "Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite", adottata da 189 Paesi nell'ambito del Summit del Millennio del settembre 2000. Con i contenuti della programmazione la Regione si impegna, al pari di altri Paesi ricchi e Paesi poveri, a supportare le politiche che mirano ad eliminare la povertà, a promuovere la dignità umana e l'uguaglianza, a conseguire la pace, la democrazia e la sostenibilità ambientale con l'obiettivo di dimezzare la povertà entro il 2015.

Il "Consenso di Monterrey" del Marzo 2002 offre un quadro di riferimento di questa partnership tra paesi ricchi e paesi poveri, assegnando, in un contesto di decentramento decisionale e di progressiva apertura alla partecipazione popolare e alla gestione compartecipata del potere, un ruolo chiave alle amministrazioni locali. Visto il ruolo assegnato dall'accordo di Monterrey ai gruppi della società civile -dalle organizzazioni comunitarie alle associazioni professionali ai gruppi di donne, fino alle ONG- la Regione nei prossimi anni si impegnerà anche a svolgere un ruolo fondamentale nell'aiutare ad attuare e controllare l'avanzamento verso la realizzazione delle pari condizioni per lo sviluppo.

Ciò potrà essere meglio perseguito se si darà attuazione ad una politica che sappia raccordare le attività di cooperazione e l'insieme della relazioni internazionali della Regione Friuli-Venezia Giulia, in particolare quelle nei confronti del Sud del mondo.

2. Le questioni internazionali della riforma del Welfare

Il termine Welfare State significa letteralmente "stato del benessere" e indica fra l'altro l'insieme dei servizi indispensabili alla vita della società (ad esempio la sanità, l'assistenza, la scuola) che uno stato garantisce a tutti i suoi membri perché, se fossero lasciati al mercato, risulterebbero inaccessibili a un'ampia fascia di cittadini meno abbienti.

Il Consiglio dei Ministri dell'Unione Europea, il 4 ottobre 2004, ha raccomandato il coordinamento a tutti i livelli (europeo, nazionale e locale) delle politiche per:

- a. l'assistenza sanitaria e l'assistenza a lungo termine,
- b. le politiche pensionistiche,
- c. le politiche di inclusione sociale,
- d. le politiche "per rendere il lavoro remunerativo",

che rappresentano per l'Unione Europea i quattro assi essenziali del sistema di Welfare

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Esiste un ampio consenso sul fatto che il Welfare State abbia contribuito a generare le condizioni sociali e politiche necessarie al consolidamento ed alla modernizzazione democratica in Europa. Ciò nonostante, diverse pressioni interne o esterne al Welfare State hanno fatto sì che il mantenimento della struttura e dei programmi sociali di base ha cessato di essere un tema che raccoglie un accordo generalizzato.

La Commissione Europea suggerisce riforme strutturali e profonde, ma non dà alcuna indicazione sul come i governi potrebbero procedere per superare gli inevitabili ostacoli.

Le classifiche tra i paesi sottolineano la distanza che ancora separa la spesa sociale italiana da quelle di altri paesi dell'area UE. La spesa pensionistica, come è noto, assorbe la maggior parte delle risorse "sociali" del bilancio italiano, molto più che in altri paesi. Al contrario, nel caso italiano la spesa per determinate voci, come quella generica degli interventi contro l'esclusione sociale dei cittadini, non viene nemmeno registrata dalle statistiche europee, mentre quella per i disabili non raggiunge percentuali significative. Ed è proprio la mancanza di un sostanziale equilibrio tra le varie voci della spesa sociale uno degli aspetti che più differenziano il nostro paese da altri partner europei.

La fiducia nelle istituzioni pubbliche e la preferenza della società civile per i servizi pubblici può variare, come già prospettò Hirschman (1977), con il malfunzionamento reiterato dei servizi. Quando i cittadini più fortunati economicamente, che generalmente sono i più istruiti, si allontanano dal servizio pubblico a causa del suo malfunzionamento per rivolgersi a servizi privati, il pubblico si deteriora ancor più. Rimangono nel pubblico i "clienti" con meno capacità di influenzare, di far pressione sulle decisioni delle istituzioni pubbliche. Si determina così un circolo vizioso di deterioramento ed impoverimento del sistema pubblico e da qui il generarsi di nuove fratture sociali.

Si tratta quindi di costruire un percorso politico, con scelte forti iniziali, che sia un congiunto di idee di politica pubblica, di valori normativi ed un processo interattivo di costruzione di politica e comunicazione/partecipazione.

In definitiva, si tratta di definire cosa si intende per riforma, quali sono le priorità sostanziali, pur sempre nella necessità di razionalizzazione, nel panorama europeo si tratta di indicare se la strada è quella del taglio (retrenchment) o della continuità di base (policy stability).

Gli sviluppi di un'economia globale hanno implicazioni per le politiche nazionali di Welfare. Lo stato nazionale appare in questo momento "svuotato", il suo potere disperso verso i localismi, le organizzazioni indipendenti e gli enti sopranazionali (quali il NAFTA o l'Unione Europea). In Globalizzazione e il Welfare State, Mishra sostiene che la globalizzazione limita la capacità degli stati nazionali di agire per la protezione sociale.

Le tendenze globali sono state associate ad una forte ideologia neoliberale, che promuove l'ineguaglianza e rappresenta la protezione sociale come una fonte di "rigidità" nel mercato del lavoro. Le organizzazioni internazionali come la Banca Mondiale o il Fondo Monetario Internazionale hanno venduto ai paesi in via di sviluppo ed ai paesi dell'Europa dell'Est un particolare brand di politica economica e sociale, centrato su una spesa governativa limitata, su servizi sociali selettivi e su un'offerta di servizi privata. Le critiche avanzate a questo modo di procedere sono state vastissime, ma, nonostante tra l'altro la nota vicenda argentina, non sembra che abbiano indotto modifiche consistenti nel modo di procedere di questi organismi.

