

ASSEMBLEA
REGIONALE
SICILIANA

QUADERNI LEGISLATIVI

Normativa regionale in materia di assistenza sociale

A cura
Incarico speciale
Controllo parlamentare
e Testi unici

Sebastiano Di Bella
Renato Gullo
Laura Annolino



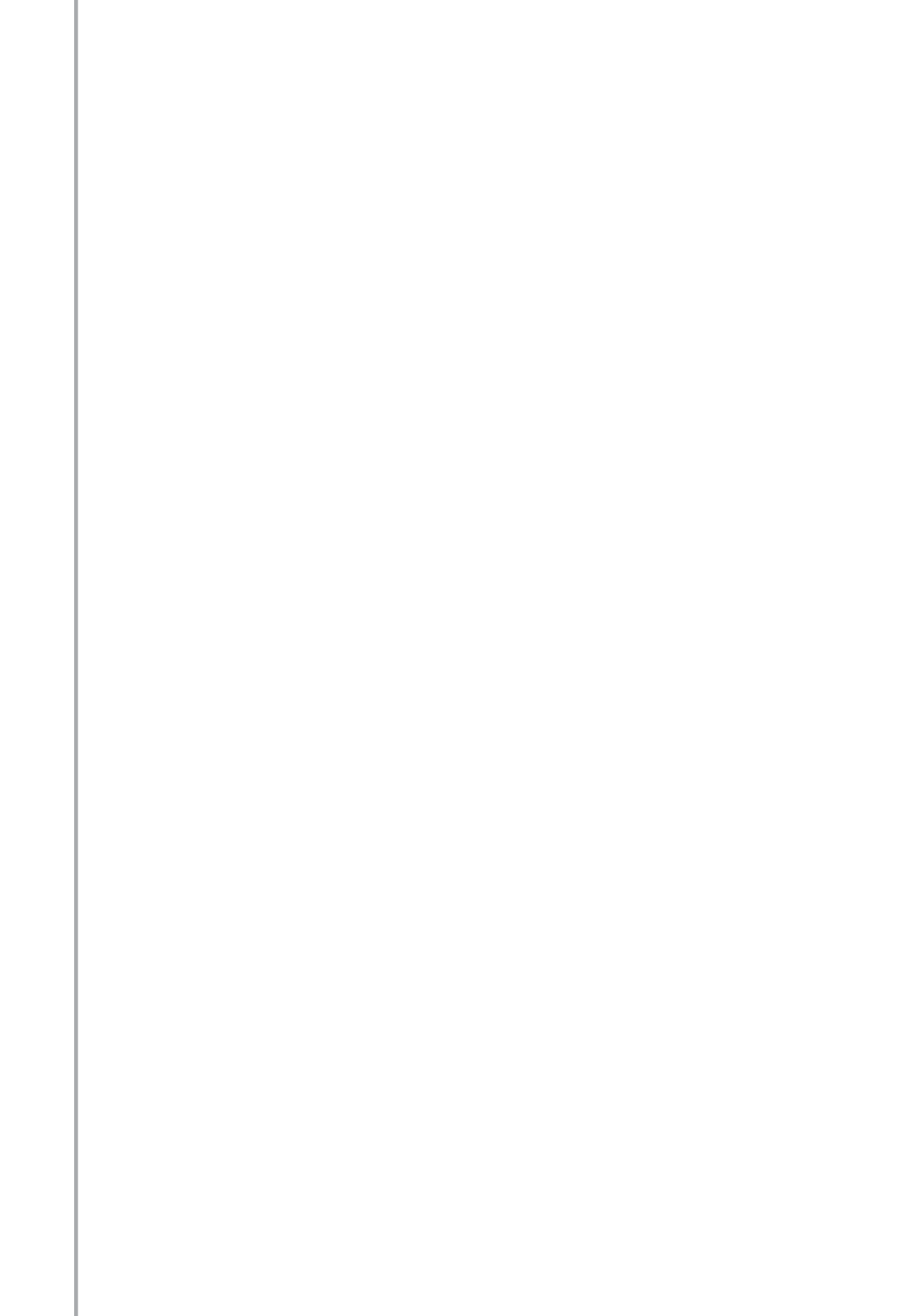
QUADERNO 8



A cura
Incarico speciale Controllo parlamentare e Testi unici
Sebastiano Di Bella
Renato Gullo
Laura Annolino

ASSEMBLEA REGIONALE SICILIANA

**Normativa regionale
in materia di assistenza sociale**



INDICE

INTRODUZIONE	7
AVVERTENZA	9
NORMATIVA REGIONALE	
Decreto presidenziale 4 novembre 2002 <i>"Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana"</i>	15
Decreto assessoriale 11 dicembre 2003 <i>"Modifica del decreto 19 dicembre 2002, concernente approvazione del piano economico di riparto ai distretti socio-sanitari per il triennio 2001-2003"</i>	158
Decreto assessoriale 9 marzo 2004 <i>"Riparto della quota del 15% di cui al capitolo 9.1 del decreto presidenziale 4 novembre 2002, concernente linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana, per l'anno 2003"</i>	164
Decreto assessoriale 9 marzo 2004 <i>"Criteri e modalità di utilizzo ed erogazione di una quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali – legge n. 328/2000"</i>	168
Decreto assessoriale 18 marzo 2004 <i>"Ripartizione della quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali"</i>	175
Decreto assessoriale 26 settembre 2003 <i>"Linee guida di indirizzo per la presentazione di proposte progettuali da finanziare nell'ambito del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario ed approvazione del piano di riparto delle disponibilità finanziarie, anni 2001-2002"</i>	180
Legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 <i>"Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia"</i>	207

NORMATIVA STATALE

Legge 8 novembre 2000, n. 328 <i>“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”</i>	241
Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 dicembre 2000 - Atto di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 28 legge 8 novembre 2000, n. 328 – <i>“Riparto tra le regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora”</i>	276
Decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 308 – Regolamento concernente <i>“Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della Legge 8 novembre 2000, n. 328”</i>	280
Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001 <i>“Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della Legge 8 novembre 2000, n. 328”</i>	287
Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001 <i>“Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”</i>	293

INTRODUZIONE

La realizzazione di un efficace sistema integrato di servizi alla persona ed alla famiglia rappresenta per la Regione siciliana l'affermazione di una precisa volontà politica, tendente ad incidere sul livello di benessere di tutti i cittadini e sulla qualità del servizio reso.

Alla luce del quadro normativo attuale, alla Regione spettano le funzioni di indirizzo e coordinamento, in attuazione di principi costituzionalmente sanciti.

Già con la legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 "Norme per la gestione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia", il legislatore siciliano ha prodotto una normativa d'avanguardia per i temi e gli indirizzi trattati, stabilendo principi che ancora oggi confermano la propria validità.

Con il decreto presidenziale 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana", viene data attuazione alle disposizioni contenute nella legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e la Regione si dota di un documento programmatico triennale che contiene le linee di indirizzo e definisce le politiche sociali, regolandone l'impatto a livello locale ma in un'ottica unitaria, con l'obiettivo di giungere dopo la fase di sperimentazione operativa al vero e proprio piano socio-sanitario regionale. Il sistema sociale siciliano non ha bisogno di essere rifondato, quanto piuttosto di essere adeguato e trasformato da "socio-assistenziale" in "socio-sanitario", consapevolmente e con il concorso di una pluralità di attori in un quadro di condivisione di ruoli e responsabilità.

La realizzazione degli interventi è senza dubbio un atto complesso che richiede un'azione coordinata dei diversi soggetti pubblici e privati operanti nel settore. La mancanza di una rete efficiente di collegamento finirebbe per ripercuotersi sugli anelli più deboli della catena, coinvolgendo a cascata l'intero sistema. Ecco perché assumono una importanza centrale le responsabilità diffuse delle comunità locali e si attribuisce, con una mentalità nuova, il ruolo di soggetti protagonisti e non soltanto destinatari, ai cittadini ed alle famiglie. Le strategie di prevenzione dei fattori che possono creare disagi ed ostacoli sono anteposte alla logica degli interventi di emergenza.

In un'ottica di welfare territoriale, in cui la crescita complessiva significa migliore qualità di vita per tutti, la "sanità", riguardante la salute dei cittadini, si integra con il "socio-sanitario", relativo ai bisogni ed ai problemi degli esclusi, degli emarginati, degli svantaggiati.

Al fine di garantire pari opportunità di assistenza, inoltre, è opportuno prevedere un riequilibrio progressivo nella governance del territorio attraverso politiche che tengano conto delle specifiche caratteristiche storiche e culturali.

Il piano socio-sanitario regionale, in coerenza con la legge 328/2000 e con gli atti normativi ad essa conseguenti, si propone di operare in un sistema allargato che coinvolga tutti i livelli di governo, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze; le organizzazioni sindacali, le associazioni sociali e le comunità locali; la chiesa cattolica e le altre confessioni religiose.

Occorre promuovere iniziative e servizi che diano contenuti sostanziali alla piena cittadinanza degli individui, attraverso scambi di risorse e di informazioni tra soggetti pubblici e privati.

Un'attenta e costante analisi dei bisogni emergenti del territorio, quali ad esempio disoccupazione giovanile, bassa natalità, episodi di microcriminalità, ecc., e del modo in cui essi si manifestano, deve fungere da stimolo per la ricerca ed il perfezionamento di nuove forme di politiche sociali.

La Regione, pertanto, vede mutare il suo ruolo: da solitaria protagonista nella definizione del proprio sistema di politiche in campo sociale, a partecipante con Stato, Comuni e associazioni private, nella realizzazione di un modello che pone al centro la persona.

On.le Salvo Fleres
Vicepresidente Vicario

AVVERTENZA

L'Assemblea regionale siciliana, consapevole della necessità di rendere sempre più accessibile e leggibile la vigente normativa e di andare incontro alla richiesta di cittadini e operatori sulla certezza e chiarezza del dettato normativo, si è dotata di un apposito Incarico speciale per il Controllo parlamentare e i testi unici al quale si è intestato il compito, fra l'altro, della predisposizione di raccolte tematiche.

Nel passato anno sono stati pubblicati sei Quaderni contenenti le seguenti raccolte:

Legislazione regionale in materia di Lavori pubblici (N. 1);

Regimi di aiuto alle imprese e disposizioni per l'attuazione del Por 2000-2006 (N. 2);

Normativa in materia di Buono scuola e Diritto allo studio (N. 3);

Legislazione regionale in materia di contrasto alla mafia e di sostegno alle vittime (N. 4);

Interventi regionali per attività lavorative autonome da parte di detenuti in espiazione di pena (N. 5)

Normativa regionale in materia di Uffici stampa (Comunicazione istituzionale) (N. 6).

Si coglie ora l'occasione dell'annuale Salone della comunicazione della Pubblica amministrazione per presentare a cittadini e operatori economici, politici e sociali alcune raccolte normative in settori di particolare interesse. L'attenzione quest'anno è stata posta su temi di spiccata valenza sociale, quali:

Normativa regionale in materia di tutela e valorizzazione della famiglia (N. 7);

Interventi in campo socio-assistenziale (N. 8).

ambiti in cui Assemblea e Governo regionale sono più volte intervenuti durante l'attuale legislatura, segno evidente dell'importanza che a essi è attribuita. Si tratta di mere raccolte compilative che si propongono di facilitare la lettura sia della legislazione sia della normativa di attuazione alle varie platee di interessati, specie in presenza di atti non pubblicati o pubblicati solo per estratto ovvero risalenti a diverse fonti e momenti.

Ai sensi dell'articolo 18 della "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", 8 novembre 2000, n. 328 e in virtù delle competenze legislative previste dallo Statuto regionale, con decreto del presidente della Regione del 4 novembre 2002, sono state approvate le "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana".

Nella prospettiva di un intervento organicamente e trasversalmente strutturato nei campi della sanità, dell'istruzione, della formazione e del lavoro, tale atto rappresenta la concreta disciplina operativa che la Regione si è data per la sua presenza nel decisivo settore degli interventi e dei servizi sociali, una presenza fondamentale ai fini della qualità della nostra vita, soprattutto perché in questo ambito la domanda è in costante crescita in termini sia di quantità (invecchiamento della popolazione) sia di qualità (maggiori esigenze di benessere).

Invero, il legislatore siciliano con la legge regionale 9 maggio 1986, n. 22, "Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia", era già compiutamente e incisivamente intervenuto in materia; in atto si è pertanto in una fase di passaggio tra il sistema previsto dalla suddetta legge regionale 22/86 ed il nuovo sistema delineato dal piano socio-sanitario che meglio risponde alle attuali esigenze.

Nel merito, oltre alle citate leggi, si è ritenuto opportuno di pubblicare i decreti di attuazione del piano socio-sanitario, relativi prevalentemente al riparto delle disponibilità finanziarie e cioè: Decreto assessoriale 11 dicembre 2003 "Modifica del decreto 19 dicembre 2002, concernente approvazione del piano economico di riparto ai distretti socio-sanitari per il triennio 2001-2003"; Decreto assessoriale 9 marzo 2004, "Riparto della quota del 15% di cui al capitolo 9.1 del decreto presidenziale 4 novembre 2002, concernente linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana, per l'anno 2003"; Decreto assessoriale 9 marzo 2004, "Criteri e modalità di utilizzo ed erogazione di una quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali - legge n. 328/2000"; Decreto assessoriale 18 marzo 2004, "Ripartizione della quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali"; Decreto assessoriale 26 settembre 2003, "Linee guida di indirizzo per la presentazione di proposte progettuali da finanziare nell'ambito del Sistema informativo regionale integrato socio-sani-

tario ed approvazione del piano di riparto delle disponibilità finanziarie, anni 2001-2002”.

D'altra parte, con riferimento alla legge 328/00, per completezza normativa, si pubblicano i seguenti atti: Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 dicembre 2000 - Atto di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 28 legge 8 novembre 2000, n. 328 – “Riparto tra le regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora”; Decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 308 – Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della L. 8 novembre 2000, n. 328”; Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della L. 8 novembre 2000, n. 328”; Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001, “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”.

La raccolta è stata curata con il prezioso ausilio del Dirigente generale del Dipartimento regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, dr Luigi Castellucci, e la collaborazione del dirigente capo Servizio VII e del dirigente dell'unità operativa VI dello stesso Servizio, che si ringraziano vivamente.

Normativa regionale

DECRETO PRESIDENZIALE 4 novembre 2002*

Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana.

Il Presidente della Regione

Visto lo Statuto della Regione;

Viste le leggi regionali 22 dicembre 1962, n. 28 e 10 aprile 1978, n. 2;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ed, in particolare, l'art. 18 della legge medesima che prevede l'adozione del piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;

Vista la nota prot. n. 16515 del 19 settembre 2002 dell'Assemblea regionale siciliana, che comunica che la Commissione legislativa "Sanità e servizi sociali", nella seduta n. 42 del 18 settembre 2002, ha espresso parere favorevole a maggioranza e con modifiche ed integrazioni alla richiesta di parere sulle linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana;

Considerato che l'Assessore regionale per gli enti locali, nell'illustrare al Governo, durante la seduta della Giunta del 27 settembre 2002, il documento recante le osservazioni della Commissione dell'Assemblea regionale siciliana ha rappresentato che le stesse possono essere intese come raccomandazioni al Governo;

Vista la deliberazione n. 305 del 27 settembre 2002, con la quale la Giunta regionale ha approvato le linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana redatto in osservanza della legge n. 328/2000;

Su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali;

Decreta:

Articolo unico

Sono approvate le linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana, redatto in osservanza della legge 8 novembre 2000, n. 328, nel testo allegato al presente decreto.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

* *Supplemento Ordinario n. 1 Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana. 22 novembre 2002, n. 53*

ALLEGATO

VERSO IL PIANO SOCIO-SANITARIO DELLA REGIONE SICILIANA
*Linee guida di indirizzo ai comuni per la redazione dei piani di zona. Triennio
2001-2003, in attuazione della legge n. 328/2000*

PARTE PRIMA

Cap. 1

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1. Principi e finalità

La Regione Siciliana in attuazione dei principi di uguaglianza, non discriminazione, di libera partecipazione, di solidarietà e di sussidiarietà di cui agli artt. 2, 3, 38 e 118 della Costituzione italiana, intende disciplinare la materia degli interventi e dei servizi socio-sanitari.

A tal fine ed in armonia con le disposizioni di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", in attuazione dei principi di cui agli artt. 29, 30, 31 della Costituzione italiana e in armonia con i contenuti del comma 1 dell'art. 16 della legge quadro, la Regione utilizza gli strumenti di programmazione, coordinamento, concertazione, cooperazione, partecipazione nonché dell'integrazione dei servizi sociali con gli interventi e le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro.

Questo documento vuole essere la base della discussione e la proposta metodologica per avviare un percorso volto a definire le regole, gli indirizzi, i ruoli e le competenze proprie di un sistema integrato di servizi alla persona e alla famiglia che rappresenti per la Regione Siciliana non soltanto l'occasione del recepimento dei decreti attuativi relativi alla legge n. 328/2000, ma l'affermazione di una strategia operativa volta a definire e consolidare, in tempi e modalità certi, l'indirizzo socio-sanitario come punto di coesione di una rete territoriale per il contrasto all'esclusione e per il sostegno allo sviluppo, che sappia erigersi a livello di piano socio-sanitario della Regione.

Un'architettura istituzionale che tende ad attuare un modello federalista solidale su scala regionale, aperto ai contributi e attento alla partecipazione di tutte le parti sociali, così come delle reti della solidarietà nazionali e comunitarie, garantendo allo stesso tempo la complessità e la univocità della dimen-

sione regionale, rappresentata dal sistema integrato dei servizi e delle attività sociali e le molteplici identità dei fabbisogni locali, protagonisti dei piani di zona distrettuali.

Questo modo di procedere intende valorizzare l'autonomia degli ambiti territoriali, la loro capacità di programmare, di decidere e di governare, rafforzandone le identità collegate a valori comuni ma anche a strumenti e indirizzi operativi condivisi.

L'obiettivo della Regione non può e non deve limitarsi a realizzare un buon progetto per la ottimizzazione del riparto delle risorse economiche, che comunque occorre fare per determinare un beneficio quantitativo nel livello dei servizi sociali; è opportuno riuscire a incidere sul livello di benessere di tutti i cittadini e, quindi, sulla qualità del servizio reso anche in termini di diffusione, di informazione, di monitoraggio e di valutazione dei risultati attesi e degli indicatori di crescita e sviluppo dell'intera comunità regionale, valorizzando la persona e la famiglia, promuovendo la formazione e l'educazione alla socialità, antepoendo le politiche volte alla prevenzione dei fattori del disagio sociale nonché alla rimozione e riduzione delle condizioni che ostacolano la piena partecipazione delle persone e delle famiglie alla vita sociale, alla logica degli interventi di emergenza e di contenimento.

1.2. I riferimenti storici: una riforma lungamente attesa

L'Italia, pur vantando una lunga tradizione in tema di assistenza sociale, non ha avuto un'altrettanto significativa esperienza dal punto di vista legislativo. Infatti, la cosiddetta "legge Crispi" del 1890 ha regolamentato questo settore per oltre un secolo, passando indenne attraverso esperienze quali il fascismo e più di cinquant'anni di vita democratica e repubblicana.

È, pertanto, fondamentale cogliere le attese da cui nasce la legge n. 328/2000 e gli obiettivi che intende perseguire, prima di addentrarsi nell'illustrare quanto, a partire da essa, intende fare la Regione Siciliana.

Vi è un dato storico incontrovertibile da cui si muove ogni analisi delle istituzioni assistenziali in Italia: la situazione determinatasi al momento dell'unificazione, nel 1861.

Allo stato unitario appena costituitosi si pose il non facile compito di fare sintesi su una varietà e pluralità di iniziative assistenziali di carattere assolutamente privatistico, molte delle quali nate dalla tradizione del cattolicesimo ed altre da una matrice più laica, che non avevano quasi mai avuto forme di controllo da parte delle autorità statali precedenti.

La prima normativa, proposta dal Ministro Ricasoli nel 1862, rispettò il principio della libera iniziativa dei privati, limitandosi a porre pochi elementi di controllo volti alla efficienza delle prestazioni e alla finalizzazione della spesa per scopi veramente assistenziali. Il punto di svolta si ebbe, invece, con la legge voluta da Crispi nel 1890 per riordinare la materia delle opere pie, come si chiamavano a quel tempo le istituzioni preposte all'assistenza e alla beneficenza.

Con terminologia attuale potremmo definire quell'intervento di tipo statalista o accentratore. Nei fatti l'autorità pubblica sottrasse ai privati quasi ogni forma di autonomia, ponendo sotto il suo controllo la tipologia d'intervento, la gestione del patrimonio, il controllo sulle prestazioni.

Questa impostazione, frutto ed espressione dello Stato liberale dell'epoca, sopravvisse al periodo fascista, durante il quale, anzi, si incentivarono i controlli da parte delle amministrazioni locali e, senza molti cambiamenti, superò anche la nascita dello stato democratico, dopo la fine della seconda guerra mondiale.

Si dovette giungere alla fine degli anni '70 e al dibattito sul decentramento e la regionalizzazione per cominciare a rivedere una impostazione dell'assistenza sociale che, anche in altri Paesi europei, aveva imboccato strade ben diverse.

Il D.P.R. n. 616/77, tuttavia, mentre per un verso pose le basi per il passaggio da una concezione di assistenza di stampo tradizionale a quella di sicurezza sociale, con servizi rivolti a tutti i cittadini, per altro verso lasciò una impostazione centralista alla gestione della materia, senza accompagnare fino in fondo un processo di decentramento regionale e locale di cui si avvertiva già l'esigenza.

La legge n. 328/2000 è, pertanto, figlia di tale lungo e contrastato dibattito che solo adesso, anche grazie ad un confronto e uno stimolo che coinvolgono l'Europa e le sue istituzioni, può riconoscere ruolo e valore all'iniziativa dei cittadini, alle organizzazioni del terzo settore, alla valorizzazione delle iniziative locali, all'esaltazione del lavoro in rete, all'importanza della integrazione degli interventi, alla valorizzazione delle professionalità, alla applicazione del principio di sussidiarietà.

La legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", pur con le inevitabili luci e ombre, costituisce oggi un punto di non ritorno per la costituzione di un moderno sistema di interventi e servizi dei cittadini, che vedono nella Regione un

soggetto propulsore delle iniziative e rispettoso delle attività di tutti gli attori di cui la nostra nazione è ricca e che in questo campo molto hanno fatto e molto possono ancora fare.

1.3. Il quadro normativo attuale: il sistema sociale regionale

L'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328, attribuisce alle Regioni la funzione di indirizzo e coordinamento degli interventi sociali e socio-sanitari, nonché la verifica e il controllo della loro attuazione a livello territoriale. Questa legge si inserisce in un contesto normativo regionale che, grazie anche all'autonomia della Regione, ha prodotto significativi esempi di interventi in svariati settori dell'assistenza socio-sanitaria.

Tra essi spicca la legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 "Norme per la gestione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia" che ha rappresentato un impianto legislativo di avanguardia per l'impostazione dei temi e per il respiro degli indirizzi. È interessante sottolinearne alcuni articoli che anticipano aspetti innovativi della legge n. 328/2000:

- 1) l'ispirazione al principio di prevenzione (punto a, art. 2);
- 2) il concetto di rete di servizi per superare la frammentarietà degli interventi (punto d, art. 2);
- 3) la definizione di un piano triennale per i servizi socio-assistenziali comunali (art. 5);
- 4) l'esigenza di un collegamento fra le strutture e i servizi comunali e i presidi socio-sanitari territoriali (art. 5);
- 5) l'indirizzo sulla formazione e l'aggiornamento degli operatori (punto e, art. 15);
- 6) la previsione di quote di partecipazione alla spesa dei servizi (punto f, art. 15);
- 7) il riferimento ad un livello distrettuale di coordinamento dei servizi socio-assistenziali (art. 17).

Nonostante la presenza di numerosi spunti attuali e innovativi, nell'impianto legislativo regionale permangono alcuni elementi di criticità che impongono l'assunzione di un metodo e di una proposta più funzionali agli indirizzi europei e nazionali in materia di politiche sociali e di decentramento:

- 1) l'assenza di un indirizzo socio-sanitario integrato;
- 2) la consapevolezza di realizzare un sistema integrato di servizi a cui deve corrispondere un adeguato sistema di governo del territorio;

- 3) la condivisione di strumenti efficaci di monitoraggio e di verifica dei risultati;
- 4) la scarsa capacità ed elasticità del sistema dei servizi socio-assistenziali nel comprendere le mutevoli esigenze dei diversi ambiti territoriali;
- 5) la non uniformità del servizio sociale su tutto il territorio;
- 6) la scarsa propensione alla comunicazione e all'informazione da parte degli erogatori dei servizi, pubblici e privati;
- 7) una non adeguata valorizzazione del privato sociale e dei diversi attori sociali;
- 8) una disarmonica gestione dei canali di finanziamento europei alle politiche per lo sviluppo e per il contrasto alla discriminazione e all'esclusione sociale;
- 9) un insufficiente sistema di formazione per gli operatori del sociale.

Un sistema integrato efficace di interventi e servizi alla persona e alla famiglia non può che realizzarsi con il concorso di una pluralità di attori, in un quadro di condivisione di ruoli, responsabilità e competenze.

Il sistema sociale siciliano non deve, dunque, essere rifondato, ma consapevolmente adeguato affinché da socio-assistenziale definisca e compia la sua trasformazione in sistema socio-sanitario, evidenziato e sostenuto nel quadro definitivo del piano socio-sanitario, nel pieno rispetto delle prerogative che la Costituzione attribuisce alla Regione Siciliana (art. 14).

1.3.1. La legge 8 novembre 2000, n. 328

Art. 1. (Principi generali e finalità)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli artt. 2, 3 e 38 della Costituzione.

La legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali definisce le politiche sociali come politiche universalistiche, rivolte alla generalità degli individui, senza alcun vincolo di appartenenza.

La legge di riforma dell'assistenza assume i servizi alla persona e alle famiglie come occasione di sviluppo, innovazione, nuovi lavori e nuovi consumi. Uno sviluppo sostenibile richiede la valorizzazione delle risorse umane, l'at-

tuazione di rinnovate politiche per l'inclusione sociale, la costruzione di comunità locali amichevoli.

Per questi motivi la legge di riforma:

- delinea e offre le condizioni per costruire un sistema integrato di interventi e servizi sociali, volto ad avviare il circolo virtuoso comunità “bisogni” sviluppo;

- assume la “qualità sociale” non come eventuale dividendo dello sviluppo, ma condizione per uno sviluppo equilibrato e sostenibile.

La legge di riforma si pone l'obiettivo di trasformare gli attuali interventi a carattere prevalentemente “riparativo”, in un sistema articolato e flessibile di protezione attiva, capace di sostenere e valorizzare la responsabilità e le capacità delle persone e delle famiglie.

In particolare, gli assi di trasformazione possono essere così delineati:

- da interventi “categoriali” a interventi rivolti alla persona e alle famiglie;

- da interventi prevalentemente monetari a un mix di assegni economici e servizi in rete (formativi, sanitari, sociali, di avvio al lavoro, abitativi);

- da interventi disomogenei a livello inter e intraregionale, a livelli essenziali su tutto il territorio nazionale;

- da intervento centralistico a “regia” delle Regioni e degli enti locali;

- da intervento pubblico a “governo allargato” che coinvolge e valorizza gli attori sociali.

In altri termini le politiche sociali, al fine di realizzare comunità amichevoli, mirano ad accompagnare gli individui e le famiglie lungo l'intero percorso della vita:

- sostenendo chi è in condizioni di particolare fragilità;

- rispondendo ai bisogni che sorgono nel corso della vita quotidiana e nei diversi momenti dell'esistenza (in relazione all'età, alla presenza di responsabilità familiari o all'esigenza di conciliare queste ultime con quelle lavorative);

- sostenendo e promovendo le capacità individuali e le reti familiari.

La rete di interventi e servizi non si rivolge solo agli ultimi (né ai penultimi). La legge di riforma afferma l'obiettivo di assicurare livelli essenziali in tutte le realtà territoriali.

1.3.2. I decreti attuativi della legge n. 328/2000.

In attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328, sono stati emanati i seguenti provvedimenti:

– D.P.C.M. 15 dicembre 2000 “Riparto tra le regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora”, in attuazione dell’art. 28 della legge n. 328/2000. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 23 marzo 2001, serie generale, n. 69.

– D.M. recante regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell’art. 11 della legge n. 328/2000. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 28 luglio, serie generale, n. 174.

– D.P.R. 3 maggio 2001 recante “Approvazione del piano nazionale degli interventi e servizi sociali per il triennio 2001-2003, in attuazione dell’art. 18 della legge n. 328/2000. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 6 agosto 2001, supplemento ordinario n. 204.

– Decreto legislativo 4 maggio 2001 recante “Riordinamento del sistema delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, a norma dell’art. 10 della legge n. 328/2000. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 1° giugno 2001, serie generale n. 126.

– D.P.C.M. recante atto di indirizzo e coordinamento sui rapporti Regioni - enti locali - terzo settore, in attuazione dell’art. 5 della legge n. 328/2000. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 14 agosto 2001, serie generale n. 188.

– D.M. concernente la definizione dei profili professionali delle figure professionali sociali, in attuazione dell’art. 12, comma 1, della legge n. 328/2000.

– D.M. in attuazione dell’art. 12, comma 2, concernente la definizione delle figure professionali sociali da formare con i corsi di laurea e con corsi di formazione organizzati dalle regioni e dei criteri generali riguardanti i requisiti per l’accesso, la durata e l’ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione.

– D.M. recante istituzione della Commissione tecnica per il sistema informativo dei servizi sociali, in attuazione dell’art. 21 della legge n. 328/2000.

– D.P.C.M. su proposta del Ministro per la solidarietà sociale per l’istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale di durata triennale, in attuazione dell’art. 27, comma 4, della legge n. 328/2000.

La Regione Siciliana ritiene che la piena e completa realizzazione degli indirizzi contenuti nella legge 8 novembre 2000, n. 328, così come l’applicazione integrata del decreto legislativo n. 229/99 sulla “Razionalizzazione del

servizio sanitario nazionale”, richiedano non soltanto uno sforzo organizzativo e procedurale, ma un profondo cambiamento culturale.

Inoltre, la legge costituzionale 28 ottobre 2001, n. 3 ha apportato una sostanziale modifica all’art. 117 della Carta costituzionale ed in particolare la materia dei servizi sociali è stata affidata alla competenza esclusiva delle Regioni. Occorre, pertanto, che la Regione, nella definizione del sistema integrato dei servizi socio-sanitari, valuti i tempi e i modi per accompagnare il processo di costruzione dell’impianto legislativo con strumenti di orientamento e sostegno che assicurino un omogeneo e corretto recepimento degli indirizzi avviati su tutto il territorio, attraverso un’equa diffusione dell’informazione, rivolta soprattutto alle fasce più deboli della popolazione.

1.4. Il quadro statistico comparato

1.4.1. Introduzione

Una moderna gestione amministrativa, alla luce della complessa ragnatela di relazioni sociali, politiche, culturali e demografiche che si intreccia in ogni collettività di individui, deve riporre le sue fondamenta su informazioni oggettive ed attendibili riguardanti la stessa struttura della comunità, il territorio e le risorse umane e strumentali di cui può disporre.

Tra i diversi possibili percorsi di accesso alle informazioni vi sono le ricerche strutturali sulle caratteristiche economiche, demografiche e sociali di un territorio e dei suoi cittadini, basate su fonti ufficiali di dati quantitativi; le indagini campionarie e i sondaggi d’opinione, per ottenere informazioni di cui, a livello ufficiale, non è possibile disporre, al fine di misurare variabili di natura qualitativa, attraverso le quali conferire definizioni operative ai concetti, rendendoli tangibili e, quindi, misurabili, cioè riferibili a parti sempre più disaggregate dell’insieme osservato.

Nello specifico, tra gli obiettivi fondamentali della legge n. 328/2000 vi sono “tutte le attività destinate a rimuovere e superare le condizioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, tranne quelle assicurate dalla previdenza, sanità, giustizia”. Ciò implica una vasta molteplicità di settori d’intervento, di difficile definizione, che rende complessa qualunque attività politica o amministrativa volta a perseguire criteri di efficienza, di efficacia e di qualità.

In tal senso si configura come uno strumento di supporto fondamentale all’at-

tività amministrativa la realizzazione di un sistema informativo integrato su sanità e società, attraverso cui giungere a quel grado di conoscenza della propria realtà da amministrare, adeguato a perseguire gli obiettivi prefissati. La disponibilità di un sistema informativo permette l'avviarsi di un processo di ricerca-analisi finalizzato alla conoscenza del territorio e dei bisogni del cittadino amministrato, nonché alle eventuali proposte per il miglioramento dei rapporti con l'utenza. A tale disponibilità si giunge avvalendosi di sistemi automatizzati di raccolta dati, immagini e documenti, di classificazione e di ricerca degli stessi, che vadano a completare il quadro, non esaustivo, disponibile a livello ufficiale e costituito da pubblicazioni di dati statistici e specifiche ricerche scientifiche.

Le informazioni statistiche devono rappresentare non un elemento fine a se stesso, bensì uno strumento atto a delineare delle strategie di gestione basate su informazioni preziose, valide ed attendibili, per una migliore amministrazione delle risorse dell'azienda pubblica. La ricerca deve indicare quali sono le priorità di intervento cui deve attenersi l'amministratore pubblico, stabilendo e collocando nel tempo le priorità degli interventi e prevedendo costanti elementi di verifica, fondati su parametri scientifici di misurazione individuati in modo specifico per ogni tipologia di servizi, rendendo la conoscenza del pensiero dei cittadini e della loro struttura socio-demografica la base per l'implementazione delle azioni dell'amministrazione.

In conformità a quanto detto, di seguito è fornito un quadro descrittivo, sintetico, del settore socio-sanitario in Sicilia, secondo le variabili di maggiore interesse individuate dalla legge n. 328/2000, riferite all'ultimo anno per il quale è possibile disporre di dati ufficiali. Al fine di una migliore comprensione del quadro complessivo, si sono confrontati i valori espressi dalla Sicilia con i valori nazionali.

1.4.2. Giovani e anziani in Sicilia

All'inizio del 2001 la popolazione residente in Sicilia ammonta a 5.076.700 unità, che rappresentano l'8,8% della popolazione complessiva italiana. Di queste, il 51,5% sono femmine e il 48,5% sono maschi. Le categorie della popolazione di maggiore interesse, in riferimento al settore socio-sanitario, sono quelle rappresentate dai giovani, cioè bambini fino a tre anni e minorenni, e dagli anziani, cioè popolazione con più di 65 e 75 anni. In particolare, possiamo osservare che, nel 2001, i bambini siciliani fino a tre anni

sono 160.012 e rappresentano il 3,2% della popolazione isolana complessiva, superiore alla quota di bambini espressa a livello nazionale che è del 2,8%.

I minorenni siciliani, ossia tutti coloro i quali hanno meno di 18 anni, categoria ovviamente più vasta rispetto ai bambini, rappresentano in Sicilia il 21,6% della popolazione complessiva, valore che per l'Italia in complesso raggiunge solo il 17,4%. La Sicilia mostra quindi fasce giovanili di popolazione più numerose rispetto all'intera nazione mentre, considerando le fasce più anziane, il rapporto si inverte: infatti, la popolazione Siciliana con età superiore a 65 anni ammonta al 16,4% del totale (834.257 unità), contro il 18,2% della media nazionale.

Possiamo fare simili affermazioni anche per gli anziani siciliani con un'età superiore ai 75 anni, i quali costituiscono il 6,2% della popolazione siciliana contro un'incidenza di questa stessa classe d'età dell'8%, sulla popolazione italiana. In definitiva la Sicilia mostra un'incidenza sulla popolazione complessiva delle fasce fino ai 18 anni superiore a quanto espresso dall'Italia in complesso, mostrandosi quindi mediamente più "giovane". Tali considerazioni occorre che si accompagnino a valutazioni dinamiche sulla popolazione, esposte più avanti.

1.4.3. Gli stranieri

Nei paesi maggiormente sviluppati la componente straniera va assumendo sempre maggior peso e rilevanza, alla luce dei crescenti flussi d'immigrazione, che per l'Italia derivano soprattutto dai paesi del bacino del mediterraneo, dal medio oriente e dai Balcani. L'analisi di tale componente risulta di difficile realizzazione a causa della sua notevole mobilità sul territorio e della tendenza degli stranieri a sfuggire alle indagini demografiche e sociali. Dalle fonti ufficiali dell'ISTAT risultano comunque presenti in Sicilia, al 2001, ben 70.122 stranieri residenti, l'1,4% dell'intera popolazione siciliana. Di questi 70.122 stranieri, il 18,5% (12.960) ha un'età inferiore a 18 anni, risultando cioè minorenni.

Lo stesso dato a livello nazionale si presenta ben più consistente: infatti, la componente straniera della popolazione italiana ammonta a 1.464.589 residenti, cioè il 2,5% della popolazione totale, di cui il 18,9% sono minorenni. Occorre sottolineare che la Sicilia rappresenta soprattutto un punto d'approdo e quindi di passaggio per molti stranieri, i quali poi si trasferiscono nel

resto d'Italia e dell'Europa. I dati ufficiali sono probabilmente sottostimati per la Sicilia, a causa soprattutto del fenomeno degli irregolari e del sommerso.

1.4.4. Le famiglie siciliane

Le famiglie in Italia (dati relativi al 1999) in complesso sono 21.770.664, e di queste ben l'8,4%, cioè 1.839.738 famiglie, sono siciliane. Mediamente la Sicilia esprime famiglie più numerose rispetto al resto del Paese. Infatti, possiamo osservare che una famiglia media siciliana si compone di 2,8 elementi contro i 2,6 elementi del dato nazionale.

Di particolare interesse risulta il comportamento alla spesa mensile di una famiglia siciliana rispetto ad una famiglia italiana. In complesso una famiglia siciliana spende ogni mese, in prodotti sia alimentari sia non alimentari, circa 1.582,17 euro (3.063.515 lire), mentre in Italia tale valore è di 2.088,1 euro (4.043.140 lire).

Una famiglia siciliana spende mediamente il 24% del totale in alimentari e bevande, mentre l'italiano vi dedica solo il 19,1% della sua spesa. Riferito al settore socio-sanitario, la spesa media mensile di una famiglia siciliana è di 63,28 euro (122.542 lire), ben inferiore al valore italiano medio di 88,85 euro (172.047 lire), mentre in "tempo libero, cultura e giochi" una famiglia siciliana spende solo 68,1 euro (122.542 lire) contro i 106,83 euro (206.853 lire) di una famiglia italiana. La spesa di una famiglia è correlata ai redditi di cui essa dispone e, quindi, al cosiddetto concetto di povertà. La sua incidenza è quindi calcolata sulla base del numero delle famiglie (e relativi componenti) che presentano spese per consumi al di sotto di una soglia convenzionale. Tale soglia è definita relativa se determinata ogni anno rispetto alla spesa media mensile pro-capite per consumi delle famiglie, oppure assoluta se basata su un paniere di beni e servizi essenziali, il cui valore monetario è aggiornato annualmente tenendo conto della variazione dei prezzi al consumo. In Italia la variazione del fenomeno povertà è effettuata sulla base di entrambe le soglie, utilizzando i dati dell'indagine sui consumi delle famiglie.

Nell'anno 2000, in Italia, le famiglie che vivono in condizione di povertà relativa sono 2 milioni 707 mila Euro, posto pari a 100 il totale delle famiglie in condizione di povertà, ben 63 risiedono nel Mezzogiorno. Questo dato vede ulteriormente appesantita la sua negatività in considerazione del fatto che nel Mezzogiorno le famiglie residenti rappresentano solo il 32,8% delle famiglie residenti nel Paese.

La povertà assoluta tocca il 4,3% delle famiglie italiane, per un totale di 2 milioni 937 mila individui. Anche in questo caso è nelle regioni del Mezzogiorno che si evidenzia una maggiore concentrazione del fenomeno; infatti, vi risiede il 70,7% delle famiglie assolutamente povere. La Sicilia presenta un elevato numero di famiglie relativamente povere (435.000) e di assolutamente povere (175.000), le quali costituiscono rispettivamente ben il 23,6% ed il 9,5% delle famiglie complessive siciliane. Per una più corretta lettura di questo dato, occorre tenere conto del fenomeno del lavoro sommerso, particolarmente diffuso nel sud d'Italia e in Sicilia e non riscontrabile statisticamente.

1.4.5. Natalità e mortalità

Negli ultimi dieci anni, dal 1991, la Sicilia ha visto crescere la sua popolazione del 2,2%, mentre la popolazione complessiva italiana è cresciuta solo dello 0,1%. Tale differenza è legata ovviamente ai diversi andamenti dei fenomeni della natalità, della mortalità e della fecondità delle donne tra i 15 ed i 49 anni.

Queste sono espressioni sintetiche del dinamismo demografico di una popolazione. L'analisi di tale fenomeno risulta, pertanto, di maggiore interesse e utilità se interpretata alla luce del suo andamento temporale negli ultimi anni. In particolare, nel 1991 in Sicilia sono nati 64.502 individui. Nello stesso anno i morti sono stati 45.460, con un saldo attivo di 19.042 individui. I rispettivi tassi indicano che nel 1991 sono nati 13 bambini ogni 1.000 persone (13), contro 9,1 persone morte ogni 1.000 (9,1). I rispettivi valori per l'Italia sono stati invece un tasso di natalità del 9,6% e un tasso di mortalità del 9,4%.

Alla fine del 2000, si osserva in Sicilia un calo di nascite del 17,6% rispetto al 1991 ed un incremento delle morti del 3%. Come conseguenza, il tasso di natalità al 2000 scende al 10,4%, mentre il tasso di mortalità sale al 9,2%. In Italia nel 2000 si assiste alle stesse variazioni, anche se meno sensibili, con un tasso di natalità che scende al 9,4% ed un tasso di mortalità che sale al 9,7% (calo del 2,4% nelle nascite, aumento del 2,3% nelle morti). La componente migratoria, rispetto al saldo naturale, risulta quindi determinante nella spiegazione dell'incremento generale dei residenti siciliani ed italiani.

Le donne siciliane in età feconda, ossia con un'età compresa tra i 15 ed i 49 anni, all'inizio del 2001 sono 1.257.703 e rappresentano il 48,1% della

popolazione femminile in Sicilia. In Italia invece sono 13.968.244 e costituiscono il 46,9% della componente femminile della popolazione italiana. Attraverso questi dati si ottiene un altro utile indice di dinamismo demografico, cioè il tasso di fecondità femminile, che esprime i nati ogni mille donne in età feconda. In particolare la Sicilia passa da un tasso di fecondità, relativo al 1991 del 51,8%, ad un tasso, al 2001, del 42,2%, mentre in Italia si passa dal 38% del 1991 al 38,9% del 2000. In pratica, per quanto all'inizio del 2001 la Sicilia mostri una popolazione mediamente più giovane rispetto all'Italia, gli ultimi anni hanno evidenziato una maggiore tendenza all'invecchiamento della popolazione siciliana, a causa della forte riduzione delle nascite e della fecondità.

1.4.6. Lavoro e disoccupazione

Nel 2001 l'occupazione in Sicilia ha registrato un ulteriore incremento, confermando la tendenza emersa nel corso dei due anni precedenti. Il numero degli occupati è risultato pari a 1.394mila unità con un incremento di 44mila posti di lavoro rispetto al 2000. L'entità della crescita, pari al 3,2%, ha qualificato l'Isola come una delle regioni più dinamiche a livello nazionale, preceduta soltanto da Abruzzo (4,9%), Sardegna (4,1%) e Calabria (3,3 per cento).

A livello provinciale si segnalano aumenti apprezzabili dei livelli occupazionali a Enna, Messina, Palermo e Agrigento, incrementi meno marcati a Siracusa e Trapani, mentre a Catania e Ragusa l'occupazione è risultata nel complesso stazionaria sui livelli del 2000. La provincia di Caltanissetta è l'unica a denunciare una flessione (circa 3.000 unità). La disaggregazione per sesso mostra ancora una volta la situazione di sostanziale precarietà e difficoltà della componente femminile a trovare spazi nel mondo del lavoro. Nel corso del 2001 il tasso di occupazione femminile regionale (18,8%) nel suo insieme ha conservato livelli modesti, inferiore di oltre trenta punti percentuali alla media dell'analogo indicatore relativo agli uomini (50%).

La provincia che presenta le difficoltà maggiori nell'accesso al mercato del lavoro da parte delle donne è quella di Caltanissetta, dove solo 14 donne su 100 in età lavorativa riescono a trovare un impiego, mentre quella che sembra presentare situazioni meno preoccupanti è Messina (23,9%).

Anche il tasso di disoccupazione femminile, sebbene sia sceso di quasi quattro punti rispetto al 2000, raggiunge livelli quasi doppi di quello maschile

(31,2% contro 16,8%). Le province che registrano i valori più alti sono Caltanissetta (38,6%), Agrigento (38,2%) e Enna (36,9%) a fronte della provincia di Trapani che si qualifica come l'area siciliana con il tasso di disoccupazione più basso (20,4%), seguita da Ragusa con il 24,8%.

Il tasso di disoccupazione giovanile – ottenuto dal rapporto fra le persone in cerca di lavoro di età compresa tra i 15 e i 24 anni e le forze di lavoro della stessa fascia di età – ha evidenziato il persistente disagio dei giovani siciliani nei confronti del mercato del lavoro. Nella Regione 55 giovani su 100 appartenenti alle forze lavoro non riescono a trovare un'occupazione e su scala provinciale addirittura 67 su 100 ad Agrigento. Palermo, Messina e Enna mantengono un tasso di disoccupazione giovanile che supera il 60% mentre Ragusa, che pur vanta minori problemi occupazionali, conserva livelli di poco inferiori al 30%.

Nel periodo 1993-2001, per il quale sono disponibili dati omogenei e confrontabili, l'andamento del mercato del lavoro in Sicilia è stato caratterizzato dapprima da una marcata flessione dell'occupazione cui è subentrato, a partire dal 1996, un moderato trend al recupero divenuto via via più apprezzabile nel corso degli ultimi due anni. L'inversione di tendenza ha condotto a una crescita di circa 115mila posti di lavoro in sei anni, con un saldo netto dei livelli occupazionali rispetto al 1993 di 49mila unità. Nello stesso periodo la dinamica nell'Isola si è confermata non discosta da quella nazionale. Tra il 1993 e il 2001 si è osservata una crescita complessiva di oltre 1.000.000 di posti di lavoro.

Il livello della disoccupazione si è configurato nell'ultimo anno in controtendenza rispetto all'andamento negativo degli anni precedenti, ritornando in prossimità dei livelli toccati nel 1994. Il tasso di disoccupazione nell'Isola è passato dal 19,3% del 1993 al 21,5% del 2001, con un'intensità di variazione omogenea tra uomini e donne.

Riferito alla componente maschile, l'indicatore è variato dal 14,6% al 16,8% e quello femminile dal 30,5% al 31,2%. Su base provinciale sono stati osservati, nel corso del periodo, movimenti disomogenei. Alla stazionarietà di Ragusa si sono contrapposti forti miglioramenti a Trapani e, in misura meno marcata, a Siracusa, mentre crescite non marginali si sono evidenziate a Catania, Agrigento, Messina, Palermo e Enna.

Nel 2001 le persone che hanno cercato un lavoro sono 382 mila, con un apprezzabile calo rispetto all'anno precedente (-10,2%). Il tasso di disoccu-

pazione si è attestato al 21,5%, il più basso da 8 anni, ma ancora distante dal dato medio nazionale (9,5%). La Sicilia rappresenta il 17% delle persone in Italia in cerca di occupazione, aliquota molto superiore alla quota della popolazione residente (8,4% gli abitanti con 15 anni e più). Ampie divergenze si riscontrano nei tassi per sesso: l'indicatore per gli uomini si attesta a poco meno del 17% mentre per le donne supera il 31%.

L'offerta di lavoro non soddisfatta può essere distinta in tre gruppi. I disoccupati in senso stretto, ovvero le persone che hanno perso o lasciato un lavoro, i quali sono ammontati nel 2001 a quasi 136 mila unità, rilevando un calo rispetto l'anno precedente di 24 mila unità (- 9,3%). Le persone in cerca di prima occupazione - 176 mila in media - che rappresentano la quota più consistente (46%) fra tutti coloro che cercano lavoro, è indicativa delle forti difficoltà riscontrabili al primo accesso al mercato del lavoro. La terza categoria raccoglie tutte le persone che, pur presentandosi sul mercato del lavoro e dichiarandosi disposte a lavorare, non hanno svolto una particolare attività di ricerca. Delle oltre 70 mila unità rilevate, 61 mila, pari all'87,2%, sono donne.

Tra i segmenti di popolazione che incontrano maggiori difficoltà ad inserirsi nel mercato del lavoro si segnalano anche le componenti giovanili, che nel 2001 hanno accusato un tasso di disoccupazione del 54,7%, sintesi di indici del 47,2% per gli uomini e del 66% per le donne.

Nel 2001 si è verificata una incoraggiante riduzione del tasso di disoccupazione giovanile (4,2 punti in meno rispetto l'anno prima) confermando l'inversione di tendenza segnalata nel 2000. Il livello regionale risulta ancora molto elevato confrontato con il tasso medio nazionale (28,2%) e lo scarto appare abnorme con riferimento alla componente femminile (66% a fronte del 32,2%).

Una peculiarità del mercato del lavoro sull'intero territorio nazionale è data dall'alta incidenza della disoccupazione di lunga durata, ovvero delle persone che sono alla ricerca di un'occupazione da almeno 12 mesi. In Sicilia essi rappresentano quasi il 71% dei disoccupati in totale, a fronte di una quota nazionale del 62,5%. Nel 2001 vi è stata tuttavia una flessione di tale componente che ha contato 270 mila e 500 persone contro le oltre 300 mila dell'anno precedente, con un calo del 10%.

La dimensione del fenomeno costituisce uno dei problemi principali del mercato del lavoro siciliano; la probabilità di entrare o di rientrare nel circuito

produttivo risulta particolarmente bassa e, senza un contemporaneo aggiornamento professionale, può produrre una progressiva degenerazione delle competenze scolastiche e professionali acquisite e un ancor più difficile reinserimento.

Ulteriori indicazioni sulla disoccupazione regionale possono essere fornite frammentando il fenomeno per titolo di studio. La classe modale risulta composta da coloro che hanno ottenuto solamente il titolo della scuola dell'obbligo (43,3% nel 2001), seguiti dal diploma medio superiore (33%). I possessori di titoli universitari che cercano lavoro sono in media annua 18 mila e rappresentano il 4,8%. Per tale ultima componente il tasso di disoccupazione specifico è il più basso (8,5%) mentre particolarmente elevati appaiono gli indici relativi alle persone meno istruite (25% il tasso specifico di coloro che hanno la licenza media, per esempio). Il passaggio verso un'economia di servizi e una domanda di professionalità che richiedono competenze medio-alte, comporta un inserimento ancor più rilevante di personale con titolo di studio elevato. Lo stesso fenomeno contribuisce, di contro, ad accrescere la difficoltà a uscire dalla disoccupazione da parte di chi non possiede un'adeguata preparazione.

1.4.7. La disabilità in Sicilia

Il fenomeno della disabilità, che rientra negli ambiti applicativi della legge n. 328, risulta di difficile analisi e descrizione a causa sia della sua complessità medica e sociale, sia per la natura sensibile dei dati che concorrono a definirlo. A livello ufficiale la fonte dei dati è l'indagine sulle "condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" condotta dall'ISTAT in cui, fra gli altri, si raccolgono dati concernenti i disabili presenti sul territorio, le strutture per l'assistenza, nonché la percentuale di spesa sanitaria dedicata ad attività per disabili, calcolata sul totale della spesa sanitaria.

In complesso, in Italia i disabili che vivono in famiglia sono 2.615.000 (non sono compresi i bambini fino a 5 anni poiché i quesiti utilizzati per la rilevazione non sono adatti a queste età) di cui 894.000 maschi e 1.721.000 femmine. I disabili e anziani non autosufficienti nei presidi socio assistenziali ammontano a 177.709. Per ogni regione sono stati calcolati i tassi grezzi e standardizzati per mille persone relativi ai disabili dai 6 anni in su.

In dettaglio, in Sicilia il tasso grezzo di disabilità (persone disabili rapportate al totale della popolazione) ammonta a 62,8 per mille, contro il 48,5 per mille

in Italia. Il tasso standardizzato di disabilità, che elimina le differenze tra regioni legate al fattore età, in Sicilia ammonta al 68,9%, il più alto d'Italia, contro il 48,5% relativo alla popolazione italiana.

Il numero di strutture pubbliche per l'assistenza ai disabili in Italia, nell'anno 1999, è di 3.825 unità. In Sicilia ammonta a 199 unità e costituisce solo il 5% del totale. Sul versante privato invece notiamo che le strutture private accreditate per l'assistenza ai disabili, per 100.000 abitanti, sono su tutto il territorio italiano 2377, di cui appena lo 0,5% in Sicilia.

Sono stati calcolati degli indicatori per tipologia di assistenza ai disabili, dati dal rapporto tra il numero dei posti letto per assistenza ai disabili sul totale dei posti. Da questi si evince che sia in Sicilia che in Italia le strutture pubbliche forniscono maggiormente assistenza psichiatrica (rispettivamente 3,6% e 4,1%).

L'assorbimento di risorse per le attività dedicate all'assistenza dei disabili fornisce una misura dell'attenzione riservata a questa fascia della popolazione, senza però poterne valutare l'efficienza nell'utilizzo. Emerge che in Italia la percentuale di spesa sanitaria dedicata ad attività per disabili, sul totale della spesa sanitaria, è del 4,4%, mentre in Sicilia si attesta al 6,5%.

Il livello d'istruzione dei disabili siciliani è lievemente inferiore a quello osservato in Italia nel 2000. Infatti, risulta che i disabili siciliani in possesso di laurea o diploma superiore sono solo il 9%, contro il 10,9% del dato nazionale, che nel 55,5% dei casi i disabili siciliani sono diplomati inferiori o con licenza elementare (56,4% in Italia) e nel restante 35,5% dei casi non hanno titolo di studio (32,7% in Italia). Tale valore va anche confrontato con la distribuzione per titolo di studio dei non disabili, da cui emerge in modo evidente come i disabili presentino un livello di istruzione notevolmente inferiore. Infatti, in Sicilia la percentuale di laureati o diplomati superiori tra i non disabili è del 35,8% (39,3% in Italia), la percentuale di possessori di diploma inferiore e con licenza elementare è del 57,1% (55,5% in Italia) e la percentuale dei senza titolo è del 7,1% (5,2% in Italia).