In generale è vero che in molti paesi si verificano gli stessi tagli e che l'attenzione viene posta in maniera crescente sui servizi sociali selettivi. Allo stesso tempo, gran parte dei paesi sviluppati si è mossa comunque, in questi anni, verso una copertura generale dei costi dell'assistenza ospedaliera e verso politiche di protezione sociale più inclusive. Si è assistito ad una maggiore diversificazione sulla base della copertura, attraverso una combinazione tra offerta governativa e non-governativa.

3. Il sistema del Welfare di comunità e le potenzialità della Regione Friuli Venezia

Giulia

Il Vertice di Lisbona ha attribuito alla “coesione sociale” una valenza di pari grado rispetto allo sviluppo economico ed alla crescita dell'occupazione.

Ciò significa che la dimensione sociale rappresenta un pilastro per ogni società che voglia competere sulla scena mondiale. Da qui l'ulteriore conseguenza che le politiche sociali non possono essere confinate in ambito settoriale, ma come già avviene per le politiche macro-economiche vanno concepite secondo schemi coordinati in grado di produrre soluzioni per problematiche di tipo multi-dimensionale

L'attuazione degli obiettivi strategici sarà agevolata dall'applicazione di un nuovo metodo di *coordinamento aperto* inteso come strumento per diffondere la migliore pratica e conseguire una maggiore convergenza verso le finalità principali dell'UE.

Il processo di “coordinamento aperto” in atto su scala europea deve essere tradotto nel Paese nei rapporti con le regioni e gli enti locali. L'Amministrazione centrale dovrebbe gestire tale processo con i vari attori implicati per tutte le materie di particolare rilevanza. A loro volta le regioni sono invitate ad attivare analoghi processi con le autorità locali. Tali processi saranno a “geometria variabile” e potranno essere aperti, se del caso e su particolari questioni, a tutti gli altri attori implicati nel sistema (consulte, fori, associazioni, ecc.)

Nei processi di *governance* moderna, il metodo *aperto* ha il grande pregio di promuovere il coordinamento rispettando le sovranità. Esso favorisce l'approccio dinamico, stimola l'allineamento delle prestazioni al livello più alto e la diffusione dell'eccellenza. Garantisce e preserva le responsabilità degli attori in una cornice di obiettivi ed impegni condivisi.

La Regione Friuli Venezia Giulia è una delle realtà amministrative italiane dotate di uno speciale statuto di autonomia, che trae origine dalla sua particolare condizione geopolitica (frontiera orientale esterna, testa di ponte per la cooperazione con i Paesi dell'Europa centro orientale) storica e culturale (territorio di confine caratterizzata, da ambo le parti, dalla presenza di minoranze etniche nazionali.).

Il FVG si trova di fronte a scelte importanti. Nonostante la spinta neoliberista e l'elegia continua sulle privatizzazioni, il FVG resta probabilmente la Regione italiana in cui il sistema dei servizi sociosanitari permane di più in mani saldamente pubbliche: in sanità la presenza del privato convenzionato è molto marginale, la presenza del privato non convenzionato è esclusivamente di tipo specialistico, ambulatoriale e non particolarmente rilevante. La maggior parte delle residenze per anziani è in mano pubblica ed i servizi sociali dei Comuni sono perlopiù ad erogazione diretta o in affidamento a privato non profit. Inoltre, la Regione Friuli Venezia Giulia si caratterizza per importanti sperimentazioni e risultati di impatto conosciuti internazionalmente (citiamo ad esempio

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

la salute mentale, l'integrazione lavorativa di persone svantaggiate attraverso la cooperazione sociale, la salute del bambino, eccetera).

Queste eccellenze vanno capitalizzate sia in ambito regionale che nella prospettiva internazionale di cooperazione.

Giustamente, in questa Regione c'è e c'è stata molta attenzione all'acuzie, alle malattie acute, al loro trattamento ed agli ospedali ed a cascata alle "liste di attesa". Ma, sappiamo che la gran parte dei bisogni, le più grandi fonti di sofferenza e le più grandi difficoltà, si incontrano dentro le malattie croniche o cronico-degenerative, o in quelle forme in cui, non essendo chiaro la pertinenza ad una "malattia" o ad altre cause, certamente riveliamo vulnerabilità, ferite che accompagnano la vita delle persone, delle loro famiglie, e spesso sono ferite dentro il tessuto della comunità. Queste ferite non hanno ancora ricevuto, nell'equilibrio delle risorse e delle energie, le attenzioni dovute.

Accanto alla polarizzazione culturale eccessiva verso un immaginario scientifico-tecnologico, che fa capo agli ospedali, c'è anche la messa in campo di dispositivi che devono riformularsi e ricentrarsi su obiettivi molto più vicini ai bisogni effettivi di una popolazione vasta. E questa popolazione vuole, e molto spesso deve, ricostruire tessuti di solidarietà: in una società complessa non può esistere solidarietà vera senza il sostegno di servizi complessi e presenti e senza una dinamica di rapporto tra cittadino e servizi.

Affinché la "produzione del sociale" riacquisti valenza politica, bisogna prima di tutto riconoscere e confrontare il pericolo di quella elaborazione del sociale liberato, autonomo, che satura i discorsi sul mercato sociale e riduce la vita pubblica ad "amministrazione domestica", come direbbe Hannah Arendt. Quel pericolo, insomma, a cui si può dare il nome di *privatismo sociale* e che trova per l'appunto molta materia per espandersi nel mercato sociale.

L'Europa ha visto la nascita e lo sviluppo di un Welfare assistenziale popolato di istituti di pubblica assistenza, fossero questi (in minoranza) statuali o di privata dispiegata beneficenza. In Italia, via via lo Stato ha fatto proprie funzioni e obblighi, estendendo il suo ruolo, ma per lunghi anni mutuando culture dei pii istituti, indirizzando alla molteplicità degli interventi una cultura assistenziale che si estendeva al mondo degli operatori senza venir meno ai propri presupposti.

Transitando dal Welfare assistenziale ad uno stato sociale, a un Welfare dei servizi, è venuto poi avanzando e sta popolando questi ultimi anni un Welfare dei consumatori, utenti di aziende e organismi erogatori di prestazioni, tariffate, numerate, quantificate, acquisibili ovunque sul mercato pubblico e privato. Questo modello di Welfare, del tutto evidente in particolare in sanità, fa leva sul fascino del ruolo del consumatore e dei diritti consustanziali a questo ruolo, attinente al più moderno scenario del mercato, ove la capacità contrattuale è garantita da una transazione economica precisa, quand'anche virtuale (perché è sempre lo stato perlopiù che paga), e i diritti si materializzano nella valorizzazione economica della transazione, della prestazione, della cura, sia dal lato dell'offerta (remunerata puntualmente) che da quella della domanda (indirizzata a tariffate prestazioni). Le ragioni seduttive di questo modello di Welfare dei consumatori, le ragioni della sua coerenza con mille altri accadimenti dell'attualità sono evidenti; le facili vittorie, a breve termine, di questo modello non lo rendono perciò stesso convincente.

Alla tesi che attribuisce alle persone la valenza di clienti e quindi destinatari di un finanziamento da "spendere", per acquisire prestazioni sanitarie presso una moltitudine di soggetti erogatori a vario titolo in concorrenza tra di loro, vogliamo contrapporre un'ipotesi che attribuisca alle persone la valenza di *cittadini cooperanti per il benessere proprio e della propria comunità*.

Che, nel caso dello sviluppo del proprio benessere, contribuiscano ai programmi di salute che li riguardano, avendo definito cosa “mettere” nel cestino della spesa.

Molto spesso un Welfare, anche potente, essendo stato concepito essenzialmente come sistema di delega, ha impoverito le relazioni sociali, assumendo su di sé tutti i compiti: il cittadino si affida al sistema sanitario, il sistema sanitario chiede che gli venga affidato il cittadino, il sistema sociale chiede che gli venga affidato il cittadino, la casa di riposo chiede che gli venga affidato l’anziano. Il cittadino si affida e tutto finisce.

Si tratta invece di ricostruire un nesso in cui questa delega venga ricomposta e ri-dialettizzata, in cui ciascuno faccia la sua parte per costruirlo e non ridurlo, magari con le buone intenzioni della protezione sociale assoluta. Ciò non è semplice e va sostenuto da risorse effettive, finanziarie, umane, culturali, di metodo e di percorso.

Si tratta di progettare insieme, realizzare insieme, gestire insieme. Qui sta il senso del termini in voga “Welfare Municipale, delle autonomie, delle responsabilità, di comunità”.

Non è concepibile un Welfare Municipale o di Comunità senza l’integrazione almeno delle politiche sanitarie con quelle per l’inclusione sociale e con quelle legate alle politiche attive del lavoro e della casa.

4. Innovazioni del Welfare e cooperazione internazionale

L’evoluzione del dibattito europeo ed italiano, con le peculiarità regionali segnalate, è di particolare interesse per l’influenza, non sempre positiva, nelle azioni di cooperazione nei paesi in via di sviluppo o in attesa d’adesione all’Unione Europea (in particolar modo nei Balcani e nel sud del Mediterraneo).

Nello stesso tempo, l’importanza dello sviluppo di sistemi sanitari ed assistenziali integrati, equi ed altamente accessibili è sempre più riconosciuta a livello internazionale quale componente fondamentale per la costruzione e sviluppo delle democrazie.

In questo contesto, l’esportazione di modelli attualmente in crisi, appare un rischio elevato per la buona riuscita di interventi di cooperazione allo sviluppo.

È pertanto opportuno definire cosa si intende per innovazione: l’innovazione deve riguardare non solo la tematica specifica, ma anche le modalità di attuazione ed i percorsi di coinvolgimento degli enti locali, nonché la strategia della costituzione del Laboratorio/sportello Win. L’innovazione deve corrispondere ad un percorso innovativo che la Regione attiverà nel suo ambito territoriale valorizzando il *know-how* e le *best practices* ivi esistenti.

Inoltre, nell’ambito della cooperazione internazionale si dovranno affrontare positivamente alcune criticità.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

In generale le criticità da affrontare sono:

- dispersione delle risorse proprie degli enti locali causate da “interventi a pioggia”, non inseriti in strategie di cooperazione/promozione coordinate, basate cioè sull’integrazione degli interventi e la sussidiarietà;
- incoerenza/discontinuità temporale dei progetti di cooperazione su tematiche che necessitano lunghi tempi di assistenza (come le politiche sociali e sanitarie e politiche di Welfare);
- non reciprocità della programmazione degli interventi (spesso dovuta alla mancanza di analisi situazionale ed al coinvolgimento/valorizzazione dei partners locali);
- mancanza di impatto nazionale delle azioni con conseguente dispersione dei risultati e “tramonto” delle esperienze realizzate;
- poca informazione e difficoltà di coinvolgimento della cittadinanza sulle ragioni che spingono agli interventi di cooperazione da parte degli enti locali (interventi più facilmente comprensibili in caso di emergenza umanitaria, ma difficili da cogliere in caso di assistenza tecnica e sostegno in situazioni non emergenziali).