Un ruolo molto importante è svolto dalle cooperative sociali, le quali svolgono diverse attività secondo il loro statuto. Tra il 1996 ed il 1999 si assiste in Sicilia ad un incremento di cooperative sociali del 206,6%, contro un incremento medio italiano del 60,1%. In Sicilia, in particolare, risulta che 457 cooperative sociali svolgono attività socio sanitaria ed educativa, 415 attività

di inserimento lavorativo, e 24 entrambe le attività. In percentuale in Sicilia esistono, al 1999, 17,6 cooperative sociali ogni centomila abitanti, mentre tale dato in Italia si assesta al 10,7 per centomila.

Dal registro prefettizio emerge, inoltre, che in Sicilia la sezione di maggiore affluenza è quella "produzione e lavoro" (79,6%, contro il 59,4% in Italia), seguita dalla sezione "mista" (19,2%, 38,7% in Italia) e quindi dalle residuali. Infine, dalla tabella successiva possiamo notare la differenza percentuale tra i disabili in termini di occupazione, per categoria di invalidità, esistente tra i siciliani ed il resto degli italiani:

Collocamento obbligatorio: percentuali di occupati fra le persone fruente della disciplina sulle assunzioni obbligatorie legge n. 482/68 (anno 1999)

Cause di invalidità	Sicilia	Italia
Invalidi di guerra	78,8%	96,9%
Invalidi per servizio	62,0%	83,3%
Invalidi del lavoro	39,5%	73,1%
Invalidi civili	12,1%	32,5%
Sordomuti	49,8%	6,9%
Orfani e vedovi/e	23,1%	62,6%
Profughi	41,9%	69,6%
Ex TBC	90,5%	63,1%
Vittime del dovere	15,4%	39,6%

1.4.8. Devianza e disagio minorile

A conclusione del sintetico quadro relativo al settore socio-sanitario siciliano riportiamo alcuni dati che possono dare qualche indicazione sul problema della devianza minorile e del disagio che affligge i minorenni dell'isola. I dati sono relativi all'anno 1999 e derivano da un'indagine svolta dall'ISTAT nel 2001. In Sicilia i minorenni denunciati nel 1999 sono stati 2.776, di cui solo 269 femmine, mentre relativamente all'età solo 320 hanno meno di 14 anni. I restanti 2.456 hanno tra i 14 ed i 17 anni. Gli indici di delittuosità permettono il confronto con il livello nazionale, facendo notare che mentre la Sicilia presenta 83,4 minorenni denunciati ogni 100.000, in Italia tale valore è del 160,6 per centomila. Resta da comprendere se tale dato, riferito esclusivamente al numero di denunce, sia più un indice di delittuosità o un indice di omertà.

Gli stranieri minorenni concorrono alle 2.776 denunce solo nella misura del 6,3%, mentre in Italia tale valore è del 27%. In Italia esistono 25 centri di prima accoglienza per minori, di cui 4 in Sicilia (Palermo, Caltanissetta, Catania e Messina). In generale i minorenni siciliani rappresentano la maggiore quota di presenza nei C.P.A., tranne a Caltanissetta dove la presenza di stranieri è quasi tripla. Catania con i suoi 290 minorenni ha la maggiore quota complessiva dell'isola, contro Palermo con 140, Messina con 45 e Caltanissetta con 40. Ben l'8,6% delle 511 denunce complessive in Italia all'Autorità giudiziaria per violenze sessuali contro minori di 14 anni provengono dalla Sicilia, coinvolgendo 36 persone. Questo dato mostra una tendenza alla diminuzione, sia in Sicilia che su tutto il territorio nazionale.

Infine la dispersione scolastica mostra in Sicilia valori nettamente superiori al resto d'Italia, sebbene con andamento decrescente nell'ultimo decennio. Infatti, si passa dallo 0,45% di alunni della scuola elementare non valutati (poiché hanno interrotto o abbandonato gli studi per cause ignote) alla fine dell'anno 1991 (0,17 il valore in Italia), allo 0,09 del 2000 (0,07 in Italia) e similmente per le scuole medie inferiori si assiste in Sicilia al passaggio da un 2,75% di alunni non valutati nel 1991 allo 0,81% del 2000, valori che in Italia passano dall'1,4% allo 0,39%. Nel 2000 la Sicilia presenta il secondo maggior numero di minori da rintracciare (8 minori, 17% sul totale) di tutta l'Italia dopo la Lombardia, mentre gli stranieri in Sicilia per cui si sono attivate operazioni di ricerca sono solo lo 0,1%.

Nel fascicolo "Allegati" è possibile visionare una serie di indicatori, aggiornati per aggregati di dimensione territoriale distrettuale. Tutti i dati relativi a questo capitolo, così come gli indicatori dell'allegato, sono stati elaborati e forniti dall'ISTAT - Ufficio regionale per la Sicilia.

Cap. 2 LA DOMANDA E L'OFFERTA

La premessa a questo capitolo si può sintetizzare attraverso l'evidente distanza che esiste tra il lavoro prodotto e promosso nella Regione in termini di studi, ricerche, normativa, programmazione e progettazione e gli scarsi dati raccolti attraverso l'implementazione di reti informatiche e di attività di monitoraggio. Mancano soprattutto valutazioni in grado di uniformare i dati riconducibili all'intero territorio regionale, condividendo standard, strumenti e indicatori. Questo è il motivo per cui domanda e offerta vengono identificate in uno spazio unico di analisi, all'interno del quale prevalgono le linee di indirizzo e le strategie applicative, rimandando un più attento confronto con gli ambiti territoriali e con i settori di competenza ad una fase successiva, compresa nel programma triennale di "Verso il piano socio-sanitario regionale", allorquando saranno stati attivati gli opportuni strumenti di analisi e verifica e saranno disponibili i dati di ritorno dei piani di zona.

2.1. La tutela sociale dei disabili

L'avviato programma nazionale di governo a sostegno delle politiche dell'handicap individua nell'integrazione dei servizi sociali e sanitari la risposta efficace ai bisogni delle persone affette da gravi minorazioni di natura fisica, psichica o sensoriale, che ne riducono l'autonomia nella sfera personale e relazionale. Ciò risponde all'esigenza di ricercare ed erogare attività di sostegno per il pieno recupero alla vita sociale, anche in aiuto o supplenza dei nuclei familiari, naturali od affidatari, non più in grado di assicurare adeguata assistenza.

A supporto di tale azione permane l'impiego delle risorse finanziarie stanziolate dalla legge n. 162 del 1998 (art. 3) ripartite a decorrere dal 1998 e confluite nell'istituto fondo nazionale per le politiche sociali (art. 59, comma 44, legge n. 449/97) che per l'anno 2001 e per ciascuno degli anni seguenti ha fissato in Euro 30.470.957,05 lo stanziamento annuale per l'attuazione dei programmi e dei progetti d'intervento, anche di tipo personalizzato, con assegnazione alla Regione Siciliana di Euro 3.342.255,97 per ciascun anno.

Nell'ambito di tali assegnazioni è possibile intervenire ad una corretta programmazione su base triennale delle risorse disponibili, anche capitalizzando l'esperienza maturata nel triennio 1998-2000 in vari contesti dell'Isola, gra-

zie alla partecipazione e all'impegno delle associazioni dei familiari e del privato sociale, con la valorizzazione delle politiche locali nei servizi alla persona ad elevata integrazione socio-sanitaria e con la rimozione delle cause che compromettono la presenza delle persone handicappate nel contesto familiare e sociale, ovvero ne riducono la piena partecipazione alla vita civile nel rispetto del diritto alla dignità, libertà ed autonomia.

La riduzione dell'autonomia personale richiede un accesso globale alla sfera degli individui handicappati con prestazioni personalizzate, sociali ed a valenza sanitaria, di assoluta innovazione, ad integrazione dei servizi già erogati dagli enti locali in attuazione della legislazione regionale di settore (leggi regionali n. 68/81 e n. 16/86). Risulta essenziale al raggiungimento degli obiettivi la partecipazione delle famiglie, associazioni, ONLUS, comprese le IPAB e le organizzazioni di volontariato, sia nella fase della ricerca dell'utenza e progettazione delle iniziative che in quella della realizzazione dei progetti con supporto di natura professionale, relazionale e motivazionale di assoluta valenza etica a beneficio dell'integrazione istituzionale, gestionale e comunitaria degli interventi.

Occorre superare logiche di mera assistenza, seppure necessaria, con approdo ad obiettivi di assoluta promozione e recupero dell'handicappato a "risorsa della società", mediante l'inserimento o il reinserimento nella vita sociale e nel lavoro, con risultati di forte recupero civile ed occupazionale anche per le nuove figure professionali richieste dal settore dei servizi sociali.

Collegato a questo obiettivo è il miglioramento della qualità della vita dell'intera famiglia, con l'offerta di adeguati supporti a sollievo di un impegno costante e interminabile.

Tali obiettivi si collocano agevolmente nell'avviato progetto del Governo a sostegno del ruolo sociale della famiglia, del recupero di valori e scelte di solidarietà collettiva, istituzionale e privata, in un quadro complessivo di sicurezza sociale.

2.2. La tutela delle persone anziane

Il crescente fenomeno demografico dell'invecchiamento della popolazione e del rallentato ricambio generazionale degli ultimi decenni ha posto, con sempre maggiore evidenza, il problema dei soggetti anziani in un ambito non più confinabile all'interno del sistema pensionistico e sanitario.

La tradizionale "istituzionalizzazione" degli anziani più bisognosi, non auto-

sufficienti e/o soli, non si ritiene più una risposta adeguata e sufficiente, investendo pienamente del problema il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

La Regione Siciliana, in linea con l'attività legislativa in favore degli anziani delle altre Regioni, nel 1981 emana la legge di settore n. 87, "Interventi e servizi a favore degli anziani", nel 1986 la legge n. 14, "Integrazioni e modifiche alla legge regionale n. 87/81 e nuove norme in materie di interventi e servizi a favore degli anziani" e nel 1990 la n. 27, "Modifiche, integrazioni ed ulteriori disposizioni per l'attuazione delle leggi regionali n. 87/81 e n. 14/86 recanti interventi e servizi per gli anziani, e della legge regionale n. 22/86, di riordino dei servizi socio-assistenziali".

La legge di riordino n. 22 del 1986 ha disegnato la cornice dentro la quale trovano posto e giustificazione tutti gli interventi socio-assistenziali che la Regione Siciliana intende assicurare ai cittadini, compresi quelli rivolti alla popolazione anziana.

A seguito degli interventi normativi citati, si assiste oggi ad una distribuzione abbastanza capillare su tutto il territorio regionale dei servizi in favore degli anziani. Significativo risulta essere il dato relativo al servizio di assistenza domiciliare in favore di anziani parzialmente o non autosufficienti, bisognevoli di aiuto alla persona e nel governo dell'alloggio, sostegno sociale e psicologico e quant'altro necessario per una vita autonoma all'interno della propria abitazione. Sono circa 30.000 gli anziani che usufruiscono di detto servizio, con un impiego di circa 4.000 operatori qualificati.

Data la natura delle prestazioni e la tipologia dell'utenza, tale servizio rappresenta un ambito in cui l'integrazione con le competenze sanitarie deve assumere particolare significato, incidendo sulle condizioni di vita e di salute dell'anziano, con evidenti riflessi in termini di riduzione della spesa sanitaria.

In via sperimentale, infatti, è stato avviato in alcuni distretti sanitari il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), a favore di anziani non autosufficienti per patologie cronico-degenerative e carenti di supporto familiare, al fine di scongiurarne l'istituzionalizzazione ed il ricovero ospedaliero.

In merito ai servizi residenziali, si registra una presenza di circa 2.000 anziani ricoverati in strutture quali la casa di riposo, la casa protetta, la comunità-alloggio e la casa albergo.

A giudicare dai dati quantitativi riportati in rapporto alla popolazione anziana-

na siciliana si può affermare che si è ancora lontani da una completa politica dei servizi che consideri la globalità dei bisogni delle persone anziane in merito ai problemi di salute, talvolta di sopravvivenza e che comprenda la vita di relazione e culturale, il sentirsi ancora attivi e protagonisti nella vita sociale ed economica, il radicamento nel territorio originario.

In tal senso, occorre pensare a piani di zona che abbiano il carattere della risposta alla globalità dei bisogni e alla totalità dei cittadini anziani. Il che porterebbe a una diversificazione degli interventi in grado di fornire risposte efficaci a esigenze diverse.

2.3. Il sostegno alla famiglia, la tutela dei minori e degli adolescenti, l'affido e l'adozione

In Sicilia, ai fini di una corretta attuazione della normativa recata dalla legge regionale 9 maggio 1986, n. 22, concernente il riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali, la Regione, ed in particolare l'Assessorato degli enti locali, ha avuto modo in questi anni di diramare direttive e istruzioni per richiamare l'attenzione degli enti locali sull'esigenza di attivare, in via prioritaria, interventi e servizi interagenti a tutela dell'infanzia, dell'età evolutiva e della famiglia, secondo il chiaro indirizzo emergente dal titolo II della normativa sopra richiamata. Quest'ultima ha proposto specifici interventi affermando il concetto che il minore deve crescere nell'ambito del proprio nucleo familiare e quindi ogni cura e attenzione va posta nei confronti di quest'ultimo.

La legge di riordino ha sottolineato, inoltre, che la visione separata delle esigenze dei minori rispetto a quelle della famiglia non consente di attuare una efficace prevenzione permanente, per cui si è richiesta un'azione più incisiva e programmata tendente ad attivare servizi permanenti, non limitata ad interventi temporanei, di tamponamento e di emergenza.

Il regolamento-tipo sull'organizzazione dei servizi socio-assistenziali, approvato con il D.P.R.S. 28 maggio 1987, che ciascun comune avrebbe dovuto recepire adeguandolo alle esigenze della comunità amministrata, ha indicato gli interventi e i servizi attivabili in favore dei minori, focalizzandoli nel punto 11 (assistenza ai minori nei confronti dell'autorità giudiziaria) e nel punto 16 (iniziative volte alla prevenzione del disadattamento e della criminalità minore mediante la realizzazione di servizi ed interventi finalizzati al trattamento ed al sostegno di adolescenti e giovani in difficoltà). Nei successivi punti sono state indicate anche le strutture attraverso le quali possono essere realizzati i

relativi servizi (centri diurni di assistenza e di incontro, comunità-alloggio, case protette, centri di accoglienza per ospitalità diurna e residenziale temporanea, ecc.).

Da non dimenticare il D.P.R.S. 29 giugno 1988 che ha approvato gli standards strutturali ed organizzativi dei servizi e degli interventi socio-assistenziali (legge regionale n. 22/86), integrati recentemente dal D.P.R.S. n. 158 del 4 giugno 1996, con il quale sono stati approvati gli schemi di convenzione per i servizi socio assistenziali.

Dall'insieme delle disposizioni legislative e regolamentari fin qui richiamate, si è evidenziato che i comuni, singoli o associati, titolari delle funzioni socio-assistenziali, avrebbero dovuto, con la necessaria gradualità, compatibilmente con le risorse disponibili e coinvolgendo tutti i soggetti istituzionali (autorità giudiziaria minorile, provveditorati agli studi, amministrazioni provinciali, unità sanitarie locali, uffici e ispettorati del lavoro ecc.) nonché il privato sociale e il volontariato, garantire la realizzazione di una politica di prevenzione che affrontasse adeguatamente i problemi dell'abbandono scolastico, dell'inserimento lavorativo, dell'organizzazione del tempo libero, del sostegno alla famiglia, della creazione di strutture ricreative e sportive.

Si è considerata la prevenzione, generale e specifica, completata da interventi volti al recupero e al reinserimento sociale dei singoli, a fronte di modalità di lavoro riparative e di tamponamento, quale punto focale della operatività dei servizi sociali degli enti locali.

I servizi sociali degli enti locali sono stati coinvolti in una serie di attività e di impegni, da svolgere in piena collaborazione con i servizi minorili dell'amministrazione della giustizia, diretti a perseguire il primario obiettivo del recupero e reinserimento del minore nel proprio ambiente.

L'Assessorato degli enti locali, per poter adempiere le richiamate funzioni, ha ritenuto indispensabile promuovere la piena funzionalità dell'ufficio di servizio sociale, che i comuni avrebbero dovuto istituire a norma dell'art. 5 della legge regionale n. 22/86. In proposito, relativamente alla organizzazione di detto ufficio, in rapporto alla popolazione residente ed ai bisogni da soddisfare, si è ulteriormente ribadita l'istituzione dell'ufficio di servizio sociale quale primo punto utile per soddisfare le esigenze strumentali di ciascun comune.

La mancata istituzione di detto ufficio, che a distanza di circa 16 anni interessa ancora un altissimo numero di amministrazioni comunali, non ha consentito una programmazione di iniziative orientata al soddisfacimento di biso-

gni prioritari, complice anche la relativa congruità delle risorse finanziarie disponibili.

L'Assessorato degli enti locali ha potuto accertare che circa il 40% dei comuni siciliani non aveva istituito l'ufficio di servizio sociale.

Non bisogna dimenticare che programmare interventi socio-assistenziali è di per sé un atto complesso: aiuti alla famiglia di origine, servizi di sostegno economico e aiuto domiciliare, interventi relativi all'affidamento, all'adozione e agli altri provvedimenti assunti dalle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza civile e amministrativa. Per lo svolgimento corretto e tempestivo delle suddette attività è indispensabile la presenza continua di operatori in possesso delle necessarie professionalità: assistenti sociali, operatori, psicologi, ecc.

Tale presenza deve essere continua in quanto è indispensabile poter seguire le situazioni individuali, familiari e sociali fino alla loro risoluzione. La realtà siciliana, che rispecchia la realtà nazionale, è connotata dalla presenza, nella stragrande maggioranza dei comuni, di una popolazione così scarsa (e di conseguenti bilanci finanziari così limitati) da non essere assolutamente in grado di svolgere l'insieme delle funzioni sopra indicate.

Si è concordi nel ritenere che i comuni con una popolazione inferiore ai 20.000 abitanti non abbiano concrete possibilità di assicurare un'adeguata gestione dei servizi socio assistenziali.

In Sicilia si tratta di ben 340 comuni su 390, e cioè l'87%.

Va però precisato che in Sicilia i comuni di grandi e medie dimensioni, nei quali si concentrano la maggioranza della popolazione minorile e delle famiglie in difficoltà, seppur da decenni abbiano avuto la possibilità di attivare i necessari interventi alternativi al ricovero, sia per disponibilità di risorse che di personale, in molteplici casi non sono stati in grado di garantire interventi adeguati e sufficienti.

Il primo e determinante condizionamento al decollo delle politiche di tutela dell'infanzia e della famiglia è stato l'assenza pressoché totale di un'azione coordinata di rete dei diversi soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore, finalizzata alla prevenzione. La mancanza di una rete dei servizi si è riversata sugli anelli più deboli del sistema sociale, coinvolgendo gradualmente tutti i soggetti coinvolti nel settore.

Altro nodo problematico è l'integrazione tra sistema sociale e sanitario.

La divisione sempre più netta e a volte esasperata, tra competenze sociali e

sanitarie, ha determinato scompensi e disfunzioni sempre meno sostenibili dalla popolazione in generale e dalle fasce deboli in particolare.

Ciò che si è voluto sottolineare, a parte le particolari problematiche che sono state richiamate, è che le politiche regionali per l'infanzia non hanno inizio con la legge n. 285/97.

In Italia le politiche regionali per l'infanzia e l'adolescenza hanno avuto origine, già nel 1958, proprio attraverso un intervento della Regione Sicilia: il ricovero dei minori negli istituti.

Con la legge n. 285/97 si è iniziato, invece, un percorso nuovo, fortemente voluto e da lungo tempo auspicato, basato sulla concertazione tra istituzioni diverse, che ha già dimostrato le sue fortissime potenzialità. La legge n. 285/97 ha, fra i tanti meriti, quello di aver avviato in tutta la Regione un percorso di progettazione partecipata sui temi dell'infanzia e dell'adolescenza che ha sostenuto e promosso una reale possibilità di affermazione dei diritti dei bambini e delle bambine.

Da quasi quattro anni l'Assessorato regionale degli enti locali e gli enti locali, con non poche difficoltà, si muovono per:

- la definizione di indirizzi e strategie operative per il coordinamento e la qualificazione dei servizi e degli interventi socio-educativi territoriali per i minori in difficoltà e le loro famiglie e per la realizzazione di esperienze di aggregazione sociale, rivolti a preadolescenti e adolescenti;
- il coordinamento istituzionale e tecnico previsto da norme nazionali ed internazionali per la promozione dei diritti e delle opportunità dei bambini e degli adolescenti attraverso la loro partecipazione alla vita della comunità locale, alle esperienze aggregative, per una valorizzazione della loro autonomia e della loro responsabilizzazione;
- la promozione di azioni mirate ad una migliore qualità della vita dei bambini e degli adolescenti, favorendo la vocazione del territorio urbano come spazio educativo, avviando la fruizione dei beni e servizi culturali, ambientali, sociali, ricreativi, sportivi.

Prima della legge n. 285, un piccola parte dei comuni siciliani si occupava, organizzando servizi, dell'infanzia e dell'adolescenza. Con la legge n. 285 il numero dei comuni implicati, arriva al 100%.

Particolare rilievo ha assunto, nel primo triennio di applicazione della legge n. 285, il ruolo delle province, in qualità di istituzioni intermedie. Esse hanno contribuito, in non pochi ambiti territoriali di intervento, alla razionalizzazio-

ne dell'offerta di servizi e di opportunità in comuni piccoli o piccolissimi, favorendo l'integrazione delle risorse ed il coordinamento degli interventi.

Anche per questo è necessario sottolineare, ancora una volta, la grande innovazione metodologica avviata dalla legge n. 285, nella direzione di un uso integrato delle risorse e di una gestione concertata degli interventi da parte delle istituzioni pubbliche tra di loro e dal necessario apporto delle organizzazioni non lucrative e del privato sociale. Si è dato luogo ad un approccio corale che ha coinvolto, per la prima volta in modo continuo e sistematico, le istituzioni e le organizzazioni del terzo settore.

In particolare si possono sintetizzare i seguenti risultati:

- la stipula di accordi di programma tra tutti gli enti locali coinvolti e le altre istituzioni, previste dalla legge;
- la sperimentazione di nuove forme di collaborazione tra gli attori coinvolti;
- l'individuazione di un nuovo ruolo per il privato sociale;
- un diffuso e più attento interesse per i temi dell'infanzia;
- l'avvio di iniziative di tipo innovativo, in molte realtà dove le opportunità per i bambini si limitavano all'offerta di servizi tradizionali, a carattere assistenziale.

Risultati importanti che hanno inciso, insieme ad un reale percorso di concertazione, nell'elaborazione delle nuove direttive regionali emanate con decreto n. 653/01, tendenti a regolare il secondo triennio di applicazione della "285", per gli anni 2000-2002.

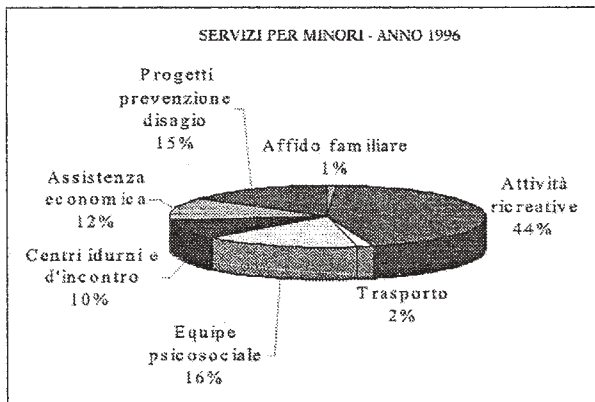
La disponibilità finanziaria per il nuovo triennio, comprensiva dei fondi destinati alle città riservatarie, è di circa 50 milioni di euro, ai quali va aggiunta la quota di cofinanziamento che tutti gli enti locali hanno previsto in una misura non inferiore al 10% del budget a loro assegnato.

L'Assessorato regionale degli enti locali ha completato la fase di "recupero", definizione e approvazione dei piani territoriali di intervento, caratterizzata da un intenso e costruttivo confronto e dialogo tra i referenti "285" degli ambiti territoriali e delle città riservatarie di Palermo e Catania e i funzionari regionali incaricati delle procedure di valutazione.

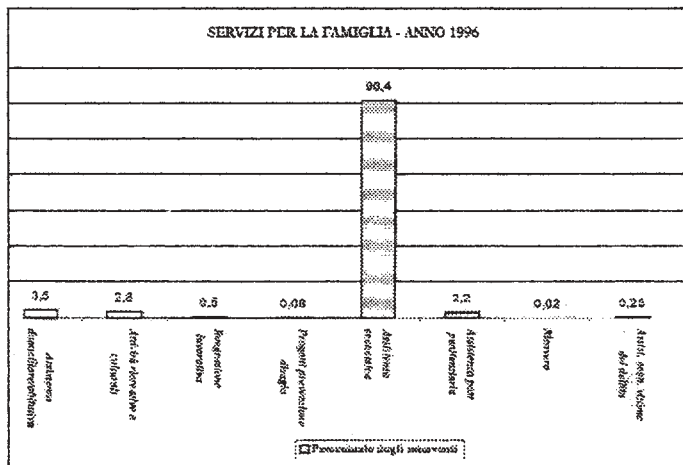
Con l'applicazione regionale della legge n. 285 si è posto un punto fermo da cui sembra molto improbabile tornare indietro: i bambini e i ragazzi, le bambine e le ragazze non sono più un problema solo delle famiglie o degli istituti, ma una priorità nell'azione integrativa delle istituzioni.

Un accenno meritano gli interventi per i minori attuati in Sicilia prima dell'entrata in vigore della legge n. 285. Si può sottolineare il dato relativo ad alcu-

ne iniziative allargate a tutta la fascia minorile, quale l'attivazione di centri diurni, di progetti di prevenzione del disagio e di equipes psico-sociali.



Il dato più rilevante, invece, tra gli interventi rivolti alla famiglia risultava essere ancora, nel 1996, l'assistenza economica, con prevalenza della forma straordinaria. Nella nostra Regione la famiglia ha costituito e costituisce ancora una realtà viva, sebbene stia subendo un forte processo di cambiamento: il tasso di nuzialità resta alto anche se sono in aumento le unioni di fatto; le separazioni e i divorzi, pur essendo in aumento, restano ancora minoritari nei confronti delle molte unioni stabili; va drasticamente diminuendo il numero dei figli per nucleo familiare; la famiglia diviene più anziana; va dilatandosi sempre più la permanenza in famiglia dei giovani non coniugati anche dopo il raggiungimento della maggiore età.



Rimanendo nell'ambito degli interventi rivolti alla famiglia (con riferimento ai dati parziali disponibili), il punto di maggiore evidenza, in termini di risposte alle vecchie e nuove esigenze di chi vive situazioni di disagio, risulta essere l'assistenza economica, con prevalenza di quella straordinaria che, seppur concepita dalla normativa regionale per fronteggiare esigenze contingenti, non assolvibili con le normali disponibilità della famiglia, di fatto viene erogata quale risposta a situazioni di bisogno economico "ordinario".

Anche le altre forme di assistenza economica (vittime del delitto, post-penitenziaria e famiglie dei detenuti) rappresentano interventi per categorie che prescindono da un'analisi specifica sulla condizione del bisogno e sulle risorse socio-familiari. Se l'assistenza economica tradizionale rappresenta, dunque, la forma di intervento privilegiata in quanto più facilmente percorribile, anche per l'assenza di professionalità e strumenti tecnici di valutazione adeguati, dall'altra la mancanza, fino ad oggi, di una politica mirata al superamento della condizione di bisogno, ha condizionato l'efficacia dell'intervento.

Laddove si tratta, invece, di assicurare forme di sostegno economico finalizzato, ci si è limitati ad una esigua capacità di fornire risposte adeguate, come ad esempio nel caso dell'assistenza abitativa.

Un commento a sé meritano questi interventi ed in particolare quelli relativi al sostegno della relazione genitore-figli e delle misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali.

Punto di partenza sono i dati riguardanti i minori nelle strutture residenziali socio-assistenziali, problematica meglio conosciuta sotto la convenzionale dizione di "minori negli istituti".

Una indagine svolta su tutto il territorio nazionale dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza ha censito, nel primo semestre 1998, 1.801 strutture residenziali socio-assistenziali che ospitavano 15.431 minori. Per anni si era parlato di una cifra di poco inferiore ai 40mila minori ospiti di queste strutture; l'indagine del Centro nazionale di documentazione ha dunque ridimensionato alquanto il fenomeno, che è sempre stato portato ad esempio di una cattiva politica verso i minori e le famiglie.

Si sono ricercate e attuate misure alternative all'inserimento del minore in istituto, tema più che mai attuale alla luce della legge n. 149/01, di modifica della legge n. 184/83.

Per la Regione Siciliana la ricerca di dette misure alternative si è tradotta in un diretto impegno, anche finanziario, nel promuovere l'incremento in tutta la

Regione di strutture residenziali aperte per minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria minorile, cioè le comunità-alloggio.

La titolarità di dette funzioni è stata attribuita ai comuni con la legge di riordino 9 maggio 1986, n. 22 (art. 11, comma II, lett. C), ma solo a seguito dell'entrata in vigore della legge regionale 8 novembre 1988, n. 33, recante le norme finanziarie per l'attuazione della citata legge di riordino, è stato possibile attivare concretamente i citati servizi, assumendone i relativi oneri, rimasti a carico del Ministero di grazia e giustizia, fino al marzo 1989.

Questo passaggio di competenze ha spinto l'Amministrazione regionale, ed in particolare l'Assessorato degli enti locali, a prevedere per i comuni, nel cui territorio operano comunità-alloggio che hanno avuto, in precedenza, rapporti di convenzione con il Ministero di grazia e giustizia, l'assegnazione delle somme occorrenti a coprirne gli oneri relativi.

L'Assessorato si è posto anche l'obiettivo di potenziare "le comunità per i minori quali servizi a dimensione familiare nei quali i minori stessi potessero essere osservati e seguiti con metodologie aderenti alla prevenzione primaria", riservandosi "di ampliare la rete dei servizi in parola attraverso l'individuazione di altre comunità idonee ubicate nel territorio delle province scoperte".

Dal 1989 l'Assessorato per gli enti locali, con l'importante contributo della Commissione regionale devianza minorile e adulta, ha svolto un ruolo determinante nell'attuare iniziative volte alla prevenzione del disadattamento e della criminalità minorile. All'uopo si riportano di seguito una serie di passaggi particolarmente significativi:

Anno 1989

- 18 sono le comunità-alloggio, convenzionate con i comuni di Acireale, Monreale, Palermo, San Giovanni La Punta e Sant'Agata Li Battiati;
- viene elaborato dalla Commissione regionale per la devianza minorile e adulta uno schema-tipo di convenzione e trasmesso ai comuni interessati con l'obbligo di uniformarvisi;- vengono determinate le somme da assegnare ai comuni interessati commisurandole ai costi oggettivi, derivanti da previsioni che tenessero conto del compenso fisso mensile e retta giornaliera di mantenimento, con complementarità di quest'ultima rispetto ai costi di base;
- viene imputata la spesa sul capitolo 19039 nella misura del 70% e sul capitolo 58904 nella misura del 30% per un importo complessivo di L. 9 miliardi.

Anno 1990

– 25 comunità-alloggio finanziate.

Anno 1991

– 25 comunità-alloggio finanziate;

– sul fondo per la gestione dei servizi socio assistenziali, di cui all'art. 45 della legge regionale n. 22/86, viene introdotta la riserva di una quota non superiore al 10% "per soddisfare particolari esigenze al di fuori dei criteri di ripartizione prescritti dall'art. 45, comma I, lett. a) della stessa legge regionale n. 22/86". Tale quota viene utilizzata da questo Assessorato per la copertura delle spese sostenute dai comuni per la gestione, in convenzione, di comunità-alloggio per minori sottoposti a provvedimento dell'A.G.M.

Anno 1992

– 25 comunità-alloggio finanziate.

Anno 1993

– 29 comunità-alloggio finanziate.

Anno 1994

– 33 comunità-alloggio finanziate.

Anno 1995

– 33 comunità-alloggio finanziate.

Anno 1996

– 35 comunità-alloggio finanziate,

– con decreto presidenziale 4 giugno 1996 vengono approvati gli schemi di convenzione-tipo per le gestioni da parte dei comuni della Regione dei servizi socio-assistenziali previsti dalla legge regionale 9 maggio 1986, n. 22. Essi costituiscono, ai sensi dell'art. 54 della medesima legge, atti d'indirizzo generale per l'erogazione delle prestazioni integrate sociali e sanitarie e per l'adeguamento degli standards organizzativi di cui al decreto presidenziale 29 giugno 1988;

– a seguito dell'approvazione della legge regionale 25 marzo 1996, n. 7, che all'art. 12 ha previsto la confluenza degli stanziamenti relativi ad alcune leggi di settore nel capitolo 19039, riguardante il fondo per la gestione dei servizi socio-assistenziali, sorge la necessità dell'istituzione di apposito capitolo di spesa.

Anno 1997

– 35 comunità-alloggio finanziate;

– in applicazione dell'art. 45, comma 5 della legge regionale n. 6/97 viene

istituito, nel bilancio di previsione per l'anno finanziario 1997, il capitolo 18956 con lo stanziamento di L. 15.000 milioni, destinato alle spese per le comunità alloggio per minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria minorile, nell'ambito delle competenze civile e amministrativa.

Anno 1998

– 42 comunità-alloggio finanziate.

Anno 1999

– 50 comunità-alloggio finanziate;

– l'art. 57, comma 12 della legge regionale n. 10 del 27 aprile 1999 assegna alla disponibilità dell'Assessore regionale degli enti locali per l'anno 1999 lo stanziamento in L. 30.000 milioni da destinare alla copertura delle spese di gestione, anche in convenzione, di comunità-alloggio per minori e per disabili mentali.

Anno 2000

– 56 comunità-alloggio finanziate.

– nota assessoriale, prot. XII n. 379 di richiesta al direttore del centro per la giustizia minorile di Palermo, di disponibilità di posti.

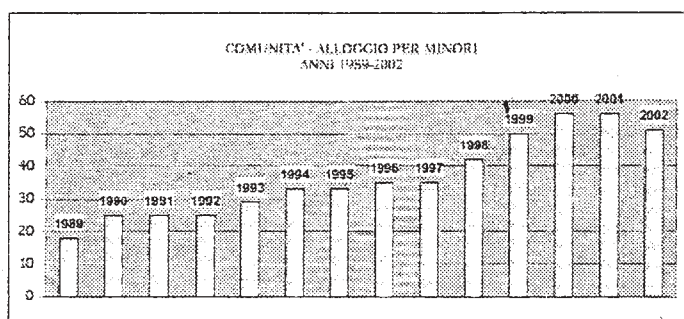
* Nota n. prot. 4366 della direttore del centro per la giustizia minorile di Palermo, di rinnovo delle convenzioni con le comunità di Monreale, Caltanissetta, Acicatena, Caltagirone e Acireale.

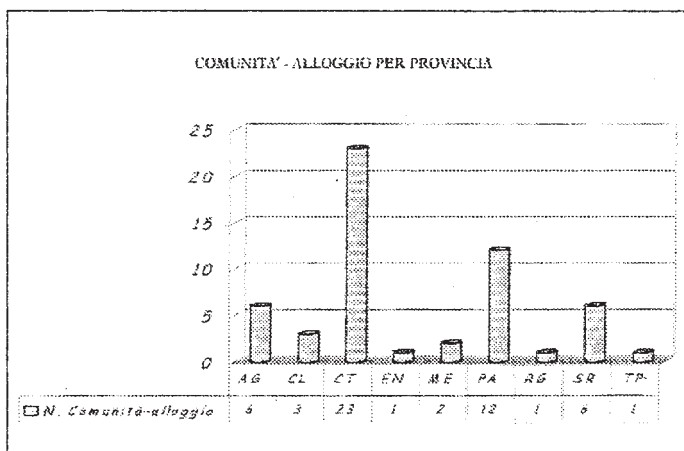
Anno 2001

– 56 comunità-alloggio finanziate.

Sia pure in estrema sintesi, si è ritenuto opportuno puntualizzare lo sforzo effettuato in questi ultimi anni da questo Assessorato nella realizzazione di un percorso teso alla promozione di misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativi assistenziali.

Le comunità alloggio per minori hanno avuto in questi anni un aumento costante nella nostra Regione e hanno coperto tutte le province.





Nel marzo del 1985, prima della legge di riordino dei servizi socio-assistenziali, l'Assessorato degli enti locali assegnava al comune un campo d'azione esteso alla tutela della famiglia e non solamente del minore. Ne derivava per il comune, quale ente di gestione politica dei servizi socio-sanitari sul territorio, l'obbligo di creare tutte le condizioni di sostegno alla famiglia naturale affinché il bambino potesse rimuovere ogni causa di bisogno, individuale e collettivo, che ne potesse determinare l'allontanamento.

La legge n. 184/83, che ha regolamentato l'affidamento familiare, è sembrata sin dalla sua entrata in vigore una risposta adeguata. Ha affermato il diritto di ogni minore a crescere nella propria famiglia e, quando questo non fosse assolutamente possibile, in una famiglia affidataria (in caso di inidoneità temporanea di genitori e parenti) o in una famiglia adottiva (se viene accertato il suo stato di abbandono morale e materiale); in base a questa legge il ricovero in istituto è consentito solo se non è possibile attuare queste iniziative.

D'altra parte l'affidamento familiare è un intervento molto qualificato per evitare l'istituto, anche nelle forme più evolute e "mascherate". L'affidamento familiare, rispetto all'istituto, non ha solo conseguito buoni risultati sul piano psicologico, educativo, affettivo, anche nei casi più problematici, ma ha determinato significativi effetti collaterali: umanizzazione e responsabilizzazione delle istituzioni e dei servizi, crescita personale dei soggetti coinvolti, sviluppo di sentimenti di solidarietà e coinvolgimento del territorio. Non è l'affidamento familiare l'alternativa all'istituto, bensì il contrario perché è l'istituzionalizzazione che deve essere l'eccezione.

La legge n. 184/83 è una buona legge che non è stata attuata in maniera diffusa ed adeguata; sono ancora moltissimi i comuni della Sicilia che non hanno predisposto le procedure ed i servizi necessari per rispettare le priorità di intervento stabilite (nel 1996 i minori affidati in Sicilia risultavano essere circa 350). Spesso diffidenze e pregiudizi ne hanno impedito, fino ad oggi, la piena applicazione.

A questa legge sono mancate le "gambe" per camminare speditamente: una è l'organizzazione di servizi efficaci ed adeguati e l'altra la mancata diffusione di una cultura di politiche sociali "positive e propositive".

In questo senso la legge n. 285/97 è da ritenere estremamente utile, poiché ha proposto una inversione di tendenza dell'intervento pubblico verso i minori e delle priorità specifiche sul tema del l'affidamento familiare. In Sicilia, infatti, i piani territoriali di intervento approvati dall'Assessorato degli enti locali hanno previsto, in ben 18 sub-ambiti e in una città riservataria, altrettanti progetti di promozione, sensibilizzazione e sostegno sul tema dell'affido familiare. È senz'altro un primo incoraggiante risultato.

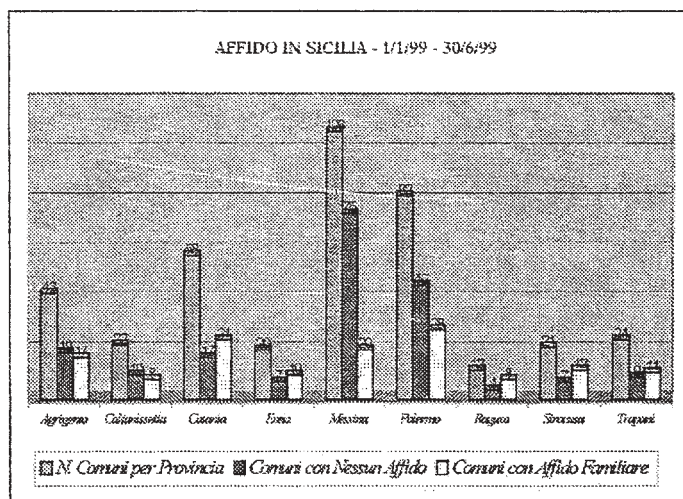
Province	Progetti affido
Agrigento	3
Caltanissetta	1
Catania	2
Enna	1
Messina	1
Palermo	3
Ragusa	1
Siracusa	3
Trapani	3
Palermo-Catania	1

Dall'ufficio area minorile dell'Assessorato enti locali è stata condotta, inoltre, una prima indagine (relativa al periodo 1 gennaio 1999-30 giugno 1999) con l'intento di pervenire ad una quantificazione attendibile degli affidamenti familiari in Sicilia, analizzando ed unificando i dati resi disponibili dai servizi sociali dei comuni che offrono un servizio affido (vedi tabella).

L'indagine è stata strettamente collegata alle finalità espresse dalla legge n. 285/97, con particolare riferimento alla promozione di "misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali." È stato senz'altro il primo

passo di un cammino che, negli intenti, ha l'obiettivo di promuovere occasioni di confronto, tra soggetti pubblici e privati coinvolti, sui molti aspetti connessi all'affidamento familiare e alle nuove problematiche che proporrà l'applicazione, in particolar modo nella nostra Regione, della legge n. 149/01, di modifica della legge n. 184/83.

Una analisi approfondita dei dati relativi all'affido e di tutti gli interventi di sostegno alla famiglia non è possibile in questa sede.



Si può, comunque, sottolineare come negli ultimissimi anni sia cresciuta, da parte di tutti i soggetti istituzionali e non, la sensibilità sui temi dell'infanzia e della famiglia ed in particolare una maggiore attenzione nei confronti dell'affido. I dati sopra riportati dimostrano l'aumento dei minori in affidamento a famiglie e parenti rispetto al 1996.

Venti anni fa la richiesta di adozione non era particolarmente frequente e rilevante, prevalentemente orientata dal desiderio di un bambino di nazionalità italiana e molto piccolo per età.

Un'attenzione particolare merita l'applicazione della legge n. 476/98 in Sicilia.

Oggi l'adozione internazionale, con i suoi 2.000 decreti di adozione che annualmente vengono fatti dai tribunali per i minorenni, anche nel nostro paese è ormai da ritenere un fenomeno molto diffuso.

I minori per i quali è stata concessa l'autorizzazione all'ingresso in Italia, al 31 dicembre 2001, sono circa 2.150.

Era pertanto necessaria ed attesa la legge 31 dicembre 1998, n. 476, "Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta all'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri", che ha rappresentato un primo significativo passo verso la cooperazione tra i paesi di origine e di accoglienza dei bambini, nel rispetto di un'etica procedurale diretta a rendere trasparente e corretta l'adozione e a stroncare il mercato dei minorenni in difficoltà.

Alla base della legge c'è il convincimento che l'adozione internazionale deve essere realizzata nell'interesse preminente del minore in reale stato di adottabilità, non rimediabile nel suo paese, attraverso l'inserimento in un'altra famiglia. La "476" ha introdotto percorsi di adozione più trasparenti e innovazioni procedurali, ha attribuito notevoli funzioni ai comuni e previsto la costituzione di nuovi organismi.

Rispetto alla precedente normativa (legge n. 184/83) sono state apportate significative variazioni nelle procedure per l'adozione.

Tutto ciò ha reso necessaria una revisione organizzativa delle attività e imposto un profondo cambiamento culturale negli operatori giudiziari, sociali e sanitari che sono impegnati nel preparare, facilitare, seguire e decidere l'inserimento di un bambino straniero, di cultura e spesso anche di razza diversa, in una famiglia italiana e nel rendere meno difficile il suo inserimento nel nostro tessuto sociale.

In Sicilia questo processo di cambiamento è in atto e la nostra Regione risulta essere, insieme alla Lombardia, all'Emilia Romagna e al Veneto, all'avanguardia nell'applicazione della "476".

Già nel 1998 erano state presentate, in Sicilia, 588 domande di adozione internazionale e a seguito dell'entrata in vigore della legge, con dato relativo all'anno 2001, sono stati autorizzati ad operare, nell'isola, 15 enti, 7 dei quali con sede legale in Sicilia.

Ai fini, infatti, di una compiuta attuazione della legge sull'adozione internazionale la Regione, ed in particolare l'Assessorato regionale per gli enti locali, ha avviato tutte le procedure previste dalla legge. L'emanazione, innanzitutto, nell'anno 2000 di una direttiva in raccordo con l'Assessorato della sanità, che ha segnato l'inizio di un percorso nuovo, fondato su precise istanze di cooperazione interistituzionale.

Attraverso tale direttiva e la sottoscrizione di un protocollo d'intesa per l'applicazione della "476" da parte dell'Assessorato degli enti locali, dell'Assessorato della sanità, dei tribunali dei minorenni e degli enti autorizzati, in Sicilia si è:

- avviata l'integrazione socio-sanitaria, richiesta espressamente dalla legge sull'adozione, prevedendo la collaborazione tra gli uffici di servizio sociale dei comuni (assistenti sociali) e i consultori (psicologi);
- imposta la costituzione delle "equipes adozioni" (assistenti sociali e psicologi);
- suddiviso il territorio regionale in aree distrettuali, coincidenti con i distretti sanitari;
- individuato meccanismi utili al superamento delle carenze degli uffici di servizio sociale dei comuni, attraverso forme di collaborazione tra enti locali ricompresi nelle stesse aree distrettuali;
- istituito il Coordinamento regionale per l'adozione internazionale con il compito, soprattutto, di fissare tempi e modi dell'integrazione tra servizi ed enti autorizzati. Tale organismo, unico in Italia, ha destato notevole interesse sia da parte della Commissione nazionale per le adozioni internazionali che delle altre Regioni.

È stato, infine, richiesto un forte impegno ai servizi sociali degli enti locali che, avvalendosi della collaborazione delle aziende sanitarie locali e degli enti autorizzati, nell'accompagnare il percorso adozionale devono:

- fornire informazioni sull'adozione internazionale e sulle relative procedure, sugli enti autorizzati e sulla loro funzione;
- curare la preparazione degli aspiranti all'adozione, aiutandoli a conoscere le loro risorse e le motivazioni profonde della richiesta adottiva, nonché a verificare insieme a loro la reale disponibilità ad affrontare i compiti che intendono assumere;
- acquisire elementi sulla situazione personale familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, sulla loro attitudine a farsi carico di un'adozione internazionale, sulle eventuali caratteristiche particolari del o dei minori che sarebbero in grado di accogliere;
- acquisire ogni altro elemento utile affinché il tribunale per i minorenni possa valutare la loro idoneità all'adozione internazionale.

Il compito dei servizi è quindi essenzialmente di aiuto e di chiarimento, mentre la valutazione dell'idoneità spetta al giudice.

Anche dopo l'adozione può essere importante il ruolo dei servizi. Anzi, specialmente nei primi tempi, esso è indispensabile per aiutare i nuovi genitori adottivi e il bambino nell'affrontare e risolvere i diversi problemi che possono presentarsi nella fase di inserimento. Inoltre, la maggior parte dei paesi di origine chiede, almeno per un anno, periodiche relazioni sulle condizioni del bambino e sul suo inserimento nella nuova famiglia.

È quindi indispensabile che i servizi seguano l'andamento della nuova adozione almeno per tale periodo. I servizi sociali e gli enti autorizzati non sono in concorrenza tra loro: la loro collaborazione è indispensabile, ed è prevista dalla legge.

La Regione Siciliana, attraverso il competente lavoro dei referenti regionali per l'adozione internazionale, ha avviato un processo di reale innovazione. Tutto ciò, però, necessita di un supporto costante anche attraverso percorsi di formazione degli operatori e la costituzione di una banca dati in grado di monitorare, verificare e valutare il fenomeno delle adozioni internazionali nella Regione. Sono stati compiuti, in questa direzione, passi importanti e avviate collaborazioni a livello interistituzionale che hanno fatto della Sicilia un esempio da seguire.

PARTE SECONDA

Cap. 3

L'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO E LE FINALITA' DEL PIANO, ALLA LUCE DELLA LEGGE N. 328/2000

3.1. Il welfare delle responsabilità

Gli artt. 4, 5 e 6 della legge 8 novembre 2000, n. 328 disegnano il quadro di gestione integrata dei servizi socio-sanitari nel quale, accanto ai soggetti istituzionali, enti locali, regioni e Stato, partecipano, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato, ma anche i nuclei familiari, l'iniziativa delle persone, le forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata, nonché i soggetti che rappresentano i "bisogni dei cittadini", quali le organizzazioni sindacali.

La prima scelta del piano socio-sanitario è dunque quella di porre al centro del nuovo sistema degli interventi e dei servizi sociali regionali le responsabilità diffuse delle comunità locali. Conferire ai cittadini, singoli e associati, l'opportunità di esercitare concretamente i doveri di solidarietà sociale indicati nell'art. 2 della Costituzione.

Questo significa che la Regione intende dare spazio alle donne e agli uomini che vogliono impegnarsi a tutela dei beni comuni, promovendo in ogni ambito territoriale lo spirito di comunità, attivando un processo che sostiene:

- le modalità di coinvolgimento stabile dei soggetti sociali nella organizzazione dei servizi e delle prestazioni, in un rapporto non solo più di affidatario o fornitore del pubblico, ma di partenariato attivo;
- lo sviluppo, in tutto il sistema di organizzazione ed erogazione dei servizi, di modalità di coinvolgimento dei cittadini come utenti e fruitori dei servizi, ma anche di controllo della qualità e della funzionalità;
- le modalità con cui si passa da uno Stato né solo erogatore, né solo esattore ad uno Stato che ha tra i suoi specifici compiti quello di promuovere risorse, capacità imprenditoriali e organizzazioni, diretta espressione della società civile, come soggetti di un welfare comunitario;
- l'assetto complessivo di regole che, in maniera appropriata alle peculiarità

del settore, sappiano coniugare l'obiettivo del raggiungimento della qualità con principi di trasparenza, pluralismo di offerta, corretto confronto competitivo;

- l'offerta al mondo della produzione di opportunità per esercitare la propria "cittadinanza di impresa";
- la valorizzazione di tutte le forme di partecipazione previste dal sistema regionale, sviluppando a tutti i livelli una cultura del partenariato con i movimenti e le associazioni dei cittadini e con gli operatori dei servizi.

3.2. La cultura socio-sanitaria

3.2.1. I punti cardine per l'affermazione di una cultura socio-sanitaria

La Regione Siciliana si avvia verso una riforma profonda e duratura del sistema dei servizi socio-sanitari. Per farlo, non dovrà solo mettere in campo grandi capacità operative e gestionali, né basterà disporre di risorse adeguate: serve anche una nuova mentalità. La riforma non sarà incisiva se non si adotta una vision che consideri i cittadini e le famiglie "soggetti" protagonisti della rete degli interventi e dei servizi sociali, non "casi" "oggetto" di prestazioni. Questa nuova cultura permetterà di aprire spazi per l'esercizio della cittadinanza attiva nel campo sociale, attuando un principio di libertà di scelta e di reciprocità.

3.3. Il ruolo delle politiche sociali

La riforma dei servizi sociali e socio-sanitari costituisce una preziosa occasione per rilanciare la centralità delle politiche sociali in tutto il territorio regionale. Per troppo tempo il "sociale" è stato percepito come realtà marginale rispetto ad altri settori dell'amministrazione, più come "spesa" e meno come "investimento". Il piano socio-sanitario sarà quindi lo strumento tramite il quale le politiche sociali si pongono come percorso privilegiato per assicurare condizioni di benessere alle persone, alle famiglie e alla società, e non solo come risposta emergenziale e assistenziale per i casi di maggior disagio. Le istituzioni e la società siciliana, oltre a programmare e realizzare un sistema integrato di servizi e interventi sociali qualitativamente e quantitativamente adeguati, avranno così la possibilità di "leggere" le politiche dello sviluppo locale dal punto di vista del bisogno e della domanda sociale.

In una visione sinergica dell'azione politico-amministrativa, il "sociale" orienta e integra quindi anche le politiche sanitarie, urbanistiche e abitative, della

scuola e dei servizi per l'infanzia, della formazione e del lavoro, dell'ambiente, dei trasporti, delle periferie, delle pari opportunità tra uomini e donne. Non basta infatti migliorare i servizi sociali, perché siano più efficaci e funzionino meglio. Bisogna favorire una crescita complessiva del territorio regionale perché sia più accogliente per tutti, più vivibile, più "socialmente compatibile", specialmente per chi fa più fatica ed è in difficoltà.

Mediante il piano socio-sanitario, in uno sforzo corale senza precedenti in questo settore, la Regione e gli enti locali, insieme alle forze vive del territorio, programmeranno e realizzeranno un sistema articolato e flessibile di protezione attiva, fondato su un modello di welfare territoriale comunitario.

Il settore sociosanitario deve integrarsi con il sanitario, valorizzando e completando le proprie caratteristiche specifiche, senza rinunciare ad esse. La sanità interessa particolarmente la salute dell'universo dei cittadini, mentre il sociosanitario comprende i bisogni di gruppi di cittadini svantaggiati, emarginati, esclusi, a rischio, una parte dei quali con particolari problemi anche sanitari (disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, anziani, etc.).

L'oggetto del presente piano della Regione non è quindi la sanità in senso stretto, ma la qualità della vita dei cittadini.

In questa ottica, la qualità della vita di tutti i cittadini svantaggiati è una fondamentale dimensione della qualità della vita dell'intera società.

Trasformare tutti i gruppi svantaggiati da soggetti di assistenza in soggetti d'iniziativa che attivamente partecipino alla soluzione o alla gestione dei loro problemi costituirà uno straordinario valore aggiunto alla qualità dello sviluppo in Sicilia.

Tale valore aggiunto diverrà ancora più grande se i gruppi svantaggiati potranno attivamente partecipare, insieme con gli altri cittadini, a tutte le azioni di sviluppo del loro territorio.

3.4. La welfare community

In coerenza con la legge n. 328/2000 e con il piano sociale nazionale, il piano sociale regionale promuove lo sviluppo di un Welfare che può essere definito plurale, perché costruito e sorretto da responsabilità condivise, in una logica di sistema allargato di governo, che valorizzi il federalismo solidale in cui:

- tutti i livelli di Governo, comuni, province, Regione, sulla base degli indirizzi dello Stato e della Unione europea e tenendo conto delle specificità territo-

riali, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, concorrono a formulare, realizzare e valutare le politiche sociali;

- le organizzazioni sindacali e le associazioni sociali e di tutela degli utenti partecipano a formulare gli obiettivi di benessere sociale e a valutarne il raggiungimento;

- le comunità locali, le famiglie, le persone sono soggetti attivi delle politiche sociali e, in quanto tali, svolgono un ruolo da protagonista nella progettazione e nella realizzazione del sistema;

- l'aggregazione e l'auto-organizzazione degli utenti, delle famiglie, delle persone è fattore di arricchimento della rete dei servizi;

- le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che operano in campo socio-assistenziale partecipano alla programmazione regionale del sistema;

- le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato accordi, concorrono alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema integrato;

- le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli altri soggetti privati provvedono, insieme ai soggetti pubblici, all'offerta e alla gestione dei servizi. Un ruolo molto importante nella programmazione e nell'attuazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali lo esercitano gli enti e gli organismi dipendenti o collegati con la chiesa cattolica e le altre chiese e confessioni religiose, le quali rappresentano importanti bisogni e domande sociali, oltre a contribuire generosamente, spesso in modo determinante, nell'offerta di servizi in beneficio della popolazione più bisognosa.