In particolare, volendo dare rilevanza al valore aggiunto, che i contributi in materia di cooperazione internazionale provocano a livello regionale e locale, è necessario individuare le forme di scambio e di sperimentazione reciproca (nord-sud del mondo) al fine di proporre modalità sostenibili e realmente innovative. Si tratta di costruire percorsi innovativi, che producano un impatto concreto e un terreno di riflessione/formazione utile nella reciprocità degli interventi.

Molte sono le questioni e le scelte strategiche che caratterizzano il grande campo del Welfare. Correlati indispensabilmente tra loro, i diversi settori di intervento si caratterizzano con scelte operative e *policy* forti, che da un lato impediscano il trasferimento nei PVS di sviluppi impropri del sistema (dalla privatizzazione e selettività, con conseguente creazione di ampie fasce di esclusi, all’insostenibilità economica di modelli centralizzati e omnicomprensivi) e dall’altro permettano alla Regione FVG di valorizzare il proprio know-how, attraverso una sperimentazione utile anche alle questioni critiche locali.

Nel campo del Welfare, così come in altri settori, uno dei punti centrali negli interventi di cooperazione ed assistenza tecnica è la realizzazione di proposte formative di alto livello che *favoriscano la permanenza nei paesi di origine di tecnici, professionisti e policy-maker*. Spesso, infatti, l’offerta formativa di università e scuole di specializzazione nei paesi in via di sviluppo è poco competitiva, ed in alcuni casi del tutto carente; anche nel campo sanitario e socio-assistenziale il ricorso, di pochi fortunati, alla formazione all’estero, raramente sfocia in un accrescimento di competenze nel paese d’origine.

Inoltre, la formulazione di politiche nel campo sanitario e sociale, in un’ottica di Welfare innovativo, è un percorso lento, relativamente alla media della durata dei progetti di cooperazione (si pensi, ad esempio, che una legge di riforma del sistema sanitario o sociale comporta un intervento di assistenza tecnica minimo di almeno 5 anni ed in generale i finanziamenti dei progetti di cooperazione si basano su programmazioni biennali, a volte annuali, con rischio costante di interruzione tra un rinnovo e l’altro).

Nello stesso tempo, vi sono esempi eccellenti di cooperazione, attraverso una formula di scambio/formazione/assistenza tecnica, che hanno prodotto buoni risultati sia in merito alla sostenibilità che nella creazione di progettualità autonome dei professionisti e policy-maker dei paesi riceventi. La Cooperazione Decentrata ha ovviato a parte di questi problemi, assicurando partenariati più stabili tra enti ed istituzioni locali, ma permane la necessità di offrire forme innovative di continuità nell’assistenza tecnica.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Per quanto riguarda l'offerta formativa, in sintesi le caratteristiche necessarie a garantire la sostenibilità e l'innovazione sono:

1. attivazione di percorsi di analisi situazionale e identificazione di terreni di sperimentazione;
2. scambio di professionisti, operatori, policy-maker, che favoriscano la conoscenza reciproca dei contesti in cui si opera;
3. identificazione congiunta di moduli formativi comprendenti: un modulo di base (generalmente trasferibile) uno o più moduli specifici (coerenti con la realtà del contesto locale, precedentemente definito dall'analisi situazionale);
4. modalità di formazione che comprendano non solo l'offerta teorica ma anche una parte di sperimentazione pratica (attraverso scambi che permettano la condivisione di pratiche alternative);
5. coinvolgimento degli enti preposti alla formazione (scuole di specializzazione, università, ecc.) per un accreditamento finale della proposta formativa ed il suo inserimento nei curricula istituzionali di studio;
6. identificazione di iniziative di cooperazione decentrata allo sviluppo umano, ampliando ed intensificando le opportunità dei diversi soggetti del proprio territorio interessati a stabilire relazioni economiche, scientifiche, tecnologiche, culturali, commerciali, formative e solidaristiche con gli attori pubblici e privati di altri paesi.

Nella fase di programmazione degli iter formativi, gran parte di queste caratteristiche trova riscontro positivo nella modalità di *ricerca/intervento*, attraverso cui da un lato gli oggetti di ricerca sono attivati quali soggetti di intervento e dall'altro gli aspetti di valutazione ed indagine sono contemporanei ad attività sperimentali che, opportunamente valutate, permettono di verificare in tempo reale le ipotesi di ricerca e la fattibilità/sostenibilità della strategia formativa da proporre.

A partire da una sperimentazione condivisa, si può raggiungere, inoltre, la riformulazione di alcuni concetti chiave nel campo delle innovazioni del Welfare (ad esempio, la questione dell'appropriatezza delle prese in carico, così come la riconversione dei costi, eccetera) che, nell'attuale congiuntura ed impellenza riformista devono liberarsi da improprie connotazioni ideologiche.

In sostanza, si tratta di tradurre in pratica i principi della cooperazione internazionale allo sviluppo che negli ultimi anni è caratterizzata dalla reciprocità anche nella fase progettuale.

Pertanto, il Laboratorio WIN, dovrà assumere alcune caratteristiche operative (mission) che rispondano alle esigenze d'innovazione e di collegamento della realtà regionale con la realtà internazionale, attraverso azioni concrete, successivamente descritte.

5. Sperimentazione regionale: MICRO-WIN

Conseguentemente a quanto sopra esposto, si ritiene che in ambito regionale si possa procedere ad una sperimentazione concreta di nuove forme di operatività, ispirate ai principi enunciati nel presente documento, che possa suggerire strategie di carattere generale e strumentazioni politico-amministrative adeguate.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Tale sperimentazione potrebbe essere diretta ad aree molto limitate della Regione Friuli Venezia Giulia che, proprio grazie alla loro limitatezza, possono consentire l'ottimizzazione degli interventi, il raggiungimento di target elevati, la definizione di metodologie da comprovare, il coinvolgimento concreto di molteplici attori, istituzionali e non.

In aree territoriali di circa 50/70mila abitanti (corrispondenti in regione FVG ai distretti/ambiti), connotati da caratteristiche diverse (urbano, rurale, montano), si procederà ***all'identificazione di almeno 20 microaree*** dove attivare una ***sperimentazione di integrazione effettiva e fattuale*** dei settori sanitario, sociale e delle politiche del lavoro, dell'habitat e della casa.

I settori si coordineranno sia a livello dirigenziale che a livello operativo, procedendo congiuntamente in ***un'analisi situazionale dettagliata***, che evidenzia le inequità di investimento, gli squilibri di risorse, le carenze di integrazione/comunicazione, le rigidità del sistema, lo status quo del mercato sociale ed i suoi possibili sviluppi e rischi, le carenze di risorse e la tipologia delle risorse esistenti o attivabili.

Fermo restando il riferimento alla suddivisione territoriale/geografica istituzionale (per la Regione FVG gli ambiti comunali ed i distretti sanitari), la sperimentazione è inizialmente proposta in microaree che, per caratteristiche sociodemografiche, si prestino al raggiungimento di risultati trasferibili successivamente all'area geografico/istituzionale di riferimento.

Attraverso ***l'identificazione di azioni pratiche congiunte sperimentali*** - che interverranno sulle criticità prioritarie precedentemente segnalate -, l'attivazione di ***percorsi di formazione/informazione*** - volti alla sperimentazione di un "coordinamento aperto" - , ***l'analisi dettagliata della spesa e della sua parte riconvertibile***, si produrrà un terreno fertile di riforma/innovazione che contribuirà ad un'equa e sostenibile proposta strategica di Welfare di comunità.

La ricerca/intervento sarà in grado di elencare gli ostacoli e le opportunità per un sistema di Welfare di comunità, congiuntamente alle necessità formative, ed alla valutazione sulle modifiche dei consumi e bisogni a fronte di risposte innovative (come ad esempio nel caso dell'istituzionalizzazione degli anziani). ***La ricerca pertanto avrà come obiettivo specifico l'analisi dell'appropriatezza della domanda in funzione dell'offerta.*** Oltre alle microrealtà di sperimentazione integrata, si attiveranno aree tematiche sperimentali, volte all'approfondimento di questioni inerenti i gruppi più vulnerabili.

6. Criticità e linee operative

Nelle Regione Friuli Venezia Giulia, oltre alle potenzialità ed alle pratiche eccellenti già citate, si possono individuare alcune questioni cruciali, che in effetti corrispondono ai punti centrali del dibattito in corso a livello internazionale.

Al di là delle sempre opportune razionalizzazioni dell'esistente (ad esempio, l'eterna questione dei piccoli ospedali, il controllo più stringato della spesa farmaceutica, le iniziative per economie di scala, ecc.), quale strategia di lungo periodo è necessario attivare per rendere compatibile e sostenibile la spesa sanitaria - notoriamente in crescita del 5/7% annuo a fronte di una crescita di ricchezza oggi attorno al 2% -?

Appare evidente l'opportunità di dover aggredire con adeguata energia (e non con interventi minimalisti passo dopo passo che non sono assolutamente adeguati al problema) quelle che sembrano le 6 maggiori criticità rilevabili nel sistema socio-sanitario:

Criticità del sistema sociosanitario

- I. **Nell’ambito della spesa sanitaria** l’enorme sproporzione fra le risorse dedicate a prestazioni sanitarie legate alle fasi **“acute”** delle patologie e le necessità di cura, assistenza, intervento per le patologie **di lunga durata**, le malattie cronico – degenerative, la riabilitazione a lungo termine, le disabilità, le patologie della libertà (relative ad anziani, dipendenti da sostanze, malattie mentali),ecc. Il sistema presenta gravi inequità in funzione di questo squilibrio. Molto opportunamente la dizione ormai stabilmente utilizzata dall’Unione Europea quando si parla di sanità è: **“politiche per l’assistenza sanitaria e l’assistenza a lungo termine”**. Lo squilibrio è ulteriormente aggravato dal troppo lento sviluppo del sistema territoriale in sanità per cui i sistemi ospedalieri e paraospedalieri trattengono tutt’ora quote improprie e di gestione di lunga assistenza;
- II. **la sproporzione tra spesa sanitaria**, (in FVG equivalente a un miliardo settecento sessantuno milioni di euro) e la spesa per **sistemi di protezione sociale**, (in FVG pari a circa cento settanta milioni di euro, cioè un decimo esatto);
- III. le **carenze** di politiche **integrate sociosanitarie**;
- IV. l’assenza di una pianificazione integrata **tra assessorati/ministeri diversi** in tema di politiche sociali (casa, formazione, immigrazione, ecc) e di strumenti istituzionali minimi di raccordo fra le varie policies;
- V. la rigidità attuale del sistema di **government** in vista di una **governance** allargata di sistema;
- VI. la necessità di allargamento del **mercato sociale** che eviti tuttavia i rischi gravi di un’acritica apologia concreta del mercato sociale stesso¹;
- VII. l’enfasi posta nelle programmazioni e nelle modalità gestionali sulle **“strutture”** (budget di struttura) e non sugli utilizzatori (budget individuali di cura) o su progetti territorializzati (budget di comunità);
- VIII. l’assenza di investimenti sulla responsabilizzazione dei cittadini, delle comunità locali e di quartiere (sulla democrazia partecipativa, sul finanziamento di reti locali, ecc.);
- IX. la carenza di adeguati scambi di esperienze innovative tra le varie realtà locali (intra regionali) così come tra realtà regionali, europee ed internazionali.