Anche il mondo della ricerca e della formazione, di cui la Regione è ricca, partecipa in pieno alla programmazione e alla realizzazione della rete di interventi e servizi sociali con il suo patrimonio scientifico e di sapere. Non va dimenticato, infine, la funzione del mondo della finanza e del credito, soggetto fondamentale per realizzare un sistema di interventi e servizi efficiente e sostenibile.

Occorre promuovere un'organizzazione sociale che "si prenda cura" dei suoi membri e pensare a servizi che promuovano la piena cittadinanza di ciascuno, attivando uno scambio intenso e continuo fra reti informali e reti formali, fra le risorse familiari-parentali, quelle della comunità e quelle dei soggetti pubblici. Solo con una forte attenzione agli aspetti relazionali, è possibile con-

trastare efficacemente i molteplici percorsi che conducono all'esclusione sociale e ridurre le aree del disagio; solo all'interno di una comunità solidale è ipotizzabile nella società attuale la piena cittadinanza per tutti.

L'obiettivo del sistema di welfare locale è la realizzazione di questa comunità solidale. La prima scelta del piano socio-sanitario sarà dunque quella di mettere al centro del nuovo sistema degli interventi e dei servizi sociali siciliani i diritti di cittadinanza e le responsabilità diffuse della comunità locale. La rete dei servizi essenziali, da costruire in ogni ambito territoriale, dovrà affrontare i bisogni del territorio, prevedendo innanzitutto un insieme di interventi volti a comprendere le ragioni del disagio e a promuovere l'ascolto delle persone, per poter consigliare percorsi o anche semplicemente per favorire l'orientamento nel sistema dei servizi.

L'invecchiamento della popolazione, la bassa natalità, unitamente ai segni di un crescente disagio giovanile, impongono un profondo ripensamento delle politiche per la famiglia. Appare prioritario far ruotare una parte considerevole del sistema pubblico-privato dei servizi su uno specifico progetto sociale: sostenere e rendere possibile il lavoro di cura della famiglia, senza che questo abbia a penalizzarla, specialmente nelle sue componenti femminili. Bisogna ridurre solo a casi estremi le pratiche di istituzionalizzazione dei componenti deboli e non autosufficienti del nucleo di convivenza.

I comuni sono chiamati a realizzare tutto questo non da soli, ma attraverso un'azione di "regia" tesa a promuovere le risorse delle collettività locali, coordinare i programmi e le attività degli enti che operano nel territorio, sviluppare collegamenti operativi tra i servizi ed intese con le Aziende sanitarie, adottare strumenti per il controllo di gestione e la valutazione.

3.5. La "Governance": poteri e funzioni dei soggetti sociali

La partecipazione attiva ed ordinata di tutti questi soggetti non è possibile senza nuove forme di esercizio di governo locale da parte degli enti locali. A loro spetta la responsabilità istituzionale di promuovere e coordinare le politiche sociali, assicurando i livelli essenziali delle prestazioni e la qualità dei servizi. Da livelli di governo gerarchicamente ordinati, che muovono da un principio di autorità nella formazione delle decisioni (Government), si dovrà passare gradualmente ad un sistema di governo in cui le decisioni non sono più prese al centro, ma co-decise da una rete di attori interdipendenti secondo una logica di Governance.

La Governance nei sistemi di welfare significa metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche sociali. In quest'ottica il piano socio-sanitario si configura come uno strumento atto a garantire processi di programmazione condivisa, di individuazione delle priorità di intervento, attraverso la formulazione di obiettivi, risorse, tempi e strumenti in grado di garantire una rete di protezione sociale, condizioni di equità per l'accesso ai servizi e processi di inclusione sociale delle fasce deboli.

La legge di riforma delinea un sistema di "Governance" – indicato come asse di innovazione dell'Unione europea – ovvero la costruzione di un sistema allargato di governo, nel quale accanto alla promozione e alla regolazione pubblica, convive la coprogettazione, un esercizio di responsabilità condivisa, dei soggetti pubblici, privati e sociali, dei soggetti istituzionali e non.

Tale impostazione supera le diverse interpretazioni ideologiche del principio di sussidiarietà, perché assume un modo di pensare che rifiuta livelli gerarchici di competenza separati e propone un sistema reticolare, in cui tutti i livelli di governo concorrono a formulare, a proporre, a realizzare le politiche sociali. In questa direzione occorre comprendere il sostegno che la riforma prevede per la qualificazione dei soggetti del terzo settore e per la valorizzazione del volontariato.

Ma la legge indica anche un'ulteriore innovazione basata sull'idea che la qualità dei servizi non può compiutamente realizzarsi se i "saperi sociali" non si coniugano con i saperi professionali.

Per realizzare servizi di qualità è infatti previsto il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze professionali in campo sociale.

3.6. I servizi alla persona e il "sistema-territorio"

La prima sfida che il nuovo sistema dei servizi dovrà raccogliere è quella della "territorialità". La preparazione del piano sociale regionale e dei piani di zona offrirà l'occasione per identificare e costruire progressivamente un nuovo equilibrio nella programmazione e nella gestione degli interventi e dei servizi sociali tra il livello centrale e quello decentrato. In questa prospettiva la riorganizzazione dei servizi mette al centro del sistema il territorio-comunità come il luogo che assume il soggetto nella sua dimensione storico-sociale concreta. In tal senso la territorializzazione va intesa come collegamento dei servizi alla comunità locale e come radicamento di azioni volte a sviluppare legami sociali e di reciprocità.

A partire da un'attenta mappatura del territorio per quanto riguarda la domanda sociale e la presenza di servizi e risorse comunitarie, occorrerà prevedere un progressivo riequilibrio nell'organizzazione dei sistemi locali di *welfare*, allo scopo di garantire pari opportunità a tutti. Ciò naturalmente non va nella logica dell'annullamento delle specificità locali, quanto piuttosto del giusto riconoscimento delle caratteristiche sociali e culturali storicamente sedimentate e della promozione, allo stesso tempo, di un quadro omogeneo di servizi: un disegno volto innanzitutto a valorizzare e mobilitare le specifiche risorse delle comunità locali, e quindi a favorire azioni di tipo associativo e collaborativo fra i diversi soggetti pubblici e privati.

La ricognizione sulle caratteristiche locali potrà mettere in risalto, tramite una migliore conoscenza delle realtà territoriali, anche alcuni squilibri tra i diversi territori. È necessario perciò sostenere politiche redistributive quando si disegneranno sul territorio le reti di servizi essenziali: è importante infatti garantire omogeneità di trattamento e pari opportunità ai cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza.

3.7. Il decentramento socio-sanitario

Nel nuovo contesto istituzionale che discende dall'approvazione della legge quadro, è necessario che la "rete" si costituisca chiaramente intorno agli enti locali. Le comunità locali, intese come sedimentazione storica di relazioni significative all'interno di uno stesso territorio, rappresentano il riferimento primario per la costruzione del sistema territoriale dei servizi socio sanitari. In questa prospettiva la programmazione deve tradursi in un'azione di messa a sistema delle diverse risorse per progettare lo sviluppo sociale locale. Il ruolo del comune (o meglio dei comuni associati, almeno nella maggior parte dei casi) va valorizzato come soggetto fondamentale di progettazione e di regia dei servizi, anche se le diverse dimensioni dei comuni consigliano di differenziare il ventaglio delle modalità organizzative e gestionali.

Il distretto socio-sanitario è indicato dalla legge di riforma quadro come l'ambito territoriale ottimale su cui dimensionare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali. Si dovrà coniugare perciò la scala di grandezza più coerente con il decentramento dei servizi, per favorire la rispondenza alle esigenze dei cittadini: un sistema di prestazioni vicino alla gente e di buona qualità. Sembra per certi aspetti la "quadratura del cerchio". Questo problema può essere superato solo attivando vecchie e nuove forme di aggre-

gazione, Ciò presuppone il graduale superamento dei tradizionali “campanilismi” fra zone diverse, tra comuni piccoli e città medie e grandi. Si impone l’avvio di un processo che abitui i comuni a lavorare insieme, nella consapevolezza che le risposte ai bisogni dei propri cittadini non possono essere sempre rintracciate all’interno dei confini, talvolta veramente angusti, del proprio paese.

Un importante riferimento per comprendere i cambiamenti in atto è il decreto legislativo n. 229/99, la riforma sanitaria ter. L’aziendalizzazione dell’assistenza sanitaria introdotta dal decreto legislativo n. 502/92 ha in certi casi prodotto risanamento economico delle aziende sanitarie, ma spesso ha comportato ricadute negative per le persone in stato di bisogno, nei casi in cui non sono stati garantiti i livelli essenziali e uniformi di assistenza e nei casi in cui è stata penalizzata l’integrazione socio-sanitaria. Tutto questo è potuto accadere per ragioni molteplici quali l’incapacità programmatica, l’eccessiva burocratizzazione dei processi, i deficit di managerialità. Spesso il fattore determinante è stato il rimpallo delle responsabilità a fronte di bisogni complessi e gravi che per avere risposte dovevano riferirsi a diversi centri di responsabilità.

Normalmente chi ha più bisogno non ha solo bisogno di risposte sanitarie, ha anche bisogno di assistenza sociale, ha bisogno di orientamento e di accompagnamento, ha bisogno di interventi di diversa natura, non necessariamente riconducibili all’ambito esclusivamente sanitario o esclusivamente sociale.

Ma se chi deve dare le risposte non si confronta, non concorda sulle responsabilità reciproche, non concorda su come esercitarle in modo collaborativo, di fatto concorre a generare una realtà di soggetti istituzionali incapaci di esercitare efficacemente le loro funzioni autonome e complementari, quelle cioè che l’Azienda sanitaria, il comune, la Regione, la provincia, le Ipab devono esercitare in modo integrato e collaborativo per dare risposta a chi ha più bisogno e al cittadino in genere.

A tal proposito una indagine sullo stato di attuazione del servizio sociale delle Aziende sanitarie condotta dall’ordine professionale degli assistenti sociali della Regione Siciliana nell’aprile 2002, ha evidenziato la seguente situazione:

– mancata istituzione del servizio sociale aziendale (Azienda unità sanitaria locale ed in tutte le A.O.) nel 59% dei casi. Solo nel 18% dei casi è stata affidata la responsabilità del servizio;

– esclusione del servizio sociale dalla programmazione e dallo sviluppo delle linee di politica aziendale;

– scarsa attenzione della direzione aziendale alle tematiche socio-sanitarie e mancato riconoscimento del mandato istituzionale.

La riforma ter rispetto a questi problemi dice che:

– quando c'è un bisogno molto intenso che richiede elevata integrazione socio-sanitaria, gli oneri degli interventi gravano totalmente sul fondo sanitario nazionale, evidenziando come in questi casi le aziende sanitarie devono garantire risposte certe, in tempi definiti;

– quando invece l'integrazione richiede un apporto più bilanciato da parte delle aziende sanitarie e dei comuni, i criteri per farlo saranno ricavabili da un atto di indirizzo emanato dal Ministero della sanità d'intesa con il Ministero per gli affari sociali, che insieme indicheranno le tipologie di prestazioni socio-sanitarie e i relativi costi;

– gli enti locali devono tornare ad occuparsi di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, a livello regionale, aziendale e soprattutto distrettuale, partecipando all'analisi dei bisogni e alla definizione delle priorità, collaborando alla elaborazione dei programmi delle attività territoriali, verificando il conseguimento dei risultati, investendo per la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Occorre produrre uno sforzo culturale oltre che organizzativo per rendere uniforme e unitario il governo delle politiche sociali e rendere più semplice la definizione di punti di riferimento certi per tutte le attività di integrazione e concertazione, sia orizzontali che verticali. Questa scelta, fortemente collegata all'indirizzo socio-sanitario, propone alla Regione e agli enti locali la ricerca di deleghe assessoriali che accorpino i diversi ambiti dell'intervento socio-sanitario e che possano comprendere, quanto meno, le competenze delle pari opportunità, dell'immigrazione e delle dipendenze.

L'integrazione socio-sanitaria

Il modello che viene proposto dalle più recenti norme statali e regionali prevede che lo Stato, le regioni, le province e i comuni adottino il metodo della programmazione con la partecipazione dei vari possibili soggetti gestori ed esplicitino le proprie scelte sotto forma di documenti da rendere di pubblica conoscenza, con periodiche verifiche sull'efficacia ed efficienza dei servizi attivati. Strumento fondamentale viene considerato l'utilizzo di informazioni

sui bisogni da soddisfare e sull'evoluzione della domanda, la ricognizione delle risorse disponibili e l'individuazione delle risorse aggiunte sia della pubblica amministrazione sia del privato sociale e delle imprese.

L'intersectorialità degli interventi può essere ottenuta attraverso una rete che permetta una cooperazione tra un numero maggiore di soggetti, istituzionali e non, coinvolti in un determinato problema, creando delle zone di intervento per la salute intese come ambiti territoriali definiti non in base ai confini amministrativi ma alla distribuzione di un problema di salute rilevante e alla rete di relazioni instaurate tra soggetti pubblici e privati no profit o privati accreditati. L'integrazione socio-sanitaria assume un ruolo strategico nella programmazione ed organizzazione dei servizi per larghe fasce di popolazione. Implica scelte in ordine ad aspetti istituzionali, all'individuazione di strumenti di programma e gestione dei servizi, alla predisposizione di meccanismi di coordinamento e di percorsi formativi per l'integrazione professionale, all'individuazione di procedure qualificate di accesso ai servizi.

A livello di programmazione regionale, il piano sociale e il piano sanitario dovranno individuare previsioni comuni in ordine alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari da predisporre sul territorio e ai livelli di assistenza sanitaria e sociale. La Regione intende incentivare la programmazione integrata, favorendo con incentivi, anche finanziari, soprattutto attraverso l'utilizzo dei "Progetti obiettivo" e "Progetti pilota", i distretti che opereranno meglio in questa direzione.

La coincidenza sul territorio del distretto sanitario è indispensabile per integrare le risorse provenienti dal comparto sociale, per garantire una maggiore efficienza del sistema.

Il distretto rappresenta l'ambito territoriale di riferimento per l'accesso ai servizi sanitari, di conseguenza appare indispensabile che anche per i servizi socio-sanitari venga individuato lo stesso ambito di riferimento.

Per facilitare il cittadino nell'accesso ai servizi e garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi, occorre istituire sportelli unificati per l'accesso, sintetizzare le procedure, collegare e mettere in rete tutti i punti di accesso del distretto.

In questo ambito rientra la competenza del segretariato sociale, le cui funzioni, in rapporto alle esigenze dei cittadini, sono quelle di:

- avere informazioni complete sulla gamma dei diritti, delle prestazioni e delle modalità di accesso al sistema locale dei servizi socio-sanitari;

– conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui i cittadini vivono. In particolare l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

La domanda per ottenere le prestazioni sociali agevolate deve essere presentata direttamente all'ente erogatore, anche per il tramite degli istituti di patronato. La Regione riconosce il ruolo degli istituti di patronato e di assistenza sociale nel sistema integrato di interventi e servizi sociali quali persone giuridiche private che svolgono un servizio di pubblica utilità e ne sostiene l'attività nei campi dell'informazione, dell'assistenza e della tutela; in particolare promuove l'espletamento di funzioni di segretariato sociale previste dall'art. 22, comma 4 lett. A, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

Il D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 rappresenta il riferimento fondamentale sul piano normativo in merito all'atto di indirizzo e coordinamento dell'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto attiene l'ambito sanitario la Regione Siciliana ha legiferato in merito all'istituzione del servizio sociale nelle realtà delle Aziende sanitarie (Azienda unità sanitaria locale e A.O.) con il decreto assessoriale n. 26086 del 14 luglio 1998, Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 57 del 7 novembre 1998, confermando l'istituzione di tali servizi nel P.S.R. 2000/2002, punto 1.2.6. Lo spirito di tale provvedimento normativo è quello di attribuire competenze specifiche al servizio sociale che opera in ambito sanitario al fine di favorire livelli di integrazione socio-sanitari omogenei attraverso l'articolazione di una struttura organizzativa capace di garantire la programmazione, l'organizzazione ed il coordinamento di tutte le attività socio-sanitarie previste dalla normativa vigente. Con tale provvedimento il servizio sociale che opera in ambito sanitario acquisisce un ruolo complementare e non più sussidiario. Ciò trova riscontro nell'attuale normativa nazionale di riferimento: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazione socio-sanitarie", D.P.C.M. 14 febbraio 2001, che nel precisare la tipologia delle prestazioni socio-sanitarie individua le aree, le funzioni ed i criteri di finanziamento (vedi allegato p. 74).

L'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.

Risultano determinanti:

- l'organizzazione della rete delle strutture di offerta;
- le modalità di presa in carico anche attraverso una valutazione multidimensionale;
- una omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza.

L'integrazione degli interventi e dei servizi sociali deve prevedere:

- la rete dei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria di competenza delle Aziende unità sanitarie locali;
- la rete dei servizi di competenza dei comuni.

Affinché venga realizzata la rete delle unità d'offerta ad elevata integrazione socio-sanitaria di competenza delle Aziende unità sanitarie locali occorre:

- la ridefinizione dell'indice di fabbisogno;
- la liberalizzazione degli incrementi;
- l'introduzione del contratto (per rendere finanziariamente sostenibile la spesa socio-sanitaria sono indispensabili forme contrattuali a livello centrale o decentrato in grado di governare le tariffe in rapporto ai volumi);
- ridefinizione puntuale delle utenze proprie di ciascuna unità (riclassificazione delle "condizioni di fragilità"; ridefinizione dei contenuti delle prestazioni assistenziali; introduzione delle nuove modalità di remunerazione riferite ai tre parametri: fragilità, qualità delle prestazioni, risultato).

La rete dei servizi sociali di competenza dei comuni deve invece prevedere:

- standard gestionali;
- standard strutturali.

3.8. La prevenzione

Troppo spesso gli interventi sociali restano confinati nella sfera assistenziale, senza una reale integrazione con i percorsi di formazione e di politica attiva per il lavoro. Oppure giungono troppo tardi, nella fase della emergenza, perché non si è riusciti a prevenire i rischi di esclusione. È necessario invece che gli interventi sociali siano innestati nell'ambito di interventi di prevenzione dal rischio di esclusione e di percorsi di inclusione integrati.

La prevenzione, quindi, in tutte le sue forme (primaria, secondaria e terziaria), resta l'asse prioritario su cui innestare l'azione riformatrice del sistema sociale e socio-sanitario. Affinché ciò non si traduca in una generica affermazione di principio, il piano socio-sanitario dovrà indicare ambiti concreti di inter-

vento, progetti sperimentali, criteri e indicatori condivisi, piani di intervento pluriennali delimitati e con risultati realistici e verificabili.

Tutti gli interventi, da qualsiasi punto del sistema essi abbiano a prendere le mosse, dovranno attivare un processo volto a garantire alla persona la massima autonomia possibile: ogni servizio, quindi, ed ogni pratica sociale devono mirare a ridurre il disagio senza attivare circuiti di dipendenza assistenzialistica.

Il recepimento della legge n. 285/97, sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, con la successiva organizzazione del II piano triennale di intervento, ha di fatto anticipato e fatto proprio il principio di prevenzione come metodologia sulla quale costruire la logica degli interventi sul territorio.

Ovviamente non basta l'enunciazione di un principio (neanche quando lo si traduce all'interno di una normativa) per garantire la rinuncia al consolidato ricorso del contrasto all'emergenza, di fronte all'esplosione del disagio sociale e socio-sanitario. La Regione, di concerto con gli enti locali e le forze sociali, istituzionali e non, intende affermare e promuovere la cultura della prevenzione come rimedio metodologico e strutturale al disagio e all'emarginazione e per questo intende rafforzare:

- le politiche di concertazione e di cooperazione democratica;
- gli organismi di coordinamento e di dialogo sociale;
- l'incontro tra domanda e offerta di servizi socio-sanitari;
- un coordinamento operativo permanente tra il sistema socio-assistenziale e quello socio-sanitario a tutti i livelli di governo e di pratica;
- gli strumenti di controllo, monitoraggio e valutazione.

La Regione Siciliana intende sottoscrivere un accordo operativo, in forma di convenzione o di protocollo d'intesa con l'ISTAT e con le università degli studi della Regione per dotare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali di rapporti e valutazioni sui flussi e sulle dinamiche sociali territoriali in grado di valorizzare e supportare, in termini qualitativi, la capacità di risposta per la prevenzione dei fenomeni degenerativi.

3.9. La concertazione

Nel novembre del 2001 Marco Biagi, illustrando il Libro Bianco davanti alla Commissione delle politiche del lavoro del Cnel, aveva così descritto il ruolo del dialogo sociale e della concertazione: "il dialogo sociale è stato introdotto per iniziativa delle parti sociali a livello comunitario; furono loro, nell'au-

tunno del 1992, a concordare a Bruxelles quello che poi diventò il protocollo sociale di Maastricht, inserito nel Trattato di Amsterdam del 1997. Non è dunque un'invenzione dei governi. . . È il primato della bilateralità, dell'interlocazione diretta tra gli attori sociali che devono essere avvertiti dal governo di eventuali iniziative che il governo voglia coltivare in un certo argomento... La concertazione invece è la procedura che prevede, fin dall'inizio, la simultanea negoziazione fra il governo e le parti sociali su alcuni temi, il procedere assieme. . .". La concertazione attiva presuppone l'assunzione di un reciproco impegno a condividere le fasi di un programma attraverso la chiarezza dei termini e la correttezza dei metodi, in un processo che tende alla sintesi delle differenze e delle distanze tra le parti, per esaltare gli obiettivi comuni.

Le priorità di intervento saranno selezionate attraverso un processo di pianificazione negoziata su diversi livelli territoriali. È utile, in questa prospettiva, incentivare la formazione di tavoli di concertazione che possano concorrere alla programmazione della rete locale e sfociare nei piani di zona. Questi "tavoli" dovrebbero vedere la partecipazione di tutti i soggetti (istituzionali e non) presenti in un determinato territorio, favorire un'attenta lettura della domanda sociale, così come l'allocazione più efficace delle risorse. Una volta stabiliti i termini e i soggetti della collaborazione, occorrerà inoltre identificare efficaci sistemi di valutazione della qualità dei servizi erogati (sempre insieme fra soggetti pubblici e privati, con la partecipazione delle organizzazioni di tutela dei cittadini).

Obiettivo dell'azione pubblica è quello di costruire un nuovo quadro collaborativo in cui enti locali, Azienda sanitaria, organizzazioni sindacali, IPAB, associazioni, volontariato e impresa sociale – operanti su un medesimo territorio e in favore di una stessa popolazione – possano esaltare insieme le proprie specificità e sviluppare un lavoro in rete su obiettivi condivisi e con processi partecipati, anche attraverso il modello dei protocolli di intesa.

3.10. La sussidiarietà

Il principio di sussidiarietà, inteso in termini non riconducibile ad alcuna interpretazione ideologica, estende la metodologia delle concertazione e della cooperazione, valorizzando i processi di integrazione attraverso la prassi delle responsabilità condivise.

La legge 8 novembre 2000, n. 328 richiama il principio di sussidiarietà all'art. 1, comma 5, art. 5, comma 1 e art. 6, comma 3, lettere a), d) ed e).

Secondo il principio della “sussidiarietà verticale” o fra le istituzioni, “l’esercizio delle responsabilità pubbliche deve, in linea di massima, incombere di preferenza sulle autorità più vicine ai cittadini” (art. 4 della Carta europea). Secondo il principio della “sussidiarietà orizzontale”, o fra istituzioni pubbliche e società civile (intesa, quest’ultima, come l’insieme di soggetti individuali e collettivi che la compongono e rispetto ai quali l’ordinamento giuridico esprime una valutazione positiva di valore) le istituzioni pubbliche devono soddisfare i bisogni di interventi e di servizi sociali solo allorché gli interessati stessi, ovvero altre componenti della comunità locali, non sono in grado di provvedere adeguatamente.

La sussidiarietà “orizzontale” non deve però essere intesa quale semplice supplenza delle istituzioni pubbliche alle carenze della società civile, ma quale strumento di promozione, coordinamento e sostegno che permette alle formazioni sociali (famiglie, associazioni, volontariato, organizzazioni no-profit in genere, aziende, ecc.) di esprimere al meglio, e con la piena garanzia di libertà di iniziativa, le diverse e specifiche potenzialità.

In un quadro solidaristico che preservi le fondamentali funzioni dello Stato e della Regione, le istituzioni continueranno a svolgere il ruolo fondamentale di garanzia della risposta sociale in termini di qualità e accessibilità dei servizi e di tutela dei diritti di cittadinanza. La corretta applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale rafforza il ruolo delle istituzioni pubbliche mediante il sostegno costante alle risorse della società civile e la sorveglianza sul sistema complessivo dell’offerta, garantendo imparzialità e completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio.

3.11. L’integrazione

Prima della legge n. 328/2000 e del decreto legislativo n. 229/99, la definizione delle condizioni per l’integrazione era stata affrontata dalle legislazioni regionali, attraverso:

- l’inserimento nelle proprie norme di soluzioni per la programmazione integrata dei servizi (ad esempio i piani di zona dei servizi socio-sanitari);
- la previsione di formule incentivanti, soprattutto di natura economica, per gli enti locali e le aziende sanitarie che avessero optato per la gestione integrata dei servizi, tramite delega gestionale o accordo di programma;
- la sollecitazione dei servizi, con progetti obiettivi e azioni finalizzate, a passare dalle prestazioni settoriali alla realizzazione di sistemi integrati di rispo-

sta per le persone e le famiglie, sviluppando capacità di gestire percorsi assistenziali complessi.

Pertanto, analogamente a quanto sviluppato nel contesto del decreto legislativo n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", che riprende i principi ispiratori della legge n. 833/78, il percorso di integrazione socio-sanitaria sostenuto dall'impianto della legge n. 328/2000 deve fare propri alcuni valori inalienabili:

l'universalità di accesso ai servizi;

l'abbattimento delle disuguaglianze nei confronti del bisogno;

la trasformazione regionalistica e federale dello Stato.

Cap. 4.
LE LINEE DI SVILUPPO DELL'AZIONE DI GOVERNO:
GLI OBIETTIVI REGIONALI

4.1. La persona al centro del sistema degli interventi e dei servizi

Il presente documento trova nel programma dell'attuale Governo regionale un significativo punto di riferimento per ciò che si può fare nella nostra Regione, rafforzato anche dalla maggiore stabilità assicurata dalla pratica dell'elezione diretta del Presidente, che favorisce una maggiore attenzione e propensione agli investimenti programmatici più ampi e complessi, quali sono gli interventi di sistema.

In esso è possibile cogliere molte delle linee strategiche presenti in questo documento ed esso è, pertanto, un riferimento ben preciso da tenere in conto, soprattutto nella definizione della fase legislativa che seguirà la sua approvazione, da parte della Giunta di governo.

Nel programma di governo si afferma che "la nostra Regione può vantare un significativo intervento nel campo dell'assistenza alla persona e alla famiglia". L'ingente investimento non sempre ha prodotto i risultati sperati, non solo per le complessità e le lungaggini burocratiche, ma anche e soprattutto per un vizio di impostazione che non ha visto nella persona, nell'anziano, nel soggetto a rischio, nella famiglia il soggetto dell'intervento ma l'oggetto di misure, decise spesso a tavolino e quasi mai con il confronto e il riscontro del privato sociale.

Ripartire la persona al centro degli interventi e dei servizi sociali significa ribaltare la logica dell'intervento stesso, partire da essa piuttosto che ad essa giungere, promuovere le associazioni che le organizzano e le rappresentano, rendendole compartecipi delle decisioni e non solo soggetti richiedenti interventi economici.

I servizi alla persona costituiscono un'autentica prova del fuoco per il rapporto tra l'amministrazione pubblica ed i cittadini: in questo campo la Regione ha un'enorme responsabilità.

Si tratta, in primo luogo, di ricostruire un approccio politico e programmatico che ponga al centro la persona, riconosciuta sia come singola che nella sua dimensione sociale.

Con l'entrata in vigore della legge n. 328/2000 il ruolo delle regioni tende a mutare: da protagonisti nella definizione di un proprio sistema socio-assi-

stenziale, a compartecipare con Stato e comuni nella realizzazione di un unico modello nazionale.

La piena attuazione della legge n. 328/2000, nel quadro di una più ampia ridefinizione del sistema dei servizi socio-sanitari della Regione, nel corso del triennio di avviamento, introduce la necessità, già evidenziata nel programma di Governo, di giungere in tempi rapidi ad un intervento legislativo per alcuni aspetti qualificanti del progetto di riforma sociale.

Tali provvedimenti, nella forma di leggi regionali, riguarderanno:

- 1) legge sulla famiglia;
- 2) legge sull'immigrazione;
- 3) legge sul non profit;
- 4) legge di riordino delle IPAB;
- 5) legge di riordino dell'assistenza socio-sanitaria.

Tutti gli interventi legislativi settoriali, necessari alla definizione di un processo sistematico di valorizzazione e di tutela dei diritti dei cittadini, verranno ricondotti, alla fine del programma triennale e nel pieno coordinamento delle attività e delle azioni di governo, ad un'unica legge quadro di riordino dei servizi socio-sanitari.

4.2. La famiglia al centro della comunità sociale

La famiglia non è soltanto destinataria di servizi, ma è anche "risorsa", non in quanto surrogato delle istituzioni, piuttosto come soggetto attivo di politiche sociali. Occorre, pertanto, migliorare e promuovere la capacità delle famiglie di agire su scala locale, insieme agli altri soggetti presenti nella comunità.

Il programma di Governo dedica ampio spazio alle politiche familiari e agli impegni che il Governo dovrà assumere in materia. In esso si afferma, fra l'altro, che quando parliamo di politiche di sostegno della famiglia non intendiamo riferirci ad un fatto privato che riguarda il legame fra alcune persone, ma essa va intesa come "bene pubblico", in quanto società primaria e naturale fondata sul matrimonio su cui si regge l'intera società. Non è possibile, cioè, parlare di società se non si parte dalla famiglia. La società è una società di famiglie, o di persone in famiglia. La socialità umana non si esaurisce nello Stato, ma emanando dalla natura comunitaria della persona, si esprime prima di tutto nella famiglia, la quale, quindi deve vedere riconosciuta la sua autonomia. La famiglia svolge innanzi tutto un compito di educazione, di socializzazione e di formazione.

Si tratta di funzioni spesso invocate, quando incresciosi fatti di cronaca nera ne evidenziano la carenza, ma mai quando si tratta di riconoscerle dando rilievo civile al quotidiano lavoro che si svolge nel chiuso delle mura domestiche.

Anche a causa dei gravi problemi occupazionali, la famiglia è la prima “agenzia” che assiste i nostri giovani nella ricerca del lavoro e contribuisce a fare esperienze integrative utili alla formazione.

La famiglia è, inoltre, la prima protagonista di quell’economia informale su cui si regge gran parte del nostro sistema economico.

Essa orienta ai consumi e ai risparmi, sta alla base di molte forme di lavoro autonomo (artigianato, commercio, ecc.), è dispensatrice di molte delle figure contrattuali della new economy. Ancora, è sempre la famiglia in prima linea nei settori dell’assistenza agli anziani, ai disabili e alle persone svantaggiate, ai minori in difficoltà.

Qualunque tipo di politica familiare deve, dunque, partire da alcuni presupposti fermi e chiari:

- esistono diritti della famiglia e non solo delle singole persone che la compongono. La famiglia, infatti, è qualcosa di più della somma dei suoi componenti, è un organismo con propri diritti e propri doveri e un proprio spazio di sovranità intangibile dallo Stato;
- le politiche familiari non devono essere commisurate alle categorie di singoli componenti (casalinghe, giovani, anziani, ecc.) ma bisogna assumere la famiglia in quanto tale, come oggetto di una politica globale;
- la famiglia ha diritto ad un suo “spazio vitale”, deve essere attiva e propositiva nelle sue richieste.

Va, quindi, pensata una politica per la famiglia, ma soprattutto con la famiglia, favorendo e sviluppando l’Associazionismo familiare, come soggetto politico interlocutorio per le politiche familiari.

Inoltre è importante considerare la famiglia come agente naturale di relazioni e di bisogni integrati. Tutti i nuclei familiari, infatti, dal più piccolo al più numeroso, si sviluppano attorno ad un sistema di relazioni, spesso di tipo solidale, interne ma anche esterne al “gruppo”. Esiste poi un’altra componente integrativa che interessa le famiglie: quella rappresentata dall’universo di bisogni e di corrispondenze, fondamentalmente di carattere sociale ma che investono diversi ambiti d’intervento. Pertanto promuovere e valorizzare la famiglia vuol dire anche pensare una politica della casa, della scuola, della sanità, del territorio e pensarla a “misura di famiglia”.

4.3. Piano sociale nazionale

Con D.P.R. 3 maggio 2001 è stato approvato il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 6 agosto 2001, n.181, supplemento ordinario, a norma dell'art. 18, comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

Il piano nazionale ha la funzione principale di orientare e mobilitare i diversi soggetti affinché ciascuno "faccia la propria parte" e affinché nel loro insieme si integrino, attivando una rete progettuale (prima) e gestionale (poi).

Il primo piano nazionale sociale individua i seguenti obiettivi prioritari:

- 1) valorizzare e sostenere le responsabilità familiari;
- 2) rafforzare i diritti dei minori;
- 3) potenziare gli interventi a contrasto della povertà;
- 4) sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le persone anziane e le disabilità gravi).

Vengono sottolineati, inoltre, una serie di interventi che meritano specifico rilievo:

- 1) l'inserimento degli immigrati;
- 2) la prevenzione delle droghe;
- 3) l'attenzione agli adolescenti.

È ovvio che questi obiettivi non possono esaurire i bisogni di benessere sociale della popolazione. Altri bisogni, pertanto, potranno esprimere le esigenze di intervento in ambito territoriale ed essere inseriti dagli enti locali e dalle regioni ad integrazione dei piani regionali e di zona.

Le regioni adottano i piani regionali ai sensi dell'art. 18, comma 6 della legge n. 328/2000 e secondo le modalità previste nell'art. 3 della legge n. 328/2000.

4.4. Il piano sociale regionale

1. La Regione approva il piano sociale regionale degli interventi e dei servizi alla persona e alla famiglia.

2. Il piano sociale regionale degli interventi e dei servizi alla persona e alla famiglia ha durata triennale e viene definito, nell'ambito delle risorse disponibili, attraverso programmi di concertazione tra l'Assessorato regionale degli enti locali e le associazioni regionali di rappresentanza dei comuni, delle province, l'Assessorato regionale della sanità, i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali nonché attraverso la collaborazione dei soggetti di cui all'art. 1, comma 6 della legge n. 328/2000.

3. Il piano sociale regionale definisce le linee di indirizzo per le politiche socio-sanitarie.

4. Il piano sociale regionale indica le aree e le azioni prioritarie d'intervento, i criteri di verifica, di monitoraggio e di valutazione e di definizione dei bisogni al fine di assicurare la qualità e la realizzabilità degli obiettivi indicati, nonché la costruzione di una rete integrata di interventi socio-sanitari.

5. Il piano sociale della Regione Siciliana, al termine del primo triennio di applicazione, di una fase, cioè, definita "sperimentale" per la necessità di condividere, secondo le regole della cooperazione e della concertazione, le esperienze e le analisi e di predisporre gli strumenti di verifica e di valutazione dei risultati e degli obiettivi raggiunti, nel completare il quadro delle politiche e dei servizi socio-sanitari regionali, prenderà il nome di piano socio-sanitario della Regione Siciliana.

Memorandum

Piano sociale regionale: il documento programmatico triennale che definisce le politiche sociali della Regione Siciliana. Contiene le linee di indirizzo per le politiche sociali e tiene conto delle valutazioni emerse dall'analisi dei piani di zona.

Piano socio-sanitario: è il piano sociale regionale al termine della sua fase di completamento e definizione, dopo il primo triennio di "sperimentazione operativa".

Linee di indirizzo per le politiche sociali: sono parte integrante del piano socio-sanitario. Si tratta di un dispositivo-quadro che regola l'impatto sociale delle diverse politiche di sviluppo locale, in un'ottica unitaria.

Piano di zona distrettuale: è lo strumento di programmazione triennale del sistema integrato degli interventi e dei servizi socio-sanitari a livello di singolo distretto, ai sensi dell'art. 19 della legge n. 328/2000.

Accordo di programma: costituisce l'atto formale, ai sensi della legge n. 142/90 e successive modificazioni, mediante il quale i comuni, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali, adottano il piano di zona distrettuale. All'accordo di programma partecipano le organizzazioni del privato sociale e le IPAB che, attraverso l'accreditamento o altre forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione degli interventi e dei servizi sociali previsti nei piani.

4.5. La Regione

La Regione, attraverso la definizione del piano sociale regionale, provvede al compito di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica dell'attuazione del sistema integrato nell'ambito territoriale di riferimento. Le funzioni sono specificate all'art. 8, comma 3, della legge n. 328/2000, che definisce le competenze nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo n.112 del 1998.

In particolare definisce gli ambiti territoriali di cui alla lettera a) dello stesso art. 8 e disciplina le politiche per la salute e quindi le modalità di integrazione tra i due sistemi individuando in entrambe le pianificazioni il duplice ruolo (sociale e socio-sanitario) degli organismi rappresentativi dei comuni.

La Regione è chiamata a:

- finire gli ambiti territoriali di riferimento;
- programmare, coordinare e individuare le linee di indirizzo degli interventi socio-sanitari e dei piani di zona;
- predisporre strumenti per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza e per la verifica dei risultati raggiunti in ambito di enti locali e di aziende sanitarie;
- promuovere la sperimentazione di modelli innovativi di servizi per coordinare le risorse umane e finanziarie;
- fissare gli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento;
- individuare i criteri per la definizione delle tariffe e per il concorso degli utenti al costo dei servizi;
- provvedere al riparto dei trasferimenti statali per ambiti distrettuali;
- ripartire il Fondo regionale per le politiche sociali;
- indicare le scelte prioritarie sulla base dei bisogni che la comunità esprime;
- predisporre i piani per la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei servizi sociali;
- promuovere e coordinare l'assistenza tecnica necessaria agli enti locali per l'avviamento del sistema integrato dei servizi socio-sanitari;
- stabilire, in relazione alla propria competenza, i livelli essenziali dei servizi;
- promuovere lo sviluppo dei servizi e la realizzazione di interventi innovativi di interesse regionale, attraverso progetti pilota e obiettivi;
- definire i requisiti di qualità dei servizi offerti e delle prestazioni erogate;
- istituire e coordinare il sistema informativo dei servizi sociali;
- realizzare e coordinare iniziative a livello europeo ed internazionale per la valorizzazione dei servizi sociali;
- surrogare il ruolo dei comuni in caso di inadempienza manifesta.

4.6. I Comuni

Il ruolo delle amministrazioni locali, in particolare di quelle comunali, nel campo dei servizi socio-sanitari, è soggetto a processi di profonda trasformazione, alcuni dei quali risultano già compiuti, altri invece sono ancora in via di definizione.

Tra le recenti riforme, va in primo luogo annoverato il processo di ulteriore conferimento di funzioni amministrative dallo stato alle regioni e agli enti locali, previsto dalla legge di delega n. 57 del 1997 e in buona misura realizzato dal decreto legislativo n. 112 del 1998, nonché dalle relative leggi regionali di attuazione. Sull'onda del decentramento amministrativo, per quanto ancora non completo, soprattutto nella fase di verifica applicativa, gli enti locali, a partire dal comune, divengono così, in forza del principio di sussidiarietà, i naturali destinatari di tutte le funzioni non attribuibili a superiori livelli di governo.

Nelle materie non ricomprese tra le regionali in base all'elenco dell'art. 117 della Costituzione e non riservate allo stato dell'art. 1, comma 3 della legge n. 59/97, i conferimenti di funzione hanno un carattere assai più innovativo e il portato delle recenti devoluzioni assume un peso maggiore nel definire nuovi ruoli e nuovi equilibri istituzionali in campi finora in larga misura mantenuti alla competenza statale.

Le norme del decreto legislativo n. 112/98 relative ai servizi sociali (artt. 128-134), pur presentando elementi innovativi sia per quanto concerne la stessa definizione della materia nonché il riparto delle competenze, non possono pertanto che confermare la scelta di fondo operata dal d.p.r. n. 616 del 1977, che aveva affermato la competenza generale del comune nella materia allora definita della "beneficenza pubblica" (v. artt. 22, 23 e 25). Anzi, le norme del decreto legislativo n. 112/98, diversamente da quanto avviene nelle altre materie considerate regionali in base all'art. 117 cost., per le quali la legge n. 59 e il decreto legislativo n. 112 riconoscono un ruolo attuativo delle regioni nella ripartizione delle funzioni conferite, si spingono a individuare espressamente la competenza comunale, a conferma e ulteriore sviluppo di quanto già consolidato con il trasferimento del 1977.

Si evolve, con prospettive sempre più ampie e complesse, il rapporto tra ente locale e privato, confermando un ulteriore livello di pratica sussidiaria che favorisce il passaggio da una cultura dell'assistenza verso un sistema integrato di servizi. Non scompaiono ovviamente i servizi da garantire comunque e

per livelli essenziali, ma si afferma una prevalente modulabilità degli interventi in relazione al sostrato comunitario che contraddistingue ciascuna realtà territoriale.

Così il comune si trova al centro del processo di identificazione delle necessità e dei bisogni, nonché delle risposte possibili ma, allo stesso tempo, cede una porzione dell'esercizio diretto delle proprie funzioni a favore dei soggetti privati che operano nella comunità locale. L'operatore privato è chiamato ad instaurare con l'ente locale un nuovo rapporto, non limitato ai profili meramente gestionali e remunerativi delle attività rese, ma esteso a momenti di partecipazione alla programmazione e alla valutazione del complesso degli interventi sociali. Questo indirizzo trova ulteriore conferma nella legge n. 265 del 1999 di riforma della legge 142 del 1990, laddove si afferma che "i comuni e le province svolgono le loro funzioni anche attraverso le attività che possono essere adeguatamente esercitate dall'autonoma iniziativa dei cittadini e delle loro formazioni sociali".

L'unità Amministrativa e territoriale primaria è, pertanto, il comune il quale è, da solo, insufficiente quando trattasi di piccoli centri, o troppo grande, quando trattasi di città metropolitane come Palermo, Catania e Messina.

Pertanto l'attuale distretto sanitario che associa più comuni di piccole e medie dimensioni e articola le grandi città, può costituire la dimensione ottimale nella quale possono realizzarsi le migliori economie di scala in termini di infrastrutture, tecnologie, competenze specialistiche, saperi e saper fare di cui dispongono le istituzioni, i soggetti della società civile e i singoli cittadini di buona volontà.

Attraverso il distretto si supera l'approccio localistico dei piccoli comuni e si rendono più agevoli le soluzioni ai problemi dei vari gruppi svantaggiati.

I comuni sono titolari della generalità delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari e, in particolare, di quelli relativi alle materie indicate alle lettere a), b), c), d), e), f), g), comma primo dell'art. 132 del decreto legislativo n. 112/98, nonché di quelle previste dall'art. 6 della legge n. 328/2000 e delle attività socio-sanitarie di cui all'art. 3 septies, comma 2, lettera b) del decreto legislativo n. 502/92.

I comuni svolgono queste funzioni in forma associata, in ambiti territoriali coincidenti, di norma, con i distretti sanitari.

I comuni associati negli ambiti territoriali definiscono il piano di zona secon-

do quanto previsto dall'art. 19 della legge n. 328/2000. La conferenza dei sindaci individua, con riferimento al piano di zona, le modalità di attuazione della rete dei servizi socio-sanitari, tenendo conto delle priorità territoriali in merito alla domanda dei bisogni e all'offerta dei servizi.

4.7. Le province

La provincia ha un ruolo centrale e dinamico nella organizzazione di un moderno sistema dei servizi socio-sanitari:

- è il terminale territoriale della Regione nella esplicazione dei compiti di controllo, di monitoraggio e di promozione del territorio;
- rappresenta, nella dimensione locale, l'ente sovra-comunale in grado di trasferire il processo di integrazione oltre i confini del distretto socio-sanitario.

Pertanto, sono compiti peculiari della provincia:

- 1) partecipare alla rilevazione e all'analisi dei bisogni, delle risorse e dell'offerta dei servizi nel territorio;
- 2) contribuire all'individuazione e alla realizzazione di percorsi di formazione e di aggiornamento professionale;
- 3) sostenere i programmi di reintegrazione sociale e lavorativa dei soggetti fragili.

4.8. La cittadinanza attiva

La Regione promuove, quale punto qualificante del percorso "verso il piano socio-sanitario", ogni azione volta a garantire i diritti del cittadino, soprattutto delle categorie di soggetti che presentano evidenti difficoltà ad accedere a livelli di dignità e di qualità della vita. Allargare gli spazi di inclusione sociale significa aumentare il numero dei titolari di diritti corrisposti e, quindi, la diffusione del benessere nella Regione. Più è rappresentata la cittadinanza attiva, maggiori sono le possibilità di sviluppo sociale ed economico della comunità, perché si rafforza la "Regione attiva".

Il piano socio-sanitario vuole contribuire a consentire a ciascun abitante della Regione Siciliana di veder rispettati i propri diritti, trasferendo gli interventi sociali nell'area dei diritti esigibili.

Questo significa promuovere il rispetto dei diritti umani, assumendo l'impegno di garantire i diritti inviolabili di ciascun essere umano, con particolare riguardo ai più deboli e indifesi.

Occorre, inoltre, rimuovere gli ostacoli che impediscono l'eguaglianza di opportunità per tutti coloro che vivono nella Regione.

Il P.R.S. dovrà semplificare le procedure di accesso e di fruizione dei servizi, superando le trafale burocratiche ed evitando la sovrapposizione di un numero infinito di norme e regolamenti.

Nei casi in cui l'intervento sociale provenga dalla comunità, esso è integrabile ai servizi sociali forniti dall'ente pubblico, soddisfacendo direttamente il bisogno. In un quadro solidaristico che preservi le fondamentali funzioni dello stato, la corretta applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale deve conservare e rafforzare il ruolo delle istituzioni pubbliche in due direzioni:

- 1) sostegno costante alle risorse della società civile e ai legami solidaristici;
- 2) sorveglianza sul sistema di offerta complessivo; garanzia di imparzialità e completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio; trasparenza nelle procedure di erogazione (vedere carta dei servizi).

4.9. Gli enti terzi (A.S.L. e Aziende ospedaliere, università, scuole, tribunali dei minori)

Allo scopo di garantire l'integrazione socio-sanitaria e la gestione unitaria dei servizi, le Aziende unità sanitarie locali assicurano le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all'art. 3 septies, comma 2, lettera b), del decreto legislativo n. 502/92, secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 4, nonché le prestazioni socio-sanitarie di cui al comma 2 lettera a) e commi 4 e 5 dell'art. 3 septies del medesimo decreto legislativo.

Più in generale lo scopo del piano socio-sanitario è quello di definire gli ambiti e le modalità di un sistema di partecipazione attiva e competente aperto a tutti i soggetti sociali, assicurandone la cooperazione anche a livello di comuni e distretti territoriali.

La Regione promuove la sottoscrizione di convenzioni, protocolli d'intesa e altre tipologie di accordo, previste dalla normativa vigente, al fine di favorire la libera estensione dei diritti di cittadinanza.

4.10. Le IPAB.

Il riordino delle II.PP.A.B. viene disciplinato dal decreto legislativo n. 207/2001, in considerazione dell'art. 10 della legge n. 328/2000.

In virtù di questo le II.PP.A.B.:

- 1) si inseriscono nell'ambito delle attività e servizi sociali riportati dall'art. 22 della legge n. 328/2000, nel rispetto delle finalità istituzionali;
- 2) partecipano alla programmazione regionale dei servizi sociali e socio-sanitari e si pongono in posizione centrale nella pianificazione dei servizi;

3) gli enti equiparati che non abbiano scopi di assistenza e di aiuto sociale (ospizi, eremi, confraternite e consimili) si trasformano in enti con personalità giuridica privata.

Le II.PP.A.B. che svolgono attività di erogazione di servizi assistenziali si trasformano in: "Aziende di servizi alla persona", con personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia statutaria, gestionale e patrimoniale oltre che contabile secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

È possibile la fusione con altre istituzioni, mediante la costituzione di una nuova azienda o mediante incorporazione, o la creazione di consorzi per i fini e secondo le norme di cui alle sezioni I e II, capo II, titolo X, libro V del codice civile, ovvero lo scioglimento con destinazione del patrimonio ad altre istituzioni o ai comuni territorialmente competenti.

Le II.PP.A.B. che non possiedono i requisiti per la trasformazione in aziende di servizi alla persona provvedono alla loro modifica, nel rispetto dei principi statutari, in persone giuridiche di diritto privato nella tipologia di fondazioni o associazioni soggette alla disciplina del codice civile nel termine di due anni.

La Regione intende costituire, entro 60 giorni dall'approvazione di questo piano di indirizzo generale, un coordinamento tecnico di cui faranno parte:

- 1) rappresentanti dell'Assessorato degli enti locali;
- 2) rappresentanti delle II.PP.A.B. o di loro enti qualificati di rappresentanza territoriale;
- 3) rappresentanti dell'ANCI e ANCI Federsanità;
- 4) rappresentanti dell'URPS;
- 5) rappresentanti delle organizzazioni sindacali.

Compito di questo coordinamento sarà quello di definire, entro 120 giorni dalla sua costituzione:

- 1) le modalità e i criteri uniformi per il censimento, la rilevazione e la riqualificazione delle II.PP.A.B. regionali e dei loro patrimoni;
- 2) un progetto di disciplina delle procedure di trasformazione, fusione, realizzazione di consorzi ed estinzione delle istituzioni e delle aziende;

4.11. Le scelte strategiche dei D.P.E.F. regionali

Gli indirizzi programmatori espressi nel programma di governo, hanno trovato nel documento programmatico di politica economica approvato alla fine del 2001 dalla Giunta di governo una prima fase attuativa, soprattutto in termini di scelte strategiche da perseguire e alle quali far seguire la conseguente fase legislativa.

In particolare e in concreto si è individuato nel bonus lo strumento con cui avviare una prima fase di inversione della politica socio-assistenziale del Governo. Esso va inteso come uno strumento economico di anticipazione e di spesa offerto al cittadino che può utilizzarlo nelle strutture pubbliche o private, ove ritiene di trovare migliori servizi.

Più in generale il Governo ritiene in tal modo di poter conseguire una maggiore efficienza dei servizi e un risparmio dei costi, anche attraverso un coinvolgimento del privato sociale e l'attuazione di standard più efficaci.

In particolare il D.P.E.F. del novembre 2001 ha individuato:

- il buono socio-sanitario, come intervento sperimentale che affida ai cittadini la libertà di scelta fra servizio pubblico e servizio privato, cogliendo così l'obiettivo di razionalizzare la spesa senza abbassare la qualità dei servizi;

- i soggetti strategici di intervento attraverso cui intervenire in settori nuovi dell'assistenza, quali sono quelli delle nuove povertà o degli immigrati.

L'iniziativa del Governo è continuata con il D.P.E.F. approvato dalla giunta il 26 luglio 2002. In questo modo si inizia a rendere operativo il principio della integrazione socio-sanitaria e si fanno proprie le indicazioni in materia di politica della spesa, che sono anticipate nel presente documento, facendo in modo che l'azione di Governo tenda a coinvolgere con sempre più maggiore regolarità e articolazione gli assessorati competenti (enti locali e sanità).

4.12. Le scelte anticipatrici della legge finanziaria del 2002

Il Governo ha proseguito nella graduale attuazione del suo programma compiendo alcune altre scelte anticipatrici di quanto previsto nel presente documento, volte a indicare alcuni settori strategici di intervento su cui svolgere scelte decisive e concrete.

In particolare la legge regionale n. 2 del 2002 ha stabilito, attraverso alcune norme, i binari prioritari entro cui deve muoversi l'iniziativa legislativa e amministrativa nel prossimo futuro.

Tali norme sono quelle riferibile ai seguenti articoli:

Art. 97 - Contributo fondazione Banco alimentare per la lotta alle carenze alimentari.

Art. 115 - Comodato d'uso di immobili regionali per gli enti non profit che perseguono finalità di natura educativa assistenziale.

Art. 121 - Contributo associazione Centro studi don Calabria per interventi sperimentali rivolti agli adolescenti devianti.

Art. 124 - Contributo all'associazione italiana sclerosi multipla.

Art. 126 - Donazione beni aziende sanitarie alle Caritas diocesane e all'associazione Emergency.

Si tratta in alcuni casi di interventi volti a sostenere attività di rete per il sostegno di problemi di emergenze sociali, affrontate nella logica dell'integrazione e della prevenzione (es. Il supporto al Banco alimentare per il contrasto della povertà), oppure a iniziative paradigmatiche per affrontare problemi più consolidati (es. Il sostegno all'Opera don Calabria per le devianze adolescenziali o all'associazione italiana per la sclerosi multipla), oppure ancora per offrire strutture ad attività in altri settori (es. la donazione alle Caritas e ad Emergency di strutture dismesse). Tali finanziamenti vogliono indicare le priorità che il Governo intende affrontare fra le tante emergenze sociali presenti in Sicilia: povertà, sostegno alle associazioni, devianza giovanile, malattie endemiche.

4.13. La fase sperimentale di avviamento: linee strategiche

La Regione Siciliana intende procedere verso la definizione del sistema integrato dei servizi e delle politiche sociali attraverso una fase di avviamento ad obiettivi intermedi, legata alla gestione triennale del piano sociale regionale dei servizi socio-sanitari. Attraverso questa fase propedeutica, di analisi, di verifica, comunque fortemente operativa, una sorta di "work in progress", partecipato da tutti gli organismi sociali, pubblici e privati, così come dai soggetti di cittadinanza attiva, sostenuta attraverso l'immediata disponibilità dei finanziamenti relativi al riparto dei fondi 2001 e 2002 della legge n. 328/2000, la Regione potrà verificare gli stati di avanzamento del processo di gestione organizzata del sistema ed effettuare le dovute correzioni in itinere.

In particolare la Regione dovrà:

– definire gli obiettivi strategici:

- 1) linee guida di indirizzo;
- 2) riparto fondi 2001 e 2002;
- 3) piano sociale regionale 2001-2003;
- 4) piano socio-sanitario della Regione Siciliana;

– promuovere gli indirizzi innovativi:

- 1) l'affermazione della cultura socio-sanitaria;
- 2) la pratica dell'integrazione come metodo operativo;
- 3) la centralità della persona e della famiglia;
- 4) la prevenzione come premessa e non come conseguenza;
- 5) la partecipazione alla spesa per i servizi socio-sanitari, secondo le possibilità economiche dei soggetti fruitori;

- 6) la definizione delle politiche sociali come occasione di sviluppo;
 7) la qualità sociale come buona prassi da consolidare e trasferire;
 8) la concertazione come valore aggiunto delle dinamiche di partecipazione;
 9) l'occasione per ridisegnare le strategie della comunicazione sociale;
 10) il sostegno alla centralità del territorio (comune, distretto) anche in merito alla validazione delle scelte di indirizzo, oltre che per la programmazione e la progettazione dei piani e degli interventi.

4.14. La descrizione temporale del processo di avviamento

Azione	Anno 2002						Anno 2003				
	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio Agosto	Settem. Dicem.	Gennaio Febbraio Marzo	Aprile Maggio Giugno	Luglio Agosto Settem.	Ottobre Novem. Dicem.	
1. Avvio del processo sperimentale	X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
2. Tavoli di concertazione e gruppi di lavoro	X	X	X	—	—	—	—	—	—	—	
3. Definizione prime linee di indirizzo e riparto fondi 2001-2003	—	X	X	X	—	—	—	—	—	—	
4. Predisposizione cabina di regia regionale	—	—	—	—	X	X	—	—	—	—	
5. Ufficio piano - commissione tecnica regionale	—	—	—	—	X	X	—	—	—	—	
6. Segreteria tecnica	—	—	—	—	X	X	—	—	—	—	
7. Emanazione indice ragionato piani di zona	—	—	—	—	X	—	—	—	—	—	
8. Costituzione gruppi piano	—	—	—	—	—	X	—	—	—	—	
9. Piani di Zona relativi al riparto dei fondi 2001	—	—	—	—	X	X	—	—	—	—	
10. Comitato di garanzia	—	—	—	—	—	X	—	—	—	—	
11. Coordinamento enti locali/sanità (Conferenza regionale socio-sanitaria)	—	—	—	—	X	—	—	—	—	—	
12. Sottoscrizione dell'accordo di programma per il piano di zona	—	—	—	—	—	X	—	—	—	—	
13. Tavolo permanente del terzo settore	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	
14. Conferenza regionale sulla famiglia	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	
15. Agenzia sociale regionale	—	—	—	—	—	—	X	—	—	—	
16. Aggiornamenti piano sociale regionale 2001-2003	—	—	—	—	—	—	X	—	—	—	
17. Piani di zona relativi al riparto dei fondi 2003	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	
18. Sistema informativo regionale	—	—	—	—	—	—	X	—	—	—	
19. Piano socio-sanitario	—	—	—	—	—	—	—	—	X	X	
20. Commissione tecnica per la semplificazione normativa	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	
21. Riorganizzazione dei comitati dei sindaci di distretto	—	—	—	—	—	X	—	—	—	—	

4.15. Gli strumenti di governo e di gestione

4.15.1. Conferenza di servizi, Conferenza dei sindaci, Comitato distrettuale
I soggetti istituzionali richiamati dall'art. 2 della legge regionale n. 23/98 (Conferenza di servizi), così come i soggetti previsti dalla disciplina degli accordi di programma, secondo l'art. 27 della legge n. 142/90, come introdotto con l'art. 1 della legge regionale n. 48/91 e successive modifiche per il rinvio formale contenuto nell'art. 47, comma 2 della legge regionale n. 26/93, e quelli riguardanti la Conferenza dei sindaci, mantengono la loro attualità anche dopo le modifiche introdotte dalla legge n. 328/2000. In particolare, per favorire l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, la programmazione regionale, anche a livello di ambito distrettuale, richiama le corrispondenti disposizioni introdotte dal decreto legislativo n. 229/99 e dal piano sanitario regionale.

La Conferenza dei sindaci assume, con la pianificazione socio-sanitaria la funzione di soggetto politico territoriale per le scelte di politica sociale e della salute e si articola nelle Conferenze di zona che, data la loro coincidenza geografica con i distretti sanitari, finiscono con l'esercitare le funzioni di comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario. Il comitato dei sindaci del distretto diventa l'organismo di governo in grado di sintetizzare le funzioni programmatiche per l'intervento sociale e socio-sanitario, attraverso la redazione dei piani di zona, facilitando l'integrazione fra intenti e indirizzi, sia per le azioni di piano che per gli aspetti finanziari.

Per una maggiore comprensione degli ambiti di intervento e delle competenze del servizio sociale delle Aziende sanitarie e del distretto sanitario, si rimanda al decreto 14 luglio 1998 dell'Assessorato della sanità della Regione Siciliana di "Approvazione delle linee guida per l'istituzione del servizio sociale delle Aziende sanitarie", in conformità con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni.

4.15.2. Conferenza regionale socio-sanitaria

Riferimenti legislativi:

– decreto legislativo n. 112/98;

– art. 2, comma 2 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

Ambiti intervento:

- piano socio-sanitario regionale;
- atti regionali per l'integrazione degli interventi socio-sanitari;
- indirizzi regionali per la redazione di piani attuativi locali;
- relazione annuale sullo stato socio-sanitario della Regione.

Composizione:

– nominata dal Presidente della Giunta regionale è presieduta dall'Assessore regionale della sanità.

Ne fanno parte:

- presidenti province;
- presidenti delle Conferenze dei sindaci;
- direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali;
- rappresentanza dell'ANCI e di ANCI di Federsanità.

Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate dalla stessa sulla base di un regolamento approvato dalla Giunta regionale.

Per favorire l'attuazione dei processi di integrazione tra sanità e servizi sociali, la Conferenza regionale socio-sanitaria potrebbe rappresentare, con le adeguate integrazioni, lo strumento tecnico-operativo previsto dal coordinamento socio-sanitario, definito dal protocollo d'intesa tra gli Assessorati regionali enti locali e sanità.

4.15.3. Conferenza dei sindaci

Riferimenti legislativi:

– art. 3, comma 14 del decreto legislativo n. 502/92.

Ambiti intervento:

- piani attuativi locali;
- atti di indirizzo, verifica e valutazione sulle attività e le competenze socio-sanitarie locali.

Composizione:

– i sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda unità sanitaria locale.

Anche in questo caso, per favorire l'integrazione socio-sanitaria, si potrebbe collegare l'attività delle Conferenze dei sindaci con quelle dei comitati di garanzia, previsti dal piano socio-sanitario a livello provinciale.

4.15.4. Comitato dei sindaci di distretto

Riferimenti legislativi:

– comma 4, art. 3 quater del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

Il comitato dei sindaci di distretto rappresenta, nella conferma della coincidenza tra distretto sanitario e “distretto sociale”, il “*focal point*” di un sistema di “*governance locale*” con un forte indirizzo socio-sanitario; il luogo in cui si predispongono i piani triennali di intervento integrato, sanitario e sociale sul territorio, si analizzano i dati di ritorno delle esperienze promosse, si confrontano indirizzi e risultati all’interno e all’esterno del contesto territoriale.

Nelle città metropolitane (Palermo, Catania e Messina) è prevista la configurazione del distretto unico socio-sanitario, per cui in sede di comitato, lo stesso sarà composto dal sindaco, dagli assessori comunali alla sanità e ai servizi sociali e dal direttore generale dell’Azienda unità sanitaria locale.

Sarà compito della Regione attivare una commissione, nell’ambito delle attività del coordinamento regionale tra gli Assessorati degli enti locali e della sanità, che con il contributo dell’ANCI, ANCI Federsanità e dell’URPS predisponga, entro 180 giorni dalla sua costituzione, un piano organizzativo che ottimizzi le competenze e i ruoli dei soggetti locali e regionali compresi nelle attività disciplinate dalla legge n. 142/90, dal decreto legislativo n. 502/92 e dal decreto legislativo n. 112/98 e promuova un sistema organizzativo funzionale, con l’obiettivo di:

- 1) semplificare le procedure di governo, di indirizzo oltre che amministrative;
- 2) garantire l’equilibrio tra le competenze sanitarie e quelle sociali;
- 3) promuovere l’integrazione socio-sanitaria a tutti i livelli di competenza;
- 4) agevolare una corretta informazione e la diffusione delle buone prassi.

Gli organi e le strutture di governo locale delle attività e delle politiche socio-sanitarie, nell’esercizio delle loro funzioni e nell’ambito di un sistema integrato, interagiscono con le strutture di supporto, nella fase di avviamento della riforma, quali le segreterie tecniche e i gruppi di piano e, una volta definita, con l’Agenzia sociale regionale.

4.15.5. Funzioni del distretto socio-sanitario

L’organizzazione distrettuale garantisce l’erogazione delle attività e delle prestazioni di cui all’art. 3 quinquies del decreto legislativo n. 502/92, nel rispetto dei seguenti principi:

- 1) unicità di accesso per i cittadini e semplificazione delle procedure;
- 2) erogazione di prestazioni e servizi assicurando la continuità e l'integrazione dei processi e dei percorsi assistenziali;
- 3) sviluppo di programmi assistenziali in continuità di cura e remunerazione forfetaria;
- 4) coordinamento e integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture e i servizi che erogano prestazioni sanitarie;
- 5) supporto organizzativo, informatico e di segreteria ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta promuovendone forme di collaborazione e di associazionismo.

Le Aziende sanitarie locali e gli enti locali garantiscono l'integrazione su base distrettuale delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, attraverso la condivisione dei diversi processi assistenziali.

4.16. Il ruolo strategico delle organizzazioni del terzo settore

L'indirizzo dei sistemi di erogazione dei servizi sociali è fortemente incentrato sulla relazione tra ente locale e terzo settore.

Per questo la legge di riforma introduce rispetto al tema della esternalizzazione dei servizi sociali rilevanti novità, definendo le diverse funzioni svolte dagli enti pubblici e dal privato sociale, riconoscendo espressamente al privato sociale un ruolo in termini di co-progettazione dei servizi e di realizzazione concertata degli stessi.

In particolare, la Regione Siciliana promuove una politica orientata a:

- 1) definire adeguati processi di consultazione e concertazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi, riconosciuti come parte sociale;
- 2) sviluppare l'offerta e l'innovazione dei servizi, valorizzando le diverse forme di terzo settore e di cittadinanza attiva;
- 3) promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità e il ruolo riconosciuto degli utenti e delle loro associazioni ed enti di tutela, sostenendo programmi e progetti di miglioramento della qualità;
- 4) favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- 5) disciplinare le forme di aggiudicazione e negoziali in modo da consentire l'accurata valutazione dell'affidabilità e della piena espressione della capaci-

tà progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore, valorizzando i fattori di qualità specifica che questi soggetti esprimono.

4.17. Il tavolo permanente del terzo settore

La Regione Siciliana intende valorizzare l'apporto del privato sociale nella realizzazione del sistema integrato dei servizi e delle politiche sociali, definendo i seguenti indirizzi operativi:

1) il terzo settore partecipa alla progettazione e alla realizzazione degli interventi e dei servizi;

2) in attuazione del principio di sussidiarietà viene istituito il Tavolo permanente del terzo settore, quale organismo consultivo per la realizzazione concertata degli interventi in campo socio-sanitario. Un'apposita commissione verrà istituita su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali con il compito di definirne i modi e i tempi di realizzazione.

I comuni, all'interno dell'organizzazione dei distretti socio-sanitari, oltre ad avvalersi dell'apporto del terzo settore attraverso gli strumenti di concertazione per le attività di co-progettazione, ai fini della selezione dei soggetti del privato sociale presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione dei servizi alla persona di cui alla legge n. 328/2000, fermo restando quanto stabilito dall'art. 11 della stessa legge, valutano l'offerta qualitativamente ed economicamente più vantaggiosa tenendo conto dei seguenti elementi:

a) la formazione, la qualificazione e l'esperienza professionale degli operatori coinvolti;

b) gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;

c) la conoscenza degli specifici problemi socio-sanitari del territorio e delle risorse sociali della comunità;

d) gli elementi di valutazione sulla continuità operativa e gestionale;

e) il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza ed assistenza.

4.17.1. Economia sociale (legge n. 381/91 e legge n. 266/91; Associazioni di promozione sociale, ex legge n. 383/2000)

La Regione intende valorizzare l'apporto della solidarietà organizzata con il duplice scopo di garantire una migliore qualità di servizi alle persone e alle famiglie e di incentivare e sostenere l'economia sociale come occasione di sviluppo occupazionale e di benessere.

Sono soggetti di solidarietà sociale territoriale:

- le cooperative sociali;
- le associazioni di volontariato;
- le associazioni di promozione sociale;
- le organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

4.17.2. Cooperative sociali

La Regione Siciliana, attraverso l'art. 74 della legge regionale n. 32/2000, ha dato attuazione all'art. 9 della legge 8 novembre 1991, n. 381, recante "Disciplina delle cooperative sociali" e si impegna, anche attraverso l'istituzione di una specifica commissione bilaterale, a completare il programma di integrazione e di piena valorizzazione del settore, non solo attraverso il riconoscimento formale del ruolo, quanto ricercando strategie operative che contribuiscano a migliorare la qualità dei servizi e degli interventi sociali e i livelli occupazionali dei soggetti più fragili.

In particolare, possono essere previste, all'interno di interventi di politica del lavoro, iniziative volte a favorire l'affidamento alle cooperative sociali ed ai loro consorzi della fornitura di beni e servizi da parte di amministrazioni pubbliche, nonché a promuovere lo sviluppo imprenditoriale della cooperazione sociale. Occorre, inoltre, uno sforzo comune per definire misure volte a facilitare l'accesso al mercato del lavoro alle fasce deboli, attraverso un sistema coordinato di interventi finalizzati a valorizzarne le capacità e a prevenire i rischi di discriminazione.

4.17.3. Volontariato

Rispetto al tema della valorizzazione dell'apporto delle organizzazioni di volontariato, nell'erogazione dei servizi, la legge di riforma non innova rispetto a quanto previsto dalla legge n. 266/91.

Resta inteso, pertanto, che i comuni e le loro associazioni stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato, avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla legge n. 266/91.

La Regione Siciliana segue con interesse e attenzione il processo di modificazione avviato al testo della legge n. 266/91.

Ai fini di una informazione più approfondita si forniscono, in allegato (tabella A), una sintesi della bozza del testo modificato dall'Osservatorio e alcu-

ne considerazioni fornite dal forum del terzo settore. In questo modo si intende sollecitare la partecipazione del mondo del volontariato regionale, anche in sede di concertazione con la Regione e gli enti locali, affinché emergano indirizzi e valutazioni che possano arricchire il dibattito e suggerire nuovi stimoli per lo sviluppo e la crescita della qualità dei servizi sociali.

4.17.4. Associazioni di promozione sociale

La Regione riconosce il valore delle associazioni di promozione sociale, cioè le associazioni riconosciute e non riconosciute e i loro coordinamenti o federazioni, che siano stati costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati, ai sensi della legge 7 dicembre 2000, n. 383.

4.17.5. O.N.L.U.S.

La Regione promuove azioni per una maggiore e più completa integrazione, anche a livello normativo, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, previste ai sensi del decreto legislativo n. 460 del 1997.

Cap. 5 GLI OBIETTIVI PRIORITARI

Sancito il principio di universalità del diritto sociale, rivolto a tutti i cittadini, al di là di ogni differenza di sesso, di età, di razza e di religione, un sistema razionale e moderno di organizzazione dei servizi e di amministrazione delle risorse deve proporre indirizzi e regolamenti atti a determinare i criteri di scelta, riducendone i rischi di errore e di omissione.

Operare delle scelte significa prendere delle decisioni circa le priorità nelle quali investire una quota maggiore di risorse e di energie, in corrispondenza di bisogni primari che, spesso, costituiscono la base irrinunciabile sulla quale costruire e sorreggere l'intera "architettura" dei programmi e dei progetti operativi, garantendo agli interventi continuità, permanenza, stabilità ed efficacia.

In questo capitolo la Regione individua le "politiche essenziali e primarie" sulle quali dovrà essere realizzato il "Sistema regionale dei servizi socio-sanitari", trovando una giusta sintesi tra le priorità identificate all'interno del Piano sociale nazionale e quelle emerse attraverso le analisi delle esperienze censite e monitorate sul territorio.

Resta uno degli obiettivi del progetto "Verso il Piano socio-sanitario regionale" determinare nel più breve tempo possibile, attraverso la certificazione del metodo e l'implementazione degli strumenti opportuni, un accertamento progressivo dei dati e degli studi che consenta interventi sempre più mirati e funzionali.

5.1. La famiglia e i cicli della vita

La Regione, nel riconoscere e sostenere le funzioni svolte dalla famiglia quale unità primaria, luogo di sintesi dei bisogni e riferimento essenziale per i servizi pubblici e privati:

- a) predispone una politica organica e integrata volta a promuovere e a sostenere la famiglia nello svolgimento delle sue funzioni sociali, anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- b) programma i servizi, valorizzando le risorse di solidarietà della famiglia, della rete parentale e delle solidarietà sociali;
- c) sostiene le libere e consapevoli scelte di procreazione e valorizza il principio di corresponsabilità dei genitori nei confronti della prole;

- d) promuove la formazione di nuovi nuclei familiari con adeguate politiche occupazionali e abitative, utilizzando anche il fondo sociale affitti;
- e) promuove e sostiene l'armonioso sviluppo delle relazioni familiari, delle funzioni educative, dei rapporti di solidarietà e generazionali;
- f) promuove, sia a livello regionale che locale, il ruolo di interlocutore riconosciuto alle associazioni delle famiglie.

5.2. Sostegni alla maternità e alla paternità

La Regione promuove azioni ed interventi finalizzati a tutelare la vita dal momento del concepimento.

A tal fine sostiene la maternità attraverso la programmazione e realizzazione di azioni tese a rimuovere gli ostacoli economici.

I comuni e le Aziende unità sanitarie locali organizzano i servizi di assistenza domiciliare e di puericultura, finalizzati al sostegno e alla formazione della coppia o del genitore unico.

5.3. Interventi in materia di abitazione

La Regione, al fine di promuovere la costituzione di nuove famiglie e di agevolare le famiglie numerose, anche per quanto concerne l'esigenza di disporre di un alloggio adeguato, prevede la concessione di finanziamenti a tasso e condizioni agevolati e prestiti sull'onore.

5.4. La conferenza regionale sulla famiglia (Co.R.F.)

La Regione, con proprio provvedimento, istituisce la conferenza regionale sulle famiglie presieduta dall'Assessore regionale degli enti locali ed individua i soggetti, pubblici e privati chiamati a parteciparvi.

La conferenza di cui al comma 1 elabora proposte sulle politiche regionali per le famiglie e sui servizi, tenuto conto delle trasformazioni e delle problematiche emergenti che interessano i contesti familiari.

5.5. I diritti dei minori: infanzia e adolescenza

Per quanto riguarda la competenza e l'indirizzo regionale nel settore dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, si rinvia al piano triennale predisposto in ottemperanza alle disposizioni della legge n. 285/97 e ai relativi piani di zona.

Costituirà impegno primario della Regione avviare un processo di integrazione

ne tra le pratiche attuative della legge n. 285/97 sul territorio e la fase sperimentale di avviamento del sistema integrato delle attività e dei servizi sociali della legge n. 328/2000, rendendo compatibili gli strumenti di Governo, di analisi, valutazione e monitoraggio. In particolare si avrà cura di:

1) accompagnare gli enti locali e gli organismi attuatori nella fase di trasferimento degli ambiti territoriali relativi ai piani ex legge n. 285/97, in deroga, verso l'omologazione con i distretti socio-sanitari;

2) estendere ai piani di zona della legge n. 285/97, i benefici della rete di assistenza tecnica promossa dalla Regione, con il concorso di tutti i soggetti sociali, istituzionali e non;

3) comprendere tutti gli attori occupati nella realizzazione dei piani d'intervento per i settori dell'infanzia e dell'adolescenza nei benefici prodotti dall'utilizzo degli strumenti di governo integrato del territorio, in attuazione della fase di avviamento del percorso "Verso il piano socio-sanitario".

Ritenendo la predisposizione del piano socio-sanitario un laboratorio di idee e di azioni da offrire all'analisi e alla valutazione della vasta platea dei soggetti sociali regionali, intendiamo fornire alcune sollecitazioni su argomenti di estrema attualità e sui quali vale la pena di riflettere:

appunti programmatici per la redazione di un piano di zona:

– misure di sostegno alle responsabilità genitoriali (consulenza e sostegno alle famiglie attraverso mediazione familiare in collaborazione con le attività consultoriali e promozione di gruppi di auto e mutuo aiuto);

– forme di sostegno per la conciliazione tra responsabilità familiari e lavoro, particolarmente per le madri (promozione di servizi scolastici integrati, incentivi e cooperazione con le imprese per l'adozione di "orari funzionali"), anche in collegamento con la legge n. 53/2000;

– agevolazioni e misure di sostegno economico a favore delle famiglie con figli e disagio economico (politiche tariffarie e abitative);

– forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli minori che presentano particolari carichi di cura (famiglie con un solo genitore e con minori con handicap grave);

– realizzazione di servizi per la prima infanzia, attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi d'infanzia e di servizi ad essi integrativi che consentano una risposta qualificata e flessibile a bisogni sociali ed educativi diversificati;

– offerta di spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni, con

genitori, nonni, ecc., anche con la presenza di operatori di supporto alle funzioni genitoriali;

- luoghi di gioco “guidato”, accessibili anche ai bambini residenti in zone ad alta dispersione, mirato a favorire la socializzazione, la tolleranza, il rispetto e un rapporto positivo con se stessi e con il mondo circostante;

- misure di incentivazione dell’affido familiare nei confronti di minori in situazione di forte disagio familiare e per i quali è impossibile, anche solo temporaneamente, rimanere presso la propria famiglia;

- servizi di tipo prescolastico, a completamento della rete di scuole per l’infanzia, gestiti con la partecipazione dei genitori;

- servizi di sostegno, cura e recupero psico-sociale di minori adolescenti e donne vittime di abusi, maltrattamenti e violenze, anche sessuali, attraverso interventi integrati tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;

- servizi di sostegno psicologico e sociale per nuclei familiari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti, attraverso interventi di prevenzione primaria a forte integrazione socio-sanitaria;

- realizzazione di strutture di accoglienza a carattere familiare per minori e donne.

Per gli interventi a favore degli adolescenti è da considerarsi prioritario:

- consolidare e dare più organicità agli interventi preesistenti rivolti a bambini e ragazzi, valutando costantemente la loro appropriatezza e adeguatezza;

- promuovere idee ed iniziative sperimentali per conoscere nuovi bisogni della fascia giovanile attivando anche interventi innovativi che rispondano alle esigenze delle nuove generazioni;

- predisporre servizi di supporto per gli studenti con difficoltà di apprendimento, anche come aiuto alla famiglia nel seguire il percorso scolastico del figlio;

- l’offerta di spazi e stimoli ad attività di particolare interesse da parte degli adolescenti, con la presenza di operatori qualificati, per assicurare l’inclusione sociale;

- promuovere percorsi sperimentali di formazione ed inserimento lavorativo per assecondare capacità, creatività e positive aspirazioni dei giovani, soprattutto di quelli a rischio di devianza;

- realizzare luoghi di ascolto immediatamente accessibili, anche interni o attigui ai luoghi abitualmente frequentati dai giovani (discoteche, spazi collettivi giovanili) con operatori “esperti” sul piano psicologico-relazionale;

- programmare campagne informative e di consulenza sulle dipendenze e

sulle possibilità di affrancamento dalle stesse, utilizzando anche gruppi di auto-mutuo aiuto ed “educatori di strada”;

- incentivare soluzioni abitative comunitarie, di tipo familiare per adolescenti, privi di validi supporti familiari, con educatori che possano accompagnare i giovani nel percorso di autonomizzazione.

5.5.1. Legge n. 149 del 2001

In previsione della prossima chiusura degli istituti per i minori abbandonati, sancita dalla legge n. 149/01, è necessario avviare una complessiva strategia, che investa in primo luogo il livello legislativo, mirata allo stanziamento di apposite risorse finanziarie per la realizzazione, anche ad opera del privato sociale, di interventi di:

- promozione e sensibilizzazione della cultura dell’accoglienza familiare (nelle scuole, nella famiglia);
- formazione degli operatori sociali e delle famiglie sullo specifico tema dell’accoglienza del minore;
- sostegno economico alle famiglie affidatarie e alle comunità familiari;
- realizzazione di strutture di accoglienza familiare alternative agli istituti.

Occorre, inoltre, avviare al più presto una precisa verifica sulla situazione di tutti i minori attualmente ricoverati presso le strutture di accoglienza, utilizzando *équipes* psico-sociali altamente specializzate.

5.5.2. Proposta delle regioni in merito agli asili nido

Disegno di legge: “Piano nazionale degli asili nido”

Premessa

Il profilo istituzionale degli asili nido è formativo-educativo-sociale e pertanto anche la sua dizione deve essere superata e sostituita con “servizi socio educativi per la prima infanzia”.

I servizi sul territorio nazionale sono molteplici e pur rivolgendosi tutti a bambini da 3 a 36 mesi si differenziano dagli asili nido e si innestano in una pluralità di risposte calzanti ai bisogni del bambino e della sua famiglia e soprattutto si innestano nella realtà dei servizi sociali ed educativi.

Sempre per testimoniare la volontà di qualificare “Verso il piano socio-sanitario” alla stregua di un laboratorio di idee e di considerazioni da condividere, nella ricerca operativa di stimoli continui all’integrazione fra le parti sociali,

riteniamo opportuno arricchire il dibattito sui servizi per la prima infanzia e la famiglia, ponendo in allegato (tab. B) il testo di un disegno di legge specifico.

5.5.3. Servizi residenziali

La Regione si impegna a razionalizzare i servizi residenziali per i minori, in particolare le case famiglia per l'accoglienza residenziale temporanea, per i minori da 0 a 5 anni e le comunità alloggio, sia sotto il profilo della continuità del servizio che per quanto attiene il rapporto qualità/costo dello stesso.

5.5.4. Servizio civile

La legge 6 marzo 2001, n. 64 istituisce il servizio civile nazionale, rafforzandone gli indirizzi attuativi attraverso il D.P.C.M. 10 agosto 2001.

In particolare la Regione Siciliana ritiene importante valorizzare la scelta del servizio civile come occasione che "favorisce la realizzazione dei principi costituzionali di solidarietà sociale" e "contribuisce alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani", vista anche in un'ottica di decentramento solidale.

5.6. La tutela delle persone anziane

La Regione promuove la qualificazione e l'articolazione della rete dei servizi sociali per l'età adulta e anziana, privilegiando i criteri di domiciliarità e di sostegno alla vita di relazione nella comunità locale, e valorizzando le risorse positive delle persone anziane e il loro apporto solidaristico alla vita familiare e sociale.

Il sistema locale dei servizi è destinato prioritariamente alle persone adulte e anziane che si trovano in condizioni di emarginazione e di isolamento sociale per povertà o per limitazioni all'autonomia personale.

L'aumento della durata della vita, il fatto cioè che un numero crescente di anziani viva più a lungo, rappresenta indubbiamente una grande conquista di civiltà, la realizzazione di un traguardo a lungo coltivato dall'umanità. E tuttavia, di questa profonda rivoluzione delle possibilità di vita della popolazione si colgono e si enfatizzano di regola soltanto i lati negativi; in termini di maggiori costi e maggiori oneri a carico della collettività. L'altra faccia della medaglia, che l'allungamento della vita libera risorse umane preziose, crea nuove opportunità, apre nuove possibilità, un tempo precluse dagli ele-

vati livelli di mortalità, passa spesso inosservata o non viene sottolineata con altrettanta evidenza.

Rimarcare i risvolti positivi dell'invecchiamento non significa affatto negare che esso ponga problemi del tutto nuovi alla società e alle politiche, sia dal punto di vista dell'organizzazione delle realtà locali che della quantità e qualità dei programmi necessari ad affrontarli. L'aumento della popolazione anziana comporta indubbiamente maggiori interventi di protezione e cura delle persone. In termini di trasferimenti monetari, consumo di farmaci, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri, e prestazioni relativamente più onerose e complesse rispetto alle altre categorie della popolazione; e ancora, una crescente domanda di medicina specialistica, servizi integrati socio-sanitari, strutture di lungodegenza, case di riposo, interventi per non-autosufficienti, assistenza domiciliare.

L'aumento della popolazione anziana impone, soprattutto, un ripensamento profondo delle politiche di protezione sociale ed un allargamento dell'orizzonte degli interventi. Una parte consistente di anziani non è più soltanto portatrice di una domanda di servizi sanitari ed assistenziali; chiede interventi di natura integrativa, di tempo libero, di informazione e di formazione, di sicurezza, che non sempre è agevole conciliare con l'attuale organizzazione della società e la vita convulsa delle città. Per giunta, stando alle proiezioni, è lecito ipotizzare un aumento della quantità e della qualità di quelle richieste nel corso dei prossimi decenni.

Le esigenze più pressanti e onerose provengono da quanti hanno oltrepassato la soglia degli ottant'anni. Per una quota rilevante di costoro, in effetti, è assai elevato il rischio di percorrere l'ultimo tratto dell'esistenza in non buone o precarie condizioni di salute e di perdere almeno in parte la propria autonomia; il che accresce il fabbisogno di assistenza e cure specifiche preferibilmente presso il domicilio dell'assistito e, talvolta, in istituti specializzati di tipo residenziale o semi-residenziale. Attualmente, ai soggetti non-autosufficienti provvedono nella stragrande maggioranza dei casi le famiglie autonomamente, da sole o con l'aiuto di personale retribuito (quasi sempre immigrati privi di regolare permesso di soggiorno); solo in misura più limitata le responsabilità delle cure ricadono interamente sui servizi.

Già solo computando i numeri, dunque, non v'è ombra di dubbio che gli oneri connessi all'invecchiamento siano enormi, crescenti e verosimilmente alla lunga incompatibili con le risorse disponibili. Le soluzioni possibili con

questo scenario transitano necessariamente per il superamento della rigidità che contraddistingue attualmente il rapporto tra la domanda e l'offerta; l'una in costante crescita, l'altra in continua, affannosa, rincorsa. Un serio limite delle passate politiche di *welfare* è stato quello di ragionare entro un sistema di compatibilità bloccato; di ritenere, cioè, che all'accrescimento delle esigenze prodotto dall'invecchiamento demografico si dovesse rispondere con un ammontare di risorse dato e imm modificabile nel breve-medio termine. In questa logica, non è stata evidentemente prestata sufficiente attenzione al fatto che l'invecchiamento non è un processo isolato; non ha luogo nel vuoto, né in condizioni immutabili, bensì nel quadro di un cambiamento generalizzato dei principali parametri dell'economia e della organizzazione sociale.

A parità di età, l'anziano di oggi è una figura incommensurabile con quella di ieri. Intanto, è cambiato il quadro demografico che lo circonda. Le fasi del ciclo di vita si sono proporzionalmente estese, a monte e a valle; sono cambiate le possibilità di cura, le terapie. Sono soprattutto mutate le possibilità di mantenimento e reinserimento degli anziani all'interno della vita economica e sociale. L'anziano che giunge oggi alla soglia della pensione dispone di capacità, risorse economiche, salute fisica e mentale, che ben poco hanno a che vedere con quelle con cui arrivava in passato al termine della propria attività lavorativa.

Il processo di invecchiamento non è quindi necessariamente un fenomeno a somma negativa. In condizioni favorevoli, può dar luogo alla produzione di un valore sociale aggiunto, di un profitto sociale utilizzabile in funzione dello sviluppo della socialità collettiva; a patto che si governi il cambiamento delle età, reinventando la terza età, progettando una strategia di sviluppo per una società che invecchia.

5.7. L'handicap

La Regione tutela la persona con disabilità come definita dall'art. 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 ed appartenente a qualsiasi fascia d'età.

Favorisce la realizzazione dei programmi e dei servizi territoriali ai quali la persona in situazione di handicap grave accede in posizione di priorità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92.

La Regione, con proprio provvedimento, disciplina l'unificazione delle modalità di accesso e la semplificazione delle procedure di accertamento relative alla invalidità civile e alla condizione di handicap e di disabilità.

Promuove la piena integrazione della persona disabile nella famiglia, nella scuola, nel lavoro, nella società, nei trasporti e nelle attività turistiche e ricreative, richiamando una maggiore collaborazione tra gli Assessorati degli enti locali, della sanità, della pubblica istruzione e lavoro e formazione, attraverso:

- la valorizzazione della famiglia ed il sostegno delle responsabilità familiari lungo tutto il ciclo di vita della persona con disabilità;
- il massimo sviluppo dell'autonomia e delle abilità possibili;
- la rimozione degli ostacoli che aggravano la condizione di disabilità;
- la promozione di pari opportunità;
- il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza in termini di misure assistenziali, educative, riabilitative, lavorative e di integrazione;
- l'erogazione delle prestazioni ed interventi funzionali all'efficace attuazione dei progetti individuali;
- la concessione di contributi per l'acquisto di strumenti tecnologici innovativi atti ad agevolare l'autonomia e il reinserimento sociale e professionale;
- la valorizzazione della partecipazione dei singoli, delle famiglie e dei soggetti sociali alla progettazione e attuazione degli interventi;
- la definizione di percorsi formativi e di accompagnamento al lavoro.

La Regione promuove il pieno diritto delle persone con disabilità alla fruizione degli ambienti urbani, delle strutture edilizie, del trasporto pubblico e privato, anche mediante la realizzazione di appositi progetti obiettivi.

Il piano di zona dei servizi alla persona individua i servizi che devono essere attivati e i risultati di salute da conseguire per favorire la piena integrazione sociale della persona con disabilità, anche con riferimento alla pratica sportiva, al turismo, alla fruizione dei beni culturali.

Al fine di assicurare livelli uniformi delle prestazioni, il piano di zona dei servizi alla persona prevede che in ogni zona del territorio regionale siano attivati:

- servizi di aiuto personale;
- servizi di assistenza domiciliare;
- centri diurni;
- servizi di integrazione scolastica e lavorativa;
- servizi di sostegno e di sostituzione temporanea della famiglia;

- servizi di accoglienza residenziale;
- programmi di aiuto alla persona ai sensi dell'art. 39, lett. I ter) della legge n. 104/92.

La salute mentale

Le problematiche legate alla salute mentale risultano in costante aumento in Italia come nel resto del mondo. Hanno implicazioni rilevanti per ambiti diversi quali l'alcolismo o le tossicodipendenze e sono fonte di elevati costi sociali ed economici sia per la collettività, sia per i diretti interessati e i loro familiari. Nel mondo, circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, soffre nel corso di un anno, di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. In Italia, è stato valutato nel corso di un anno che il 2-2,5% della popolazione adulta viene trattato dai servizi pubblici o privati, pari a circa il 10% dei potenziali fruitori.

Il disagio mentale procura profonde sofferenze personali, familiari e sociali. La sua salvaguardia richiede un intervento congiunto di forze per dare pieno diritto di cittadinanza alle persone con problemi psichiatrici. La richiesta di aiuto/cura deve trovare risposte adeguate ai bisogni dei cittadini, garantendo ai progetti terapeutici continuità, omogeneità e coerenza. La normativa vigente riformula il concetto di cura e di tutela permettendo alle persone con sofferenza mentale di salvaguardare il loro diritto a essere curati e assistiti nel proprio territorio, continuando a far parte integrante della società e disponendo di una pluralità di strutture valide. Purtroppo, la riforma psichiatrica è ancora parzialmente disattesa: molte strutture non ci sono; quelle esistenti mostrano in alcuni casi i segni del degrado; gli operatori sono in numero insufficiente.

La Regione intende promuovere un complesso di iniziative destinate ai cittadini con sofferenza mentale, con l'obiettivo di:

- dare piena attuazione al superamento dell'assistenza manicomiale;
- costruire una rete di servizi articolata;
- integrare gli interventi terapeutico/riabilitativi delle Aziende unità sanitarie locali;
- sostenere la sperimentazione di nuovi modelli di intervento (formazione, lavoro, residenzialità e allargamento della rete sociale);
- ridurre i fattori di disagio e le situazioni di istituzionalizzazione ed emarginazione.

Il piano triennale

Per l'attuazione di questi impegni prioritari, la Regione dispone la creazione, presso la Presidenza e in coordinamento con gli Assessorati regionali degli enti locali, del bilancio, della sanità, della pubblica istruzione, del lavoro e della formazione, della cooperazione, dei trasporti e del turismo e dei lavori pubblici, di una conferenza di servizi e di un tavolo tecnico per rendere omogenei ed integrati i servizi e gli interventi territoriali, a favore dei portatori di handicap. La Regione, in conformità con il piano socio-sanitario regionale, si impegna ad approvare, entro 180 giorni dalla pubblicazione del decreto sulle linee guida, il secondo Piano triennale regionale dei servizi a favore dei portatori di handicap.

5.8. Le dipendenze

5.8.1. Politiche per le persone con problemi di dipendenze

La Regione promuove azioni di sostegno destinate alle persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali in grado di creare dipendenze patologiche. Favorisce la realizzazione di un sistema integrato di servizi per le dipendenze nel quale operano soggetti pubblici e privati accreditati.

Il sistema degli interventi, finalizzato a prevenire e superare le situazioni di cui al comma 1, è attuato in armonia con le politiche giovanili orientate alla promozione della salute e della solidarietà.

I servizi per le dipendenze sono organizzati secondo principi di coordinamento e continuità assistenziale riferita alla complessità sociale, particolarmente per quanto attiene alle situazioni di rischio comportamentale e sociale.

5.8.2. Caratteristiche degli interventi

Gli interventi per le dipendenze sono finalizzati alla prevenzione, cura e riabilitazione e sono diversificati in relazione alla natura, gravità e complessità dei bisogni delle persone e delle famiglie con problemi di dipendenza.

In particolare, gli interventi di cui al comma 1 consistono in:

- interventi domiciliari e territoriali anche per situazioni cronicizzate, bisognose di assistenza continua e integrata;
- attività di sostegno alle forme di auto aiuto tra persone e famiglie;
- interventi diurni ambulatoriali e non;
- interventi in strutture residenziali e semiresidenziali a valenza terapeutica

con percorsi riabilitativi mirati e di alta specializzazione in relazione alla patologia su cui intervenire;

- interventi di reinserimento lavorativo, formativo e sociale;
- attività di integrazione progettuale tra scuola, enti locali e Aziende unità sanitarie locali, finalizzate all’animazione del territorio e alla valorizzazione del protagonismo della cittadinanza.

5.8.3. Qualità dei servizi e valutazione dei risultati

La Regione individua adeguati sistemi di verifica e valutazione dell’adeguatezza dei risultati raggiunti, della qualità dei processi e dell’efficace utilizzo delle risorse impiegate.

Per le finalità di cui al comma 1, nell’ambito dei piani di zona dei servizi alla persona, si promuovono:

- iniziative di informazione e di educazione;
- il coinvolgimento della scuola e di altre amministrazioni pubbliche;
- il coinvolgimento delle famiglie, del volontariato, dell’associazionismo sociale;
- la presenza di operatori e volontari nelle sedi di aggregazione giovanile;
- la programmazione e valutazione partecipata dell’efficacia dei programmi per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze;
- iniziative di inserimento occupazionale;
- iniziative di accoglienza e di accompagnamento di persone con problemi di dipendenza;
- la collaborazione con l’amministrazione penitenziaria per facilitare il reinserimento sociale di persone con problemi di dipendenza.

5.9. Le politiche sociali carcerarie e la sicurezza sociale

Prima di intraprendere una descrizione analitica dei problemi che riguardano le politiche sociali carcerarie e di entrare nel merito dei bisogni emersi, è opportuno riflettere attorno ad alcuni dati statistici.

Solo attraverso un’analisi preliminare di questo tipo si potrà avere un quadro d’insieme del sistema, in grado di sostenere il confronto con altre esperienze in Europa e in America.

Attualmente la popolazione carceraria si compone di circa 51.000 unità. La metà, circa, dei 51.000 detenuti è ancora in attesa di giudizio, ovvero non è ancora stato giudicato con sentenza definitiva.

Si contano, nell’ambito di questa popolazione, delle sotto-classi come i dete-

nuti tossicodipendenti, che ormai rappresentano stabilmente circa il 30 % della popolazione carceraria e quella degli stranieri, che supera il 20-30%. Confrontando l'Italia con la situazione internazionale si può dire che il nostro Paese, negli anni '90, si sia allineato con la media europea.

Il secondo gruppo di dati riguarda il numero degli operatori penitenziari: un dato del tutto insufficiente per assicurare la custodia di una popolazione detenuta così numerosa e per garantire le misure di trattamento finalizzate al reinserimento sociale.

Un educatore svolge 40 ore di lavoro al mese avendo a carico una media di 230 detenuti. Lo stesso discorso vale per psicologi e assistenti sociali.

Gli agenti di polizia penitenziaria sono 42.000, una parte dei quali è indirizzata a compiti extra-carcerari, come scorte, piantonamenti, impiego nei ministeri.

I magistrati di sorveglianza, ai quali la legge penitenziaria assegna un'ampia discrezionalità e, quindi, un carico di lavoro insopportabile per l'applicazione delle misure e dei benefici penitenziari, sono solo 125 in tutta Italia a seguire 30.000 detenuti definitivi.

Da questi dati emerge chiaramente come il primo problema sia quello del sovraffollamento e della conseguente esiguità degli operatori, in rapporto ad una popolazione carceraria in crescita.

Inoltre, anche se le riforme penitenziarie del 1975 e del 1986 hanno contribuito ad un miglioramento delle condizioni di detenzione, favorendo un più stretto rapporto del carcere con il territorio, le testimonianze provenienti dal carcere evidenziano un gran numero di problemi tuttora irrisolti: vaste aree di disagio, conflittualità crescente, condizioni sanitarie scadenti, violazioni dei diritti umani.

Alcuni dati, relativi all'anno 1999, possono essere utili per comprendere meglio la situazione:

- 10.686 detenuti in esubero rispetto alla capienza regolare;
- 6.536 episodi di autolesionismo;
- 920 tentati suicidi;
- 53 suicidi;
- 83 decessi;
- 5.522 scioperi della fame;
- 685 astensioni dal lavoro;
- 4.832 episodi di astensione dalle terapie.

Sul problema specifico delle condizioni di salute dei detenuti, da alcuni anni i medici penitenziari denunciano l'incompatibilità tra le detenzione e le malattie gravi. Nello specifico, i dati del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria aggiornati al primo gennaio 2000 stimano la presenza di 3.024 detenuti sieropositivi all'interno degli istituti di pena, di cui 360 in gravi condizioni (secondo l'Amapi, l'associazione dei medici penitenziari, sarebbero oltre 5.000 le persone sieropositive in carcere).

Ricordiamo che in Italia il test Hiv, praticato preventivamente all'inizio della pena detentiva, è tuttora facoltativo, per cui vi è certamente un "numero oscuro" di soggetti sieropositivi non rilevato dalle statistiche ufficiali.

Oltre ai soggetti sieropositivi, è presente in carcere un gran numero di detenuti tossicodipendenti. Complessivamente, i detenuti tossicodipendenti costituiscono il 28% del totale. I dati aggiornati alla fine del 1999 mostrano l'aumento dei detenuti tossicodipendenti, che sono passati dalle 13.567 presenze del 1998 alle 14.840 del 1999.

Un altro aspetto che necessita di un approfondimento riguarda le conseguenze della detenzione nella dimensione familiare. La carcerazione determina una serie di gravi conseguenze anche sul piano delle relazioni familiari. Infatti, la detenzione di un familiare comporta squilibri all'interno della famiglia, che si deve attrezzare per sostituire, in qualche modo, l'assenza verificatasi.

Una situazione ulteriormente grave nel caso in cui il detenuto coincide con lo status di capofamiglia o con un percettore di reddito, spesso l'unico. A questo proposito, oltre alla difficoltà di entrate e alle spese legali, uno dei problemi più rilevanti per le famiglie è costituito dai viaggi che si rendono necessari per andare a visitare il parente nel luogo di detenzione.

Le problematiche relative alle politiche sociali carcerarie, tuttavia, non riguardano solamente le condizioni di detenzione, ma si riferiscono alla fase di reinserimento sociale degli ex-detenuti.

In questo senso, nel corso degli ultimi anni, il carcere si è aperto sempre di più al territorio. È cresciuta l'esigenza di stabilire una rete di contatti tra il carcere e il contesto territoriale, anche in vista della liberazione del detenuto e del suo reinserimento nella società attiva.

Una nota positiva, a questo riguardo, è costituita dalla presenza di una serie di misure alternative alla detenzione per mezzo delle quali il detenuto può scontare la pena al di fuori della realtà carceraria, in presenza di reati mino-

ri e comunque non gravissimi, impegnandosi in opere di contenuto sociale che favoriscano il reinserimento nella vita civile, intervenendo sulle dinamiche del pentimento.

Dal 1987, hanno potuto usufruire delle misure alternative 106.187 soggetti, di cui 50.904 hanno potuto godere del beneficio senza passare per il carcere, con tutti i vantaggi facilmente immaginabili sul piano psicologico e del reinserimento nella società libera.

Infine, un microcosmo particolarmente dolente è rappresentato dalla realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari. In questi contesti, gli internati sono presenti anche per lunghi anni in strutture che sono carceri mascherate da ospedali, regolate da ordinamenti penitenziari che solo la sensibilità dei magistrati di sorveglianza, dei direttori e degli operatori può rendere compatibili con le condizioni di salute mentale e fisica.

Tuttavia è importante sottolineare che il sistema d'intervento proposto si pone un obiettivo finale che riassume e sintetizza i diversi bisogni, sociali e professionali, rappresentati:

- garantire l'affermazione di livelli crescenti di sicurezza per la comunità dei cittadini.

Pertanto si può ipotizzare un programma articolato che si espliciti attraverso le seguenti fasi:

- definizione del contesto operativo;
- definizione dei profili professionali degli operatori;
- completamento del processo di specializzazione attraverso percorsi formativi;
- individuazione dei bisogni sociali primari e secondari dell'utenza carceraria;
- individuazione dei percorsi di reinserimento occupazionale;
- ridefinizione del rapporto con la comunità.

Il passaggio, graduale, dalla pratica dell'intervento di emergenza nei confronti di fenomeni di tensione e conflitto sociale all'affermazione di programmi di prevenzione concertata, presuppone la piena conoscenza delle cause di malessere e l'adozione di metodologie consapevoli di trattamento, corrispondenti ai bisogni sociali espressi e alle risorse umane qualificabili.

Questo percorso presuppone alcuni passaggi obbligatori:

- la creazione di infrastrutture sociali a supporto delle azioni di reinserimento e di recupero;

- la messa in rete delle esperienze;
- l'avviamento di percorsi formativi permanenti;
- la specializzazione e la qualificazione delle figure professionali legate al sistema sociale;
- l'inserimento del progetto in un contesto di integrazione delle politiche sociali e dell'occupazione;
- il consolidamento di una cultura dell'inclusione.

5.9.1. *Gli obiettivi di "public utilities"*

Decreto legislativo n. 274/2000 - Norme per la determinazione delle modalità di svolgimento del lavoro di pubblica utilità applicato in base all'art. 54, comma 6.

Il lavoro di pubblica utilità, consistente nell'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere presso lo Stato, le Regioni, le province, i comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale o di volontariato, ha per oggetto:

- a) prestazioni di lavoro a favore di organizzazioni di assistenza sociale o volontariato operanti, in particolare, nei confronti di tossicodipendenti, persone affette da infezione da HIV, portatori di handicap, malati, anziani, minori, ex detenuti o extracomunitari;
- b) prestazioni di lavoro per finalità di protezione civile, di tutela del patrimonio ambientale e culturale;
- c) prestazioni di lavoro in opere di tutela della flora e della fauna;
- d) prestazioni di lavoro nella manutenzione e nel decoro di ospedali e case di cura o di beni del demanio e del patrimonio pubblico;
- e) altre prestazioni di lavoro di pubblica utilità pertinenti la specifica professionalità del condannato.

La Regione promuove la creazione di un Osservatorio regionale delle politiche sociali carcerarie, da inserire nell'ambito delle competenze dell'Agenzia sociale regionale, con il compito di fungere da polo di coordinamento e di supporto per tutti i soggetti sociali che operano nel settore.

5.10. **Le pari opportunità sociali**

Le politiche di pari opportunità rappresentano al contempo occasioni di civiltà e di crescita sociale, ma anche concrete possibilità di confronto con le reti e le agenzie nazionali ed europee per lo sviluppo economico ed occupazionale, anche attraverso una mobilitazione degli attori socio-economici.

Numerosi sono i programmi europei di supporto e finanziamento delle politiche di pari opportunità, come i P.O.R.S., Equal, la legge n. 125/91.

I temi qualificanti per le politiche di pari opportunità sono:

- le azioni di contrasto contro ogni forma di discriminazione;
- le politiche di accesso al mondo del lavoro;
- la tutela dei diritti alla formazione e al riconoscimento del ruolo e della dignità professionale;
- la promozione dell'integrazione nella politica e nella pubblica amministrazione.

In particolare si prevede la sottoscrizione di un protocollo operativo tra l'Assessorato regionale degli enti locali e il Ministero delle pari opportunità al fine di ottimizzare gli interventi e le politiche, soprattutto in materia di adozione internazionale, pedofilia e violenza ai minori e alle donne.

Cap. 6 I PROGETTI INNOVATIVI

La Regione, nel pieno svolgimento del proprio ruolo di indirizzo e di coordinamento, individua alcuni obiettivi operativi che, per il loro grado di innovazione e per il livello di compatibilità con i programmi di sviluppo comunitari e nazionali, nonché per la corrispondenza con le politiche per l'inclusione sociale e per la crescita occupazionale, necessitano di attenzioni particolari, anche attraverso la definizione di progetti obiettivo in grado di rafforzarne i processi integrativi, a partire dalla fase di attuazione del piano sociale regionale.

6.1. Le vecchie e le nuove povertà

Una società in evoluzione deve saper guardare dentro sé stessa per individuare le diverse chiavi di lettura del proprio percorso dinamico, con la consapevolezza di dover interpretare ciò che ancora non si vede, quantomeno a occhio nudo. E per realizzare questo obiettivo è necessario che pre-esistano determinate condizioni:

- un coordinamento di soggetti pubblici e privati in grado di “osservare” e “rappresentare” l'intero territorio e tutte le aree settoriali che interessano gli interventi socio-sanitari;
- una rete di monitoraggio e valutazione, funzionale e dotata di modalità e criteri omogenei di rilevamento.

Anche una società regionale che, come quella siciliana, pur con contraddizioni e anomalie, mostra evidenti segni di ripresa, a livello di export, di occupazione femminile e di prima occupazione, ad un'analisi attenta nasconde livelli di insoddisfazione ai quali occorre corrispondere immediati interventi di prevenzione affinché non degenerino in fenomeni di disagio e di emarginazione cronici.

Pertanto anche la Sicilia è investita dall'avanzare delle cosiddette nuove povertà:

- le donne in cerca di occupazione over 30 anni;
- gli adulti over 45 anni con gap nella specializzazione informatica o privi di aggiornamento organizzativo e gestionale, che rischiano l'espulsione dal mondo del lavoro;
- le famiglie mono-reddito o con anziani a carico o con altri soggetti che richiedono cure e assistenze continue e/o permanenti;

– gli anziani soli, soprattutto le donne sole over 65 anni.

Il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale è uno degli obiettivi strategici ripetutamente indicati dal Consiglio europeo, in particolare da quello del 17 dicembre 1999 e quello del marzo 2000 a Lisbona, e ancora dall'accordo sull'agenda sociale europea approvata a Nizza nel novembre 2000. In occasione del Consiglio europeo di Lisbona si è concordato che ciascun Paese metta in campo un piano di azione nazionale di contrasto alla povertà, in cooperazione con la Commissione europea per restituire alle persone che versano in stato di povertà, le capacità di condurre una vita con dignità. È fatta esplicita menzione, negli indirizzi europei, della necessità di coinvolgere come soggetti particolarmente attivi negli interventi di contrasto alla povertà, e particolarmente per le povertà estreme, le associazioni non lucrative.

La legge n. 328/2000, all'art. 23 stabilisce che, un ulteriore provvedimento legislativo, estenda a tutto il territorio nazionale il reddito minimo di inserimento, RMI, attualmente in corso di sperimentazione in alcune aree, come misura di sostegno al reddito e di integrazione sociale rivolta a chi si trova al di sotto della soglia di reddito della povertà assoluta.

In assenza dell'allargamento della misura nazionale di sostegno al reddito, i piani zionali dovrebbero prevedere, in alternativa al sussidio economico, modalità di intervento simili, anche a titolo sperimentale, per indurre nuove risposte alla povertà che non siano frammentarie e occasionali, commisurando i sistemi di assistenza economica ad uniformità e chiarezza dei criteri di accertamento del reddito, con riferimento al bisogno e non all'appartenenza a categorie "svantaggiate", valorizzando le capacità e potenzialità dei soggetti da assistere e sviluppando forme di accompagnamento sociale in collaborazione tra soggetti pubblici, e soggetti del terzo settore o privati presenti sul territorio, anche con l'inserimento di queste attività nei piani di sviluppo locale.

Affinché le misure di contrasto alla povertà siano efficaci, devono accompagnarsi ad esse politiche di sostegno e incentivazione alla formazione (per i giovani) e alla riqualificazione (per gli adulti), di facilitazione nell'accesso all'abitazione per le famiglie a basso reddito (anche in collegamento con le misure nazionali di sostegno abitativo per i non abbienti), favorendo anche l'utilizzazione dei servizi sanitari per chi si trova in condizioni di particolare vulnerabilità.

Infine, tra coloro che si trovano in situazione di grave disagio economico e di rischio di esclusione sociale, un'attenzione specifica va prestata alle povertà

estreme e alle persone senza fissa dimora (art. 28, legge n. 328/2000). A queste persone vanno dirette specifiche misure sia per favorirne l'inserimento e il reinserimento nei servizi (inclusi quelli sanitari), sia per accompagnarle in un percorso di recupero delle capacità personali e relazionali, sia infine per affrontarne i bisogni di sopravvivenza fisica.

Gli obiettivi delle politiche di contrasto alla povertà sono così sintetizzabili:

- promozione di interventi per l'accesso al lavoro da parte delle categorie più fragili attraverso piani di sviluppo locale e misure formative per le fasce dell'esclusione sociale (immigrati, ex detenuti, emarginati);
- prevenzione dei rischi di esclusione sociale, attivando percorsi di accompagnamento in collaborazione con terzo settore e volontariato;
- azioni mirate a favore dei più vulnerabili: povertà estreme, persone senza fissa dimora;
- coordinamento dei diversi attori sociali che operano nel settore.