In conclusione, la Proposta Operativa, che dettaglia le attività del primo anno di funzionamento del Laboratorio WIN, riferendosi alle criticità identificate quali punti cruciali per l’innovazione e la formulazione di strategie sostenibili e rispondenti ai principi di accessibilità, equità, partecipazione e razionalizzazione (auspicati dall’Unione Europea), avvierà un percorso che, a partire da una fase di sperimentazione, propone la Regione Friuli Venezia Giulia al primo posto nel dibattito internazionale.

Sarà pertanto necessario:

- ?? identificare le risorse programmatiche e finanziarie che possono interessare la strategia di valorizzazione e diffusione delle esperienze del Welfare di comunità;
- ?? leggere e interpretare Programmi e finanziamenti in funzione di un loro adattamento (e non viceversa) alle esigenze di sostenere e diffondere le esperienze innovative nel campo del Welfare di comunità. (Ad esempio alla formazione e lavoro, quindi a misure e programmi del Fondo sociale Europeo, ai fondi europei attualmente in essere finalizzati alla qualificazione e riqualificazione di operatori dei settori pubblico e privato);

¹ La Regione FVG, a Gorizia negli anni 60, ha visto agita una profonda riflessione critico-pratica sull’assetto, funzione, realtà-ideologia degli ospedali psichiatrici e primo processo critico-pratico di messa in discussione di questo istituto. Negli anni 70 a Trieste si è agita una notissima esperienza di progressiva distruzione dell’ospedale psichiatrico fino alla legge che ne ha recepito e generalizzato gli assunti. Dagli anni 80 in poi, in questa regione si è dimostrata la capacità di realizzare un organico sistema di servizi alternativi all’O.P., che hanno dato credibilità pratica alla legge 180 e hanno reso ideologiche le critiche alla stessa. Tendenzialmente questo patrimonio di culture e di pratiche è quanto ci si aspetta possa intervenire nel sistema complessivo sanitario: se si rileggono le criticità sopraindicate come quelle effettivamente riscontrabili in ogni sistema si potrà osservare che, pur nella sua specificità, l’esperienza maturata in questa Regione a partire dalla psichiatria ha affrontato ognuna delle criticità qui indicate. Si provi a rileggerle alla luce di queste affermazioni. Non sarà il caso di capitalizzare quell’esperienza ?

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

- ?? “entrare nella fase di programmazione” di quelli che saranno i fondi strutturali dopo il 2006, che saranno tematici, ristretti rispetto al loro attuale ambito di applicazione e in grado di sostenere forme di integrazione socio-sanitaria-terzo settore, quali strumenti di sviluppo del benessere delle comunità locali, del capitale sociale e della coesione sociale;
- ?? considerare quindi il laboratorio WIN come interlocutore per la definizione delle azioni di sviluppo socioeconomico a livello regionale.

La Regione Friuli Venezia Giulia, che già ospita centri di formazione di eccellenza - quale il Centro Studi Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS che, fermo restando lo specifico mandato, convoglierebbe le sue iniziative nel Laboratorio WIN, operando in stretta sinergia - desidera proporre un'offerta di alta formazione ed assistenza tecnica internazionale, ed in tal senso creerà le sinergie interregionali ed internazionali necessarie favorendo il coordinamento nell'ambito della regione stessa delle azioni che, nel campo del Welfare, si intraprenderanno sia nell'ambito dei programmi europei che negli impegni diretti della Regione attraverso gli Assessorati competenti.

In questo senso il Laboratorio WIN servirà da punto di riferimento/comunicazione tra le diverse iniziative che, mantenendo la specifica autonomia necessaria, faranno parte di un'unica strategia a lungo termine.

PARTE SECONDA

Proposta operativa per la fase di costituzione del Laboratorio Internazionale sulle Innovazioni del Welfare (2005/06)

Il Laboratorio WIN si propone di rispondere alle **criticità del sistema sociosanitario** segnalate nel documento programmatico, attraverso una propria progettualità ed offrendosi quale tramite informativo e di coordinamento delle esperienze innovative già esistenti nell'ambito regionale.

Il Laboratorio WIN svolgerà funzioni ed **attività in ambito regionale** per la definizione appropriata e sostenibile di Welfare di Comunità, coordinando e diffondendo le pratiche innovative esistenti. Svolgerà inoltre **attività a livello nazionale**, nel quadro degli accordi tra la regione FVG ed altre regioni italiane ed **internazionale**, nell'ambito della cooperazione decentrata e dei programmi delle Nazioni Unite (firmatarie dell'accordo di Roma). Il Laboratorio WIN assicurerà il collegamento tra la sperimentazione regionale ed il dibattito/esperienze internazionali in corso.

Le criticità, che inducono ad una necessaria riforma dei sistemi di Welfare vigenti, sono di grande importanza sia per i paesi sviluppati che per i paesi in via di sviluppo. A tutt'oggi in nessuna parte del mondo sono state realmente applicate le indicazioni strategiche emanate dall'Unione Europea e dalle Agenzie specializzate delle nazioni Unite, che a volte peraltro si ritrovano in alcune leggi nazionali. Il panorama rimane frammentario e frammentato e l'assenza di sperimentazioni, che realizzino l'integrazione tra settori contemporaneamente all'attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, produce un incremento dell'aspetto più decisamente liberista, consistente cioè nel taglio della spesa pubblica e nella privatizzazione, che causano nuove fratture sociali.

Obiettivo generale:

Proporre una definizione appropriata e sostenibile di Welfare di Comunità, attraverso sperimentazioni pratiche, ricerca e formazione da realizzarsi in ambito regionale ed internazionale.