6.2. Le politiche per l'integrazione degli stranieri

La Regione intende promuovere politiche per l'immigrazione legale attraverso:

- la realizzazione dei diritti di cittadinanza anche per le popolazioni ad immigrazione regolare, con l'adozione di misure a favore dello sviluppo e della scolarizzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, fermo restando che i centri di prima accoglienza sono a carico dello Stato ai sensi della stessa legge n. 40/98;
- la possibilità di interazione e scambio culturale con le popolazioni immigrate e il resto della popolazione.

Gli indirizzi per i piani di zona in materia di immigrazione sono pertanto:

- sostenere e consolidare le azioni intraprese;
- realizzare l'integrazione tra culture diverse per trasformare l'immigrazione da problema a risorsa;
- facilitare agli immigrati l'accesso ai servizi valutando la condizione di bisogno, piuttosto che la extraterritorialità, particolarmente in ordine ai problemi dei minori, della famiglia e dell'abitazione;
- favorire l'accoglienza e l'integrazione scolastica dei minori e corsi di alfabetizzazione degli adulti per agevolare l'inserimento occupazionale;
- rinforzare gli interventi in atto e promuoverne lo sviluppo nelle zone con consistente presenza di immigrati (area metropolitana e zone di frontiera);
- promuovere il lavoro in rete tra enti pubblici e organizzazioni del terzo set-

tore che si occupano di immigrati, promuovendo con gli attori sociali ed i soggetti della produzione, formazione agevolata e politiche dell'occupazione; – agevolare la fruizione da parte degli immigrati delle prestazioni preventive e di cura.

6.3. L'integrazione con le politiche della scuola e del lavoro

6.3.1. Il decentramento amministrativo

Un collegamento sistematico con le politiche di decentramento amministrativo e di governo locale può facilitare la comprensione di un agire ispirato alle logiche dell'integrazione e favorire la condivisione di strumenti operativi per l'assunzione di responsabilità e l'orientamento delle scelte. Con il D.P.R. n. 616/77, la legge n. 833/78, la legge n. 142/90 sulle autonomie locali, il decreto legislativo n. 112/98, "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali", in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, il legislatore aveva a più riprese richiamato la necessità di gestire unitariamente i servizi alle persone, quantomeno con riferimento ai bisogni che richiedono elevata integrazione socio-sanitaria, non sempre con buoni risultati. Lo stesso decreto legislativo n. 229/99 chiarisce le responsabilità precisando, all'art. 3 septies, comma 6, che: "le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La Regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza".

6.3.2. Le politiche occupazionali

L'impegno a promuovere un complesso di iniziative volte a favorire la crescita dell'occupazione, nonché a promuovere condizioni di benessere e creare percorsi di inclusione sociale, ha come obiettivo prioritario delle politiche attive del lavoro e delle politiche sociali l'inserimento occupazionale delle persone appartenenti alle fasce deboli della società e del mercato del lavoro.

In particolare è indubbia la necessità di orientare alcuni interventi verso le problematiche riguardanti il rapporto tra comunità e qualità della vita.

Elemento fondamentale, dunque, di tale progetto risulta essere la predisposizione di percorsi socio-riabilitativi che consentano il recupero di fasce di emar-

ginazione e l'abbassamento della soglia di povertà così da poter includere uomini e donne che normalmente vivono nella marginalità.

Bisogna promuovere circoli virtuosi tra bisogni insoddisfatti, qualificazione professionale delle fasce deboli e sviluppo occupazionale soprattutto per le categorie maggiormente discriminate ed escluse da ogni forma di cittadinanza attiva.

La Regione, pertanto, segue con particolare interesse l'evoluzione del terzo settore verso un sistema di economia sociale in cui gli obiettivi di efficienza si integrino con quelli, irrinunciabili, di efficacia propri di una cultura etica del fare e del produrre.

Promuove e incentiva forme di collaborazione con gli Assessorati regionali del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, per sostenere strategie comuni di contrasto ad ogni forma di emarginazione e di discriminazione in ambito culturale e occupazionale, di sostegno del diritto all'istruzione, di incentivazione all'emersione del lavoro nonché di tutela dei diritti di pari opportunità.

Particolare attenzione viene posta nei confronti degli "sportelli provinciali" per la mediazione di domanda-offerta di lavoro, con l'intento di unificare il momento dell'approccio da parte dei servizi pubblici locali per i destinatari dell'intervento, finalizzato ad analizzare i percorsi possibili di uscita dalla condizione assistita attraverso il reperimento del lavoro. Il servizio si esplica mediante approfonditi colloqui con il richiedente: si ricercano gli elementi del curriculum da valorizzare e i punti deboli da rafforzare; si individuano, in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali, i problemi relativi all'ambito familiare o personale che possano costituire ostacolo all'inserimento al lavoro e i servizi di prima necessità; si ipotizza un percorso di reinserimento composto da trasferimenti economici, attività formative, utilizzo di borse lavoro e tirocini presso imprese, fruizione di servizi (es. prestazioni di cura rivolti a familiari minori o anziani) che consentano di dedicarsi ad attività lavorative, tutoraggio, *counselling*, orientamento, comprendenti anche la consulenza per l'avvio di attività in proprio e per l'utilizzo delle normative che lo incentivano. Questo percorso dovrà essere periodicamente aggiornato per una fruizione tempestiva e corretta.

Occorre, inoltre, che gli operatori istituzionali, del terzo settore e tutti gli altri organismi e soggetti competenti si organizzino per concorrere allo sviluppo locale, gestendo in maniera più integrata e funzionale, anche all'interno dei

patti territoriali, i progetti integrati territoriali (P.I.T.), i programmi *Leader* ed *Equal*, tutte le misure dei P.O.R.S., oltre a programmi strategici come Daphne e Fertilità, così come tutte le occasioni di sviluppo imprenditoriale che si rendessero opportune.

6.4. Dalla politica degli “Osservatori” al ruolo dell’Agenzia sociale regionale (A.S.R.).

La Regione Siciliana ritiene indispensabile promuovere lo sviluppo dell’integrazione e della concertazione condivisa anche attraverso l’istituzione di organismi di consulenza qualificata e di coordinamento delle attività. L’indirizzo settoriale e compartimentale che ha contraddistinto le politiche sociali fino a qualche anno fa ha prodotto la proliferazione di osservatori, di consulte e di coordinamenti destinati al completamento e al supporto di politiche settoriali e legati a particolari strumenti legislativi. Spesso i programmi di questi organismi prevedevano la realizzazione di ulteriori strumenti, soprattutto di tipo informatico come le banche dati, che il più delle volte sono rimaste sulla carta. Inoltre era frequente che venissero invitati a far parte di codeste organizzazioni gli stessi soggetti, pubblici e privati, creando sovrapposizione di impegni e di competenze. Il più delle volte, infine, non si arrivava, operativamente, alla seconda convocazione. Ora la Regione intende valorizzare queste esperienze pregresse, trovando supporto nei nuovi indirizzi organici della legislazione sociale, trasformando tutte queste risorse in un unico strumento operativo, esaltandone le competenze e gli obiettivi attraverso la creazione di un’Agenzia sociale regionale, ubicata presso l’Assessorato degli enti locali, e con diramazioni presso gli Assessorati ai servizi sociali delle nove Province regionali. Scopo dell’Agenzia è quello di:

- analizzare i fenomeni e i mutamenti sociali, anche attraverso convenzioni con l’Istat, le università e gli enti di ricerca;
- valutare l’impatto delle politiche socio-sanitarie sul territorio, considerando anche l’analisi degli indicatori di successo, ricavabili dalla realizzazione dei piani di zona;
- predisporre azioni per rilanciare la comunicazione sociale;
- trasformare le politiche di indirizzo sociale e socio-sanitario in programmi e progetti operativi;
- comprendere e razionalizzare le competenze assunte dai singoli osservo-

ri settoriali, fungendo da strumento di consulenza settoriale, sia a livello regionale che provinciale;

– analizzare il fenomeno delle “nuove povertà”, ricercando soluzioni di contrasto e di prevenzione.

Con l’atto di istituzione verranno individuate le modalità di finanziamento e le relative risorse.

Cap. 7 GLI AMBITI TERRITORIALI

7.1. La scelta del distretto sanitario

La distrettualizzazione territoriale prevista dalla legge n. 328/2000, all'art. 8, comma 3, che individua nelle Regioni la competenza nella definizione degli ambiti territoriali di intervento, già praticata in Sicilia per le prestazioni sanitarie, si è attuata con l'avvio del I triennio della legge n. 285/97, con la costituzione degli ambiti territoriali di intervento, a livello provinciale.

7.2. Il passaggio dagli ambiti della legge n. 285/97 a quelli socio-sanitari

Nel corso del I triennio, quindi, le 9 province siciliane hanno dato un apporto significativo al difficile percorso delle aggregazioni dei comuni, fin dal momento della predisposizione dei piani territoriali di intervento. Infatti, sono stati individuati ben 75 sub ambiti con compiti di progettazione operativa e di gestione degli interventi.

Nell'applicazione del II triennio (2000/2002), alla luce delle esperienze portate avanti nel precedente, nel pieno riconoscimento del ruolo svolto dalle province regionali nelle attività di promozione, coordinamento, monitoraggio e supporto tecnico, ma anche nel riconoscimento della titolarità dei comuni in ambito di progettazione e di gestione coordinata degli interventi, dopo un percorso di concertazione, allargata ai soggetti sociali titolati, sono stati individuati quali ambiti territoriali di intervento le aggregazioni di comuni, coincidenti in gran parte con i distretti sanitari, con diverse deroghe, motivate da esigenze di omogeneità territoriale e operativa.

7.3. L'obiettivo del distretto socio-sanitario

Pertanto, considerata positivamente l'esperienza della legge n. 285/97 relativa al II triennio, in quanto la stessa ha rappresentato, di fatto, un ulteriore passaggio verso la scelta del distretto come riferimento territoriale definitivo, con il contributo operativo dell'Anci, dell'Anci Federsanità, dell'Urps e dei sindacati si è deciso di definire l'ambito territoriale di riferimento del processo attuativo della legge n. 328/2000, nei termini del distretto sanitario (vedere tabella dei 55 distretti sanitari definiti), attraverso un programma di supporto culturale ed organizzativo volto a rafforzarne l'identità socio-sanitaria, intesa in una logica di integrazione.

7.4. Le città metropolitane

Le città metropolitane, Palermo, Catania e Messina, determinano il proprio ambito quale distretto unico socio-sanitario, per semplificare i processi di coordinamento e integrazione.

I distretti socio-sanitari individuati per le finalità di cui alle “linee guida di indirizzo” per la definizione del piano socio-sanitario regionale, sono 55 così come di seguito indicati:

Provincia di Agrigento

D1 Agrigento Aragona, S. Angelo Muxaro, Comitini, Favara, Porto Empedocle, Realmonte, Siculiana, Raffadali, Joppolo Giancaxio, S. Elisabetta;

D2 Bivona S. Stefano di Quisquina, Alessandria della Rocca, S. Biagio Platani, Cianciana;

D3 Canicatti Castrolibero, Naro, Camastra, Racalmuto, Grotte, Ravanusa, Campobello di Licata;

D4 Casteltermeni S. Giovanni Gemini, Cammarata;

D5 Licata Palma di Montechiaro;

D6 Ribera Calamonaci, Cattolica Eraclea, Montallegro, Burgio, Lucca Sicula, Villafranca Sicula;

D7 Sciacca Menfi, S. Margherita Belice, Sambuca di Sicilia, Caltabellotta, Montevago.

Provincia di Caltanissetta

D8 Caltanissetta S. Caterina Villarmosa, Resuttano, Riesi, Sommatino, Delia;

D9 Gela Niscemi, Mazzarino, Butera;

D10 Mussomeli Aquaviva Platani, Campofranco, Sutera, Valledlunga Pratameno, Villalba;

D11 San Cataldo Marianopoli, Serradifalco, Montedoro, Bompensiere, Milena.

Provincia di Catania

D12 Adrano Biancavilla, S. Maria di Licodia;

D13 Caltagirone Mirabella Imbaccari, S. Michele di Ganzaria, S. Cono, Grammichele, Mazzarrone, Vizzini, Licodia Eubea, Mineo;

D14 Acireale S. Venerina, Zafferana Etnea, Acicatena, Aci S. Antonio, Aci Bonaccorsi, Aci Castello;

D15 Bronte Randazzo, Maletto, Maniace;

D16 Catania Misterbianco, Motta S. Anastasia;
D17 Giarre Milo, S. Alfio, Linguaglossa, Piedimonte Etneo, Fiumefreddo, Calatabiano, Riposto, Mascali, Castiglione di Sicilia;
D18 Paternò Belpasso, Ragalna;
D19 Gravina di Catania S. Giovanni La Punta, Valverde, S. Gregorio di Catania, Tremestieri Etneo, Mascalucia, S. Pietro Clarenza, Camporotondo Etneo, S. Agata Li Battiati, Pedara, Nicolosi, Trecastagni, Viagrande;
D20 Palagonia Militello Val di Catania, Scordia, Ramacca, Castel di Iudica, Raddusa.
Provincia di Enna
D21 Agira Regalbuto, Leonforte, Assoro, Nissoria;
D22 Enna Villarosa, Calascibetta, Valguarnera Caropepe, Centuripe, Catenanuova;
D23 Nicosia Sperlinga, Troina, Cerami, Gagliano Castelferrato, Capizzi;
D24 Piazza Armerina Aidone, Barrafranca, Pietraperzia.

Provincia di Messina

D25 Lipari Leni, Malfa, S. Maria Salina;
D26 Messina Scaletta Zanclea, Itala, Villafranca Tirrena, Saponara, Rometta, Roccalumera-Mandanici, Furci Siculo, Nizza di Sicilia, Fiumedinisi, Ali Terme, Ali, *Pagliara*;
D27 Milazzo Pace del Mela, Gualtieri Sicaminò, S. Lucia del Mela, S. Filippo del Mela, Spadafora, Valdina, Venetico, Roccavaldina, Torregrotta, Monforte S. Giorgio, Condrò, S. Pier Niceto;
D28 Barcellona P. G. Merì, Montalbano Elicona, Basicò, Tripi, Terme Vagliatore, Castoreale, Rodi Milici, Furnari, Falcone, Novara di Sicilia, Mazzarrà S. Andrea, Fondachelli Fantina;
D29 Mistretta Castel di Lucio, Reitano, S. Stefano Calastra, Motta d'Affermo, Pettineo, Tusa;
D30 Patti Oliveri, Montagnareale, Librizzi, S. Piero Patti, Raccuja, Floresta, Brolo, Ficarra, Sinagra, Gioiosa Marea, Piraino, S. Angelo di Brolo, *Ucri*;
D31 S. Agata di M. S. Marco d'Alunzio, Militello Rosmarino, Alcara Li Fusi, Acquadolci, S. Fratello, Baronìa, Capo d'Orlando, Caprileone, Frazzanò, Mirto, Longi, Castell'Umberto, Naso, S. Salvatore di Fitalia, Tortorici, Torrenova, Galati Mamertino;
D32 Taormina Castelmola, Gallodoro, Mongiuffi Melia, Letojanni, Motta

Camastra, Francavilla di Sicilia, Moio Alcantara, Malvagna, Roccella Valdemone, Cesarò, S. Teodoro, Giardini Naxos, Graniti, Gaggi, S. Teresa Riva, S. Alessio Siculo, Forza d'Agrò, Savoca, Casalvecchio Siculo, Antillo, Limina, Roccafiorita, *Santa Domenica Vittoria*.

Provincia di Palermo

D33 Cefalù Lascari, Gratteri, Campofelice di Roccella, Collesano, S. Mauro Castelverde, Castelbuono, Isnello, Pollina;

D34 Carini Torretta, Capaci, Isola delle Femmine, Terrasini, Cinisi;

D35 Petralia Sottana Petralia Soprana, Blufi, Bompietro, Alimena, Polizzi Generosa, Castellana Sicula, Gangi, Geraci Siculo;

D36 Misilmeri Marineo, Bolognetta, Godrano, Mezzojuso, Ciminna, Baucina, Ventimiglia di Sicilia, Cefalà Diana, Villafrati, Campofelice di Fitalia;

D37 Termini Imerese Trabia, Caccamo, Sciara, Cerda, Aliminusa, Montemaggiore Belsito, Caltavuturo, Sclafani Bagni, *Scillato*;

D38 Lercara Friddi Castronovo di Sicilia, Vicari, Roccapalumba, Palazzo Adriano, Prizzi, Valledolmo, Alia;

D39 Bagheria S. Flavia, Ficarazzi, Casteldaccia, Altavilla Milicia;

D40 Corleone Campofiorito, Roccamena, Bisacchino, Contessa Entellina, Chiusa Sclafani, Giuliana;

D41 Partinico Balestrate, Trappeto, Montelepore, Borgetto, Giardinello, S. Giuseppe Jato, S. Cipirello, Camporeale;

D42 Palermo Ustica, Villabate, Monreale, Piana degli Albanesi, Altofonte, S. Cristina Gela, Belmonte Mezzagno, Lampedusa e Linosa.

Provincia di Ragusa

D43 Vittoria Acate, Comiso;

D44 Ragusa Chiaramonte Gulfi, Giarratana, Monterosso Almo, S. Croce Camerina;

D45 Modica Scicli, Ispica, Pozzallo.

Provincia di Siracusa

D46 Noto Avola, Pachino, Portopalo di Capo Passero, Rosolini;

D47 Augusta Melilli;

D48 Siracusa Priolo Gargallo, Floridaia, Solarino, Canicattini, Bagni, Sortino, Palazzolo Acreide, Buscemi, Cassaro, Ferla, Buccheri;

D49 Lentini Carlentini, Francofonte.

Provincia di Trapani

D50 Trapani Paceco, Favignana, Erice, Valderice, S. Vito lo Capo, Custonaci, Buseto Palizzolo;

D51 Pantelleria

D52 Marsala Petrosino;

D53 Mazara del Vallo Salemi, Vita, Gibellina;

D54 Castelvetrano Campobello di Mazara, S. Ninfa, Poggioreale, Salaparuta, Partanna;

D55 Alcamo Castellammare del Golfo, Calatafimi.

7.5. Il protocollo operativo tra Assessorato degli enti locali e Assessorato della sanità

Entro 60 giorni dall'approvazione del piano di indirizzo "Verso il piano socio-sanitario", verrà istituito un coordinamento permanente tra gli Assessorati regionali degli enti locali e della sanità, attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa che garantirà l'assunzione di un processo permanente di cooperazione e condivisione di programmi operativi. Questo livello dello strumento, a carattere politico, fungerà da "*focal point*" per ogni attività di promozione e verifica dell'indirizzo socio-sanitario e coordinerà, di fatto, ogni organismo a carattere locale e territoriale che, nel quadro complessivo, si troverà a svolgere ruoli analoghi e competenze settoriali. Lo stesso protocollo dovrà definire, entro 30 giorni dalla istituzione del coordinamento, un secondo livello di competenza, di tipo tecnico e con indirizzo operativo che, attraverso un regolamento procedurale attuativo avrà il compito di definire i tempi e i modi delle fasi organizzative e procedurali. In accordo con la sanità, questo livello tecnico-operativo potrà essere ricoperto, con le necessarie integrazioni, dalla Conferenza regionale socio-sanitaria.

La commissione che provvederà alla redazione del protocollo e del regolamento procedurale sarà istituita con atto congiunto dagli Assessori regionali degli enti locali e della sanità.

7.6. Gli organismi di garanzia

Per rafforzare i processi d'integrazione, sia a livello di strutture di governo e di indirizzo, che nella redazione dei piani di zona e per conferire alla progettazione e alla programmazione degli interventi una più puntuale identificazione con l'ambito del distretto socio-sanitario di competenza, fungendo da

terminali territoriali di rete del "Coordinamento regionale degli enti locali e della sanità", si costituiscono i "comitati di garanzia", con sede in ciascuna Azienda unità sanitaria locale, composti dagli assessori provinciali ai servizi sociali e dai direttori delle Aziende unità sanitarie locali. Tali organismi opereranno in stretta connessione con le conferenze dei sindaci, previste dalla riforma sanitaria quale livello provinciale di competenza, oltre che dal decreto legislativo n. 502/92 e con i comitati dei sindaci di distretto.

Nell'ambito del regolamento procedurale attuativo relativo al coordinamento degli enti locali e della sanità, verranno definite le modalità operative e organizzative del comitato di garanzia.

Cap. 8
PIANI DI ZONA

8.1. Il sistema dei servizi sociali

Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'art. 34 del d.lgs n.267/2000, è volto a:

- favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate da forme di concertazione;
- definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende sanitarie e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate al raggiungimento di particolari obiettivi;
- prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

La predisposizione del piano di zona, ai sensi dell'art. 19 della legge n. 328/2000, assume un significato strategico ai fini della precisazione delle condizioni da garantire su tutto il territorio. In tale contesto, vanno valorizzate le esperienze realizzate sia in occasione dell'attuazione della legge n. 285/97, sia nei casi di predisposizione di documenti analoghi, laddove previsti dalle normative regionali.

In particolare, pare utile richiamare alcuni aspetti generali in grado di qualificare il processo di pianificazione:

- il processo non deve essere visto in termini meramente amministrativi (e di adempimento formale), ma deve prevedere l'attivazione di azioni responsabilizzanti, concertative, comunicative che coinvolgano tutti i soggetti in grado di dare apporti nelle diverse fasi progettuali;
- l'attenzione va concentrata, in primo luogo, sui bisogni e sulle opportunità da garantire e, solo in secondo luogo, sul sistema di interventi e servizi da porre in essere;
- devono essere valorizzati le risorse e i fattori propri e specifici di ogni comunità locale e di ogni ambito territoriale, al fine non solo di aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche di favorire la crescita delle risorse presenti nelle singole realtà locali;

– particolare attenzione deve essere riservata, sin dalle prime fasi della programmazione, alle condizioni tecniche e metodologiche che consentano di effettuare (successivamente) valutazioni di processo e di esito;

– vanno puntualmente definite le responsabilità, individuando, negli “accordi di programma” gli organi e le modalità di gestione ed esplicitando le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti.

La predisposizione del piano di zona, che viene formulato tenendo conto dell’articolazione in distretti socio-sanitari, può essere strutturata nelle seguenti fasi metodologiche:

– la Regione approva il piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona.

– il piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona viene attuato, nell’ambito delle risorse disponibili, attraverso forme di intesa con i comuni interessati, con la partecipazione attiva delle Aziende di servizi alla persona, dei soggetti del terzo settore che partecipano anche con proprie risorse alla realizzazione dei servizi, nonché con la collaborazione dei soggetti di cui all’art. 1, comma 6, della legge n. 328/2000;

– il piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona indica altresì le aree e le azioni prioritarie d’intervento, i criteri di verifica e di valutazione, al fine di assicurare la qualità e la realizzabilità degli obiettivi definiti, nonché la costituzione di una rete integrata di interventi sociali.

Azioni da considerare:

a) conoscenza, analisi e valutazione dei bisogni della popolazione;

b) individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative umane e finanziarie) pubbliche, private, del terzo settore, disponibili e attivabili;

c) definizioni degli obiettivi e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili;

d) regolamentazione dei servizi e delle iniziative all’interno del territorio di competenza;

e) regolamentazione dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti, quali accordi, deleghe, convenzioni e protocolli d’intesa.

Il piano di zona dei servizi alla persona viene adottato dal sindaco, qualora l’ambito territoriale dell’Azienda unità sanitaria locale coincida con quello del comune, nel caso delle città metropolitane, o dal sindaco del comune capofila del comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario, sentiti, nei termini indicati dalla legge, dal piano sociale regionale e dalle linee di indirizzo, gli enti

pubblici interessati e i soggetti di cui ai commi 4 e 5, art. 1, legge n. 328/2000.

Nel piano di zona dei servizi alla persona sono contenuti gli indirizzi programmatici relativi agli aspetti di rilevanza sociale per la formulazione del piano attuativo locale dell'Azienda unità sanitaria locale.

Il sindaco o il comitato dei sindaci approva il piano di zona dei servizi alla persona attraverso la forma dell'accordo di programma di cui all'art. 34 del decreto legislativo n. 267/2000.

Vigilanza e controllo sull'adozione dei piani di zona dei servizi alla persona
L'Assessorato degli enti locali, in caso di mancata definizione e presentazione, nei termini stabiliti dalla programmazione regionale, del piano di zona dei servizi alla persona agli uffici regionali, nomina in via sostitutiva un commissario ad acta.

L'Assessorato degli enti locali, attraverso la valutazione dei piani di zona dei servizi alla persona da parte dell'ufficio piano, esprime parere di congruità in ordine alla loro corrispondenza con la programmazione regionale.

8.2. Le regole: la qualità, livelli essenziali, l'accreditamento e livelli assistenziali

8.2.1. La qualità degli interventi e dei servizi socio-sanitari

La Regione Siciliana ha da tempo regolamentato in varie forme la qualità dei servizi socio-assistenziali e socio-educativi.

In particolare, la verifica della sussistenza dei requisiti per l'erogazione dei servizi sociali è stata affidata, dall'art. 26 della legge 9 maggio 1986, n° 22, all'iscrizione ad apposito albo.

Nell'ambito sociale, lo sviluppo dal basso dell'iniziativa dei cittadini, delle associazioni, del volontariato e delle imprese sociali si fonda da un lato sull'autonoma capacità dei soggetti di "fare qualità" e dall'altro su una visione condivisa degli elementi qualificanti dei servizi sociali. La concertazione, già ampiamente sperimentata per la programmazione dei servizi, è altrettanto importante per la valutazione e lo sviluppo di un sistema di qualità, che si basa su valori comuni, regole condivise e controlli imparziali.

Infine, le regole per la qualità che si vanno determinando in ambito pubblico riguardano per lo più i servizi sociali essenziali di cui l'ente locale è titolare e che sono definiti nei piani regionali.

Viceversa, finora, la Regione e gli enti locali non sono ancora intervenuti per regolare la qualità dei servizi che i cittadini e le famiglie acquistano direttamente e/o organizzano in proprio avvalendosi di personale non sempre inquadrato con contratti appropriati. In particolare, quando a questo personale viene affidata l'assistenza a domicilio di anziani con ridotta autonomia (diurna o continuativa) e l'assistenza educativa dei bambini (singoli o in gruppi), il servizio assume un carattere sociale che deve sottostare a principi di qualità, a tutela delle persone che ne usufruiscono. In tale contesto, devono essere avviate politiche che utilizzino incentivi mirati alle famiglie che acquistano servizi alla persona accreditati dal pubblico. Tale scelta, da un lato favorisce l'emersione del lavoro sommerso e, dall'altro, consente di affermare nel concreto che la qualità dei servizi è strettamente legata alla qualità del lavoro impiegato. Ciò implica una progettualità integrata fra i servizi per l'impiego, i servizi per la formazione professionale e i servizi alla persona.

Si tratta allora di costruire un "sistema di qualità sociale", inteso come insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e degli interventi, uso ottimale delle risorse impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo.

A tal fine, la Regione si impegna a:

- individuare la tipologia dei servizi da includere nel sistema per la qualità sociale;
- promuovere sedi di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei diversi interventi e servizi sociali, invitando tutti i soggetti interessati al sistema, enti pubblici, produttori privati, professionisti del sociale e rappresentanti dei cittadini fruitori dei servizi;
- definire le norme per l'autorizzazione al funzionamento e le norme per l'accreditamento, operando, ove possibile, l'accorpamento in un testo unico delle molteplici normative, procedure e adempimenti richiesti ai produttori di servizi;
- individuare i soggetti istituzionali, le metodologie e gli strumenti, atti a controllare l'applicazione delle norme in modo omogeneo sul territorio regionale, trasparente e imparziale;
- programmare e attuare piani di formazione e di incentivazione, ai fini di favorire e sostenere l'applicazione delle norme e diffondere una cultura della qualità sociale;

– adottare propri strumenti di valutazione della qualità dei servizi, del funzionamento e dell’impatto del sistema qualità.

8.2.2. *Livelli essenziali*

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono recepiti nel piano regionale dei servizi alla persona, che li caratterizza in termini di sistema di prestazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli. Le misure, gli interventi e le prestazioni per l’erogazione dei livelli essenziali, che costituiscono le indicazioni prevalenti in ambito di piani di zona, sono in via prioritaria:

- a) le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare;
- b) le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti, o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) le misure di sostegno alle responsabilità familiari;
- d) le misure per favorire l’armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) le misure di tutela dei diritti del minore,
- f) le misure di sostegno alla donna in difficoltà;
- g) gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- h) le misure a favore del reinserimento lavorativo di persone con disagio sociale;
- i) gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio;
- j) le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze patologiche;
- k) l’informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto.

I livelli delle prestazioni sociali sono definiti con riferimento ai seguenti criteri:

- a) le risorse finanziarie definite nei piani di zona dei servizi alla persona;
- b) gli standard di erogazione dei servizi sociali con riferimento ai bisogni della popolazione interessata;
- c) gli indicatori di esito e di benessere sociale individuati nel piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona.

8.2.3. *Accreditamento*

Nel corso degli ultimi anni, si è verificata una progressiva espansione dei ser-

vizi alla persona; comincia a crescere la spesa pubblica dedicata al sociale e cresce, in modo ancora poco visibile ma rilevante, la spesa privata delle famiglie sul fronte dei servizi educativi per i bambini, dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti ed altri servizi alla persona.

La normativa di riferimento per le politiche sociali e per il terzo settore in Italia ha, di recente, registrato provvedimenti di portata storica come il decentramento amministrativo verso comuni e regioni ed il riconoscimento dei soggetti del terzo settore come protagonisti delle politiche sociali, della progettazione e della erogazione dei servizi. Le organizzazioni del terzo settore manifestano un elevato potenziale di sviluppo occupazionale soprattutto a causa della forte crescita dei bisogni di assistenza per alcune fasce di popolazione come gli anziani, i bambini, gli adolescenti, i disabili e così via. In molte circostanze, questi bisogni non rappresentano una vera e propria domanda di servizi, sia perché i potenziali consumatori di servizi non dispongono di redditi sufficienti e di una organizzazione capace di amplificare tali esigenze, sia perché l'offerta esistente è scarsa in termini quantitativi e insoddisfacente in termini qualitativi.

Il tema della riforma del *welfare* e del modo di concepire i servizi di natura socio-assistenziale erogati alle persone, alle famiglie ed in particolare agli indigenti è, inoltre, di centrale importanza anche con riferimento alle opportunità di sviluppo delle economie deboli e delle zone più svantaggiate del paese. In una realtà caratterizzata da elevati tassi di disoccupazione, più intensamente in alcune aree del Mezzogiorno, si avverte la debolezza sociale del "popolo" del terzo settore, spesso costituito da volontari, da lavoratori non tutelati dalle istituzioni e da precari, che trovano difficoltà ad entrare nel mercato del lavoro ed a trovare una dimensione ed un ruolo. Il volontario viene impiegato anche in maniera non appropriata, come possibile protagonista di lavoro precario, sottopagato o in nero e senza alcuna possibilità di tutela.

Negli ultimi anni si è, infatti, assistito ad una crescita di attività informali e irregolari (svolte spesso anche da immigrati) anche nel settore dei servizi alla persona (assistenza ad anziani, bambini, disabili). In questo caso, non si tratta tanto di fare emergere imprese, ma piuttosto di indirizzare verso le imprese del terzo settore la domanda oggi soddisfatta da prestatori irregolari, agendo soprattutto sulla convenienza delle famiglie (es: deducibilità fiscale) ad orien-

tare la domanda verso organizzazioni regolari. Da qui l'esigenza di ripensare in termini organizzativi e gestionali ad un Nuovo ruolo del settore sociale per l'erogazione di nuove tipologie di servizi. Si punta a promuovere la realizzazione di un sistema orientato all'efficacia dei servizi erogati ed al soddisfacimento dei bisogni attesi dagli utenti.

Appare opportuno sottolineare come lo sviluppo del settore non profit comporti l'espansione e la diffusione dei valori che lo sostanziano, quali la solidarietà, la crescita sociale, la responsabilità civile. Si può affermare che un intervento in questo settore ha un raggio di azione tale da incidere oltre che sui profili occupazionali, sulla qualità della vita, sulla lotta contro la povertà e tale da concorrere a ridisegnare nuove condizioni di crescita e di partecipazione sociale.

Queste considerazioni, insieme alla consapevolezza del ruolo centrale del volontariato per le azioni positive nei confronti della collettività, con particolare riferimento ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione, conducono a ripensare l'organizzazione stessa dell'impresa sociale ed i percorsi formativi dei protagonisti dell'impresa stessa per consentire, da un lato, il miglioramento delle condizioni di lavoro delle imprese attive sul "sociale" e, dall'altro, di assicurare un'offerta sempre più qualificata. Si evidenzia, infatti, un elevato fabbisogno in termini di addetti determinato, per quanto riguarda le figure professionali tradizionali, dall'intenso turnover del personale operativo, e, con riguardo invece alle nuove figure professionali, indotto dal cambiamento in atto nel sistema del *welfare* e dalla necessità di garantirsi migliori compiti manageriali.

Per di più, un recente censimento Istat (Ricerche PIC Adapt - Istat; Servizio statistiche sulle istituzioni pubbliche e private, Roma 4 maggio 2001) sulle imprese no-profit, evidenzia come le unità iscritte ai registri regionali hanno segnato un incremento dell'80% dal 1995 al 1999 e la Sicilia, in particolare, è la Regione che ha mostrato il più alto tasso di crescita.

Si avverte, pertanto, la necessità di promuovere una maggiore qualità, flessibilizzazione e personalizzazione degli interventi formativi in grado di rimuovere gli ostacoli che incontrano i soggetti più deboli sia nella fruizione dei servizi sociali sia riguardo alle opportunità di lavoro.

Diventa necessario, allora, sperimentare delle innovazioni nei percorsi formativi, a livello di management e a livello relazionale: una politica di promozio-

ne volta, da un lato, ad ampliare sia l'offerta sia la domanda di servizi dei cittadini, delle famiglie e delle comunità locali, e, dall'altro, ad incentivare correttamente l'impegno a favore della sicurezza dei lavoratori ed a valorizzare tutte le esperienze dell'associazionismo, della cooperazione sociale, del volontariato, del precariato e della cittadinanza attiva in cui si articola il terzo settore. Quest'ultimo, caratterizzato dalla compresenza di elementi imprenditoriali e sociali, può dunque essere essenzialmente considerato come uno dei modi di produrre servizi sociali pensati e creati secondo le necessità degli utenti, e come migliore maniera di dare una risposta a bisogni sociali insoddisfatti.

In particolare, bisogna puntare l'attenzione sulla necessità di istituzionalizzare un sistema di prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti quanto più possibile personalizzati che puntino all'affermazione del diritto di inserimento sociale e siano capaci di promuovere l'inclusione a discapito dell'esclusione.

In questo contesto socio economico, si inserisce il programma di standardizzazione dei servizi, operazione con la quale si cerca di formare, qualificare e riqualificare le categorie di persone sopra descritte attraverso un "sistema di accreditamento" volto a garantire un livello di professionalità adeguato al raggiungimento di elevati standard (manageriali, tecnici e relazionali) di qualità. Sembra dimostrato dall'esperienza di questi anni, che un sistema di qualità debba servire ad aumentare l'interesse e la stima sociale del grande pubblico nei confronti dei servizi alla persona, incentivare la capacità di scelta e di spesa delle famiglie. Tale sistema deve, inoltre, orientare la concorrenza verso livelli di eccellenza e non soltanto verso la contrazione dei costi; e, infine, sostenere la convenienza delle imprese a migliorare e diversificare l'offerta, coltivando un atteggiamento di ascolto costante delle esigenze dei clienti finali, incentivando, quindi, il miglioramento continuo.

La situazione attuale del privato-sociale è caratterizzata da rilevanti diversità influenzate da numerosi fattori: dimensioni, modalità organizzative, tipologie delle prestazioni, fonti dei dati, consapevolezza dei diritti-doveri degli operatori, aspettative dei cittadini, livelli culturali, carenze operative, ecc.

Le disomogeneità esistenti sono dovute a carenti criteri di pianificazione, di allocazione delle risorse, di gestione, di organizzazione, di formazione e aggiornamento.

Per correggere e migliorare questa situazione è necessario adottare una strategia di implementazione della qualità dei servizi che coinvolga con gradualità i responsabili, gli operatori, i cittadini-utenti, le organizzazioni del privato-sociale, sia negli aspetti manageriali sia in quelli tecnico-professionali e percettivi-relazionali.

L'implementazione di processi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite è, infatti, divenuta oggi un'esigenza anche per il privato-sociale. L'avvio di azioni di miglioramento nel privato-sociale conduce ad un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse, che possono quindi essere reinvestite nell'aumento della quantità e della qualità delle prestazioni o dei servizi erogati.

È, infatti, necessario che si implementi un sistema di accreditamento del privato-sociale capace di mantenere viva una pluralità di fornitori di servizi qualificati, che competano sulla qualità piuttosto che sui costi. La procedura di accreditamento prevede la valutazione non solo dei pre-requisiti formali ma della qualità dei processi di lavoro che il fornitore mette in atto al proprio interno. Così, l'utente scegliendo autonomamente il servizio a cui rivolgersi sarà assistito e tutelato nel rapporto con il servizio.

Nel definire un sistema di accreditamento anche per il privato-sociale si investe sulle tre fondamentali dimensioni della qualità: organizzativo-manageriale, tecnico-professionale e percettiva-relazionale, includendo la gestione delle risorse umane, dei progetti e la gestione economico-finanziaria. Queste fondamentali dimensioni della qualità devono essere tra loro strettamente interdipendenti, saldamente collegate ed operativamente integrate in una visione d'insieme.

È, infatti, importante mettere a punto una struttura di management adeguata al settore del privato-sociale e, partendo dall'individuazione dei soggetti responsabili dei compiti individuati, definire percorsi di accompagnamento per le imprese sociali che intendano aderire al sistema di accreditamento e certificazione. Ciò avverrà tramite attività di informazione, formazione e consulenza.

Si vogliono, pertanto, delineare nuovi modelli formativi rivolti alle figure dirigenziali, agli imprenditori sociali e ai soci delle cooperative sociali, secondo un nuovo modo di concepire il management sociale e il valore che l'economia sociale immette sul mercato, trasferendo dal sistema delle imprese economiche competenze in materia di management gestionale.

In tal modo, si intendono promuovere le capacità di cogliere ed interpretare i mutamenti in atto all'interno del settore sociale, consentendo l'individuazione di risposte progettuali funzionali ai bisogni sociali dei cittadini nei servizi. A questo livello sarà così possibile accrescere le competenze tecniche e procedurali degli operatori preposti allo svolgimento di attività di erogazione dei servizi sociali e di informazione, formazione, orientamento, consulenza, mediazione, a diretto contatto con l'utenza finale (front-office).

La strategia di intervento, oltre a raccogliere i dati riferiti alle situazioni di partenza, basilari per individuare i punti di debolezza (ma anche i punti di forza) da correggere, è finalizzata a:

- 1) sviluppare un'efficace attività di monitoraggio continuo per stabilire i livelli organizzativi, di performance, di percezione e di soddisfazione dei "clienti interni ed esterni" rispetto alle prestazioni erogate;
- 2) motivare e coinvolgere, in progress, un numero sempre maggiore di operatori sociali nella comprensione, nell'utilizzo e nella valutazione degli strumenti e metodi attraverso attività di formazione (in aula, nel posto di lavoro, ecc.) e di sperimentazione di attività di miglioramento;
- 3) implementare le più appropriate azioni correttive e di miglioramento che consentano l'acquisizione di una maggiore attenzione da parte degli operatori nelle loro prestazioni e una maggiore soddisfazione dei "clienti esterni ed interni" nei confronti della funzionalità e delle performance dei servizi.

Occorre prevedere, quindi, attività di monitoraggio e valutazione di aspetti connessi a:

- 1) soddisfazione dell'utenza e degli operatori;
- 2) aspetti organizzativo-gestionali, integrati da aspetti connessi alla qualità del servizio offerto.

Queste azioni saranno precedute da una ricerca di carattere quantitativo e qualitativo-previsionale, per approfondire la conoscenza circa il contesto su cui intervenire e da una attività relativa al bilancio delle competenze degli operatori interni al settore. La ricerca ed il bilancio delle competenze daranno seguito alla individuazione di standard (strutturali, di servizio, di management) che le imprese del privato-sociale dovranno possedere per l'accreditamento. Detti standard saranno inseriti in un manuale che definisce le linee guida per l'accreditamento.

8.2.4. Livelli assistenziali

<p>Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari</p>	<p>Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità, consulenza sui problemi familiari e sociali Lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione nei successivi percorsi di assistenza Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale</p>	<p>Legge n. 328/2000 (art. 22) Piano sociale D.P.R. 3 maggio 2001</p>	<p>Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e trasversale a quelle declinate nelle voci successive, essendo finalizzate ad una prima valutazione ed orientamento della domanda/bisogno nonché dell'organizzazione della risposta al bisogno stesso Sono ricomprese le attività collegate ad osservatori, Servizi sociali di accoglienza e segretariato, attività informative di ordine distrettuale</p>	<p>Osservatori (es. legge 451, legge 40, legge 45 ecc.) Segretariato sociale Banche del tempo</p>
<p>Servizio sociale professionale</p>	<p>Sostegno accompagnamento al singolo e alla famiglia alla definizione dei Piani di assistenza Sostegno alle responsabilità genitoriali Mediazione familiare e sociale Consulenza e sostegno ai procedimenti di Affidamento/Adozione nazionale ed internazionale Rapporti con autorità giudiziaria Sostegno socio-educativo collegato al disagio sociale e alle fasce di popolazione a rischio Rapporti con le istituzioni formative e occupazionali Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale Definizione di Piani socio riabilitativi per soggetti con disabilità, dipendenza, patologia psichiatrica.</p>	<p>Legge n. 328/2000 (art. 22) Piano sociale D.P.R. 3 maggio 2001 D.P.C.M. 14 febbraio 2001 Adozione/affido legge n. 149/2001 Convenzione sui diritti dei minori Norme contro la violenza sessuale Processo penale a carico dei minori.</p>	<p>Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e settoriale (minori, anziani disabili ecc.) e sono finalizzate alla presa in carico e accompagnamento alla fruizione delle prestazioni offerte dalla rete di servizi Le prestazioni si coordinano ed integrano con prestazioni educative, mediche, psicologiche, nonché con le attività dei settori per le politiche formative e del lavoro e prevedendo il reinserimento sociale e lavorativo Sono ricomprese tutte le attività di carattere consultoriale di sostegno alla famiglia e ai minori, ai soggetti con disagio sociale comunque espletate.</p>	<p>Affido /Adozioni Consulenti privati e attività sociali nei Consultori pubblici mediazione culturale Interventi di sostegno per i minori e la famiglia. Interventi per gestanti e minori ex ONMI Interventi di sostegno economico Assistenza minori illegittimi Prevenzione, inserimento sociale per soggetti dipendenti</p>
<p>Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare</p>	<p>Accoglienza assistenza e cura alla persona (se necessario collegamento con prestazioni sanitarie e sociosanitarie di base) Prestazioni economiche Ripristino delle possibili relazioni familiari e sociali Sistemi di teleassistenza</p>	<p>Legge n. 328/2000 (art. 22) Piano sociale D.P.R. 3 maggio 2001 D.P.C.M. 14 febbraio 2001</p>	<p>Le prestazioni sono finalizzate a rimuovere e prendere in carico situazioni di emergenza per le fragilità sociali e ad accompagnare la persona o la famiglia a prestazioni offerte dalla rete di servizi appropriate al bisogno Sono ricomprese tutte le azioni espletate a carico dei servizi sociali per contenere e rimuovere forme di disagio e di esclusione sociale: dall'accoglienza alla promozione di prestazioni diverse, comprese le opportunità per favorire l'inserimento al lavoro</p>	<p>Reinserimento lavorativo x detenuti Interventi di informazione e accompagnamento al lavoro e formazione detenuti Interventi di informazione e accompagnamento al lavoro e formazione immigrati Inserimento lavorativo Servizi di formazione lavoro (SFA) Acquisto strumenti tecnologicamente avanzati Reddito minimo di inserimento Contributi per la vita indipendente</p>
<p>Assistenza domiciliare</p>	<p>Assistenza e cura alla persona Governo della casa e miglioramento delle condizioni abitative per il mantenimento della persona a domicilio Aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane (aiuto igiene personale, preparazione e somministrazione di pasti ecc.) Promozione e mantenimento dei legami sociali e familiari Sostegno socio-educativo a minori e disabili Sostegno e consulenza al caregiver</p>	<p>Legge n. 328/2000 (art. 22) D.P.R. 3 maggio 2001 "Piano sociale" D.P.C.M. 14 febbraio 2001</p>	<p>Le prestazioni definite di carattere tutelare sono finalizzate a mantenere presso il domicilio persone e famiglie con fragilità sociale, con particolare riferimento ad anziani, disabili e minori e si integrano, nel caso di patologia in atto o di non autosufficienza, con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative. Sono ricomprese tutte le attività espletate per promuovere e sostenere la domiciliarità alle fasce fragili</p>	<p>Assistenza domiciliare minori Servizio assistenza domiciliare anziani e disabili Servizio assistenza domiciliare - disabili gravi Servizio assistenza domiciliare dipendenze</p>

Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali	Accoglienza assistenza e cura alla persona Attività di ristorazione Attività di socializzazione Attività di stimolo dei rapporti interrelazionali Attività di integrazione con il contesto sociale Attività di stimolo per lo sviluppo e mantenimento dei livelli cognitivi Sostegno e consulenza ai familiari Sostegno socioeducativo collegato al disagio sociale e alle fasce di popolazione a rischio Sostegno psicologico ai minori e alle donne minacciate o vittime di violenza	Legge n. 328/2000 (art. 22) D.P.R. 3 maggio 2001 "Piano sociale" D.P.C.M. 14 febbraio 2001 D.M. Ministro solidarietà sociale n. 308/2001	Le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza diurna e residenziale alle fasce di popolazione fragili, con particolare riferimento ad anziani, disabili, persone dipendenti e persone minacciate o vittime di violenza (minori e donne) e si integrano con prestazioni mediche, psicologiche infermieristiche e riabilitative	Centri di accoglienza per donne immigrate sole e/o con bambino Centri di accoglienza per donne vittime della tratta Strutture e Centri di Pronto intervento per minori Strutture e Centri di Pronto intervento ex ONMI Centri di accoglienza per immigrati Strutture per disabili Strutture e centri di pronto intervento per H Strutture per soggetti dipendenti Centri diurni integrati Centri socio educativi Interventi di riabilitazione psicoterapica Strutture per anziani ad esclusione di quelle finanziate con il Fondo sanitario
Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario	Accoglienza assistenza e cura alla persona Attività di ristorazione Attività di socializzazione Attività di stimolo dei rapporti interrelazionali Attività di integrazione con il contesto sociale Sostegno psicosociale collegato al disagio personale e sociale Mediazione interculturale per le popolazioni immigrate Attività formative socio-educative	Legge n. 328/2000 (art. 22) D.P.R. 3 maggio 2001 "Piano sociale" D.P.C.M. 14 febbraio 2001 D.M. Ministro solidarietà sociale n. 308/2001	Le prestazioni sono finalizzate a fornire supporti a persone e famiglie, assistenza diurna e residenziale volte a contrastare a rischio di emarginazione sociale Sono ricomprese tutte le attività esplesate per rimuovere situazioni di emarginazione e isolamento sociale a favore di soggetti esclusi dal circuito sociale	Asili nido e Servizi integrativi per la prima infanzia Centri di aggregazione giovanile Centri ricreativi diurni Centri diurni per anziani Soggiorni di vacanza per anziani, disabili, minori Attività di promozione per i giovani

Per rendere al meglio l'indirizzo integrativo tra politiche sociali e sanità, si ritiene opportuno presentare la tabella prevista dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001, relativa alle prestazioni e ai criteri di finanziamento in ambito socio-sanitario:

Tabella A

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO
(Tabella prevista dall'art. 4, comma 1, del D.P.C.M. 14 febbraio 2001
"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie")
Publicato nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001

Area	Prestazioni - funzioni	Fonte legislativa	Criteri di finanziamento
Materno infantile	1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative	Legge 29 luglio 1975, n. 405	100% a carico del servizio sanitario nazionale (SSN)
	2. Attività assistenziali inerenti l'interazione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche	Legge 22 maggio 1978, n.194	100% SSN
	3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni	Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali	100% SSN le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie
	Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio, di disadattamento o di devianza	Legge 28 agosto 1997, n. 285 Leggi regionali	100% a carico dei comuni le prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale sui minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia
	Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi		100% a carico dei comuni l'accoglienza in comunità educative o familiari
4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	Legge 15 febbraio 1996, n. 66 Legge 3 agosto 1998, n. 269 D.M. 24 aprile 2000 Presidio ospedaliero materno infantile	100% SSN	

Area	Prestazioni - funzioni	Fonte legislativa	Criteri di finanziamento
Disabili	1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica	Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 26 Provvedimento 7 maggio 1998: linee guida del Ministero della sanità per l'attività di riabilitazione	100% SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsabilità minimale. 100% SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico
	2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia	Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge 21 maggio 1998, n. 162 Leggi regionali	
Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative	1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia	Linee guida emanate dal Ministero della sanità del 31 marzo 1994 Legge 11 marzo 1988, n. 67 Legge n. 451/98 Decreto legislativo n. 229/99 D.P.R. 23 luglio 1998: Piano sanitario 1998/2000 Leggi e piani regionali	100% SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoaassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso di standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera. Il restante 50% del costo complessivo a carico del comune (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale).
	2. Assistenza domiciliare integrata	Presidio ospedaliero anziani	100% SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione 50% SSN e 50% comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale) l'assistenza tutelare. 100% a carico dei comuni l'aiuto domestico e familiare
Dipendenze da droga, alcool e farmaci	1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 Legge 18 febbraio 1999, n.45 Accordo Stato-Regioni 21 gennaio 1999	100% SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative ed i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in comunità terapeutica 100% a carico dei comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza
Patologie psichiatriche	1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale	D.P.R. 10 novembre 1999: Presidio ospedaliero tutela della salute mentale 1998/2000	100% SSN
	2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo		Nella fase di lungoaassistenza, ripartizione della spesa tra Asl e comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, una quota minima di concorso alla spesa tra il 30% ed il 70% (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale)
Patologie per infezioni da HIV	1. Cura e trattamenti farmacologici particolare per la fase di lungoaassistenza ed accoglienza in strutture residenziali	Legge n.135/90 D.P.R. 8 marzo 2000: Presidio ospedaliero Aids	100% SSN nella fase intensiva ed estensiva. Ripartizione della spesa tra Asl e comuni in misura non inferiore al 30% per ognuno nella fase di lungoaassistenza (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale)
	2. Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo		100% a carico dei comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale).
Pazienti terminali	1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale	Legge 28 febbraio 1999, n. 39	100% SSN

Il metodo

Obiettivi di processo:

a) Fotografia dell'esistente e individuazione del problema

Sostenere l'analisi della domanda attraverso:

- dati statistici e anagrafici;
- liste dei soggetti da tutelare;
- analisi della normativa nazionale e regionale;
- documentazione e relazione dei servizi;
- altre fonti.

b) Definizione degli obiettivi e risultati attesi

Obiettivi di sistema: riguardano l'organizzazione dell'offerta, quali servizi e quali prestazioni vengono erogati, i volumi, i destinatari, i processi di erogazione, il sistema di documentazione e l'analisi dei costi:

- quantitativi (l'aumento delle risposte, dei servizi, la loro diversificazione, il mantenimento, la trasformazione, la riduzione);
- qualitativi (l'esplicazione dei vantaggi per i destinatari, la creazione di una rete interconnessa, un sistema informativo in rete, diffusione di un'adeguata informazione che raggiunga target specifici o interlocutori privilegiati);
- miglioramento dell'accesso (ubicazione vicina ai fruitori, eliminazione barriere architettoniche);
- migliorare l'efficienza (verificare l'esistenza di una contabilità analitica corretta, analisi dei costi unitari per intervento, analisi dei costi di servizio - tenendo conto dei costi fissi e variabili - il tutto sempre correlato ai benefici che i servizi apportano all'utenza);
- l'esistenza di risorse aggiuntive (fondi europei, fondi per lo sviluppo economico, sponsor);
- diminuzione delle liste di attesa;
- rilevazione dell'assenteismo degli operatori;
- strumenti per la rilevazione e l'analisi della soddisfazione dell'utenza (conoscenza del servizio, accesso, disponibilità, educazione, accoglienza competente, locali idonei, servizi relazionali efficienti);
- aggiornamento e riqualificazione professionale continua, integrata tra soggetti pubblici e privati;
- verifica dell'adeguamento del rispetto degli standard strutturali e operativi rispetto alla norma e alla domanda;

– rispetto della 626 (sicurezza sui luoghi di lavoro) e haccp (sicurezza alimentare);

– rispetto dei contratti di lavoro per il personale pubblico e privato retribuito;
– rispetto per i volontari delle norme assicurative.

c) Obiettivi di integrazione, secondo quattro differenti livelli

Istituzionale - I diversi soggetti istituzionali si danno regole condivise e formalmente recepite con protocolli d'intesa, accordi di programma, convenzioni. Occorre prevedere un sistema di offerta, una rete comune di servizi condivisa e co-finanziata con l'individuazione di un sistema di responsabilità precise, individuando percorsi amministrativi facilitanti l'attuazione dei programmi: approvazione di un regolamento interno. Approvazione di forme di verifica e valutazione periodica. Specificazione delle fonti di risorse messe in campo da ciascun attore.

Gestionale - Funzionamento dei diversi centri di responsabilità. Previsione di un ufficio di piano. Modalità di organizzazione dei fattori produttivi interni ed esterni, in gestione diretta o delegata. Modalità di integrazione su base negoziale e contrattuale. Verifica del fatto che i diversi soggetti trovino risposte gestionali unitarie con un percorso unitario e un unico punto di accesso ai servizi, verificando anche se l'utenza percepisce la globalità e l'unitarietà di quanto proposto o subisce la frammentazione delle risposte.

Professionale - Presenza e condivisione della metodologia di lavoro per progetti. Presenza di unità valutative multidisciplinari con la partecipazione di professionalità e di competenze diverse (in negativo il turn over eccessivo). Momenti formativi comuni. Certezza delle procedure (ostacolo dato dalla presenza di diverse culture professionali).

Comunitario - Percorsi di coinvolgimento formale, dall'inizio, del privato sociale e dei soggetti della comunità nelle diverse fasi (progettuale, operativo, valutativo). Messa in comune delle risorse professionali.

d) Indicatori

Per ogni obiettivo di processo occorre individuare gli indicatori specifici, essenziali per procedere alla valutazione.

Variabili da sviluppare:

- integrazione. Realizzazione di progetti con utilizzo sinergico delle risorse, norme e finanziamenti;
- partecipazione degli operatori coinvolti in prima persona nell'intero processo, alla programmazione e alla valutazione dei servizi;
- informazione, comunicazione, relazione, verticale ed orizzontale non solo nel servizio pubblico ma nella relazione tra pubblico e privato;
- personale. Flessibilità del lavoro (meccanismi di selezione del personale e della dirigenza, meccanismi di valutazione del personale e della dirigenza e meccanismi incentivanti e strumenti premianti).

e) La normativa per l'affidamento

Gli enti locali promuovono ed assicurano la partecipazione degli organismi di terzo settore e delle IPAB sia nella fase della progettazione che in quella successiva dell'attuazione, ricorrendo a forme di aggiudicazione dei servizi che coinvolgano gli stessi soggetti nelle procedure di definizione dei bisogni e nella ricerca di metodologie di intervento, secondo criteri che privilegino la qualità, l'esperienza, la territorialità, la professionalità.

In particolare all'affidamento in convenzione dei servizi, gli enti locali dovranno procedere ai sensi delle disposizioni regionali a trattativa privata, compreso l'affidamento diretto, in favore di enti ed organismi senza scopo di lucro, sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa sotto l'aspetto qualitativo ed economico, con prevalenza per il primo, tenendo conto della legge 1 marzo 2002, n. 39, art. 53, in sostituzione del comma 6 dell'art. 23 del D.L. n. 157/95 e in abrogazione del DPCM 27 febbraio 1997, n. 116. Fa ulteriore riferimento la direttiva comunitaria n. 97/52/CEE, recepita dal D.L. 25 febbraio 2000, n. 65.

Non si esclude il ricorso all'appalto concorso (gara ristretta) o alla co-progettazione (art. 26 del decreto legislativo n. 157/95), soprattutto in relazione ad interventi innovativi e sperimentali.

Riguardo ai rapporti tra ente locale e terzo settore, fanno fede la legge n. 328/2000, in particolare l'art. 5, il collegato D.P.C.M. 30 marzo 2001 contenente "atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona, artt. 5 e 6 (privilegiare ove possibile e nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione e di libera concorrenza, procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate). In ossequio al disposto dell'art. 7 del D.P.C.M. 30 marzo 2001, i comuni possono indire, in maniera motivata, istruttorie pubbliche per la co-progettazione

di interventi innovativi e sperimentali, su cui chiedono agli organismi del terzo settore di esprimere disponibilità a collaborare e che escludono - una volta scelto il progetto migliore, mediante apposite commissioni di valutazione - ulteriori forme di gara.

Tenendo conto dell'approvazione della legge regionale 2 agosto 2002, n. 7 "Norme in materia di opere pubbliche. Disciplina degli appalti di lavori pubblici, di fornitura, di servizi e nei settori esclusi" la Regione Siciliana, in raccordo con la VI commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, si impegna a presentare un disegno di legge in materia.

8.3. Gli strumenti (monitoraggio, qualità, valutazione, analisi dati)

La Regione Siciliana ha l'obiettivo di qualificare il processo di definizione del sistema integrato delle politiche e dei servizi socio-sanitari, organizzato all'interno del piano socio-sanitario. Intende, dunque, attivare tutti gli strumenti tesi a completare e rafforzare il programma di assistenza e di supporto coordinato mediante la "cabina di regia", predisposta presso l'Assessorato degli enti locali. Con questo fine, la Regione si fa promotrice di sottoscrivere protocolli d'intesa e/o convenzioni con l'ISTAT regionale, le università siciliane, associazioni, consorzi, enti, raggruppamenti che assicurino le opportune qualifiche professionali e capacità progettuali nella predisposizione di iniziative e sistemi di monitoraggio, certificazione della qualità, valutazione e analisi dei dati, percorsi formativi e informativi, funzionali al miglioramento dei piani regionali e di zona.

8.4. Gli organismi per il governo dell'integrazione

Non si attua una riforma senza la ricerca sistematica dei punti d'incontro che permettano alle parti una proficua condivisione delle fasi e degli obiettivi programmatici. La scommessa si gioca soprattutto a livello distrettuale perché è lì che si determinano le scelte dei cittadini e che si sintetizzano le analisi di sviluppo delle comunità. Il completamento di questo processo facilita la definizione di un sistema regionale integrato, quello che nella sua evoluzione definitiva abbiamo indicato come il piano socio-sanitario della Regione, perché lo stesso viene sostenuto dall'accertamento di una cultura territoriale effettiva. Pertanto, il programma delle attività territoriali deve indicare organicamente le attività del distretto, prevedendo la localizzazione dei servizi e determinando le risorse per l'integrazione socio-sanitaria. Non bisogna correre l'er-

rore di creare due percorsi paralleli di governo locale, l'uno per le politiche sanitarie, l'altro per quelle socio-assistenziali, pur se collegandoli fra loro attraverso strumenti di concertazione e di verifica; in primo luogo perché lo strumento politico di coordinamento esiste già, definito a livello regionale (protocollo d'intesa enti locali - Sanità e conferenza regionale socio-sanitaria) e provinciale (Comitato provinciale di garanzia - Conferenza dei sindaci), che insieme rappresentano il sistema di riferimento per l'indirizzo socio-sanitario. Ma soprattutto perché è a livello territoriale che occorre superare, con la dovuta gradualità, la logica dei "compartimenti stagni" o degli "accordi di facciata", per comunicare nel migliore dei modi i vantaggi, in termini di sviluppo e di risorse, raggiungibili attraverso una seria politica di integrazione e di cooperazione e che non possono affermarsi se non con il concorso, il più ampio e funzionale possibile, di tutti i livelli d'incontro. A livello distrettuale il punto di coincidenza tra sanità e politiche sociali dovrà sostanzializzarsi attraverso il Comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario, dove convergeranno le competenze degli enti locali associati a livello distrettuale e le Aziende unità sanitarie locali.

8.5. La cabina di regia regionale

La Regione intende affrontare l'impegno triennale per giungere alla redazione del piano socio-sanitario valorizzando il proprio ruolo di coordinatore centrale delle azioni e di ente di indirizzo, garantendo lo sviluppo di un *welfare* delle responsabilità ma anche proponendo un modello innovativo di *Governance*.

Reputa che il dialogo sociale e la concertazione siano strumenti imprescindibili di democrazia e che gli stessi, nell'ottica del raggiungimento di obiettivi che coinvolgono l'intera comunità, vadano rafforzati attraverso strategie di rete e modalità di accesso e di governo che non possono lasciare nulla al caso.

Pertanto ritiene opportuno promuovere la costituzione di una "cabina di regia" a livello regionale per garantire al processo di avviamento e di consolidamento dell'impianto progettuale, nel corso del triennio definito "sperimentale", un indirizzo operativo e una costante verifica degli stati di avanzamento che permetta di valorizzare tutte le risorse disponibili.

La cabina di regia ha sede presso l'Assessorato regionale degli enti locali ed è presieduta dall'Assessore; ne fanno parte funzionari e/o consulenti indicati

dall'Assessore per gli enti locali, funzionari indicati dall'Assessore per la sanità e dalla Presidenza della Regione, nonché rappresentanti dell'ANCI, ANCI Federsanità e URPS.

La cabina di regia organizza il tavolo di concertazione regionale, che rappresenta il luogo di confronto e decisione sul piano politico-istituzionale con i diversi livelli istituzionali e i vari soggetti sociali e si avvale del supporto dell'ufficio di piano, che rappresenta la commissione tecnica per le attività di accompagnamento e assistenza.

“Essa potrà essere integrata:

- allorché si tratteranno temi di carattere ordinatorio e valutativo (oppure riguardanti le politiche e le competenze sindacali), da un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali regionali maggiormente rappresentative, di rilievo nazionale;

- allorché si tratteranno temi riguardanti le politiche del territorio e di decentramento amministrativo, da un rappresentante dell'ASAEL, dell'ASACEL e della lega delle autonomie locali.

Tali rappresentanze potranno esprimere, in seno alla cabina di regia, un parere consultivo.

La cabina di regia e la struttura tecnica di sostegno hanno durata triennale e, comunque, sono strettamente connessi alle fasi di avviamento che precedono la definizione del piano regolatore regionale.

8.6. Il supporto all'avviamento

La struttura operativa di supporto alla fase di avviamento del piano socio-sanitario della Regione Siciliana e di sostegno alla redazione dei piani di zona, è coordinata dalla cabina di regia regionale e si avvale del seguente sistema organizzativo territoriale:

Ufficio piano

- competenza: commissione tecnica per l'accompagnamento e l'assistenza;
- livello: regionale;
- sede: 1;

Segreteria tecnica

- competenza: tavolo di coordinamento provinciale;
- livello: provinciale e città metropolitane;
- sedi: 9+3 (le 9 province + le 3 città metropolitane, Palermo, Catania e Messina);

Gruppo piano

- competenza: tavolo di coordinamento distrettuale;
- livello: ambiti territoriali/distretti socio-sanitari;
- sedi: 52

L'orientamento operativo.

L'attività di supporto si avvale dei seguenti strumenti:

- laboratori distrettuali di co-progettazione;
- focus group con gruppi di operatori pubblici e soggetti del terzo settore.

La fase di orientamento al sistema integrato viene diretta in particolare verso i seguenti ambiti:

- l'integrazione socio sanitaria dei servizi e degli interventi;
- piani e budget di distretto: la logica operativa sovra-comunale;
- l'informazione sociale;
- monitoraggio del sistema sociale territoriale;
- modalità del sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ISE) e degli enti locali;
- la revisione dei profili professionali impegnati nel sociale;
- la ridefinizione del sistema organizzativo dei servizi sociali.

La Regione promuove progetti-obiettivo a carattere sperimentale e per il trasferimento delle buone pratiche secondo la logica dell'integrazione e della valorizzazione del sistema.

8.7. Schema piani di zona

Questo schema rappresenta una sintesi delle procedure di indirizzo strategico. Ad integrazione delle stesse, verrà prodotto, a cura della "cabina di regia", in particolare "dell'ufficio piano", un "indice ragionato dei piani", con indirizzo tecnico-operativo, entro 30 giorni dall'emanazione delle linee guida.

Ambiti territoriali

- comuni e Azienda unità sanitaria locale di riferimento del distretto socio-sanitario (elenco/tabelle nel capitolo "ambiti territoriali");
- città metropolitane e Azienda unità sanitaria locale di riferimento (Palermo, Catania e Messina).

Tavoli di concertazione per i piani di zona

- enti locali;

- Azienda unità sanitaria locale;
- organismi pubblici e privati qualificati a livello locale e distrettuale;
- struttura di supporto regionale;
- gruppo piano (distrettuale);
- segreteria tecnica (provinciale e città metropolitane).

N.	Obiettivi	Strumenti
1	Analisi e valutazione dei bisogni locali, livello dei servizi socio-sanitari e delle risorse professionali e finanziarie	Indici ISTAT demografici Indicatori delle situazioni economiche (il D.P.C.M. 7 maggio 1999, n. 221, che definisce l'ambito di applicazione del decreto legislativo n. 109/98, precisa che l'applicazione dello stesso, introdotto in via sperimentale, ha effetti fino al luglio 2002. Il decreto legislativo n. 109/98, come integrato dal decreto legislativo n. 130/2000, prevede l'emanazione di un D.P.C.M. che definisca l'ambito di applicazione delle agevolazioni rivolte a disabili e ultrasessantacinquenni (art. 3, comma 2-ter) Concorso e partecipazione alla spesa (legge 8 novembre 2000, n. 328, art. 8, comma 3, lett. 1.) e art. 24, comma 1, lett. g); D.P.C.M. 29 novembre 2001, che definisce i livelli essenziali di assistenza)
2	Analisi comparata tra le priorità nazionali e regionali e la scala dei bisogni locali, integrata a livello distrettuale	Indicazione delle priorità nazionali e regionali rilevabili dal piano sociale nazionale e dalle "linee guida di indirizzo"
3	Livelli dell'integrazione socio-sanitaria	Comitato provinciale di garanzia
4	Livelli di partecipazione degli organismi (cittadinanza attiva; presenza attiva e consapevole dei comuni)	Comitato dei sindaci del distretto Registri delle associazioni di volontariato e di promozione sociale; albi delle cooperative sociali e delle comunità terapeutiche Tavolo permanente del terzo settore
5	Attività di formazione, monitoraggio, definizione della qualità sociale e degli indicatori esito e benessere	ISTAT (definizione indicatori sociali) Agenzia sociale provinciale Strumenti di rilevazione e di formazione a livello distrettuale
6	Accordo di programma (art. 34, decreto legislativo n. 267/2000 e art. 19, legge n. 328/2000)	Convenzioni con le organizzazioni del terzo settore Regolamentazione degli accordi e delle competenze tra gli enti locali e le Aziende unità sanitarie locali Definizione del bilancio distrettuale

Cap. 9 POLITICA DELLA SPESA

La legge n. 328 dell'8 novembre 2000, per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, prevede un sistema di finanziamento plurimo delle politiche sociali cui concorrono, in base a competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, gli enti locali, le Regioni e lo Stato, ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

Le regioni, in attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonché in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali.

Le spese da sostenere da parte dei comuni e delle Regioni sono a carico, sulla base dei Piani regionali e dei piani di zona di cui agli artt. 18 e 19 della citata legge n. 328/2000, delle risorse loro assegnate dal Fondo nazionale per le politiche sociali nonché degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci e delle risorse del territorio.

L'art. 20 della più volte citata legge n. 328/2000, prevede il potenziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, con risorse aggiuntive indistinte che servono a finanziare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e prevede che il Ministro competente adotti un decreto di ripartizione delle risorse del Fondo nazionale sulla base delle linee contenute nel Piano nazionale e dei parametri di cui all'art. 18, comma 3, lett. n), basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione.

L'innovazione introdotta con l'ampliamento del Fondo nazionale per le politiche sociali impone la definizione ex novo di un meccanismo di allocazione delle risorse, fra i settori di intervento e fra aree territoriali (popolazione), che tenga conto dei bisogni complessivi delle diverse realtà geografiche, degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale e locale e dei livelli essenziali di assistenza.

Ed è proprio l'art. 3 della legge regionale n. 22/86, sul riordino dei servizi

socio assistenziali in Sicilia, che anticipa i livelli essenziali di assistenza indicati all'art. 22 della legge n. 328/2000.

Con il sistema di finanziamento delle politiche sociali, si evidenzia, in entrambe le leggi, un collegamento tra livelli di assistenza e risorse economiche nazionali e regionali.

La legge n. 328/2000 dispone, infatti, al comma 4 dell'art. 4 che il Fondo nazionale delle politiche sociali sia finalizzato a sostenere le priorità del piano nazionale ed i piani di zona. Anche la legge regionale n. 22/86, all'art. 44 prevede che il finanziamento regionale sia finalizzato al raggiungimento degli obiettivi del piano regionale, attraverso un sistema di servizi socio-assistenziali finalizzati a garantire ai cittadini che ne hanno titolo, interventi adeguati alle esigenze delle persone.

Si può osservare, pertanto, che entrambe le leggi fissano i seguenti principi:

- i comuni, titolari delle funzioni in materia di servizi sociali (art. 6, legge n. 328/2000) provvedono in via prioritaria alla spesa sociale;

- lo Stato e la Regione concorrono a sostenere, in via sussidiaria, la spesa sociale per obiettivi qualificati (livelli essenziali) e per lo sviluppo delle reti di servizi sociali in ambiti territoriali definiti;- i principi di sussidiarietà (verticale e orizzontale), di solidarietà personale, familiare ed organizzativa, di responsabilità condivise (*welfare community*) e di universalità delle prestazioni e dell'utenza, cardini della legge n. 328/2000, sono riscontrabili nelle politiche sociali dell'isola, pur nei limiti delle modeste risorse del bilancio regionale, e della capacità di spesa degli enti locali;

- l'impianto fondamentale della legge n. 328/2000, basato sui principi di riforma economico/sociale, trova immediata applicazione anche in Sicilia, perché gli stessi principi sono presenti nell'intero quadro normativo regionale fatta salva la necessità di un parziale ed esteso adeguamento per una risposta omogenea e coerente dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto delle prerogative costituzionali attribuite allo Statuto siciliano.

Per la Regione Siciliana, inoltre, come precisato al paragrafo V delle presenti linee guida, l'ambito territoriale "ottimale" per la gestione dei servizi essenziali e per le attività complesse di carattere sovracomunale è il distretto socio sanitario (coincidente con i distretti sanitari) che provvede alla programmazione della rete sociale e socio sanitaria.

Alla luce di quanto sopra esposto, con le disponibilità del Fondo nazionale delle politiche sociali anno 2001, si intende avviare una strategia di finan-

ziamento che sia finalizzata a promuovere e qualificare la spesa, a livello di distretto socio-sanitario, sulla base dei seguenti criteri:

- riequilibrio territoriale dei servizi garantendo in tutti gli ambiti un livello essenziale di finanziamento che tenga conto delle problematiche sociali e socio-sanitarie;

- superamento delle modalità di finanziamento per gestione corrente a favore di modalità finalizzate alla progettualità e alla promozione del benessere sociale;

- attuazione del sistema di finanziamento per livelli essenziali e per progetti zonali;

- responsabilizzazione degli enti locali e delle Aziende sanitarie locali nell'uso delle risorse e nella documentazione del loro utilizzo in relazione ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria.

Gli obiettivi, pertanto, che il piano socio-sanitario regionale intende perseguire sono:

- superamento del finanziamento per prestazioni consolidate e settoriali;

- finanziamento dei piani di zona;

- utilizzo di quota percentuale delle risorse disponibili per azioni innovative di sviluppo e sostegno dell'attuazione del piano socio-sanitario regionale.

9.1. Risorse indistinte

Le risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali, anni 2001-2003, destinate all'avvio del sistema integrato dei servizi sono quantificate nella seguente tabella A:

Tabella A
RISORSE INDISTINTE PROVENIENTI DAL FONDO NAZIONALE
PER LE POLITICHE SOCIALI
(ANNI 2001-2003)

Riferimento normativo	- Oggetto	- Anno	Importi Euro
Legge n. 328/2000	risorse indistinte	2001	43.133.806
Legge n. 328/2000	risorse indistinte	2002	42.408.760
Legge n. 328/2000	risorse indistinte	2002	<u>42.408.760</u>
	<i>Totale</i>		127.951.326

Le risorse indistinte statali (tabella A) sono attribuite, per l'avvio di servizi distrettuali e sovradistrettuali, nel modo seguente:

1) una quota pari al 63% delle risorse indistinte è attribuita ai 55 distretti socio-sanitari per il finanziamento dei piani di zona. Tale quota, che è da considerare quale risorsa finanziaria sussidiaria ai fondi già stanziati dagli enti locali, è finalizzata al potenziamento degli interventi in atto e all'organizzazione dei servizi per l'erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie ricomprese nei livelli essenziali e nelle priorità del piano socio-sanitario regionale;

2) una quota pari al 20% delle risorse indistinte è attribuita ai distretti socio-sanitari per il finanziamento di progettualità, distrettuali e sovradistrettuali, finalizzate alla sperimentazione di modalità innovative che garantiscano i livelli essenziali di assistenza, le priorità delle "Linee guida di indirizzo", propedeutiche alla definizione del piano socio-sanitario regionale ed una reale integrazione socio-sanitaria;

3) l'ulteriore quota del 17% delle risorse indistinte resta nella disponibilità dell'Assessorato regionale degli enti locali per il finanziamento di sperimentazioni mirate:

a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;

b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;

c) a riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;

d) alla realizzazione di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle province e delle aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

e) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;

f) alla formazione e all'informazione.

È importante sottolineare il carattere innovativo contenuto nel metodo di ripartizione delle risorse indistinte, sintetizzabile nei seguenti punti:

– adozione del criterio di partecipazione alla spesa sociale;

- formulazione del bilancio distrettuale, comunicante con l'analogo strumento sanitario per l'ottimizzazione delle spese per servizi;
- regolamentazione e disciplina dell'organizzazione delle voci di bilancio, strettamente connesse al programma contenuto nei piani di zona;
- creazione di un sistema di verifica della distribuzione delle risorse e di controllo dei risultati ottenuti;
- assistenza permanente, a partire dalla fase di avviamento, a tutti i livelli di gestione.

Inoltre, l'utilizzo di risorse (17%) da parte della Regione, da destinare al sostegno degli interventi prioritari e innovativi e a garanzia della realizzazione di un sistema dotato degli opportuni strumenti di gestione e di organizzazione del territorio, è funzionale al raggiungimento degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria, di informatizzazione e di formazione permanente, alla base di ogni programma di sviluppo e di crescita.

Tabella B
SCHEMA GENERALE DI RIPARTO DELLE RISORSE INDISTINTE
DEL FONDO NAZIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI
(ANNO 2001-2003)

Riferimento normativo	Tipo intervento	Destinatari	%	Importi
F.N.P.S.	Piani di zona	Distretti socio sanitari	63%	80.609.335
F.N.P.S.	Progetti	Distretti socio sanitari	20%	25.590.265
F.N.P.S.	Sperimentazioni e sistemi, gestione, avviamento e supporto tecnico della rete	Regione - Assessorato degli enti locali	17% (*)	<u>21.751.726</u>
<i>Totale</i>				127.951.326

(*) Della quota del 17% attribuita alla Regione sono destinate nella misura di:

- 1.084.560 (fondi 2001) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale;
- 1.000.000 (fondi 2002 e 2003) supporto tecnico della rete a livello regionale;
- 160.000 annui all'attività di comunicazione e informazione, mirata alla diffusione della conoscenza del sistema di governo e delle procedure d'accesso al sistema integrato dei servizi, a livello distrettuale.

Le risorse indistinte destinate al finanziamento dei piani di zona sono assegnate, nei limiti del budget attribuito al singolo distretto socio-sanitario, al comune capofila.

9.2. Risorse finalizzate

Le risorse finalizzate statali sono destinate alla programmazione e progettazione di interventi, a livello di distretto socio-sanitario, in base ai criteri ed alle finalità di cui alle norme statali di settore e norme e direttive regionali di riferimento.

Viene mantenuta temporaneamente la specificità, relativamente agli ambiti territoriali, per gli interventi di cui alla legge n. 285/97, triennio 2000-2002.

Tabella C

RISORSE FINALIZZATE PROVENIENTI DAL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI (ANNI 2001-2003)

Riferimento normativo oggetto	2001	2002	2003	Assessorato regionale di riferimento
Legge n. 104/92, art., comma 2. Handicap grave	3.342.256	3.342.256	3.342.256	Assessorato degli enti locali
Legge n. 284/97, art. 3, comma 1. Privi di vista	546.664	546.664	546.664	Assessorato degli enti locali
Legge n. 285/97, art. 1, comma 1. Fondo per l'infanzia	12.664.303	12.664.303	12.664.303	Assessorato degli enti locali
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 15. Fondo abuso sessuale	1.852.951	0	0	Assessorato degli enti locali
D.P.R. 309/90, art. 127. Fondo lotta alla droga	6.984.651	6.984.651	6.984.650	Assessorato degli enti locali
Decreto legislativo n. 286/98. Fondo politiche migratorie	1.472.616	1.472.616	1.472.616	Assessorato degli enti locali
Legge n. 328/2000, art. 28, comma 1. Persone senza fissa dimora	787.293	787.293	787.293	Assessorato degli enti locali
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 14. Famiglie con anziani non autosufficienti	168.053	—	—	Assessorato degli enti locali
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 14. Iniziative sperimentali inform. fam.	911.106	—	—	Assessorato degli enti locali
Legge n. 388/2000, art.81. Handicap grave	—	2.068.145	2.068.145	Assessorato degli enti locali
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 14. Servizi di telefonia rivolti alle persone anziane	—	423.785	423.785	Assessorato degli enti locali
Legge n. 451/97 (art. 4, comma 3). Osservatorio infanzia e adolescenza	—	154.937	154.937	Assessorato degli enti locali
<i>Totale</i>	28.729.893	28.453.340	28.453.340	

9.3. Triennio 2001-2003

Le risorse del Fondo nazionale delle politiche sociali, anni 2001-2002, sono destinate ad avviare concretamente il processo di riforma e ad implementare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e socio-sanitari. Tale finanziamento si colloca dunque in una fase di passaggio tra il sistema regionale, attualmente regolato dalla legge regionale n. 22/86, ed il nuovo sistema che sarà definito compiutamente dal piano socio-sanitario regionale.

La transitorietà della situazione impone comunque di finalizzare l'utilizzo delle

risorse alla realizzazione degli obiettivi indicati dalla legge, dalla pianificazione nazionale e dagli indirizzi regionali e a definire il profilo finanziario complessivo sia a livello regionale che a livello di ogni singolo distretto socio-sanitario, per il triennio 2001-2003.

Tabella C

RISORSE FINALIZZATE PROVENIENTI
DAL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI (ANNI 2001-2003)

Legge di riferimento	Settore d'intervento	2001	2002	2003
<i>Risorse finalizzate</i>				
Legge n. 104/92, art. 39, comma 2	Handicap grave	3.342.256	3.342.256	3.342.256
Legge n. 284/97, art.3, comma 1	Privi di vista	546.664	546.664	546.664
Legge n. 285/97, art. 1, comma 1	Fondo per l'infanzia	12.664.303	12.664.303	12.664.303
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 15	Fondo abuso sessuale	1.852.951	—	—
D.P.R. n. 309/90, art. 127	Fondo lotta alla droga	6.984.651	6.993.341	6.993.341
Decreto legislativo n. 286/1998	Fondo politiche migratorie	1.472.616	1.472.616	1.472.616
Legge n. 328/2000, art. 28, comma 1	Persone senza fissa dimora	787.293	787.293	787.293
<i>Ulteriori finalizzazioni</i>				
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 14	Famiglie con anziani non autosufficienti	168.053	—	—
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 14	Iniziative sperimentali di informazione alle famiglie	911.106	—	—
Legge n. 388/2000, art. 81	Handicap grave	—	2.068.145	2.068.145
Legge n. 388/2000, art. 80, comma 14	Servizi di telefonia rivolti alle persone anziane	—	423.785	423.785
Legge n. 388/2000, art. 4, comma 3	Osservatorio infanzia e adolescenza	—	154.937	154.937
<i>Risorse indistinte</i>				
Legge n. 388/2000, art. 20	Integrazione Fondo politiche sociali	43.133.807	42.408.760	42.408.760
<i>Totale</i>		71.863.700	70.862.100	70.862.100

9.4. Criteri di riparto

Il finanziamento destinato ai distretti socio-sanitari è assegnato in proporzione diretta alla popolazione residente (dati Istat, anno precedente). Si riserva, a favore delle isole, una quota pari all'1% sulla disponibilità complessiva delle risorse, visto che le realtà insulari, per la propria collocazione geografica, incontrano maggiori difficoltà rispetto agli altri territori della Regione.

Tale scelta è motivata dalla considerazione che gli indicatori demografici presentano alcune importanti caratteristiche che ne facilitano (e/o ne giustificano) l'impiego:

- sono disponibili in modo sistematico e, a livello territoriale, disaggregato;
- sono comprensibili e semplici da utilizzare.

Altri indicatori, quali ad esempio quelli di reddito e di occupazione, risultano, per contro, meno oggettivi, incompleti e spesso inesistenti o indisponibili a livello territoriale.

Tuttavia, seppur coi limiti indicati, in questa fase iniziale l'utilizzazione di tali indicatori presuppone l'avvio di un indirizzo che nel tempo dovrà tendere ad una lettura più esaustiva della complessità dei bisogni espressi nel territorio.

9.5. Risorse regionali

Le risorse regionali finalizzate anni 2000-2002, a sostegno della spesa sociale sono descritte nella seguente tabella:

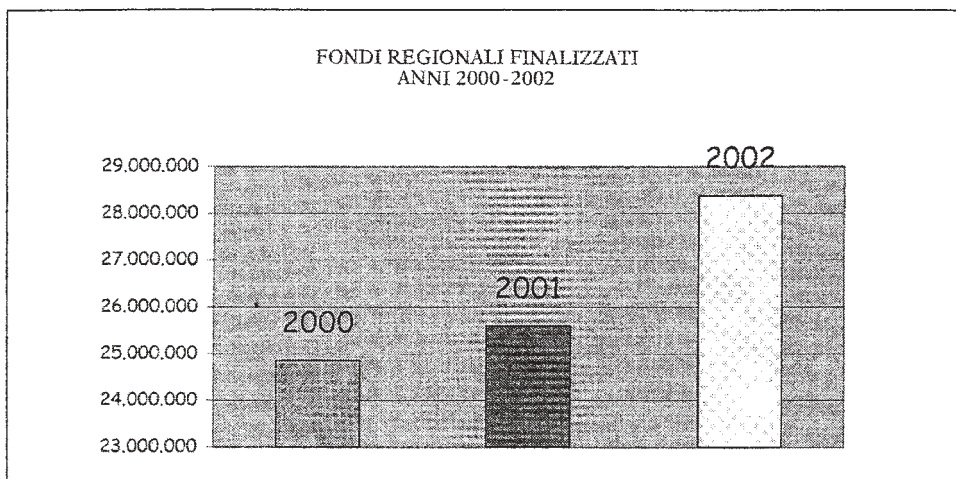
Tabella D

RISORSE REGIONALI FINALIZZATE, ANNI 2000-2002

Riferimento normativo Oggetto	Assessorato regionale degli enti locali, anno 2000			Assessorato regionale degli enti locali, anno 2001			Assessorato regionale degli enti locali, anno 2002		
	Parte corrente	Conto capitale	Totale	Parte corrente	Conto capitale	Totale	Parte corrente	Conto capitale	Totale
Legge regionale n. 2/02. Spese per comunità-alloggio per minori sottoposti a provvedimenti dell'A.G.M. e per disabili mentali	15.493.706		15.493.706	15.493.706		15.493.706	15.494.000		15.494.000
Leggi regionali nn. 22/86, 33/88, 21/91, 6/97. Fondo speciale per l'attuazione di programmi straordinari per comuni e Ipub; convenzioni per studi, ricerche e acquisizioni ed elaborazione dati utili per la predisposizione piani triennali dei servizi socio-assistenziali; etc.	—		—	—		—	299.295		299.295
Leggi regionali nn. 65/53, 22/86, 10/99. Sussidi straordinari ad Ipub, erette in enti morali	2.712.140		2.712.140	2.324.406		2.324.406	2.325.893		2.325.893
Leggi regionali nn. 65/53, 10/99. Sussidi straordinari ad istituti e ad enti aventi la finalità di prestare assistenza ai ciechi e sordomuti indigenti	98.126		98.126	—		—	—		—
Leggi regionali nn. 99/79, 6/86. Sussidi straordinari ai vecchi lavoratori ed ai minorati psichici irrecuperabili	162.683		162.683	154.937		154.937	155.000		155.000
Leggi regionali nn. 65/53, 1/79, 36/86, 10/99. Interventi in materia di pubblica assistenza e beneficenza	1.226.585		1.226.585	5.557.076		5.557.076	3.032.614		3.032.614
Legge regionale n. 87/81. Spese per finanziamenti in conto capitale a comuni singoli o associati o Ipub per costruzione o ristrutturazione di edifici da destinare a servizi residenziali per anziani		2.582.284	2.582.284		774.685	774.685		2.914.242	2.914.242
Legge regionale n. 87/81. Spese per finanziamenti in conto capitale a comuni singoli o associati o Ipub per costruzione o ristrutturazione di edifici per la istituzione di servizi aperti fra cui centri diurni di assistenza		2.582.284	2.582.284		1.291.142	1.291.142		2.709.505	2.709.505
Leggi regionali nn. 22/86, 33/88, 7/96, 6/97. Fondo da ripartire tra i comuni per investimenti nei settori socio-assistenziali	—		—	—		—	1.451.242		1.451.242
<i>Totali</i>	21.693.240	3.164.568	24.857.808	23.530.125	2.065.827	25.595.952	22.758.042	5.623.747	28.381.792

N.B. - La tabella non comprende gli stanziamenti relativi ai contributi erogati ad enti ed associazioni.

È interessante osservare il trend di crescita costante, relativo agli anni 2000, 2001 e 2002, delle risorse investite dalla Regione nelle spese socio-sanitarie e che deve essere accompagnato, secondo i programmi del Governo e gli indirizzi del Piano regionale, da un processo di valorizzazione e di ottimizzazione dei coefficienti di rendimento sociale della spesa.



9.6. Cofinanziamento enti locali

Lo Stato e la Regione concorrono a sostenere, in via sussidiaria, la spesa sociale per obiettivi qualificati (livelli essenziali) e per lo sviluppo delle reti di servizi sociali nei distretti socio-sanitari.

Occorre sostenere, a livello di distretto socio-sanitario, un piano d'incremento della spesa sociale, da avviare già con il bilancio 2002, in modo da avere una dotazione finanziaria adeguata alla complessità e all'ampiezza dei bisogni e della domanda sociale.

È stabilita la quota di cofinanziamento a carico degli enti locali, anno 2002, in una somma non inferiore a 3 per abitante.

9.7. Bilancio di distretto

Il piano socio-sanitario regionale si propone di integrare il sistema sociale con quello sanitario, a partire dalla realizzazione dei "distretti socio-sanitari", composti dai servizi sociali degli enti locali e dalle Aziende sanitarie locali,

cui affidare un ruolo chiave nell'analisi dei bisogni e delle domande sul territorio e nella organizzazione delle risposte evitando sprechi e sovrapposizioni d'interventi. I distretti socio-sanitari devono diventare il perno dell'integrazione e della programmazione sociale e socio-sanitaria territoriale. L'integrazione tra sociale e sanitario è di assoluta necessità per costruire una efficace rete di interventi e deve riguardare tutti i livelli istituzionali e avere conseguenze pratiche sul piano gestionale, organizzativo e professionale.

Strumento innovativo e strategico dell'integrazione socio-sanitaria, teso a qualificare e garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal programma delle attività territoriali (di cui all'art. 3 quater del decreto legislativo n. 229/99) e dal piano di zona (di cui all'art. 19 della legge n. 328/2000), è il bilancio di distretto che dovrà accompagnare l'accordo di programma di approvazione del piano di zona. Tale documento, quale piano finanziario e di attività a livello di distretto socio-sanitario, è di competenza del comitato dei sindaci di distretto (vedi cap. II, par. 11) e dovrà contenere il quadro complessivo:

- delle risorse e dei servizi, degli enti locali e delle Aziende sanitarie locali, destinati ai livelli essenziali di assistenza e alle priorità del piano di indirizzo "Verso il piano socio-sanitario regionale";
- delle risorse indistinte e finalizzate del F.N.P.S. assegnate ai distretti socio-sanitari;
- delle risorse provenienti dal bilancio regionale;
- delle risorse provenienti dai fondi comunitari.

Il bilancio di distretto è sottoscritto dai sindaci del distretto socio-sanitario e dal direttore del distretto sanitario.

9.8. Fondo regionale per le politiche sociali

L'esigenza di una gestione, programmazione e controllo dei finanziamenti di provenienza statale e di una razionale distribuzione delle risorse regionali, iscritte nel bilancio e rispondenti alle esigenze delle "voci storiche" destinate alle aree sociali di competenza sia dell'Assessorato degli enti locali che di altri Assessorati regionali, porta inevitabilmente all'istituzione, a partire dall'anno 2003, del Fondo regionale per le politiche sociali.

Tale scelta si propone di porre le basi per una concreta e complessiva programmazione degli interventi e rappresenta una svolta significativa rispetto alla visione frammentaria, discontinua e settoriale del finanziamento delle politiche sociali attuato sino ad oggi.

Nel Fondo regionale per le politiche sociali confluiscono le risorse destinate dallo Stato (Fondo nazionale per le politiche sociali), le risorse regionali (stanziamenti del bilancio regionale) ed eventuali risorse provenienti da altri soggetti ed enti.

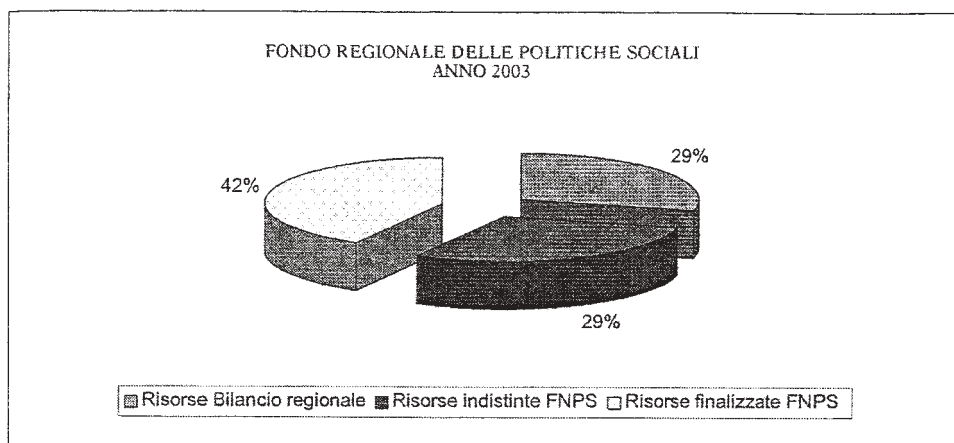
Tenendo conto degli stanziamenti attuali e delle dovute proiezioni, nell'anno 2003 il Fondo regionale per le politiche sociali potrebbe avere la seguente dotazione:

Tabella D

FONDO REGIONALE POLITICHE SOCIALI
PREVISIONE ANNO 2003

Risorse indistinte F.N.P.S.	42.408.760
Risorse finalizzate F.N.P.S.	28.453.340
Risorse bilancio regionale	<u>28.381.792</u>
<i>Totale</i>	99.243.892

L'innovazione introdotta con l'istituzione del Fondo regionale impone la definizione ex novo un meccanismo di allocazione delle risorse, fra settori di intervento e fra aree territoriali, che tenga conto dell'esigenza prioritaria di:



-
- evitare sovrapposizioni nel finanziamento di specifici settori o programmi di intervento (art. 20, comma 5, lett. a, della legge n. 328/2000);
 - garantire opportune integrazioni ai settori e ai programmi di intervento che, pur beneficiando di risorse assicurate da specifiche leggi di settore, accedono al Fondo regionale, nel rispetto degli equilibri generali e compatibilmente con le disponibilità complessive;
 - sostenere l'integrazione fra programmi di intervento e fra enti locali, favorendo la realizzazione di reti di servizi.

9.9. Procedure e verifica della spesa

La procedura complessiva di finanziamento, a regime di piano approvato, è così sintetizzata:

- entro il 30 giugno di ciascun anno sono individuate dalla Regione le risorse da assegnare ai distretti socio-sanitari;
- in prima applicazione delle presenti linee guida di indirizzo, gli ambiti territoriali predispongono i piani di zona entro 60 giorni dall'approvazione dell'indice ragionato dei piani di zona" (Linee guida tecniche);
- annualmente sono previsti aggiornamenti degli stessi piani, in base all'attività svolta, alle risorse impegnate ed ai risultati raggiunti, entro il 28 febbraio di ciascun anno;
- al termine di ciascun esercizio finanziario, i comuni capofila di distretti socio-sanitari predispongono una relazione che valuta l'andamento della domanda e dell'offerta, la spesa e i risultati degli interventi attivati.

La Regione Siciliana, attraverso il sistema informativo sociale provvede ad azioni di controllo sull'utilizzo dei finanziamenti e in particolare a valutare i piani finanziari e di attività, predisposti dai distretti socio-sanitari, la capacità di gestione e di spesa.

10.1. La formazione permanente

Lo sviluppo delle politiche sociali e la nuova centralità che le stesse vanno assumendo nelle pratiche di Governo, a tutti i livelli, nonché il sempre maggior peso che l'economia sociale occupa nelle strategie di accesso al mondo del lavoro e alla nuova occupazione, richiedono un approccio più professionale e qualificato del personale operante, sia a livello dirigenziale e/o manageriale, che nell'ambito specialistico.

Occorre, dunque, promuovere percorsi di formazione, di aggiornamento e di riqualificazione professionale, rivolti a tutti gli operatori sociali, sia pubblici che privati, sia utilizzando i fondi regionali compresi in Agenda 2000, Fondo sociale europeo, sia attraverso la pratica dei seminari tematici e dei workshop, fruibili anche per via informatica.

Al contempo non bisogna trascurare l'esigenza di supportare tecnicamente il personale della Regione e degli enti locali che verrà coinvolto nel processo di avviamento del piano regolatore e per il quale verranno predisposti, attraverso l'azione di cabina di regia prevista dalla Regione e con l'insediamento dell'ufficio piano, adeguati progetti formativi, per i quali sarà possibile coinvolgere enti, agenzie, università, consorzi di formazione di elevato livello qualitativo e professionale, nelle forme previste dalla normativa vigente.

10.2. Il sistema informativo regionale

Il sistema informativo permanente, oltre a raccogliere i dati statistici sulla realtà dello svantaggio nelle sue diverse articolazioni, darà spazio al vissuto, all'esperienza, alle analisi e alle proposte dei singoli e dei gruppi svantaggiati.

I punti di vista, le valutazioni e le strategie proposte dai beneficiari finali saranno oggetto di attenzione, almeno quanto quelli degli esperti.

Il sistema informativo regionale si muoverà su due livelli di competenza:

- livello informatico, per le azioni di banca dati, rilevamento, monitoraggio e analisi dei risultati;
- livello di comunicazione sociale, per la diffusione e la condivisione delle informazioni.

La Regione intende promuovere la costituzione di una commissione specifica,

che comprenda l'Istat regionale e le università della Regione per realizzare un sistema informativo compatibile con le esigenze del territorio e funzionale agli obiettivi indicati dalla legge n. 328/2000.

10.3. La carta dei servizi

La carta dei servizi sociali, intesa e realizzata come “carta per la cittadinanza sociale”, non si limita a regolamentare l'accesso ai servizi riproducendo la logica dei soggetti erogatori, ma si concentra sulle persone che hanno bisogno di accedere ai servizi. In tal senso la carta dei servizi sociali viene a caratterizzarsi come percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva e consapevole nella popolazione, nelle istituzioni e nei servizi. Il termine “cittadinanza” si collega strettamente ai diritti che ogni persona ritiene le debbano essere riconosciuti nella vita quotidiana e nelle situazioni di bisogno. La logica dei diritti sociali nella carta per la cittadinanza si collega strettamente con la logica dei doveri o meglio ancora dell'incontro tra diritti e doveri sociali.

Con riferimento ai contenuti, la carta dovrà prevedere:

- le condizioni per un patto di cittadinanza sociale a livello locale;
- i percorsi e le opportunità sociali disponibili;
- la mappa delle risorse istituzionali e sociali;
- i livelli essenziali di assistenza previsti;
- gli standard di qualità da rispettare;
- le modalità di partecipazione dei cittadini;
- le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti deboli;
- gli impegni e i programmi di miglioramento;
- le regole da applicare in caso di mancato rispetto degli standard.

Ogni distretto socio-sanitario, in quanto responsabile dell'offerta dei servizi sociali, deve adottare una propria “carta”, nella quale saranno riflessi i suoi orientamenti e le sue possibilità. Al fine di favorire una certa omogeneità, è opportuno che le carte abbiano un “pacchetto” di contenuti comuni, come sopra individuati.

Di particolare rilevanza è il processo di costruzione delle carte. In primo luogo esso costituisce una preziosa occasione di coinvolgimento della comunità, con la quale potranno essere confrontati i principi cui si ispirano le strategie di offerta e negoziati gli standard di qualità e le sanzioni in caso di mancato rispetto.

10.4. **Gli albi**

La Regione istituisce una commissione per regolamentare i criteri e le modalità per l'iscrizione e la tenuta:

- del registro regionale delle organizzazioni di volontariato;
- del registro regionale delle associazioni di promozione sociale;
- dell'albo regionale delle cooperative sociali e dei loro consorzi;
- dell'albo delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

I registri e gli albi di cui sopra possono essere articolati in sezioni distrettuali o provinciali.

10.5. **Il personale dei servizi sociali**

I numerosi specialisti e studiosi dei diversi gruppi di svantaggio, relativi ai vari tipi di handicap, ai fenomeni migratori, alla devianza legale, agli anziani, all'infanzia, alla tossicodipendenza, etc., di volta in volta saranno chiamati a dare il loro contributo di psicologi, gerontologi, criminologi, antropologi, sociologi, economisti, giuristi, etc. etc.

Ma i protagonisti chiave saranno le figure professionali mirate a far funzionare i distretti socio-sanitari e le stesse province come agenzie di sviluppo territoriali mirate alla sostenibilità sociale.

Saranno cioè agenti di sviluppo locale con piena padronanza delle varie problematiche ma anche di tutta la strumentazione istituzionale mirata allo sviluppo locale.

Essi opereranno con metodo maieutico, in rapporto con tutti gli attori pubblici e privati e con gli stessi svantaggiati sia per la elaborazione di programmi e progetti locali destinati a gruppi specifici di svantaggio o trasversali, sia di livello comunale, distrettuale e provinciale.

Il ruolo degli agenti di sviluppo sarà, inoltre, quello di promuovere e far funzionare tutti gli strumenti di governo operativo ai vari livelli: comunale, distrettuale, provinciale.

A questo scopo occorrerà sviluppare un massiccio lavoro di orientamento e formazione di assistenti sociali, assistenti sociali specialisti, sociologi e altri laureati vocati, sia interni alle istituzioni locali e provinciali, sia presenti nei soggetti del terzo settore, sia giovani laureati da impiegare ex novo.

10.6. **I nuovi profili professionali**

L'attuale sistema di integrazione dei servizi, soprattutto nell'area socio-sanita-

ria, evidenzia le difficoltà tanto dell'area sociale quanto delle professioni sociali, a contenere la prevalenza delle altre aree e professioni chiamate ad integrarsi. Esempio evidente è la tendenza ad accentuare il percorso sanitario nell'assistenza alle persone anziane, in cui le professioni assistenziali appaiono in crisi perché schiacciate su condizioni operative sempre più di stampo sanitario. Riequilibrare questa tendenza è possibile se da un lato si riassegna una nuova centralità alla figura socio-assistenziale, collocandola all'interno della rete dei servizi a sostegno delle fragilità della persona, attraverso la predisposizione di politiche formative che comprendano gli indirizzi integrativi. L'attuale quadro delle professioni socio-assistenziali appare profondamente demotivato. La professionalità dell'area è rappresentata da due figure: l'assistente sociale e l'assistente sociale specialista, le quali danno origine a profili professionali assai ampi, con il rischio di scadere nella genericità e con l'aggravio di non poter rappresentare per gli stessi addetti, alcun percorso di carriera.

Occorre, pertanto:

- ricollocare la centralità dell'operatore sociale, attraverso la ridefinizione dei profili professionali;
- incentivare l'emersione delle professioni sommerse;
- definire i profili professionali anche in funzione di percorsi di carriera;
- migliorare il coordinamento e l'integrazione degli strumenti formativi.

La Regione, attraverso il monitoraggio dell'attuazione dei piani di zona, definisce la domanda di professionalità e il fabbisogno di nuove competenze quali:

- l'implementazione dei servizi;
- i processi di lavoro all'interno di ogni tipologia di servizio;
- le competenze richieste da ciascun servizio.

La programmazione regionale si coordina con la disciplina universitaria relativa ai profili professionali per i quali è richiesto il diploma universitario.

Una volta individuati i profili professionali relativi alle competenze richieste, si attivano, nelle forme di legge, i relativi percorsi formativi.

ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E
DELLE AUTONOMIE LOCALI

DECRETO 11 dicembre 2003*

*Modifica del decreto 19 dicembre 2002, concernente approvazione del
piano economico
di riparto ai distretti socio-sanitari per il triennio 2001-2003.¹*

L'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali
Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge regionale n. 28 del 1962;
Vista la legge regionale n. 22 del 6 maggio 1986, di riordino dei servizi e
delle attività socio-assistenziali;
Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione
del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed, in particolare, l'art. 4,
comma 3, che, con riferimento a quanto previsto dal decreto legislativo n.
112/98, chiama le regioni a provvedere alla ripartizione dei finanziamenti
assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore;
Visto il D.P.C.M. n. 511/V del 20 aprile 2001, concernente il riparto delle
risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2001, con il
quale è stata destinata alla Regione Sicilia, ai sensi dell'art. 3, la quota di
Euro 43.133.807,00 quali risorse indistinte (tabella 6);
Visto il D.P.R. 3 maggio 2001, che approva il "Piano nazionale degli inter-
venti e dei servizi sociali 2001-2003" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale
della Repubblica italiana n. 181 del 6 agosto 2001;
Visto il decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali dell'8 febbraio
2002, concernente la "Ripartizione per settori di intervento delle risorse finan-
ziarie affluite al fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2002" con
il quale è stata destinata alla Regione Sicilia, all'art. 3, la quota di Euro
42.408.760,00 quali risorse indistinte (tabella 6);
Visto il D.P.R.S. 4 novembre 2002, che approva le "Linee guida per l'attua-
zione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana", pubblicato nella

* Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 9 gennaio 2004, 2.

¹ Modifica ed integra il decreto 19 dicembre 2002 "Approvazione del piano econo-
mico di riparto ai distretti socio sanitari per il triennio 2001-2003".

Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 53 del 22 novembre 2002, supplemento ordinario n. 1;

Visto il cap. 9, paragrafo 9.1, delle "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana", che attribuisce ai distretti socio-sanitari le risorse indistinte statali nel modo seguente:

1) una quota pari al 63% delle risorse indistinte è attribuita ai 55 distretti socio-sanitari per il finanziamento dei piani di zona. Tale quota, che è da considerare quale risorsa finanziaria sussidiaria ai fondi già stanziati dagli enti locali, è finalizzata al potenziamento degli interventi in atto e all'organizzazione dei servizi per l'erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie ricomprese nei livelli essenziali e nelle priorità del piano socio-sanitario regionale;

2) una quota pari al 20% delle risorse indistinte è attribuita ai distretti socio-sanitari per il finanziamento di progettualità, distrettuali e sovradistrettuali, finalizzate alla sperimentazione di modalità innovative che garantiscano i livelli essenziali di assistenza, le priorità delle "Linee guida di indirizzo", propedeutiche alla definizione del piano socio-sanitario regionale ed una reale integrazione socio-sanitaria;

Visto il cap. 9, paragrafo 9.4, delle "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana", che individua quale criterio di riparto la popolazione residente (dati ISTAT, anno precedente), riservando, a favore delle isole, una quota pari all'1% sulla disponibilità complessiva delle risorse, visto che le realtà insulari, per la propria collocazione geografica, incontrano maggiori difficoltà rispetto agli altri territori della Regione;

Visto il decreto n. 1825/02 del 16 dicembre 2002 del l'Assessore per il bilancio e le finanze che istituisce, nella rubrica del dipartimento regionale enti locali, il capitolo 183739 "Quota del fondo politiche sociali non specificamente finalizzata";

Visto il proprio decreto n. 4949/ufficio piano del 19 dicembre 2002, con il quale, per le finalità di cui sopra, si è proceduto all'assegnazione ai distretti socio-sanitari delle risorse indistinte del FNPS per gli anni 2001-2003, tenendo conto di una disponibilità di Euro 43.133.806,98 assegnata nell'anno 2001, di Euro 42.408.760,00 assegnata nell'anno 2002 e di Euro 42.408.760,00 quale assegnazione presunta per l'anno 2003;

Preso atto che con il superiore decreto si è provveduto all'assegnazione delle somme sulla base della popolazione complessiva di ogni distretto socio-sani-

tario includendo il comune di S. Domenica Vittoria nel distretto 15 comune capofila Bronte in forza di quanto previsto dalle linee guida e dal D.P.R.S. n. 142 del 22 agosto 1981;

Rilevato che, diversamente da quanto sopra detto ed in forza di quanto disposto dalla legge regionale n. 33 del 20 agosto 1994, il comune di S. Domenica Vittoria rientra nel distretto socio-sanitario n. 32 comune capofila Taormina;

Tenuto conto che quanto sopra esposto ha refluenza sulla popolazione complessiva dei distretti socio-sanitari nn. 15 e 32 e conseguentemente sulle risorse indistinte del FNPS da assegnare ad ognuno dei due distretti;

Visto il parere espresso dalla cabina di regia regionale nella seduta del 10 dicembre 2003 in ordine alla opportunità di procedere alla rettifica della composizione dei distretti socio-sanitari nn. 15 e 32, trasferendo l'appartenenza territoriale del comune di S. Domenica Vittoria dal distretto n. 15 al distretto n. 32;

Visto il decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 18 aprile 2003, concernente il riparto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2003, con il quale è stata destinata alla Regione Sicilia, all'art. 2, tabella 3, la quota di Euro 63.602.664,57 quali risorse indistinte oltre Euro 711.582,43 da destinarsi all'"Armonizzazione delle città";

Ritenuto, pertanto, di dover procedere alla modifica del proprio decreto n. 4949/ufficio piano del 19 dicembre 2002, per quanto attiene alle assegnazioni delle risorse indistinte del FNPS ai distretti socio sanitari nn. 15 e 32;

Ritenuto, inoltre, di dover altresì modificare il proprio decreto n. 4949/ufficio piano del 19 dicembre 2002, nella parte riguardante le assegnazioni delle risorse indistinte del FNPS per l'anno 2003 sulla base dell'assegnazione statale avvenuta con il sopra citato decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 18 aprile 2003;

Preso atto, pertanto, che le quote relative al 63% e al 20% per ciascuno degli anni 2001, 2002 e 2003, da dover ripartire ai distretti socio-sanitari (come da allegato "A"), sono così quantificate:

Anno	63%	20%	Totale
2001	27.174.297,78	8.626.761,20	35.801.058,98
2002	26.717.518,80	8.481.752,00	35.199.270,80
2003	40.069.678,68	12.720.532,91	52.790.211,59

per un totale complessivo di Euro 123.790.541,37;

Decreta:

Articolo unico

Il piano economico di riparto delle risorse indistinte del FNPS, ai distretti socio-sanitari della Regione Sicilia, per il triennio 2001-2003, approvato con proprio decreto n. 4949/ufficio piano del 19 dicembre 2002, è modificato, per le motivazioni esposte in premessa, secondo il prospetto allegato "A" al presente decreto e del quale fa parte integrante, sulla base delle somme sotto elencate:

Anno	63%	20%	Totale
2001	27.174.297,78	8.626.761,20	35.801.058,98
2002	26.717.518,80	8.481.752,00	35.199.270,80
2003	40.069.678,68	12.720.532,91	52.790.211,59

per un totale complessivo di Euro 123.790.541,37.