Obiettivi specifici:

1. formulare proposte innovative per una maggiore equità del sistema a fronte dello squilibrio tra le prestazioni dedicate alle fasi “acute” delle patologie e le necessità di cura ed assistenza per le patologie di lunga durata;
2. formulare proposte innovative per il superamento della sproporzione tra spesa sanitaria e spesa per i sistemi di protezione sociale;
3. contribuire all’attivazione di politiche integrate sociosanitarie;
4. contribuire alla pianificazione integrata tra assessorati (ministeri a livello internazionale) in termini di politiche sociali e di sviluppo locale;
5. contribuire alla crescita di un sistema di governance allargato;
6. contribuire all’allargamento del mercato sociale, contestualmente alla sinergia pubblico/privato nella formulazione di politiche sociosanitarie e di sviluppo locale;
7. sperimentare la realizzazione di budget di comunità e di budget individuali di cura in microaree territoriali, in appoggio alla definizione del concetto di “reddito di cittadinanza”;
8. sperimentare forme concrete di partecipazione/responsabilizzazione della cittadinanza, delle comunità locali e di quartiere per il potenziamento della democrazia partecipativa e delle reti locali;
9. costruire una rete informativa e di interscambio tra i poteri centrali, le esperienze eccellenti e le realtà innovative a livello regionale e tra queste e quelle europee ed internazionali.

STRUTTURA OPERATIVA

1. GRUPPO DI INDIRIZZO

COMPOSIZIONE:

- ~~///~~ Direzione salute e protezione sociale
- ~~///~~ Direzione Lavoro, Formazione, Università e Ricerca
- ~~///~~ Direzione Istruzione Cultura, Sport, Pace
- ~~///~~ Direzioni Relazioni Internazionali Comunitarie e Autonomie Locali

FUNZIONI:

- ~~///~~ definisce le linee strategiche di intervento del Laboratorio anche orientando le specifiche aree di azione (ad esempio ricerca, formazione, monitoraggio, sperimentazione)
- ~~///~~ stabilisce le priorità di intervento;
- ~~///~~ favorisce gli scambi di esperienze a livello nazionale ed internazionale anche dando attuazione ad accordi e protocolli di intesa;
- ~~///~~ definisce il finanziamento triennale del Laboratorio WIN;

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

~~///~~ fornire supporto e favorire l'integrazione nelle scelte di programmazione dei singoli Assessorati e le modalità di attuazione di strumenti operativi dei singoli organismi al fine di sostenere le i progetti di innovazione del Laboratorio.

REFERENTI:

.....

MODALITA' DI FUNZIONAMENTO:

Due riunioni all'anno

OUTPUT:

Programma di attività triennale deliberato dalla Giunta e report annuale

2. PROGRAMME LEADER:

Le funzioni del program leader sono:

- ~~///~~ coordinare dal punto di vista scientifico e metodologico le attività del Laboratorio
- ~~///~~ rispondere al gruppo di indirizzo della corretta attuazione delle azioni in corso di esecuzione
- ~~///~~ coordinare l'attività di relazione esterna diffondendo i risultati parziali e finali ai vari portatori di interesse (stakeholders)
- ~~///~~ coordinare le funzioni dei referenti dell'Area Innovazione Welfare Regionale e uno per l'Area Internazionale
- ~~///~~ assicurare l'interfaccia tra gruppo di indirizzo e gruppo di coordinamento

3. GRUPPO DI COORDINAMENTO:

COMPOSIZIONE:

- ~~///~~ ASS.1
- ~~///~~ ASS.5
- ~~///~~ Agenzia Regionale della Sanità
- ~~///~~ WHO - WMC
- ~~///~~ Rappresentanti delle 4 Direzioni Centrali presenti nel Gruppo di Indirizzo

FUNZIONI:

- ~~///~~ organizza le modalità attuative delle linee strategiche;
- ~~///~~ coordina i gruppi tematici e le Aree di intervento (Area Innovazione Welfare Regionale – Area Internazionale);
- ~~///~~ verifica le condizioni di fattibilità dei progetti sperimentali e/o innovativi;
- ~~///~~ assicura il collegamento tra il Gruppo di indirizzo ed i Gruppi di progetto;
- ~~///~~ definisce le proposte di intervento, in attuazione degli orientamenti stabiliti dal Gruppo di indirizzo;
- ~~///~~ riferisce, sia in fase preventiva che consuntiva, al Gruppo di indirizzo sullo stato di avanzamento delle attività del Laboratorio;
- ~~///~~ gestisce la condivisione delle conoscenze e delle relazioni e lo scambio informativo all'interno del Progetto;

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

- costruisce le condizioni utili alla realizzazione di accordi di partenariato su progetti specifici con altre regioni e ne predispone gli atti;
- verifica che i progetti siano avviati e dispongano delle risorse necessarie per la loro attuazione e siano condotti secondo i principi del project management.

MODALITA' DI FUNZIONAMENTO:

Si riunisce almeno ogni tre mesi e ogni qualvolta sia ritenuto necessario

E' prevista la possibilità di costante collegamento mediante l'attivazione di adeguati supporti informatici.