Il presente decreto sarà trasmesso agli organi di controllo ai sensi della legge n. 20 del 14 gennaio 1994 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Allegati

Allegato A

Distretto	Popolazione 2001	Provincia	Assegnazione 2001		Assegnazione 2002		Assegnazione 2003		Totale
			63%	20%	63%	20%	63%	20%	
Agrigento	145.943	AG	773.384,20	245.518,79	760.384,21	241.391,81	1.140.388,49	362.028,09	3.523.095,59
Bivona	22.055	AG	116.874,32	37.102,96	114.909,75	36.479,29	172.336,92	54.709,92	532.412,48
Cantacutti	91.223	AG	483.410,83	153.463,76	475.285,07	150.884,15	712.810,20	226.288,95	2.202.142,96
Castelfermi	24.228	AG	128.389,52	40.758,58	126.231,40	40.073,46	189.315,91	60.100,29	584.869,16
Licata	64.727	AG	343.002,67	108.889,74	337.237,06	107.059,38	505.772,29	160.562,63	1.562.523,63
Ribera	37.178	AG	197.014,44	62.544,27	193.702,77	61.492,94	290.506,31	92.224,23	897.484,96
Sciacca	75.299	AG	399.026,04	126.674,93	392.318,72	124.545,62	588.381,17	186.787,67	1.817.734,15
Calanisetta	95.488	CL	506.012,01	160.638,73	497.506,33	157.938,52	746.136,61	236.868,77	2.305.100,97
Gela	124.685	CL	660.733,36	209.756,62	649.626,94	206.230,78	974.279,95	309.295,22	3.009.922,87
Mussomeli	23.948	CL	126.905,74	40.287,54	124.772,55	39.610,33	187.128,01	59.405,72	578.109,89
San Cataldo	38.364	CL	203.299,31	64.539,46	199.882,01	63.454,61	199.773,64	95.166,23	926.115,26
Adrano	65.628	CT	347.777,27	110.405,48	341.931,40	108.549,65	512.812,64	162.797,66	1.584.797,10
Calagirone	90.345	CT	478.758,11	151.986,70	470.710,56	149.431,92	705.949,57	224.110,97	2.180.947,83
Acireale	132.252	CT	700.832,56	222.486,53	689.052,11	218.746,70	1.033.407,96	328.066,02	3.192.591,88
Bronte	38.788	CT	205.546,18	65.252,76	202.091,11	64.155,91	312.268,11	99.132,73	948.446,80
Catania	392.109	CT	2.077.872,21	659.641,97	2.042.944,78	648.553,90	3.063.912,55	972.670,65	9.465.596,06
Giarre	82.965	CT	439.649,86	139.571,39	432.259,69	137.225,30	648.282,76	205.804,05	2.002.793,05
Paternò	74.841	CT	396.598,99	125.904,44	389.932,47	123.788,09	584.802,39	185.651,55	1.806.677,93
Gravina di Catania	163.347	CT	865.611,84	274.797,41	851.061,57	270.178,28	1.276.382,14	405.200,68	3.943.231,92
Palagonia	61.661	CT	326.755,26	103.731,83	321.262,76	101.988,18	481.814,78	152.957,07	1.488.509,88
Agrigò	39.373	EN	208.646,22	66.236,90	205.139,04	65.123,51	307.657,89	97.669,17	950.472,73
Enna	58.890	EN	312.071,12	99.070,20	306.825,44	97.404,90	460.162,38	146.083,29	1.421.617,33
Nicosia	36.168	EN	191.662,22	60.845,15	188.440,53	59.822,39	282.614,24	89.718,81	873.103,34
Piazza Armerina	49.412	EN	261.845,10	83.125,43	257.443,69	81.728,16	386.101,94	122.572,05	1.192.816,37
Lipari	13.431	ME	246.593,42	78.283,63	242.448,38	76.967,74	363.612,68	115.432,60	1.123.338,45
Messina	299.564	ME	1.587.455,81	503.954,23	1.560.771,91	495.483,14	2.340.772,33	743.102,33	7.231.539,75
Milazzo	78.008	ME	413.381,62	131.232,26	406.433,00	129.026,35	609.549,10	193.507,65	1.883.129,98
Barcellona Pozzo di Gotto	71.480	ME	378.788,31	120.250,26	372.421,17	118.228,94	228.539,77	177.314,21	1.725.542,66
Mistretta	19.051	ME	100.955,46	32.049,35	99.258,47	31.510,63	148.363,19	47.258,16	459.895,26

Distretto	Popolazione 2001	Provincia	Asegnazione 2001		Asegnazione 2002		Asegnazione 2003		Totale
			63%	20%	63%	20%	63%	20%	
			Agrigento	145.943	AG	773.384,20	245.518,79	760.384,21	
Bivona	22.055	AG	116.874,32	37.102,96	114.909,75	36.479,29	172.336,92	54.709,92	532.412,48
Canicattì	91.223	AG	483.410,83	153.463,76	475.285,07	150.884,15	712.810,20	226.288,95	2.202.142,96
Castelfermi	24.228	AG	128.389,52	40.758,58	126.231,40	40.073,46	189.315,91	60.100,29	584.869,16
Lietta	64.727	AG	343.002,67	108.889,74	337.237,06	107.059,38	505.772,29	160.562,63	1.562.523,63
Ribera	37.178	AG	197.014,44	62.544,27	193.702,77	61.492,94	290.506,31	92.224,23	897.484,96
Sciacca	75.299	AG	399.026,04	126.674,93	392.318,72	124.545,62	588.381,17	186.787,67	1.817.734,15
Caltanissetta	95.488	CL	506.012,01	160.638,73	497.506,33	157.938,52	746.136,61	236.868,77	2.305.100,97
Gela	124.685	CL	660.733,36	209.756,62	649.626,94	206.230,78	974.279,95	309.295,22	3.009.922,87
Mussomeli	23.948	CL	126.905,74	40.287,54	124.772,55	39.610,33	187.128,01	59.405,72	578.109,89
San Cataldo	38.364	CL	203.299,31	64.539,46	199.882,01	63.454,61	199.773,64	95.166,23	926.115,26
Adrano	65.628	CT	347.777,27	110.405,48	341.931,40	108.549,65	512.812,64	162.797,66	1.584.797,10
Caltagirone	90.345	CT	478.758,11	151.986,70	470.710,56	149.431,92	705.949,57	224.110,97	2.180.947,83
Acireale	132.252	CT	700.832,56	222.486,53	689.052,11	218.746,70	1.033.407,96	328.066,02	3.192.591,88
Bronte	38.788	CT	205.546,18	65.252,76	202.091,11	64.155,91	312.266,11	99.132,73	948.446,80
Catania	392.109	CT	2.077.872,21	659.641,97	2.042.944,78	648.553,90	3.063.912,55	972.670,65	9.465.596,06
Giarre	82.965	CT	439.649,86	139.571,39	432.259,69	137.225,30	648.282,76	205.804,05	2.002.793,05
Paternò	74.841	CT	396.598,99	125.904,44	389.932,47	123.788,09	584.802,39	185.651,55	1.806.677,93
Gravina di Catania	163.347	CT	865.611,84	274.797,41	851.061,57	270.178,28	1.276.382,14	405.200,68	3.943.231,92
Palagonia	61.661	CT	326.755,26	103.731,83	321.262,76	101.988,18	481.814,78	152.957,07	1.488.509,88
Agrigò	39.373	EN	208.646,22	66.236,90	205.139,04	65.123,51	307.657,89	97.669,17	950.472,73
Enna	58.890	EN	312.071,12	99.070,20	306.825,44	97.404,90	460.162,38	146.083,29	1.421.617,33
Nicosia	36.168	EN	191.662,22	60.845,15	188.440,53	59.822,39	282.614,24	89.718,81	873.103,34
Piazza Armerina	49.412	EN	261.845,10	83.125,43	257.443,69	81.728,16	386.101,94	122.572,05	1.192.816,37
Lipari	13.431	ME	246.593,42	78.283,63	242.448,38	76.967,74	363.612,68	115.432,60	1.123.338,45
Messina	299.564	ME	1.587.455,81	503.954,23	1.560.771,91	495.483,14	2.340.772,33	743.102,33	7.231.539,75
Milazzo	78.008	ME	413.381,62	131.232,26	406.433,00	129.026,35	609.549,10	193.507,65	1.883.129,98
Barcellona Pozzo di Gotto	71.480	ME	378.788,31	120.250,26	372.421,17	118.228,94	228.539,77	177.314,21	1.725.542,66
Misrjeta	19.051	ME	100.955,46	32.049,35	99.258,47	31.310,63	148.863,19	47.258,16	459.895,26

DECRETO 9 marzo 2004*

*Riparto della quota del 15% di cui al capitolo 9.1 del decreto presidenziale
4 novembre 2002,
concernente linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario
della Regione Siciliana, per l'anno 2003.*

L'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale n. 22 del 9 maggio 1986, di riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed, in particolare, l'art. 8, comma 3, che con riferimento a quanto previsto dal decreto legislativo n. 112/98, chiama le regioni a:

- promuovere le sperimentazioni di modelli innovativi di servizi per coordinare le risorse umane e finanziarie;
- promuovere e coordinare l'assistenza tecnica necessaria agli enti locali per l'avviamento del sistema integrato dei servizi socio-sanitari;
- promuovere lo sviluppo dei servizi e la realizzazione di interventi innovativi di interesse regionale, attraverso progetti pilota e obiettivi;
- istituire e coordinare il sistema informativo dei servizi sociali;
- predisporre e finanziare piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;

Visto il D.P.R.S. 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana" ed, in particolare, il cap. 9.1 che, relativamente alle risorse indistinte statali, attribuisce all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali la quota del 15% per il finanziamento di sperimentazioni mirate:

- a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;
- b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impe-

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 16 aprile 2004, n. 17.*

gno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;

c) a riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa, utilizzati nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;

d) alla realizzazione di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle province e delle aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

e) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;

f) alla formazione;

Visto il proprio decreto n. 1861/S9 del 4 luglio 2003, con il quale si è provveduto a ripartire la somma di Euro 12.137.676,00, pari al 15% delle risorse indistinte assegnate per gli esercizi finanziari 2001 e 2002 nella misura del:

– 6% per le finalità di cui ai punti a), b) e c) sopra citati;

– 9% per le finalità di cui ai punti d), e) ed f) sopra citati;

Visto il decreto ministeriale del 18 aprile 2003, con il quale sono state assegnate le risorse indistinte del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2003 in complessivi Euro 63.602.664,57,

Preso atto che, conseguentemente, la quota del 15% delle risorse indistinte da ripartire per le finalità di cui ai superiori punti a), b), c), d), e) ed f), per l'anno 2003, ammonta a complessivi Euro 9.540.399,68;

Visto il proprio decreto n. 2517/S9 del 26 settembre 2003, con il quale, per le finalità di cui ai punti d), e) ed f) si è provveduto a ripartire le assegnazioni 2001 e 2002 fra le diverse azioni di sistema e ad approvare, contestualmente, le linee guida di indirizzo per la presentazione di proposte progettuali da finanziare nell'ambito del S.I.R.I.S.;

Preso atto che, in forza del superiore decreto, si è proceduto all'adozione dei relativi singoli bandi di gara;

Preso atto che per le attività di cui al superiore decreto n. 2517/S9, per l'esercizio 2003, occorre prevedere uno stanziamento mirato alle eventuali esigenze nascenti dall'attuazione e dal completamento delle singole azioni di sistema;

Preso atto che nell'ambito della tematica dell'handicap grave si è provveduto al finanziamento di progetti presentati dagli enti locali in forma singola ed

associata, rientranti fra le attività indicate al punto b) sopra citato "incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona" e per i quali le assegnazioni finalizzate in forza della legge n. 104/92 sono risultate insufficienti rispetto al fabbisogno effettivo del territorio;

Visto il proprio decreto n. 658 del 13 marzo 2003, con il quale sono stati approvati i programmi ed i progetti di intervento prodotti dagli enti locali della Sicilia, in forma singola ed associata, a sostegno dei portatori di handicap gravi ai sensi dell'art. 39, comma 2, lett. 1bis) ed 1ter), della legge n. 104 del 5 febbraio 1992;

Visto il decreto n. 4247 del 12 dicembre 2003, con il quale sono state impegnate sulle risorse indistinte del FNPS, assegnate per l'esercizio 2003, le somme necessarie a finanziare i programmi ed i progetti approvati con il sopraccitato decreto n. 658, per la parte eccedente i finanziamenti previsti dalla legge di settore n. 104 del 5 febbraio 1992;

Ritenuto, pertanto, di dover ripartire la quota del 15% delle risorse indistinte assegnate per l'esercizio 2003, tenuto conto di quanto sopra esposto, nella misura del:

- 11,50% pari ad Euro 7.314.306,42 per le finalità di cui ai punti a), b) e c) sopra dettagliatamente specificati;
- 3,50% pari ad Euro 2.226.093,25 per le finalità di cui ai punti d), e) ed f) sopra dettagliatamente specificati;

Decreta:

Articolo unico

Per le finalità e per le motivazioni in premessa specificate, la somma di Euro 9.540.399,68 pari al 15% delle risorse indistinte assegnate alla Regione Sicilia per l'anno 2003, è così ripartita:

- l'11,50% pari a complessivi Euro 7.314.306,43 per il finanziamento delle attività mirate:

- a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;
- b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impe-

gno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;

c) a riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza; – il 3,50% pari a complessivi Euro 2.226.093,25 per il finanziamento delle attività mirate:

d) alla realizzazione di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle province e delle aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

e) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;

f) alla formazione.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

DECRETO 9 marzo 2004*

Criteri e modalità di utilizzo ed erogazione di una quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali - legge n. 328/2000.

L'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale n. 22 del 9 maggio 1986, di riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Visto il D.P.Reg. 4 novembre 2002, con il quale sono state approvate le "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana";

Visto lo schema generale di riparto delle risorse indistinte "tabella B", capitolo 9.1 del sopracitato D.P.Reg. 4 novembre 2002, che assegna il 15% delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali nella disponibilità dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali per "Sperimentazione e sistemi", in particolare mirate:

a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;

b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;

c) a riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;

d) alla realizzazione di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle province e delle aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

e) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;

f) alla formazione;

* *Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 16 aprile 2004, n. 17.*

Visto il proprio decreto n. 1861 del 4 luglio 2003, con il quale si è provveduto a ripartire il 15% delle risorse indistinte assegnate per gli esercizi finanziari 2001 e 2002 nella misura del:

- 6% per le finalità di cui ai punti a), b) e c) sopra citati;
- 9% per le finalità di cui ai punti d), e) ed f) sopra citati;

Visto il proprio decreto n. 2517 del 26 settembre 2003, con il quale, per le finalità di cui ai punti d), e) ed f), si è provveduto a ripartire le assegnazioni 2001 e 2002 fra le diverse azioni di sistema e ad approvare, contestualmente, le linee guida di indirizzo per la presentazione di proposte progettuali da finanziare nell'ambito del S.I.R.I.S.;

Ritenuto necessario provvedere all'adozione dei criteri per l'utilizzo ed erogazione delle somme rientranti nella quota del 6% delle risorse indistinte del fondo nazionale delle politiche sociali da destinarsi alle attività citate nei superiori punti a), b) e c);

Visto il verbale della seduta della Cabina di regia regionale del 19 febbraio 2004, che ha approvato i "Criteri e le modalità di utilizzo ed erogazione della quota del 6% delle risorse indistinte del F.N.P.S. - legge n. 328/2000 - nella disponibilità dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali";

Decreta:

Articolo unico

Sono approvati, per le motivazioni in premessa specificate, i criteri e le modalità di utilizzo ed erogazione della quota del 6% delle risorse indistinte del F.N.P.S. - legge n. 328/2000 - nella disponibilità dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, secondo lo schema allegato al presente decreto e del quale fa parte integrante.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione.

Allegato

CRITERI E MODALITA' DI UTILIZZO ED EROGAZIONE DELLA QUOTA DEL 6% DELLE RISORSE INDISTINTE DEL F.N.P.S. - LEGGE N. 328/2000 - NELLA DISPONIBILITÀ DELL'ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DELLE AUTONOMIE LOCALI

Art. 1

Finalità

Le somme afferenti la quota del 6% delle risorse indistinte assegnate dallo Stato alla Regione Siciliana per il triennio 2001-2003 sono destinate per:

- a) progetti innovativi o sperimentali;
- b) consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;
- c) incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovra distrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;
- d) riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Art. 2

Individuazione delle somme

Le somme afferenti la quota del 6% delle risorse indistinte assegnate dallo Stato alla Regione Siciliana per il triennio 2001-2003, che saranno quantificate e ripartite con successivo provvedimento dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, sono così attribuite:

- 1% per progetti innovativi o sperimentali;
- 1,50% per consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;
- 1,50% per incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovra distrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;
- 2% per riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza.

L'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, con proprio provvedimento, opportunamente motivato, può rimodulare le superiori percentuali in funzione di particolari esigenze.

Art. 3

Soggetti destinatari

I progetti afferenti le materie di cui ai punti a), b) e c) dell'art. 1 possono essere presentati da:

- gli enti locali in forma singola e/o associata;
- le aziende unità sanitarie locali;
- i distretti socio-sanitari;
- i soggetti ed enti privati, ivi comprese le organizzazioni di volontariato e le cooperative sociali, operanti nei settori sociale e socio-sanitario, con comprovata esperienza e senza finalità di lucro;
- le ATS a tal uopo costituite.

I progetti afferenti la materia di cui al punto d) dell'art. 1 possono essere presentati soltanto dai singoli distretti socio-sanitari.

Art. 4

Linee guida per l'elaborazione dei progetti

I progetti dovranno indicare con chiarezza:

a) Contesto territoriale di riferimento:

- 1) area territoriale interessata;
- 2) studio ed analisi del contesto sociale interessato;
- 3) cause e fattori peculiari del disagio che si intende affrontare con il progetto;

b) Dati generali del progetto:

- 1) numero e tipologia dei destinatari finali;
- 2) durata, fasi, obiettivi intermedi e a breve termine;
- 3) ricadute sul territorio;
- 4) obiettivi finali ed esiti attesi;
- 5) integrazione degli obiettivi del progetto con le politiche del territorio;
- 6) collegamenti (di integrazione, coordinamento, prosecuzione) con altri progetti ed iniziative;
- 7) soggetti (pubblici e/o privati) coinvolti nella realizzazione del progetto e modalità di partecipazione, con individuazione delle rispettive attribuzioni operative;

c) *Congruità dei costi di realizzazione:*

1) documentazione sulla congruità dei costi delle singole componenti del progetto;

2) rapporto tra risorse da impiegare e costi da sostenere;

d) *Metodologie per favorire il raggiungimento degli obiettivi e sistema di valutazione del progetto (indicatori di processo, indicatori di risultato, strumenti e sistemi di rilevazione per ciascun indicatore)*

e) *Modalità di realizzazione del progetto:*

1) gestione operativa a cura del soggetto che ha presentato il progetto, ovvero motivazioni di una eventuale diversa gestione;

2) livello professionale degli operatori da impiegare nel progetto e programmi di formazione specifica;

3) rispetto delle normative di legge e contrattuali in materia di tutela dei lavoratori;

f) Modalità e forme di diffusione dei risultati.

Art. 5

Modalità e termini di presentazione delle istanze

Le domande di finanziamento e relativi allegati, in cinque esemplari, sottoscritte dai rappresentanti legali degli enti di cui al precedente art. 3, devono essere indirizzate all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, servizio 9°, ufficio piano, via Trinacria n. 34 - 90144 Palermo.

Alla domanda di finanziamento deve essere allegato il progetto, corredato da:

– una dettagliata articolazione dei costi;

– dichiarazione sottoscritta dal rappresentante legale in cui si precisi che per lo stesso progetto non sono stati chiesti né ottenuti altri finanziamenti da parte di enti pubblici;

– dichiarazione sottoscritta dal rappresentante legale in cui si precisino eventuali cofinanziamenti ottenuti per lo stesso progetto;

– relazione dettagliata su eventuali altri progetti in corso di realizzazione o di predisposizione, seppur aventi differenti finalità, finanziati o da finanziare da parte di altre amministrazioni;

– attestazione, rilasciata dal comune capofila, di compatibilità del progetto da finanziare con il piano di zona del distretto socio-sanitario nel quale ricadono i benefici derivanti dai servizi offerti.

Gli enti pubblici devono accludere al progetto la relativa delibera di approvazione.

Gli enti privati devono produrre la seguente ulteriore documentazione:

- copia del provvedimento di iscrizione al rispettivo albo o registro;
- atto costitutivo e statuto;
- delibera di nomina dei rappresentanti legali e dei componenti dell'organo di gestione con le generalità complete;
- bilancio dell'ultimo esercizio, regolarmente approvato e depositato nei casi di legge con le relazioni dell'organo di gestione e del collegio sindacale (ove esistente);
- l'ultimo verbale di revisione (soltanto per le cooperative sociali).

La mancanza anche parziale della documentazione richiesta comporta l'inammissibilità della domanda e quindi l'esclusione dal possibile finanziamento.

Art. 6

Esame dei progetti

I progetti presentati dai soggetti di cui all'art. 3, secondo le modalità indicate al precedente art. 5, vengono istruiti dall'ufficio di piano presso l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, che, ai fini della valutazione finale e dell'ammissione al finanziamento, tiene conto:

- dell'area di intervento interessata dal progetto secondo le priorità definite al punto 4.3 delle linee guida approvate con D.P.R.S. del 4 novembre 2002;
- del rilievo che il progetto riveste ai fini dell'integrazione, a livello distrettuale e sovra distrettuale, del piano di zona, attestata dal comune capofila del distretto socio-sanitario territorialmente interessato;
- del contributo apportato dal progetto ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito territoriale cui il progetto si rivolge;
- dei cofinanziamenti di altri enti pubblici (province, comuni, etc.) e privati per la realizzazione del progetto proposto;
- della tipologia e quantità di utenza alla quale si rivolge;
- dell'utilità del progetto ai fini del raggiungimento del benessere sociale della popolazione presente sul territorio investito dall'intervento.

Il progetto esaminato tenendo conto dei precedenti parametri di riferimento, accompagnato dalla relativa relazione istruttoria redatta dall'ufficio di piano, viene proposto all'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le

autonomie locali, che con proprio provvedimento ne decreta l'ammissione al finanziamento.

Art. 7

Modalità e termini di erogazione delle somme

La liquidazione delle somme relative al finanziamento concesso secondo quanto previsto al precedente art. 6, avviene con provvedimento del dirigente del dipartimento regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, secondo le seguenti modalità:

- il 30% del finanziamento concesso ad avvenuta comunicazione, da parte del soggetto destinatario del finanziamento, dell'avvio del progetto;
- il 40% del finanziamento concesso ad avvenuta presentazione, da parte del soggetto destinatario del finanziamento, della prima rendicontazione di utilizzo delle somme erogate nella misura del 30%;
- il 30% a saldo del finanziamento concesso ad avvenuta presentazione, da parte del soggetto destinatario del finanziamento, della rendicontazione finale di utilizzo delle somme già erogate e previa verifica, da parte del dipartimento regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, dell'avvenuta attuazione del progetto finanziato.

DECRETO 18 marzo 2004*

Ripartizione della quota delle risorse indistinte del Fondo nazionale delle politiche sociali.

L'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale n. 22 del 9 maggio 1986, di riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed, in particolare, l'art. 8, comma 3, che con riferimento a quanto previsto dal decreto legislativo n. 112/98, chiama le regioni a:

- promuovere le sperimentazioni di modelli innovativi di servizi per coordinare le risorse umane e finanziarie;
- promuovere e coordinare l'assistenza tecnica necessaria agli enti locali per l'avviamento del sistema integrato dei servizi socio-sanitari;
- promuovere lo sviluppo dei servizi e la realizzazione di interventi innovativi di interesse regionale, attraverso progetti pilota e obiettivo;
- istituire e coordinare il sistema informativo dei servizi sociali;
- predisporre e finanziare piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;

Visto il D.P.R.S. 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana", ed, in particolare, il cap. 9.1 che, relativamente alle risorse indistinte statali, attribuisce all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali la quota del 15% per il finanziamento di sperimentazioni mirate:

- a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;
- b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 14 maggio 2004, n. 21*

c) a riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;

d) alla realizzazione di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle province e delle aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

e) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;

f) alla formazione;

Visto il proprio decreto n. 1861/S9 del 4 luglio 2003, con il quale si è provveduto a ripartire la somma di euro 12.137.676,00, pari al 15% delle risorse indistinte assegnate per gli esercizi finanziari 2001 e 2002 nella misura del:

– 6% per le finalità di cui ai punti a), b) e c), sopra citati;

– 9% per le finalità di cui ai punti d), e) ed f), sopra citati;

Visto il proprio decreto n. 560/S9 del 9 marzo 2004, con il quale si è provveduto a ripartire la somma di euro 9.540.399,68, pari al 15% delle risorse indistinte assegnate per l'esercizio finanziario 2003, nella misura del:

– 11,50% per le finalità di cui ai punti a), b) e c), sopra citati;

– 3,50% per le finalità di cui ai punti d), e) ed f), sopra citati;

Visto il proprio decreto n. 561/S9 del 9 marzo 2004, con il quale sono stati approvati i "Criteri e modalità di utilizzo ed erogazione della quota del 6% delle risorse indistinte del F.N.P.S. - legge n. 328/2000 - nella disponibilità dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali";

Preso atto che nell'ambito della tematica dell'handicap grave si è provveduto al finanziamento di progetti presentati dagli enti locali in forma singola ed associata, rientranti fra le attività indicate al punto b), sopra citato "incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona" e per i quali le assegnazioni finalizzate in forza della legge n. 104/92, sono risultate insufficienti rispetto al fabbisogno effettivo del territorio;

Visto il decreto n. 4247 del 12 dicembre 2003, con il quale è stata impegnata sulle risorse indistinte del F.N.P.S., assegnate per l'esercizio 2003, la

somma di Euro 3.341.774,05 necessaria a finanziare i programmi ed i progetti approvati con il decreto n. 658 del 13 marzo 2003, per la parte eccedente i finanziamenti previsti dalla legge di settore n. 104 del 5 febbraio 1992;

Visto il decreto n. 3671 del 19 novembre 2003, con il quale è stata impegnata sulle risorse indistinte del F.N.P.S., assegnate per l'esercizio 2003, la somma di Euro 247.800,00 necessaria a finanziare l'implementazione della fase A del progetto relativo al processo delle adozioni internazionali, in rispetto al ruolo affidato alle Regioni dalla legge n. 476/98 ed in conformità al Piano socio-sanitario regionale ex lege n. 328/2000;

Rilevato che le risorse indistinte del F.N.P.S., per il triennio 2001/2003, nella disponibilità dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali per le finalità di cui ai punti a), b) e c), ammonta a complessivi Euro 8.857.286,40;

Visto l'art. 2 dei criteri approvati con il sopra citato decreto n. 561 del 9 marzo 2004, che prevede la seguente attribuzione percentuale delle su indicate risorse:

- 1% per progetti innovativi o sperimentali;
- 1,50% per consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;
- 1,50% per incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovra distrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;
- 2% per riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;

Ritenuto, pertanto, di dover provvedere alla ripartizione della somma di Euro 8.857.286,40 per le su esposte finalità in base alle percentuali stabilite con l'art. 2 dei criteri approvati con il decreto n. 561 del 9 marzo 2004, secondo il seguente prospetto:

1%	Progetti innovativi o sperimentali	euro 1.476.214,40
1,50%	Consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria	euro 2.214.321,60

- 1,50% Incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovra distrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona euro 2.214.321,60
- 2% Riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza euro 2.952.428,80

Decreta:

Art. 1

Per le finalità e per le motivazioni in premessa specificate, la quota delle risorse indistinte del F.N.P.S. nella disponibilità dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali per il finanziamento di sperimentazioni mirate:

a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;

b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona;

c) a riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza; ammontante, per il triennio 2001/2003, a complessivi Euro 8.857.286,40, è così ripartita:

1% Progetti innovativi o sperimentali

euro 1.476.214,40

1,50% Consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria euro 2.214.321,60

1,50% Incentivare lo scambio di buone prassi

che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovra distrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei piani di zona euro 2.214.321,60

2% Riequilibrare i piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza euro 2.952.428,80

Art. 2

La ripartizione delle somme riportate all'art. 1, in conformità a quanto previsto dall'art. 2, comma 2, dei criteri approvati con il decreto n. 561 del 9 marzo 2004, può essere rimodulata in funzione di particolari esigenze con proprio provvedimento, opportunamente motivato.

Art. 3

Il presente decreto viene trasmesso alla ragioneria centrale di questo Assessorato, per il visto, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

DECRETO 26 settembre 2003*

Linee guida di indirizzo per la presentazione di proposte progettuali da finanziare nell'ambito del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario ed approvazione del piano di riparto delle disponibilità finanziarie, anni 2001-2002.

L'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali
Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge regionale n. 22 del 9 maggio 1986 di riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali;
Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
Visto il decreto presidenziale 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana" ed, in particolare, il cap. I, punto 1.4.1, nel quale si fa espresso riferimento alla necessità che "una moderna gestione amministrativa, alla luce della complessa ragnatela di relazioni sociali, politiche, culturali e demografiche che si intreccia in ogni comunità di individui, deve riporre le sue fondamenta su azioni oggettive ed attendibili riguardanti la stessa struttura della comunità, il territorio e le risorse umane e strumentali di cui può disporre" e alla necessità della "realizzazione di un sistema informativo integrato su sanità e società, attraverso cui giungere a quel grado di conoscenza della propria realtà da amministrare, adeguato a perseguire gli obiettivi prefissati";
Preso atto che lo schema generale di riparto delle risorse indistinte "tabella B", cap. 9.1 del decreto presidenziale 4 novembre 2002, assegna la disponibilità di euro 160.000 annui all'attività di comunicazione e informazione, mirata alla diffusione della conoscenza del sistema di governo e delle procedure d'accesso al sistema integrato dei servizi, a livello distrettuale;
Visto il decreto n. 1861 del 4 luglio 2003 dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, che riserva alle attività di cui ai punti d), e) ed f), del cap. 9.1 "risorse indistinte" del decreto presidenziale 4 novembre 2002, in considerazione del livello regionale che rive-

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 14 novembre 2003, n. 49.*

stono e della evidente rilevanza strategica che assumono per la qualificazione dell'intero processo attuativo della riforma del welfare, risorse finanziarie nella misura del 9%, pari a Euro 7.282.606,00;

Ritenuto necessario definire il quadro delle infrastrutture sociali necessarie a qualificare il processo di riforma e a trasformarlo in percorso di sviluppo territoriale condiviso e compatibile, fornendo strumenti in grado di interagire nella ricerca di soluzioni migliorative dei processi di consolidamento e di affermazione del piano socio-sanitario regionale, intervenendo anche nelle attività di individuazione delle priorità d'intervento, nella formazione permanente e a distanza e nella comunicazione sociale, attraverso il rafforzamento delle strategie di I.C.T., come previsto nello stesso decreto presidenziale 4 novembre 2002, al capitolo 10, punti 10.1 e 10.2;

Considerata la necessità e l'indifferibilità di predisporre le linee guida, nella fase dell'avviamento del processo di definizione della riforma delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali, in coincidenza con i percorsi di redazione dei piani di zona distrettuali previsti nell'ambito del triennio sperimentale 2001-2003, per realizzare un Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario in acronimo S.I.R.I.S., con lo scopo sia di informare i soggetti interessati sulle opportunità offerte dall'iniziativa e sia di accompagnarli e supportarli nella realizzazione degli interventi, assicurando così l'unitarietà e l'uniformità dei processi di rete, nell'autonomia e nella specificità delle diverse azioni previste;

Considerato che la creazione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario (S.I.R.I.S.), risulta imprescindibile e determinante per fornire un valido supporto tecnico al processo di riforma e conseguentemente definire criteri univoci di applicazione e uniformità di linguaggio, onde garantire l'universalità del diritto di accesso al sistema, quale obiettivo etico fondamentale per la validazione dell'intero percorso;

Ritenuto di dover procedere alla quantificazione e alla relativa destinazione della quota di euro 7.282.606,00, pari al 9% delle risorse indistinte anni 2001-2002 di cui al decreto presidenziale 4 novembre 2002;

Ritenuto, conseguentemente, di dover ripartire la predetta somma di euro 7.282.606,00 per la realizzazione dell'informatizzazione, della formazione e delle azioni di sistema, quali attività di supporto al Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, così come sotto specificato:

Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario (S.I.R.I.S.)

- Informatizzazione	1.912.606,00
- Formazione	870.000,00

Azioni di sistema

- Infanzia e adolescenza	900.000,00
- Anziani	900.000,00
- Disabilità	900.000,00
- Dipendenze	900.000,00
- Immigrazione	900.000,00

Ritenuto, inoltre, di utilizzare la somma di euro 290.000, afferente l'attività di comunicazione e informazione, scaturente dalla disponibilità annua di euro 160.000,00 per il biennio 2001-2002, così come previsto dal cap. 9.1 del decreto presidenziale 4 novembre 2002;

Decreta:

Art. 1

Sono approvate, per le considerazioni sopra esposte, le linee guida di indirizzo per la presentazione di proposte progettuali da finanziare nell'ambito del "S.I.R.I.S. - Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario" che fanno parte integrante e sostanziale del presente atto.

Art. 2

È approvato il piano di riparto delle disponibilità finanziarie, anni 2001-2002, nel modo seguente:

Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario (S.I.R.I.S.)

- Informatizzazione	1.912.606,00
- Comunicazione	290.000,00
- Formazione	870.000,00

Azioni di sistema

- Infanzia e adolescenza	900.000,00
- Anziani	900.000,00
- Disabilità	900.000,00

- Dipendenze	900.000,00
- Immigrazione	900.000,00

per un totale complessivo di euro 7.572.606,00.

Art. 3

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione integrale.

Allegato

LINEE GUIDA DI INDIRIZZO ALLA PRESENTAZIONE DI PROPOSTE PROGETTUALI DA FINANZIARE NELL'AMBITO DEL "S.I.R.I.S. - SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE INTEGRATO SOCIO-SANITARIO"

1. INTRODUZIONE

La presente guida, predisposta nella fase di gestione dell'avviamento del processo di definizione della riforma delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali, in coincidenza con i percorsi di redazione dei piani di zona distrettuali previsti nell'ambito del triennio sperimentale 2001-2003, ha l'obiettivo di realizzare il S.I.R.I.S., ovvero il Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, con lo scopo, da un lato di informare i soggetti interessati sulle opportunità offerte dall'iniziativa e, dall'altro, di accompagnarli e supportarli nella realizzazione degli interventi, assicurando in questo modo l'unitarietà e l'uniformità dei processi di rete, pur nell'autonomia e nella specificità delle diverse azioni previste.

Nelle "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana", licenziate con decreto presidenziale 4 novembre 2002, al capitolo I, punto 1.4.1., si fa espresso riferimento alla necessità che "una moderna gestione amministrativa, alla luce della complessa ragnatela di relazioni sociali, politiche, culturali e demografiche che si intreccia in ogni comunità di individui, deve riporre le sue fondamenta su azioni oggettive ed attendibili riguardanti la stessa struttura della comunità, il territorio e le risorse umane e strumentali di cui può disporre". Nello stesso capitolo si fa esplicito riferimento alla "realizzazione di un sistema informativo integrato su sanità e società, attraverso cui giungere a quel grado di conoscenza della propria realtà da amministrare, adeguato a perseguire gli obiettivi prefissati. La disponibilità di un sistema informativo permette l'avviarsi di un processo di ricerca-analisi finalizzato alla conoscenza del territorio e dei bisogni del cittadino amministrato, nonché alle eventuali proposte per il miglioramento dei rapporti con l'utenza. A tale disponibilità si giunge avvalendosi di sistemi automatizzati di raccolta dati, immagini e documenti, di classificazione e di ricerca degli stessi, che vadano a completare il quadro, non esaustivo, disponibile a livello ufficiale e costituito da pubblicazioni di dati statistici e specifiche ricerche scientifiche".

Il S.I.R.I.S. deve, pertanto, contribuire a definire il quadro delle infrastrutture sociali necessarie a qualificare il processo di riforma e a trasformarlo in percorso di sviluppo territoriale condiviso e compatibile, fornendo strumenti in grado di interagire nella ricerca di soluzioni migliorative dei processi di consolidamento e di affermazione del piano socio-sanitario regionale, intervenendo anche nelle attività di individuazione delle priorità d'intervento, nella formazione permanente e a distanza e nella comunicazione sociale, attraverso il rafforzamento delle strategie di I.C.T., come previsto nello stesso decreto presidenziale 22 novembre 2002, al capitolo 10, punti 10.1 e 10.2. La guida, che si configura quindi come strumento a sostegno del promotore, si articola in tre sezioni: la prima è volta a descrivere l'iniziativa nelle caratteristiche distintive e nella strategia di attuazione; la seconda è relativa agli aspetti procedurali e agli adempimenti amministrativi necessari all'approvazione dei progetti; infine, la terza mira a fornire indicazioni utili per una corretta progettazione degli interventi.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Nazionale** Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.
Decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 157 "Attuazione della direttiva 92/50/CEE in materia di appalti pubblici di servizi".
Decreto legislativo 25 febbraio 2000, n. 65 "Attuazione delle direttive 97/52/CE e 98/4/CE, che modificano ed integrano, rispettivamente, le direttive 92/50/CEE, in materia di appalti pubblici di servizi, e 93/38/CEE, limitatamente ai concorsi di progettazione".
- Regionale** Legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 "Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia".
Legge regionale 23 dicembre 2002, n. 23.
D.P.R.S. 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del Piano socio-sanitario della Regione Siciliana".
Legge regionale 2 agosto 2002, n. 7 "Norme in materia di opere pubbliche. Disciplina degli appalti di lavori pubblici, di fornitura, di servizi e nei settori esclusi".

3. OBIETTIVO DEL PROGRAMMA DI SVILUPPO

3.1. Contesto di riferimento

La Regione Siciliana ha avviato la riforma del *welfare* locale, con il recepimento della legge n. 328/2000 e l'emanazione di una normativa specifica di settore per la costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Il percorso proposto ha preso avvio da un documento, che è stato approvato con D.P.R.S. 4 novembre 2002, dal titolo "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana".

Con le prospettive disegnate nelle linee guida si avvia la riforma del sistema di *welfare* siciliano, che si determinerà attraverso l'attivazione di numerosi processi di cambiamento fino alla costruzione di un Piano socio-sanitario regionale e alla stesura di una nuova legge di riordino dei servizi socio-assistenziali.

Le linee prevedono una rete organizzativa su tre livelli:

- l'ufficio di Piano, struttura tecnica per coordinare le azioni di accompagnamento ai territori per la redazione dei piani di zona; è lo strumento tecnico della Cabina di regia regionale che dovrà organizzare il tavolo di concertazione regionale e supportare i processi programmatori su base distrettuale con la predisposizione degli strumenti (atti amministrativi, regolamenti, atti di indirizzo, strumenti di gestione, ecc..) necessari per costruire operativamente il sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- la segreteria tecnica, struttura di lavoro funzionale allo svolgimento dei compiti assegnati a livello provinciale, in particolare in materia di coordinamento del sistema degli enti locali e di promozione di un tavolo di concertazione allargato, ha il compito di supportare l'organizzazione regionale a livello dei distretti provinciali, coordinando e promuovendo azioni di informazione, formazione e informatizzazione.
- i gruppi di Piano costituiscono, infine, le strutture tecniche di riferimento per i comuni che compongono un distretto e che dovranno predisporre i rispettivi Piani di zona, previa attivazione di un processo di concertazione allargata all'ambito territoriale, mediante la costituzione di un tavolo di concertazione distrettuale.

Tabella n. 1 Livelli delle strutture organizzative

Livello	Struttura	N. sedi
Regionale	Cabina di regia -	1
	Ufficio di piano Provinciale	
	Segreteria tecnica	9
Ambito territoriale socio-sanitario)	(distr. Gruppo di piano	55

In questa fase la Regione Siciliana ha previsto azioni di supporto e di accompagnamento all'avvio della riforma, che prevedono i seguenti impegni:

- l'informazione allargata a tutti i soggetti della rete e a tutti i gruppi sociali portatori diretti o indiretti di bisogni sociali, in merito a tutte le opportunità offerte dal nuovo sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari;
- la stesura di un "indice ragionato dei piani", emanato il 14 marzo 2003, una sorta di vademecum che evidenzia gli elementi fondamentali da affrontare nel Piano di zona e prospetti le modalità di intervento per le questioni che si pongono sul piano organizzativo e gestionale;
- la predisposizione degli strumenti necessari per l'istruttoria e la procedura di valutazione dei Piani di zona e dei progetti, ai fini dell'erogazione dei fondi agli ambiti territoriali;
- la costruzione del sistema di monitoraggio e valutazione dei Piani e dei progetti, con particolare riferimento all'analisi del processo di attuazione della riforma;
- l'assistenza formativa alle risorse umane impegnate presso i comuni, le province, le A.S.L., le I.P.A.B., gli organismi del terzo settore e gli enti terzi sulle direttrici più innovative della riforma del *welfare*, sia sul piano delle politiche di intervento che sul piano delle scelte economico-gestionali e degli assetti giuridico-organizzativi;
- il sostegno alla preparazione e realizzazione di progetti innovativi di interesse regionale.

3.2. Obiettivi

La Regione intende realizzare un programma di sostegno alle attività previste dalle Linee guida regionali. Il progetto prevede la realizzazione delle seguenti azioni:

- progettazione e coordinamento delle azioni di sistema;
- coordinamento tecnico e governo dei contenuti delle azioni previste, con il coinvolgimento e la valorizzazione delle expertises e delle competenze locali;
- disegno e realizzazione di un programma articolato di informazione;
- realizzazione di azioni mirate di formazione sulla base dell'analisi e del monitoraggio dei fabbisogni formativi;
- costruzione e manutenzione di reti telematiche e di altri strumenti operativi;
- sostegno allo scambio di esperienze e al trasferimento di buone prassi;
- definizione di criteri per la selezione di azioni innovative e accompagnamento per la loro realizzazione.

La Regione Siciliana si pone l'obiettivo, pertanto, di realizzare queste azioni in coerenza con il proprio ruolo istituzionale e sulla base delle esperienze acquisite attraverso l'organizzazione e il coordinamento dei processi di avviamento della legge 285 del 1997 oltre che del "modello Sicilia" realizzato in attuazione della legge sull'adozione internazionale, e comunque mediante la pluriennale realizzazione di progetti di formazione e assistenza tecnica per la progettazione sociale e per l'attuazione della riforma del *welfare* locale. Il presente programma si inserisce in questo contesto, permettendo forti sinergie organizzative ed un maggior grado di economicità.

Il programma di interventi proposto in questo documento, in risposta alle esigenze evidenziate dalla Regione Siciliana, individua i seguenti obiettivi:

- 1) sostegno agli uffici regionali nella definizione degli atti di indirizzo e degli strumenti normativi e regolamentari per l'attuazione della nuova programmazione sociale regionale, anche avvalendosi di un opportuno trasferimento di esperienze realizzate in altre regioni italiane;
- 2) erogazione di servizi di informazione diffusa diretti sia agli operatori pubblici e privati coinvolti nella programmazione e nell'attuazione dei Piani di zona, sia ai beneficiari finali rispetto alle più rilevanti innovazioni introdotte dalle Linee guida regionali;
- 3) aumento delle competenze delle risorse umane coinvolte nella programmazione e nella realizzazione delle politiche sociali con interventi di formazione, di assistenza tecnica e di accompagnamento, atti a favorire processi di accumulazione di nuovi saperi ed abilità;
- 4) aumento degli scambi tra gli attori impegnati nella pianificazione e realizzazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali, attraverso l'attivazio-

ne e il consolidamento di reti comunicative, anche con l'ausilio di una più efficace rete telematica;

5) affiancamento delle segreterie tecniche e dei gruppi Piano per lo svolgimento delle funzioni di gestione, di animazione territoriale, di monitoraggio e di valutazione, ponendo la necessaria attenzione alle esigenze di omogeneità tra gli strumenti e le modalità organizzative, i flussi procedurali ed informativi;

6) sperimentazione e ricerca di soluzioni innovative ed efficaci, con particolare riferimento alle metodologie per il monitoraggio e la valutazione degli interventi, alla progettazione dei flussi informativi connessi alle politiche sociali, alla riflessione sulle nuove misure da introdurre e/o da mandare a regime per il contrasto della povertà e per promuovere l'inclusione sociale dei gruppi a rischio di esclusione;

7) creazione di sinergie tra il P.O.R. Sicilia e la riforma del *welfare* regionale, con particolare attenzione alle azioni previste in materia di qualità sociale, innovazione nella integrazione socio-sanitaria, consolidamento dell'infrastrutturazione sociale dei territori, definizione di nuovi profili professionali e dei connessi percorsi formativi, definizione dei livelli di assistenza per le povertà estreme.

3.3. Attività

Per il perseguimento degli obiettivi sopra specificati, si propone di progettare e di realizzare un complesso di attività che sono insieme di informazione, di formazione e di consulenza tecnica, che possono essere sinteticamente così individuate:

1) supporto tecnico specialistico all'ufficio Piano per tutte le tappe di lavoro previste nella fase di avviamento della rete, a livello regionale;

2) attivazione di un Servizio informativo e di assistenza tecnica per le segreterie tecniche e per gli ambiti territoriali sull'applicazione delle Linee guida regionali;

3) informazione diffusa sul territorio regionale e per tutti gli attori della rete dei servizi sociali e sociosanitari, delle linee di evoluzione del sistema di *welfare* siciliano e dei principali contenuti delle Linee guida regionali;

4) costituzione e manutenzione di una rete comunicativa telematica tra i principali attori del sistema di governo, gestione e monitoraggio della programmazione sociale;

5) animazione dei laboratori distrettuali di co-progettazione e assistenza tecnica per la realizzazione dei *focus group*;

6) assistenza tecnica per l'impostazione e la realizzazione del percorso di istruttoria e di verifica dei contenuti dei Piani di zona e dei progetti;

7) attività formativa di base per trasferire competenze sui principi fondanti della riforma del *welfare* locale e conoscenze su esperienze di successo che sappiano orientare nella progettazione innovativa;

8) attività di monitoraggio e valutazione per verificare il processo di attuazione della riforma, coglierne i punti di forza e le criticità, intervenire in itinere con opportuni correttivi ed ottenere informazioni utili per la predisposizione del Piano socio-sanitario.

Le azioni di questo programma regionale di sviluppo, volto alla realizzazione del S.I.R.I.S., coincidono con le indicazioni espresse nelle "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della regione Siciliana" ed in particolare, per la parte finanziaria, con quanto previsto al cap. 9.1 che, relativamente alle risorse indistinte statali, attribuisce all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali la quota del 17% per il finanziamento di sperimentazioni mirate:

a) a consolidare, a livello istituzionale, gestionale e professionale, la cultura socio-sanitaria;

b) a incentivare lo scambio di buone prassi che garantiscano la gestione unitaria dei servizi alle persone, a livello distrettuale e sovradistrettuale e l'impegno finanziario degli enti locali (quote di cofinanziamento) nella realizzazione dei Piani di zona;

c) a riequilibrare i Piani di zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;

d) alla realizzazione di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle province e delle aree metropolitane, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

e) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;

f) alla formazione e all'informazione.

In particolare, con decreto n. 1861 del 4 luglio 2003, l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, ha deciso di riservare alle attività di cui ai punti d), e) ed f), che costituiscono il diretto

oggetto di questo intervento di finanziamento, in considerazione del livello regionale che rivestono e della evidente rilevanza strategica che assumono per la qualificazione dell'intero processo attuativo della riforma, risorse finanziarie nella misura del 9%, in relazione a quanto definito nel punto 9.1, "risorse indistinte" del D.P.R.S. 22 novembre 2002.

4. ARTICOLAZIONE DELLE ATTIVITA'

4.1. Azioni

Le azioni di cui ai punti d), e) ed f) del precedente capitolo, sintetizzano gli obiettivi di realizzazione, soprattutto nella definizione del quadro delle risorse, delle attività di supporto al sistema integrato di interventi e servizi sociali definito dalla Regione Siciliana, mentre le stesse costituiscono l'oggetto delle linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario, nei capitoli 1.4, 10.1 e 10.2 del documento programmatico.

La creazione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, in acronimo S.I.R.I.S., risulta determinante per assicurare al processo di riforma un valido supporto tecnico, anche in relazione alla necessità di definire criteri univoci di applicazione e uniformità di linguaggio, per garantire l'universalità del diritto di accesso al sistema, quale obiettivo etico fondamentale per la validazione dell'intero percorso.

Un'altra considerazione va fatta in merito alle indicazioni contenute nell'indice ragionato per la stesura del Piano di zona, pubblicato con decreto nel mese di aprile 2003 a cura dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, già assessorato enti locali, per definire i criteri e gli strumenti di redazione dei documenti programmatici territoriali in materia di politiche socio-sanitarie. Infatti, nel quadro di un indirizzo che pone al centro della programmazione il cittadino e la comunità, nel contesto dei comuni associati in distretto socio-sanitario, la qualità e la credibilità della "relazione sociale", intesa come capacità di lettura dei bisogni e delle risorse del territorio, diventa appuntamento fondamentale non solo per la validità del progetto triennale locale, ma anche per le successive fasi di programmazione regionale e nazionale, così come assume un rilievo strategico la qualità della comunicazione per sostenere i processi di concertazione e di partecipazione attiva.

Nella stessa direzione si pone la necessità di assicurare continuità e permanenza ai percorsi formativi per individuare e selezionare i team professionali

di sostegno all'impianto attuativo e organizzativo, soprattutto attraverso l'utilizzo di strumenti di FAD e metodologie di apprendimento integrato.

Appare evidente come si determini l'esigenza di uno strumento di governo del sistema tecnico che sappia assumere, di volta in volta e con la dovuta flessibilità, una forma organizzativa uniforme e omogenea e, al contempo, la giusta valorizzazione ed esaltazione dei sistemi locali di gestione e di analisi.

Schematicamente, le attività previste dal programma sono organizzate in 4 macro-azioni:

- azione 1: Centro servizi informativi per la organizzazione a sistema delle politiche sociali in Sicilia;
- azione 2: informazione e comunicazione;
- azione 3: formazione;
- azione 4: i sistemi delle priorità settoriali:

4.5.1: infanzia e adolescenza;

4.5.2: anziani;

4.5.3: persone con disabilità;

4.5.4: dipendenze;

4.5.5: immigrazione.

4.2. Azione 1: Centro servizi informativi per l'organizzazione a sistema delle politiche sociali in Sicilia

Nell'ambito del S.I.R.I.S., ovvero del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, l'azione 1 rappresenta il progetto di architettura, definendo gli obiettivi operativi e le piattaforme tecnologiche attraverso le quali l'intero processo di sviluppo sarà in grado di assumere l'assetto di sistema integrato. Costituisce, pertanto, la forma di progetto tecnico pilota di riferimento, definendo i criteri e gli standard uniformi per i processi di I.C.T. che costituiscono, pertanto, riferimento condizionante per tutte le azioni previste dalla presente programmazione infrastrutturale della Regione Siciliana.

L'obiettivo generale è quello di creare una struttura organizzativa, il Centro servizi informativi, che consenta inter-operatività, comunicazione, cooperazione, con lo scopo di giungere all'attuazione di processi socio-sanitari integrati, attraverso un sistema di servizi di assistenza, consulenza, banche dati, formazione on line, indirizzato ai gruppi destinatari, sia diretti (P.A.) che indiretti (imprese sociali, operatori, utenti).

L'intervento mira a supportare i processi di innovazione gestionale ed orga-

nizzativa avviati con la stesura dei documenti programmatici (le linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario), offrendo alla P.A. regionale un modello per lo scambio di informazioni e il monitoraggio degli interventi, per migliorare la qualità della programmazione sul territorio e il coordinamento delle politiche sociali.

Altri obiettivi specifici:

- avviare un sistema trasparente di valutazione dei programmi e dei progetti;
- sistematizzare le risultanze dei Piani di zona elaborati dai distretti territoriali in un unico database al meta-livello regionale, allo scopo di evidenziare punti di forza, punti di debolezza e possibilità di raccordo delle offerte;
- razionalizzare il sistema di acquisizione e trasmissione dei dati;
- facilitare l'accesso ai quadri conoscitivi per la pianificazione del territorio da parte dei professionisti degli enti locali;
- porre in dialogo i professionals che operano a livello regionale con altre realtà italiane e sovranazionali per il benchmarking delle buone prassi;
- avviare sistemi di monitoraggio dell'evoluzione del bisogno e della domanda i cui esiti siano accessibili a tutti i soggetti;
- avviare sistemi di valutazione di processo e di impatto delle azioni.

Azioni e risultati specifici:

- definizione di un modello interattivo che prevede la formazione di una community nel settore delle attività sociali, in grado di operare con rapidità ed efficacia nella divulgazione di iniziative e nello scambio di conoscenze;
- ottimizzazione del sistema di comunicazione e di consultazione interistituzionale, agevolando l'accessibilità ai dati, le occasioni di confronto, lo spazio per feedback e *feed-forward*;
- progettazione e creazione di una base di informazione da potersi innervare nei percorsi quotidiani degli interventi, diffondendo informazioni agli operatori del settore ed ai cittadini;
- realizzazione di un sistema informativo territoriale accessibile a tutti i cittadini, creando un "catalogo" delle conoscenze associate alle competenze di comuni, province e regione in tema di servizi socio-sanitari;
- implementazione di un sistema di monitoraggio e di misura dei risultati di processo per una valutazione mirata sia al supporto decisionale per la pro-

grammazione dei piani di zona, che ad eventuali ridefinizioni procedurali del dispositivo tecnologico adottato.

L'architettura dell'intervento prevede di riuscire a realizzare delle positive ricadute in ambito regionale, con benefici diretti per le amministrazioni:

- la raccolta, l'elaborazione e la diffusione delle informazioni utili alla programmazione sociale permette alla Regione di svolgere il proprio ruolo di coordinamento e di indirizzo delle politiche, nonché di facilitatore delle azioni innovative e a forte impatto sulla collettività;
- l'impianto del database consente di rispondere ai fabbisogni informativi dei diversi livelli di programmazione e pianificazione: regionale, provinciale e di distretto locale;
- la rappresentazione esaustiva di tutti i servizi presenti nel territorio regionale elimina il rischio di ridondanze e sovrapposizione di interventi;
- i dispositivi adottati innescano effetti di trasparenza, efficienza, efficacia dell'azione pubblica.

Benefici per i cittadini e le imprese:

- il sistema ipotizzato persegue un approccio che valorizza la partecipazione diretta dei cittadini ai processi decisionali;
- si favorisce l'interscambio tra i diversi soggetti nell'individuazione delle informazioni da scambiare, definendo dei criteri condivisi e innalzando la cultura del dato e della presa di decisione;
- si favorisce la progettualità del non profit e le sinergie tra intervento pubblico e privato, attraverso la facilità di accesso in tempo reale ai dati e l'immediatezza di lettura ed aggregazione trasversale;
- si favorisce la padronanza dei dispositivi multimediali come adozione di nuovi skills nella comunicazione e nella progettazione;
- l'utilizzo delle applicazioni telematiche costituisce valore aggiunto per le possibilità di partecipazione e di lavoro a distanza da parte di soggetti portatori di disabilità.