OUTPUT:

Report annuale

Allo stato attuale delle risorse messe a disposizione dagli enti partecipanti (Direzione centrale salute e protezione sociale, Direzione centrale Relazioni internazionali, ASS n°1 Triestina, ASS Bassa Friulana ed Agenzia Regionale della Sanità, con il supporto tecnico del WHO-WMC), in relazione ai 9 obiettivi proposti, si avanza la seguente:

Proposta operativa 2005:

?? Attività 4.1

Coordinamento tra il Gruppo di Indirizzo ed il Gruppo di Coordinamento Tecnico, delle innovazioni in corso coerentemente con gli obiettivi specifici sopraccitati e attività di mainstreaming verticale per il trasferimento delle innovazioni nella pianificazione strategica regionale

?? Attività 9.1

Messa in rete delle esperienze innovative in materia di Welfare già esistenti a livello regionale

Descrizione:

Diffusione delle informazioni ed attivazione di momenti di incontro che favoriscano il collegamento tra i livelli locali, regionali, nazionali ed internazionali .Costituzione di una **banca dati delle innovazioni** in corso (progetti specifici, sperimentazioni istituzionali, iniziative della cittadinanza attiva, eccetera) e suo costante aggiornamento.

In caso di finanziamento ad hoc:

- a. **Attivazione di una ricerca/intervento, con due poli applicativi (regionale ed internazionale) della durata di 18 mesi, analisi dei risultati e diffusione a livello regionale, nazionale ed internazionale;**
- b. **Attivazione di percorsi formativi (alta formazione) in base alle necessità rilevate dalla ricerca intervento e/o a necessità indicate dal gruppo di Indirizzo e dai partners internazionali ;**
- c. **Attività di interscambio delle innovazioni ed assistenza tecnica a livello nazionale (inter-regionale) ed internazionale (livello europeo e paesi in via di sviluppo).**

a. ricerca/intervento:

L'ipotesi di ricerca è evidentemente unica (sia a livello della Regione FVG – Vedi punto 5 MICROWIN - che per i paesi successivamente identificati), mentre si differenzieranno le attività sperimentali, essendo queste strettamente collegate al risultato dell'analisi situazionale. Gli scambi tra operatori, i percorsi di formazione, i workshop – da organizzarsi sia in sede regionale che nei paesi – favoriranno l'identificazione di aree comuni di approfondimento e di aree specifiche per un'offerta formativa internazionale.

a1. Caratteristiche della sperimentazione regionale: metodologicamente il Laboratorio WIN, in collaborazione con le istituzioni regionali competenti, attiverà una ricerca-intervento in almeno venti microaree della Regione FVG . Le microaree pilota avranno caratteristiche diverse – urbane, rurali e montane – nel quadro dell'area geografica corrispondente alla definizione ambito-distretto, così come definiti dalla legge 328/2000. Le microaree saranno identificate in base a criteri derivanti sia dalla preesistenza di innovazioni già in atto (sia in campi specifici che in aree geografiche specifiche) che dalla identificazione di aree critiche, segnalate dal Gruppo di Indirizzo. La ricerca intervento coinvolgerà gli operatori e professionisti pubblici (ASL e Comuni), del privato sociale, del privato convenzionato, dell'associazionismo, eccetera. Nelle aree sperimentali si procederà ad una dettagliata analisi situazionale e si individueranno, quali indicatori della ricerca stessa (secondo la metodologia della ricerca/intervento) delle azioni pilota volte alla verifica delle ipotesi di ricerca.

a2. Caratteristiche della sperimentazione internazionale: la ricerca/intervento si svolgerà contemporaneamente nelle microaree pilota della regione FVG ed in uno o più paesi dei Balcani e Maghreb. Si privilegeranno in tal senso i paesi in cui è già in atto, o in via di finalizzazione, un intervento di cooperazione decentrata da parte della Regione FVG, oppure paesi in paesi appartenenti alle aree geografiche prioritarie, segnalate dal piano triennale della regione FVG, in cui le strutture sociosanitarie (ASL) regionali hanno storicamente offerto assistenza tecnica a programmi di sviluppo umano locale. A titolo di esempio si citano: la Serbia-Montenegro, il Marocco e l'Albania. La collaborazione con i Programmi di Sviluppo Umano dell'UNDP (es. Gold Maghreb) e dell'UNOPS (PASARP Albania o City to City Serbia), permetterà un rapida individuazione delle microaree nei PVS. Le modalità operative di questi programmi che, a partire da un programmazione partecipata e condivisa, intervengono in

ambiti regionali per ciascun paese, con interventi coordinati in vari settori – sviluppo economico locale, lotta all'esclusione sociale, educazione, ecc. – sono propizie alla realizzazione di ricerche-intervento, come quella descritta. La Regione, attraverso il Laboratorio Win, potrà quindi ottimizzare il suo intervento internazionale.

b. Percorsi formativi

Livello 1: policy maker;

Livello 2: professionisti, terzo settore e cittadinanza attiva;

Livello 3: cittadinanza/utenza

Livello 4: internazionale (policy maker e professionisti)

c. Attività di interscambio delle innovazioni ed assistenza tecnica a livello nazionale (inter-regionale) ed internazionale (livello europeo e paesi in via di sviluppo).

Le attività saranno organizzate in base ai paesi identificati sia relativamente alle aree geografiche prioritarie di intervento (segnalate dalla Regione FVG) che dai progetti, anche specifici, già in atto realizzati dagli enti regionali o su richiesta specifica da parte dei partners internazionali (Agenzie delle nazioni Unite) o nazionali (Regioni italiane).

Inquadramento internazionale e sinergie

Per garantire l'alto livello dei prodotti della ricerca ed assicurarne un'ampia diffusione, si prevede:

- a. la costituzione di un gruppo di esperti internazionali (Comitato Scientifico) che seguiranno il percorso sperimentale
- b. un convegno internazionale (settembre 2005)
- c. due workshop ristretti per la valutazione intermedia (luglio 2005) e finale (marzo 2006) della ricerca intervento
- d. una pubblicazione internazionale sotto l'egida dell'OMS e delle altre Agenzie delle Nazioni Unite firmatarie dell'accordo di Roma, da realizzarsi a fine 2006.