I livelli di integrazione tra l'azione 1 (main project) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S.

La costruzione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario S.I.R.I.S., strutturato su supporto informatico, impone una forte integrazione tra le varie azioni previste, sia per poter mettere in relazione i vari dati a livel-

lo informatico, sia per rendere esauriente, comparabile ed integrata la base dati presente nel S.I.R.I.S., articolata a livello settoriale (anziani, infanzia ed adolescenza, persone con disabilità, dipendenze, immigrazione).

A tal fine è necessario che le azioni di indagine, a livello settoriale, prevedano una raccolta dei dati che copra i seguenti livelli informativi:

- analisi dei bisogni del territorio in riferimento allo specifico target di utenza; con tale indagine si dovrà cogliere non soltanto la domanda espressa dall'utenza (specificando se soddisfatta e non soddisfatta dai servizi) ma anche la domanda inespressa, legata a bisogni dell'utenza che non pervengono alla rete dei servizi in quanto non recepiti attraverso i canali istituzionali o soddisfatti al di fuori della rete (relazioni familiari);

- indagine sulle risorse disponibili: sarà necessario predisporre una mappa delle risorse presenti nel territorio della Regione Siciliana, relativamente ai canali di risposta all'utenza, a livello aggregato ed analitico rispetto alle tipologie di servizi/strutture (es: servizi di assistenza domiciliare, centri diurni, centri residenziali, servizi integrativi scolastici, servizi specifici di tipo educativo, assistenziale, sociale per ciascuna tipologia di target). Tali informazioni dovranno essere rese disponibili su base regionale, provinciale e distrettuale, affinché tutti gli attori del sistema possano utilizzarle ai fini della programmazione, del monitoraggio e della valutazione degli interventi proposti e realizzati. La strutturazione dei dati, di tipo quantitativo e qualitativo, dovrà essere concordata a livello regionale, secondo la strutturazione del sistema informativo definito dalla Regione nell'ambito dell'azione 1, al fine di rendere omogenee le informazioni disponibili a livello settoriale e assicurare il dovuto aggiornamento periodico, almeno su base annuale;

- indagine sui trend: tali indagini dovranno essere orientate a cogliere da un lato i bisogni emergenti, dall'altro l'evoluzione dei bisogni dell'utenza e della domanda che perviene ai servizi. Tali informazioni sono essenziali per permettere alla Regione di definire le priorità di intervento a livello macro e ai distretti di legare la programmazione territoriale alle effettive esigenze del territorio, modellando il sistema dei servizi, compatibilmente con le risorse disponibili, rispetto all'evoluzione dei bisogni dell'utenza. Tali indagini dovranno essere realizzate periodicamente (almeno con cadenza annuale), allo scopo di permettere la valutazione di impatto degli interventi realizzati con i Piani di zona. Potranno inoltre essere effettuate delle indagini specifiche, concordate

con la Cabina di regia e l'ufficio piano, per indagare su esigenze particolari relative ai diversi target di utenza.

Si prevedono incontri di coordinamento, in fase di start-up, tra gli attuatori dell'azione 1 e gli analoghi team delle azioni settoriali, della comunicazione e della formazione, con la supervisione dell'Assessorato regionale, con lo scopo di mettere in rete le strategie comuni che implicano processi di I.C.T. e che si interfacciano con la banca dati centrale prevista dal programma operativo regionale.

Obiettivo del coordinamento è quello di definire i criteri di accesso al sistema centrale attraverso la sottoscrizione di un "patto tecnico di collaborazione" tra centro servizi (azione 1) e laboratori progettuali (altre azioni).

Modello di governo.

Disposizioni specifiche per l'interfacciamento delle eventuali banche dati e di tutte le attività, inerenti e riconducibili al settore della I.C.T., per le azioni 2, 3 e 4 (4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5), relative al programma S.I.R.I.S., con il sistema informativo previsto in ambito dell'azione 1.

La banca dati deve consentire l'accesso ai dati presenti nel proprio archivio tramite un servizio web appositamente predisposto. Il servizio dovrà essere implementato utilizzando il protocollo SOAP (*Simple object access protocol*) standard W3C versione 2.0. La banca dati dovrà fornire il servizio tramite un *application server*; quest'ultimo dovrà consentire sia il libero accesso ai servizi, sia l'accesso autenticato e protetto tramite protocollo HTTPS e autenticazione con *login* e *password*.

Il servizio dovrà consentire il prelevamento dei dati dalla banca dati, tenere traccia delle azioni eseguite da ciascun utente e consentire la sincronizzazione tra i dati presenti nella banca dati stessa e quelli presenti nel sistema informativo, azione 1. Il prelevamento dei dati può fare riferimento all'intera tabella, oppure all'esecuzione di una *query* sulla tabella stessa. Il servizio dovrà inoltre fornire le informazioni relative allo storico delle azioni eseguite da ciascun utente.

La struttura dei dati è stabilita e riflette quella utilizzata dal sistema informativo azione 1, essendo questo l'organizzatore ultimo dei dati che verranno raccolti. I dati provenienti dalla base dovranno essere forniti dal servizio, tramite una stringa in formato XML (*Extensible markup language*); verrà fornito il file DTD (*Document type definition*) per la definizione della struttura della stringa XML.

4.3. Azione 2: Informazione e comunicazione

Obiettivo della campagna di comunicazione integrata che si intende realizzare è quello di soddisfare i bisogni di informazione di tutti i cittadini sull'attività dei soggetti pubblici nell'ambito del *welfare*, in modo tale da rafforzare il passaggio da un modello in cui l'istituzione pubblica risultava il soggetto emittente e le famiglie e i cittadini, i riceventi, troppo spesso passivi, a un sistema moderno in cui tutti i soggetti pubblici e privati divengono i terminali attivi, nel rispetto e nella valorizzazione degli specifici ruoli e delle relative competenze.

In tal modo l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali intende colmare quel deficit informativo con la comunità, con gli enti locali, con le associazioni e le imprese che operano nel territorio, riguardo le strutture, le attività e le iniziative di carattere socio-sanitario che vedono protagonista il medesimo Assessorato, al fine di assicurare il successo delle politiche del *welfare* anche attraverso la concertazione e la collaborazione tra tutti i soggetti attori.

Attraverso la comunicazione oggetto del presente incanto si intende, dunque, far conoscere adeguatamente il piano socio-sanitario della Regione e sensibilizzare l'opinione pubblica alle tematiche socio-sanitarie in esso contenute, le quali pongono al centro del suo intervento il sistema famiglia, come nucleo attivo della società.

Tra le attività previste:

- realizzazione di una conferenza regionale per fare il punto sui livelli attuativi e sullo stato di avanzamento e di definizione delle politiche sociali attive in Sicilia, sotto il profilo tecnico/organizzativo/strumentale, con il coinvolgimento della P.A., del privato sociale e degli enti terzi, tenendo conto, in particolare, delle comunità distrettuali;
- preparazione e diffusione di sussidi informativi sulla riforma del *welfare*, sulle Linee guida regionali, sull'attuazione dei Piani e dei progetti;
- diffusione di una *News letter* periodica in formato cartaceo e telematico;
- preparazione di schede tecniche utilizzabili per comunicati stampa e inserzioni pubblicitarie.
- attivazione di un *call center* e *contact center*.

I livelli di integrazione tra l'azione 2 (comunicazione e informazione) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S.

La realizzazione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario

prevede un coordinamento operativo tra le diverse azioni individuate dal programma. In questa ottica l'azione 2 rappresenta lo strumento di correlazione per tutte le attività del sistema che comprendono processi di comunicazione, informazione e promozione, sia in generale che in merito ad interventi specifici e settoriali.

Lo svolgimento dell'azione prevede, pertanto, attività di team work con i rappresentanti degli altri organismi attuatori per definire, in collaborazione con la cabina di regia e l'ufficio piano, le strategie operative funzionali agli obiettivi del progetto integrato.

Per tutto quanto attiene ai contenuti dell'azione 2 che riguardano l'utilizzo di strumenti di I.C.T., occorre fare riferimento al precedente capitolo 4.2, ovvero "i livelli di integrazione tra l'azione 1 (*main project*) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S."

4.4. Azione 3: Formazione

Le attività formative previste dal Sistema informativo integrato riguardano i processi attuativi legati alla fase di avviamento sperimentale triennale per definire il Piano socio-sanitario della Regione Siciliana. Rientrano, quindi, tra le attività di supporto e di accompagnamento con una vocazione particolare a garantire un valore aggiunto, in termini di qualificazione delle risorse umane, ai percorsi di affiancamento pre-definiti.

In considerazione del fatto che le attività di sistema coincideranno, rispetto allo stato di avanzamento del programma attuativo in corso, con la conclusione della fase di redazione dei piani di zona triennali da parte dei distretti e con l'avviamento dei percorsi gestionali, è opportuno comprendere quattro macro-fasi operative:

– analisi dei fabbisogni formativi multilivello (regionale, provinciale e distrettuale), che tengano conto:

a) dei dati e delle analisi emersi attraverso la valutazione dei piani di zona;
b) dei percorsi formativi già avviati e/o promossi dalla Regione, in materia di politiche sociali e socio-sanitarie, in particolare la formazione dei quadri della P.A. in ambito di legge n. 285/97 e il PON ATAS, azione 5.1, per la programmazione delle politiche sociali delle Regioni obiettivo 1, finanziato dal Ministero del *welfare* attraverso il Formez;

– disegno e realizzazione di un percorso formativo teso a rafforzare le competenze e i ruoli degli "organismi di governo", previsti dalle linee guida regio-

nali (decreto presidenziale 4 novembre 2002), con diverse modalità di apprendimento (attività didattica in aula, esercitazioni pratiche, visite guidate, studio personale, formazione a distanza);

- affiancamento consulenziale su specifici *project works* (attuazione dei Piani di zona, individuazione di aree di innovazione, definizione di progetti mirati, ecc.).

- predisposizione di sussidi formativi ad hoc da utilizzare in aula, per le esercitazioni pratiche, per lo studio personale e nella formazione a distanza.

Tra le attività specifiche previste per la qualificazione dei processi di apprendimento e di partecipazione, rientrano:

- la formazione e attivazione di un gruppo di *“tutor territoriali”*, cioè esperti di profilo intermedio che supportino la Cabina di regia regionale e l'ufficio piano nella erogazione dei servizi informativi e di consulenza per i gruppi di piano e gli ambiti territoriali.

- attivazione della stanza web regionale dedicata al Progetto di assistenza tecnica alla Regione, per la diffusione di informazioni sulle iniziative promosse, per la diffusione di materiali informativi e di approfondimento sia di provenienza regionale che di natura più didattica, per l'attivazione di forum tematici tra i membri della comunità professionale di settore in Sicilia.

- attivazione e animazione dei *Focus group* tra esperti ed operatori sociali operanti nei diversi contesti locali siciliani, da organizzare su tematiche specifiche e di dimensione regionale. I *Focus group* dovranno essere finalizzati ad approfondire l'analisi del contesto regionale e a definire proposte di lavoro per la produzione regolamentare e normativa della Regione Siciliana. I *focus group* potranno avvalersi anche della stanza web dedicata al progetto per lo scambio di riflessioni e l'animazione dei confronti.

- l'organizzazione dei laboratori distrettuali di co-progettazione che dovranno essere funzionanti per tutto il primo periodo di lavoro. Per la conduzione dei laboratori si prevede l'utilizzo delle figure dei *tutor territoriali*.

I livelli di integrazione tra l'azione 3 (formazione) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S.

La realizzazione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, prevede un coordinamento operativo tra le diverse Azioni individuate dal programma. In questa ottica l'azione 3 rappresenta lo strumento di correlazione per tutte le attività del sistema che comprendono processi di formazione, didat-

tica e apprendimento, sia in generale che in merito ad interventi specifici e settoriali.

Lo svolgimento dell'azione prevede, pertanto, attività di team work con i rappresentanti degli altri organismi attuatori per definire, in collaborazione con la cabina di regia e l'ufficio piano, le strategie operative funzionali agli obiettivi del progetto integrato.

Per tutto quanto attiene ai contenuti dell'azione 3 che riguardano l'utilizzo di strumenti di I.C.T., occorre fare riferimento al precedente capitolo 4.2, ovvero "i livelli di integrazione tra l'azione 1 (*main project*) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S."

4.5. Azione 4: I Sistemi delle priorità settoriali

Operare delle scelte significa prendere delle decisioni circa le priorità nelle quali investire una quota maggiore di risorse e di energie, in corrispondenza di bisogni primari che, spesso, costituiscono la base irrinunciabile sulla quale costruire e sorreggere l'intera "architettura" dei programmi e dei progetti operativi, garantendo agli interventi continuità, permanenza, stabilità ed efficacia.

La Regione individua le priorità "essenziali e primarie" sulle quali dovrà essere realizzato il "Sistema regionale dei servizi socio-sanitari", trovando una giusta sintesi tra le priorità identificate all'interno del Piano sociale nazionale e quelle emerse attraverso le analisi delle esperienze censite e monitorate sul territorio.

Inoltre, il superamento delle logiche degli interventi settoriali nel nuovo approccio metodologico legato alla legge n. 328 del 2000, sostituito dal concetto di piano complessivo e articolato degli interventi e dei servizi socio-sanitari, richiede una maggiore capacità di comprendere le diverse politiche d'intervento per garantirne una rappresentazione più consapevole e condivisa, pur se all'interno dello stesso sistema organico delle politiche sociali territoriali.

L'obiettivo dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali consiste nel definire delle vere e proprie "èquipes di esperti" nei diversi settori prioritari, attraverso la costituzione di "Partnership di sviluppo" (per le quali si rimanda allo specifico capitolo), in grado di "mettere in rete i saperi, le esperienze, i livelli dei bisogni e la conoscenza delle risorse", per rafforzare e consolidare i processi di qualificazione del sistema

regionale a tutti i livelli di fruizione, rendendo uniformi i linguaggi e i percorsi di apprendimento e di verifica.

Rispetto ai dati rilevabili e ai contenuti dei piani di zona, si possono individuare alcune macro-aree di intervento:

- la normativa di riferimento;
- le risorse (umane, finanziarie, strumentali);
- il sistema dei servizi e delle attività;
- le prospettive per lo sviluppo.

Inoltre, vanno rilevati e introdotti alcuni elementi trasversali di analisi e valutazione:

- le politiche familiari;
- il rapporto con le nuove risorse tecnologiche e informatiche;
- il rapporto con i fenomeni legati alle vecchie e nuove povertà;
- le pari opportunità;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- l'integrazione con il quadro delle politiche e degli interventi già operativo a livello regionale e territoriale.

Questi sono i settori che risultano prioritari rispetto al quadro definito delle politiche sociali regionali, accompagnati da una evidenziazione delle azioni da comprendere nella logica del sistema regionale:

4.5.1. Infanzia e adolescenza

- raccolta, classificazione ed elaborazione dati e metodologie collegate;
- monitoraggio, verifica e valutazione delle politiche;
- qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- documentazione;
- rapporto minori e politiche familiari;
- rapporto minori e vecchie e nuove povertà;
- rapporto lavoro minorile;
- l'abuso e la violenza sui minori;
- rapporto minori e sanità;
- livello di integrazione socio-sanitaria;
- l'adozione internazionale e l'affido;
- i micro-asili e gli asili nido;
- l'abbandono scolastico e la criminalità minorile;
- scuola, formazione professionale e recupero crediti formativi;
- i servizi culturali, ambientali, ricreativi e sportivi per i giovani.

4.5.2. Anziani

- raccolta, classificazione ed elaborazione dati e metodologie collegate;
- monitoraggio, verifica e valutazione delle politiche;
- qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- documentazione;
- rapporto anziani e politiche familiari;
- rapporto anziani e vecchie e nuove povertà;
- rapporto anziani e sanità;
- livello di integrazione socio-sanitaria;
- il reinserimento socio-lavorativo;
- i servizi culturali, ambientali e ricreativi.

4.5.3. Persone con disabilità

- raccolta, classificazione ed elaborazione dati e metodologie collegate;
- monitoraggio, verifica e valutazione delle politiche;
- qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- documentazione;
- rapporto handicap e politiche familiari;
- rapporto handicap e vecchie e nuove povertà;
- rapporto handicap e politiche del lavoro;
- rapporto handicap e sanità;
- livello di integrazione socio-sanitaria;
- rapporto handicap, scuola e università;
- le barriere architettoniche e i diritti di cittadinanza.

4.5.4. Dipendenze

- raccolta, classificazione ed elaborazione dati e metodologie collegate;
- monitoraggio, verifica e valutazione delle politiche;
- qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- documentazione;
- rapporto dipendenze e politiche familiari;
- rapporto dipendenze e vecchie e nuove povertà;
- rapporto dipendenze e politiche del lavoro;
- rapporto dipendenze e sanità
- livello di integrazione socio-sanitaria.

4.5.5. Immigrazione

- raccolta, classificazione ed elaborazione dati e metodologie collegate;
- monitoraggio, verifica e valutazione delle politiche;
- qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- documentazione;
- rapporto immigrazione e politiche familiari;
- rapporto immigrazione e vecchie e nuove povertà;
- rapporto immigrazione e politiche del lavoro;
- rapporto immigrazione e sanità;
- livello di integrazione socio-sanitaria;
- rapporto immigrazione e integrazione scolastica;
- la mediazione culturale e la integrazione inter-etnica.

Appare evidente che per ogni area prioritaria di intervento occorra evidenziare alcune funzioni propedeutiche a garantire il passaggio verso la realizzazione di un sistema organico di saperi e di conoscenze:

- funzione di ricerca (dati, esperienze, prassi);
- funzione di osservatorio (analisi e lettura dei dati);
- funzione di laboratorio (analisi di dettaglio dei casi);
- funzione di incubatore (progettazione per lo sviluppo).

I livelli di integrazione tra l'azione 4 (I sistemi delle priorità settoriali) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S.

La realizzazione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, prevede un coordinamento operativo tra le diverse azioni individuate dal programma. In questa ottica l'azione 4, che comprende le aree specifiche rivolte ai minori, agli anziani, alle persone con disabilità, alle dipendenze e agli immigrati, rappresenta lo strumento di coordinamento e valorizzazione dei contenuti per tutte le attività del sistema che comprendono strumenti e attività di analisi dei temi e dei contesti che costituiscono oggetto delle politiche socio-sanitarie.

Lo svolgimento dell'azione prevede, pertanto, attività di team work con i rappresentanti degli altri organismi attuatori per definire, in collaborazione con la cabina di regia e l'ufficio piano, le strategie operative funzionali agli obiettivi del progetto integrato.

Per tutto quanto attiene ai contenuti dell'azione 4 che riguardano l'utilizzo di strumenti di I.C.T., occorre fare riferimento al precedente capitolo 4.2, ovvero

“i livelli di integrazione tra l’azione 1 (*main project*) e le altre azioni del programma S.I.R.I.S.”

5. SOGGETTI PREPOSTI ALL’ATTUAZIONE DELL’INIZIATIVA

5.1. *Partnership di sviluppo*

I soggetti attuatori del programma, nelle diverse azioni previste, sono partnership strategiche, definite partnership di sviluppo, appositamente costituite da una pluralità di organismi, con competenze ed esperienze diversificate, per elaborare e realizzare le attività integrate nell’ambito delle azioni contemplate dal programma stesso.

Le partnership di sviluppo (P.S.) sono strutturate formalmente ed i soggetti che le compongono agiscono in una ottica di cooperazione attiva sin dalle fasi iniziali della progettazione, prestando una particolare attenzione alla definizione congiunta di obiettivi comuni, ruoli e responsabilità.

Le scelte relative alla composizione della partnership saranno oggetto di esame durante la valutazione delle candidature presentate; in tale sede si valorizzerà non tanto la numerosità dei partner, quanto la coerenza del raggruppamento rispetto all’idea progettuale.

Possono partecipare alla costituzione di una P.S. ed alle successive attività, tutti gli enti, le imprese e gli organismi, profit e senza scopo di lucro, che operano nei settori tematici oggetto del Programma, come di seguito riportato a titolo esemplificativo:

- associazioni ed enti di volontariato;
- cooperative sociali;
- imprese e loro consorzi;
- parti datoriali e sindacali;
- scuole, università, enti di ricerca, organismi di formazione;
- servizi sociali, sanitari ed assistenziali.

In ogni caso, data la specificità degli interventi previsti, ogni singolo bando di riferimento, appalto concorso o convenzione definiscono i criteri dell’accesso e le caratteristiche dei soggetti autorizzati a partecipare.

5.2. *Tipologie di partnership di sviluppo*

Tutte le P.S. devono essere di livello regionale, sia per quanto riguarda la capacità di intervento e di organizzazione dei soggetti attuatori, che per quanto attiene la comprensione e l’individuazione dei destinatari delle azioni.

Le P.S. possono essere di sistema, e questo riguarda le attività previste dalle azioni 1, 2 e 3 (Centro servizi, comunicazione e formazione), riunendo i soggetti interessati in raggruppamenti volti a definire aspetti che comprendono l'architettura, l'organizzazione e la gestione del programma.

Le P.S. possono essere create anche su base settoriale. La P.S. settoriale si caratterizza come tale perché interviene in un determinato settore strategico-operativo, come previsto dalla azione 4 (minori, anziani, persone con disabilità, dipendenze e immigrazione). In queste azioni l'obiettivo prevalente riguarda la definizione dei contenuti, mentre per l'utilizzo della strumentazione architettonica, le stesse si avvalgono delle indicazioni delle P.S. di sistema.

5.3. Partecipazione attiva

Il principio della partecipazione attiva è uno degli elementi centrali della strategia di attuazione del programma. Concretamente, nell'ambito di ciascuna P.S., tale principio implica che tutte le persone che intervengono nella realizzazione delle attività, inclusi i destinatari delle azioni finanziate, partecipino al processo decisionale. Questo aspetto è oggetto di esame in sede di valutazione e viene determinato dalla capacità del progetto di indicare gli strumenti e le attività che garantiscano l'attuazione dei processi di concertazione e di integrazione con gli attori sociali da coinvolgere.

6. GESTIONE DELL'INIZIATIVA

La realizzazione del S.I.R.I.S., ovvero del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario, richiede un'attenta organizzazione delle attività di coordinamento per garantire una reale condivisione degli obiettivi e delle strategie, ma anche per assicurare le opportune modifiche al percorso, laddove il monitoraggio degli stati di avanzamento dimostrasse l'emergenza di criticità metodologiche o applicative.

Pertanto, l'unità di coordinamento del sistema dovrà essere alimentata, a livello istituzionale, dalla Cabina di regia regionale e dall'ufficio piano, soprattutto per le verifiche di coerenza e di processo, e a livello tecnico dai responsabili dei team work degli enti attuatori delle diverse azioni previste.

7. PROCEDURE DI SELEZIONE

Per tutto quanto attiene alla definizione degli organismi coinvolti e delle competenze, dei requisiti di ammissibilità, dei criteri e dei punteggi di valutazio-

ne, dei requisiti formali di ammissibilità, dei requisiti di accesso alla valutazione, si rimanda ai singoli bandi per le azioni 1, 2 e 4 e ai relativi capitoli.

8. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI FINANZIAMENTO

A pena di inammissibilità, ciascun intervento proposto può far riferimento ad una sola azione.

Le modalità per la presentazione sono contenute e dettagliate all'interno dei bandi di riferimento delle diverse azioni, di cui al punto 7.

9. ULTERIORI INFORMAZIONI E DOCUMENTI

Ogni altra informazione relativa all'attuazione del Programma S.I.R.I.S. è consultabile sul sito www.regione.sicilia.it/entilocali.

Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali - ufficio piano, via Trinacria, 34 - 90145 Palermo - Tel. 091/6964431/437, Fax 091/6964118.

Piano di riparto disponibilità finanziarie (in euro)

- Azione 1	1.912.606,00
- Azione 2	290.000,00
- Azione 3	870.000,00
- Azione 4	
- Azione 4.1	900.000,00
- Azione 4.2	900.000,00
- Azione 4.3	900.000,00
- Azione 4.4	900.000,00
- Azione 4.5	900.000,00
- Totale	7.572.606,00

LEGGE REGIONALE 9 maggio 1986, n. 22*
Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia.

Titolo I
Principi generali

Art. 1

Obiettivi e principi

In attuazione delle norme e dei principi sanciti dalla Costituzione e dallo Statuto, la Regione promuove, nel quadro della sicurezza sociale, la riorganizzazione delle attività assistenziali attraverso un sistema di servizi socio-assistenziali finalizzato a garantire ai cittadini che ne hanno titolo interventi adeguati alle esigenze della persona.

Salva restando la libertà dell'iniziativa privata, la Regione partecipa al sostegno finanziario dei relativi oneri quando la stessa concorre al conseguimento dei fini previsti dalla presente legge.

Art. 2

Criteri generali

La Regione, per la realizzazione del sistema dei servizi socio-assistenziali di cui all'articolo precedente, si ispira ai seguenti principi:

- a) prevenire e rimuovere le cause dei bisogni individuali e collettivi nonché quelle di emarginazione sociale;
- b) assicurare il mantenimento o il reinserimento dei soggetti nel proprio nucleo familiare e nell'ambiente di appartenenza;
- c) garantire ai cittadini che usufruiscono dei servizi la libera scelta tra le possibili prestazioni previste dalla legge;
- d) favorire la fruizione delle prestazioni attraverso una rete di servizi accessibili ai soggetti destinatari con interventi adeguati, superando la frammentarietà e la precarietà;
- e) assicurare la effettiva partecipazione dei cittadini alla politica dei servizi socio-assistenziali.

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 10 maggio 1986, n. 23.*

Art. 3

Modalità di intervento e forme di assistenza

Gli interventi socio-assistenziali vengono attuati attraverso una rete di servizi prevalentemente aperti, di servizi domiciliari nonché di prestazioni a carattere economico.

Le modalità di intervento sono le seguenti:

- a) segretariato sociale;
- b) servizio sociale professionale;
- c) assistenza economica;
- d) assistenza domiciliare;
- e) centri diurni di assistenza e di incontro per minori, inabili ed anziani;
- f) comunità alloggio, case albergo, case protette per minori, anziani, inabili ed altri soggetti privi di assistenza familiare;
- g) centri di accoglienza per ospitalità diurna o residenziale temporanea;
- h) soggiorni di vacanze;
- i) assistenza abitativa;
- l) affidamento familiare e sostegno economico agli affidatari;
- m) interventi in favore dei minori nei rapporti con l'autorità giudiziaria;
- n) interventi di ricovero volti a garantire l'assistenza di tipo continuativo a persone fisicamente non autosufficienti o aventi necessità di interventi diversi da quelli previsti nelle lettere precedenti;
- o) assegni personali in caso di preaffidamento od in conseguenza di dimissioni di minori, di anziani e di inabili già ricoverati;
- p) assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei detenuti e delle vittime del delitto;
- q) assistenza post-penitenziaria;
- r) iniziative volte alla prevenzione del disadattamento e della criminalità minore mediante la realizzazione di servizi ed interventi finalizzati al trattamento ed al sostegno di adolescenti e di giovani in difficoltà;
- s) altre forme di assistenza anche integrative degli interventi indicati alle lettere precedenti, idonee a sostenere il cittadino in ogni situazione temporanea o permanente di insufficienza di mezzi economici e di inadeguata assistenza familiare.

Art. 4

Destinatari dei servizi

I servizi e le prestazioni di cui alla presente legge sono rivolti a tutti i cittadi-

ni residenti nel territorio regionale.

Essi si estendono ai cittadini non residenti e agli stranieri, limitatamente alle prestazioni di carattere urgente.

Agli utenti titolari di reddito superiore ai limiti che sono fissati in sede di piano triennale è richiesto il concorso al costo degli interventi e dei servizi, con le procedure di cui all'art. 53.

Art. 5

Istituzione del servizio sociale

I comuni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono tenuti ad istituire nell'ambito della propria struttura organizzativa apposito ufficio per il servizio sociale.

Il suddetto ufficio, dotato di adeguati operatori, è preposto alla programmazione, all'organizzazione, alla gestione ed al controllo degli interventi e servizi di carattere socio-assistenziale di competenza comunale. Predispone altresì un piano triennale, da adottarsi da parte del consiglio comunale.

Il servizio sociale svolge inoltre attività di informazione, di indagini e documentazione, dei problemi sociali e dei servizi presenti nel territorio, anche per i collegamenti con le altre strutture o servizi comunali e con i presidi socio-sanitari esistenti nel territorio.

I comuni con popolazione non superiore ai 10.000 abitanti devono disporre, nei propri ruoli, di almeno un assistente sociale ogni 5.000 abitanti.

Titolo II

Interventi socio-assistenziali in favore delle famiglie, dell'infanzia e dell'età evolutiva

Art. 6

Tutela sociale della famiglia e della maternità

La Regione promuove interventi a favore della famiglia volti ad assicurare condizioni materiali e sociali che permettono la realizzazione del diritto alla maternità ed il libero ed armonico sviluppo del bambino.

Art. 7

Interventi e servizi

Per le finalità di cui all'articolo precedente, i comuni singoli od associati isti-

tuiscono in favore di gestanti, puerpere e nuclei familiari, in stato di bisogno e di abbandono, i seguenti servizi:

- a) aiuto domestico;
- b) assistenza economica;
- c) creazione di case di accoglienza per gestanti e ragazze madri;
- d) istituzione di comunità di tipo familiare per nuclei familiari in difficoltà;
- e) ogni altra forma di intervento volto a garantire la tutela del minore e del nucleo familiare.

Art. 8

Affidamento familiare

In attuazione della legge 4 maggio 1983, n. 184, i comuni, singoli od associati, dispongono l'affidamento, presso famiglie, persone singole o comunità di tipo familiare, dei minori che sono temporaneamente privi di idoneo ambiente familiare.

L'affidamento è disposto dal comune, su proposta del servizio sociale, istituito ai sensi dell'art. 5, con il consenso dei genitori esercenti la patria potestà o del tutore, sentito il minore che ha compiuto il 12° anno di età ovvero, in attuazione di un provvedimento dell'autorità giudiziaria minorile, con l'osservanza delle disposizioni di cui agli articoli 4 e 5 della legge 4 maggio 1983, n. 184. Di norma ad ogni famiglia o singolo affidatario non possono essere affidati più di due minori, salvo che non si tratti di minori provenienti dallo stesso nucleo familiare.

Art. 9

Compiti del comune per l'attuazione dell'affidamento familiare

Il comune provvede ai sensi dell'art. 4 della legge 4 maggio 1983, n. 184 all'affidamento dei minori, stabilisce gli adempimenti, sia per gli affidatari che per le famiglie di origine, esercita i compiti di vigilanza e tiene informata l'autorità minorile che ha reso esecutivo il provvedimento di affidamento.

Per la definizione delle procedure di cui al primo comma e per gli adempimenti di attuazione, l'Assessore regionale per gli enti locali, avvalendosi del comitato regionale istituito ai sensi dell'art. 13, approva, con proprio decreto, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, uno schema di regolamento-tipo del servizio di affidamento ad uso dei comuni singoli od associati. I comuni, sulla base del regolamento-tipo, adottano il proprio regolamento entro i successivi sei mesi.

Alle famiglie, alle persone ed alle comunità di tipo familiare, il comune assicura il necessario sostegno economico preordinato all'inserimento del minore nell'ambiente di vita dell'affidatario.

Le misure e le modalità del contributo di cui al precedente comma saranno predeterminate dall'Assessore regionale per gli enti locali in sede di approvazione dello schema-tipo di regolamento previsto dal secondo comma.

Art. 10

Assistenza ai minori nei rapporti con l'autorità giudiziaria

Il servizio sociale del comune è tenuto:

a) a segnalare all'autorità giudiziaria minorile i casi di abbandono, di maltrattamento di minori o di cattivo esercizio delle potestà parentali sotto l'aspetto materiale e morale, di disadattamento di minori, nonché ogni altra situazione che possa essere di pregiudizio per i diritti e gli interessi dei minori;

b) a vigilare sull'osservanza dell'obbligo, da parte degli enti di assistenza che ricoverano i minori con pernottamento, di trasmettere ogni semestre al giudice tutelare competente per territorio l'elenco dei minori ricoverati od assistiti corredato delle notizie richieste dall'art. 9, comma quarto, della legge 4 maggio 1983, n. 184;

c) a svolgere, ove richiesti dall'autorità giudiziaria, le indagini e gli accertamenti di ordine psicologico e sociale ai fini della autorizzazione al matrimonio di minori, dell'affidamento della prole nei casi di separazione dei coniugi e di scioglimento o di dichiarazione di nullità del matrimonio, dell'esercizio della patria potestà dei genitori, della pronuncia di decadenza dalla patria potestà o di reintegrazione di essa;

d) a collaborare con l'autorità giudiziaria competente per accertamenti ai fini della dichiarazione dello stato di adottabilità, dell'affidamento preadottivo e dell'adozione, ai sensi del titolo II della legge 4 maggio 1983, n. 184.

Nei confronti dei minori soggetti a provvedimenti adottati dalla autorità giudiziaria minorile nell'ambito delle competenze amministrative e civili, il comune assicura la necessaria assistenza, anche con prestazioni specifiche di carattere psicologico e di sostegno economico, alle famiglie di origine ed agli affidatari, ovvero mediante altra forma di intervento previsto dalla presente legge con preferenza per gli interventi di tipo preventivo.

Il recupero delle spese per il ricovero e l'affidamento familiare, nell'ambito

degli interventi di cui al comma precedente, è attuato esclusivamente nei confronti dei comuni non siciliani in base alle disposizioni previste dall'art. 72 e seguenti della legge 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 11

Interventi e servizi per il recupero di minori ed adulti sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria

I comuni singoli od associati, nell'ambito della legislazione vigente ed in collaborazione con gli organismi statali competenti, attuano interventi e realizzano servizi in favore di minori ed adulti, per il loro recupero e reinserimento nella vita sociale.

L'attività di cui al precedente comma si realizza mediante:

- a) assistenza economica;
- b) assistenza abitativa;
- c) servizi residenziali, sia per l'accoglimento in strutture di pronto intervento, per un trattamento a tempo determinato, sia per la permanenza in centri di ospitalità dotati di adeguate strutture;
- d) inserimenti lavorativi anche attraverso cooperative.

Titolo III

Programmazione, organizzazione e gestione dei servizi socio-assistenziali

Art. 12

Competenze della Regione

La Regione, in conformità ai principi di cui al titolo I, svolge nella materia di cui alla presente legge attività di programmazione, coordinamento, controllo, assistenza tecnica ed incentivazione finanziaria.

Per l'espletamento dei compiti di cui al precedente comma la Regione:

- a) predispone, in conformità all'art. 15, piani triennali dei servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire le finalità indicate nella presente legge;
- b) promuove attraverso incentivi finanziari, piani di organizzazione e di sviluppo dei servizi socio-assistenziali, che prevedano interventi in aree di maggiore rischio sociale;

-
- c) predetermina, tenuto conto dei servizi da erogare e delle indicazioni degli enti erogatori, la consistenza numerica degli operatori sociali in rapporto al territorio e ne garantisce la qualificazione;
 - d) promuove convenzioni con istituti universitari, enti ed organismi qualificati per iniziative di studio, di ricerca e di formazione, di aggiornamento e di riqualificazione degli operatori sociali;
 - e) istituisce l'albo regionale delle istituzioni assistenziali di cui all'art. 26;
 - f) esercita il controllo sugli adempimenti attribuiti dalla presente legge agli enti locali e dispone, se necessario, interventi di assistenza tecnica per garantirne la efficacia, nonché interventi sostitutivi a carico degli organi inadempienti.

Art. 13

Comitato regionale per i servizi socio-assistenziali

È istituito, presso l'Assessorato regionale degli enti locali, un comitato consultivo regionale per i servizi socio-assistenziali, presieduto dall'Assessore regionale per gli enti locali o, per delega, dal direttore regionale e composto da:

- due esperti in materia di servizi socio-assistenziali, nominati dall'Assessore regionale per gli enti locali;
- due esperti nella formazione degli operatori sociali, nominati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali;
- quattro rappresentanti delle associazioni dei comuni, operanti in Sicilia, scelti tra gli amministratori comunali in carica;
- un rappresentante della sezione siciliana dell'Unione province italiane;
- due esperti designati dall'Unione nazionale enti di beneficenza ed assistenza;
- quattro rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative.

Le funzioni di segretario sono svolte da un dirigente in servizio presso l'Assessorato regionale degli enti locali.

Il Comitato dura in carica cinque anni.

Ai componenti del Comitato ed al segretario spetta un gettone di presenza nella misura che sarà determinata dal Presidente della Regione Siciliana, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, ai sensi dell'art. 31 della legge regionale 29 aprile 1985, n. 22.

Il Comitato è validamente costituito con l'insediamento di almeno sette componenti.

Art. 14

Compiti del Comitato

Il Comitato formula lo schema di piano triennale regionale dei servizi socio-assistenziali, e le eventuali modifiche, tenendo conto delle previsioni e delle esigenze espresse nei piani dei comuni singoli od associati e dei liberi consorzi.

Il Comitato predispone:

- gli schemi di convenzione di cui all'art. 20;
- gli *standards* dei servizi socio-assistenziali;
- i piani di formazione ed aggiornamento del personale.

Il comitato, altresì, esprime parere:

- sui progetti di ristrutturazione e di riqualificazione dei servizi socio-assistenziali d'iniziativa dei comuni singoli od associati, nonché sui progetti presentati da altri enti che operano in regime di convenzione, al fine di ottenere finanziamenti e contributi;
- sulla misura del concorso finanziario degli utenti al costo dei servizi, in rapporto a fasce di reddito predeterminate;
- su ogni altro argomento sul quale l'Assessore regionale per gli enti locali ritenga di sentirlo.

Art. 15

Piano triennale dei servizi socio-assistenziali

Il piano triennale dei servizi socio-assistenziali è predisposto dall'Assessorato regionale degli enti locali sulla base dello schema approntato dal Comitato regionale per i servizi socio-assistenziali.

Il piano determina in particolare:

- a) gli obiettivi prioritari da perseguire;
- b) la tipologia dei servizi e degli interventi;
- c) la metodologia degli interventi;
- d) i criteri e le modalità per l'integrazione dei servizi di assistenza sociale con quelli sanitari;
- e) gli indirizzi sulla formazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi;
- f) i limiti di reddito per l'accesso gratuito ai servizi e la quota di partecipazione degli utenti al costo dei servizi stessi.

Il piano è aggiornato ogni tre anni.

L'Assessore regionale per gli enti locali tiene conto delle esperienze acquisite dai comuni in attuazione di programmi finalizzati.

Il piano è comunicato alla competente commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana che, nel termine di due mesi, può formulare osservazioni e proposte.

L'approvazione è demandata alla Giunta regionale.

Sino all'approvazione del piano triennale, i comuni, singoli od associati, per la organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi istituiti ai sensi della presente legge si avvalgono dello schema-tipo di regolamento previsto dall'art. 53.

Art. 16

Competenze dei comuni

I comuni, singoli od associati, sono titolari delle funzioni in materia socio-assistenziale previste:

- a) dalla presente legge;
- b) dagli articoli 3 e 4 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1 e successive modifiche;
- c) dalla legge regionale 24 luglio 1978, n. 21;
- d) dalla legge regionale 14 settembre 1979, n. 214;
- e) dalla legge regionale 14 settembre 1979, n. 215;
- f) dalla legge regionale 18 aprile 1981, n. 68;
- g) dalla legge regionale 6 maggio 1981, n. 87;
- h) dalla legge regionale 21 agosto 1984, n. 64;
- i) dal decreto del Presidente della Repubblica 13 maggio 1985, n. 245, salvo le previsioni del successivo art. 17, secondo comma;
- l) dal regio decreto 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838 e successive modifiche ed integrazioni, e dalla legge 23 dicembre 1975, n. 698.

Sono, altresì, titolari di ogni altra funzione in materia socio-assistenziale prevista dalla legislazione vigente in quanto non espressamente attribuita alla Regione o ad altri enti.

Per l'istituzione di nuovi servizi e la riorganizzazione delle attività assistenziali esistenti i comuni osservano i principi di cui all'art. 2.

I comuni predispongono piani triennali comprendenti:

- a) la tipologia dei servizi e delle prestazioni da erogare;

- b) il fabbisogno di personale;
 - c) la individuazione degli enti pubblici e privati con i quali intendono stipulare convenzioni;
 - d) la previsione dei costi di gestione dei servizi socio-assistenziali.
- I servizi di cui alle lettere a, b, c, d, ed e, di cui al secondo comma dell'art. 3 della presente legge, sono gestiti in strutture operative decentrate. I consigli comunali, in sede di formulazione dei piani triennali, prevedono il graduale decentramento delle strutture operative medesime a livello di quartiere.

Art. 17

Interventi coordinati ed integrati

Al fine di realizzare la previsione contenuta nell'art. 15 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli interventi socio-assistenziali sono coordinati con i servizi dell'unità sanitaria locale prioritariamente a livello di distretto.

Il piano triennale di cui all'art. 15 della presente legge individua i servizi che possono essere gestiti a livello di associazioni di comuni ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 12 agosto 1980, n. 87, o a livello intermedio e determina le modalità operative per il coordinamento.

Dalla data di entrata in vigore della presente legge, i comuni e le unità sanitarie locali si attengono alle seguenti direttive:

- a) le unità sanitarie locali assicurano i servizi di carattere sanitario integrativi dei servizi socio-assistenziali di competenza dei comuni;
- b) il comune, attraverso il servizio sociale, promuove gli interventi di propria competenza che hanno connessione con il settore sanitario, d'intesa con l'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale competente per territorio, e concorre all'attuazione dei programmi integrativi;
- c) l'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale indice riunioni operative con la partecipazione dei responsabili degli uffici di servizio sociale dei comuni interessati per l'attuazione del piano triennale e delle direttive che saranno emanate ai sensi dell'art. 54 della presente legge;
- d) l'ufficio di direzione delle unità sanitarie locali può richiedere al servizio sociale comunale, ai fini dell'integrazione, trattamenti socio-assistenziali da effettuare sul territorio.

Gli interventi coordinati ed integrati di cui al presente articolo sono preordinati al conseguimento dei seguenti obiettivi:

-
- risocializzazione dei dimessi dagli ospedali psichiatrici e dei malati di mente in generale;
 - prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
 - assistenza e reinserimento familiare e sociale dei soggetti portatori di *handicaps*;
 - assistenza, protezione e tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva;
 - assistenza agli anziani non autosufficienti, a domicilio o mediante ricovero in strutture protette.

Fino all’emanazione della legge quadro sull’assistenze, le fonti di finanziamento della gestione coordinata sono costituite dagli stanziamenti previsti dalle leggi regionali per ciascun settore. A tal fine i comuni conferiscono alle unità sanitarie locali, con le modalità che saranno previste nel piano triennale di cui all’art 15, le quote finanziarie proprie destinate al finanziamento dei servizi gestiti in forma associata, nonché i beni e le attrezzature destinati a tali servizi.

Art. 18

Comitato di coordinamento della gestione integrata dei servizi

I rapporti organici tra i comuni e le unità sanitarie locali sono deferiti ad un comitato di coordinamento costituito dai sindaci dei comuni facenti parte dell’associazione, ovvero dal consiglio comunale ove l’unità sanitaria locale coincide con il territorio del comune.

Il comitato di coordinamento o il consiglio comunale:

- a) esprime parere sull’attuazione del piano triennale in ordine alle previsioni riguardanti la gestione integrata dei servizi socio-assistenziali e sanitari;
- b) concorre, d’intesa con il comitato di gestione, annualmente, all’elaborazione del programma degli interventi nei settori di competenza della gestione integrata e coordinata;
- c) esprime pareri e formula proposte sulle risorse finanziarie destinate all’attività integrata;
- d) stabilisce annualmente le quote di partecipazione dei comuni agli oneri della gestione integrata.

Il comitato di coordinamento si riunisce su convocazione del sindaco del comune sede dell’unità sanitaria locale ordinariamente ogni sei mesi e, in via straordinaria, quando ne faccia richiesta un terzo dei comuni associati.

Il comitato di coordinamento ha sede presso l’unità sanitaria locale; le deci-

sioni assunte ed i pareri espressi sono verbalizzati e di essi viene fatta menzione negli atti deliberativi del comitato di gestione dell'unità sanitaria locale, nonché dei singoli comuni per quanto di competenza.

Un dipendente dell'unità sanitaria locale svolge funzioni di segretario del comitato.

Art. 19

Determinazione degli standards

All'approvazione degli *standards* strutturali ed organizzativi dei servizi socio-assistenziali istituiti con la presente legge, provvede il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, con proprio decreto entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Per la determinazione degli *standards* di cui al primo comma l'Assessore regionale per gli enti locali si avvale del gruppo di consulenza di cui all'art. 52.

Per i servizi aperti e residenziali istituiti in favore degli anziani si applicano gli *standards* determinati in applicazione della legge regionale 6 maggio 1981, n. 87 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 20

Convenzioni

I comuni singoli od associati, per la realizzazione dei servizi socio-assistenziali, possono stipulare convenzioni con enti iscritti nell'albo regionale previsto dall'art. 26.

Le convenzioni devono prevedere in particolare:

- a) le prestazioni da erogare agli utenti;
- b) i corrispettivi dei costi per i servizi resi;
- c) adeguati strumenti di controllo.

Art. 21

Personale

I comuni, singoli o associati, per la gestione dei servizi socio-assistenziali si avvalgono del proprio personale, nonché del personale:

- a) proveniente da enti pubblici soppressi, già operanti nel settore;
- b) ammesso al servizio civile;
- c) da assumere mediante pubblico concorso;
- d) da assumere a tempo determinato ai sensi della normativa vigente.

Art. 22

Associazioni di volontariato

Al conseguimento degli obiettivi previsti dalla presente legge possono concorrere le associazioni di volontariato liberamente costituite, aventi finalità che attengono alla materia socio-assistenziale.

Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono comprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci.

La partecipazione dei volontari dovrà ispirarsi ai seguenti criteri:

- impegno a prestare la loro attività in modo coordinato con quella svolta dal personale addetto alle attività assistenziali;
- rimborso delle sole spese effettivamente sostenute.

Le prestazioni dei volontari non devono comportare una utilizzazione a tempo pieno.

Si applicano le disposizioni di cui all'art. 3 della legge regionale 25 marzo 1986, n. 14.

Art. 23

Gestione

I servizi socio-assistenziali istituiti ai sensi della presente legge sono attuati dai comuni singoli od associati con le seguenti modalità:

- a) mediante gestione diretta;
- b) mediante convenzione con istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza ed associazioni non aventi fini di lucro;
- c) mediante delega ai consigli di quartiere prioritariamente per quanto riguarda i servizi di cui alle lettere a, b, c, d, ed e dell'art. 3, secondo comma, della presente legge.

Titolo IV

Vigilanza e controllo

Art. 24

Vigilanza

L'Assessore regionale per gli enti locali vigila perché i comuni adempiano agli obblighi previsti dalla presente legge e ad ogni disposizione legislativa vigente in materia.

Art. 25

Controllo sugli enti convenzionati

Il controllo sugli enti convenzionati ai sensi dell'art. 20 è esercitato dall'Assessore regionale per gli enti locali, che può avvalersi dei comuni per singoli accertamenti.

Art. 26

Albo regionale delle istituzioni assistenziali

È istituito presso l'Assessorato regionale degli enti locali l'albo regionale delle istituzioni assistenziali, diviso in sezioni secondo la natura dell'attività svolta. Possono essere iscritte all'albo le istituzioni che svolgono attività socio-assistenziali che dispongono di strutture, di attrezzature e di personale idonei al tipo di attività svolta, in conformità agli *standards* determinati con le modalità di cui all'art. 19.

L'Assessore regionale per gli enti locali, prima di provvedere alla iscrizione nell'albo, effettua opportuni accertamenti e verifiche avvalendosi anche dei comuni.

All'inizio di ogni anno, in esito agli accertamenti di cui al comma precedente ed alle segnalazioni dei comuni, viene effettuata la revisione dell'albo onde provvedere alla cancellazione delle istituzioni nei cui confronti sono venuti meno i requisiti prescritti nonché alla iscrizione di istituzioni che ne facciano istanza.

L'iscrizione all'albo è preordinata alla stipula, da parte delle istituzioni iscritte, delle convenzioni con i comuni singoli od associati previste dall'art. 20. Entro il trenta giugno di ogni anno l'elenco delle istituzioni iscritte all'albo è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Art. 27

Iscrizione all'albo dei privati

I privati che gestiscono strutture diurne o residenziali all'infuori di convenzioni e di rapporti con enti locali sono tenuti ad iscriversi in appositi albi comunali, ai fini della vigilanza igienico-sanitaria sugli ambienti adibiti alla attività svolta e sul personale dipendente.

La vigilanza è esercitata dal comune territorialmente competente che si avvale dell'unità sanitaria locale nel cui ambito ricade la struttura.

I sindaci, all'inizio di ogni anno, comunicano all'Assessore regionale per gli

enti locali i provvedimenti di iscrizione o di cancellazione intervenuti durante l'anno precedente.

La disposizione di cui al comma precedente decorre dal 1° gennaio 1988.

Art. 28

Autorizzazione al funzionamento di strutture socio-assistenziali e procedura per il rilascio

Ai fini dell'iscrizione all'albo di cui all'art. 26, le strutture socio-assistenziali residenziali o diurne per minori, adulti ed anziani, anche in stato di non autosufficienza parziale o totale, sono soggette alla autorizzazione al funzionamento.

L'autorizzazione al funzionamento è rilasciata dall'Assessore regionale per gli enti locali, entro sei mesi dalla istanza, in esito al parere igienico-sanitario dell'unità sanitaria locale competente, sentita l'amministrazione comunale, nonché l'autorità scolastica ove trattasi di strutture utilizzate per attività di istruzione.

I pareri di cui al comma precedente devono essere rilasciati entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta da parte dell'Assessore regionale per gli enti locali ed ove non comunicati entro il predetto termine devono ritenersi equivalenti ad assenso.

Di ogni provvedimento di autorizzazione e di diniego dell'Assessore regionale per gli enti locali è data comunicazione all'ente richiedente, al comune e, per strutture destinate a minori, all'autorità minorile competente per territorio. Avverso il diniego di autorizzazione ovvero in caso di mancata adozione del provvedimento entro il termine previsto al primo comma, è ammesso il ricorso, anche per questioni di merito, alla Giunta regionale che decide entro sei mesi.

Per il funzionamento dei servizi e delle strutture riservate agli anziani si applicano le disposizioni contenute nella legge regionale 6 maggio 1981.

Art. 29

Sospensione e revoca dell'autorizzazione

L'autorizzazione al funzionamento è revocata per il venire meno dei requisiti in base ai quali era stata concessa qualora l'ente titolare, previamente diffidato a ripristinare la sussistenza dei requisiti stessi, non abbia provveduto entro il termine assegnato.

In caso di accertati gravi difetti di funzionamento o violazione di legge che comportano rilevante pregiudizio per gli utenti, l'Assessore regionale per gli enti locali dispone la sospensione dell'autorizzazione.

La revoca viene disposta con provvedimento motivato dall'Assessore regionale per gli enti locali.

Avverso il provvedimento di revoca o di sospensione dell'autorizzazione è ammesso ricorso alla Giunta regionale. Qualora la Giunta non decida entro sessanta giorni, il ricorso s'intende rigettato.

Del provvedimento di revoca, di sospensione o di diniego della autorizzazione a funzionare, con la conseguente cancellazione dall'albo regionale, sono informati il comune competente per il territorio, l'autorità di pubblica sicurezza e l'autorità giudiziaria minorile.

Titolo V

Disposizioni sulle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB)

Art. 30

Privatizzazione delle IPAB

Le istituzioni in atto qualificate quali IPAB per atto positivo di riconoscimento o per possesso di stato, che, avuto riguardo alle disposizioni della legge fondamentale sulle Opere pie 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modifiche, agli atti di fondazione ed agli statuti delle istituzioni medesime, nonché ai criteri selettivi da determinare con le procedure di cui al successivo comma, per prevalenza di elementi essenziali sono classificabili quali enti privati, sono incluse dal Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, in apposito elenco ai fini del riconoscimento ai sensi dell'art. 12 del codice civile.

Per l'attuazione del precedente comma i criteri selettivi, entro i limiti prefissati al precedente comma, sono determinati dalla Giunta regionale su proposta del Presidente della Regione, di concerto con l'Assessore regionale per gli enti locali, sentita la competente commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, che si pronuncia entro tre mesi dalla ricezione delle proposte.

Qualora risulti che fra gli enti di cui al primo comma taluni hanno caratteristiche di enti ecclesiastici, il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, forma l'elenco di tali istituzioni e, d'intesa con l'autorità ecclesiastica, lo trasmette al Ministero dell'interno per le procedure di riconoscimento della personalità giuridica agli effetti civili.

Le operazioni previste dal presente articolo sono completate entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Entro i successivi sei mesi le IPAB con prevalenti finalità assistenziali ricevono il provvedimento declaratorio, avente carattere di atto definitivo.

I provvedimenti adottati a norma del presente articolo sono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmessi ai sindaci per la pubblicazione nell'albo pretorio per la durata di quindici giorni consecutivi.

Art. 31

Utilizzazione delle strutture in conformità ai fini istituzionali

Le IPAB che non hanno caratteristiche di enti privati ai sensi del precedente articolo 30, entro tre mesi dal ricevimento dell'atto declaratorio previsto dal penultimo comma dello stesso articolo, sono tenute a comunicare ai comuni territorialmente competenti lo stato delle strutture di cui dispongono con contestuali proposte, compatibilmente alle finalità previste da rispettivi statuti, per la utilizzazione delle stesse secondo la tipologia prevista dalla presente legge. Il comune valuta lo stato di disponibilità delle strutture e la proposta di utilizzazione formulata dall'IPAB, ai fini dell'attuazione immediata delle funzioni trasferite ai comuni a norma della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1, ed in particolare per la realizzazione di un modello programmato di sviluppo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, conforme al piano triennale previsto dall'art. 15.

Entro tre mesi dal giorno in cui ne ha conoscenza, il comune adotta le proprie determinazioni con deliberazione consiliare assunta a maggioranza assoluta dai consiglieri in carica.

In assenza di pronuncia entro il termine di cui al comma precedente, l'IPAB ne rende edotto l'Assessore regionale per gli enti locali, il quale provvede con i poteri sostitutivi previsti dall'art. 91 dell'ordinamento amministrativo degli enti locali nella Regione Siciliana.

Ove il comune ritenga accettabili le proposte presentate dall'IPAB, si avvale delle strutture mediante convenzione preordinata al regolamento dei relativi rapporti.

La convenzione è stipulata sulla base di un disciplinare-tipo predisposto dall'Assessore regionale per gli enti locali entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Ai fini dell'elaborazione del disciplinare-tipo, l'Assessore può avvalersi del gruppo di consulenza previsto dall'art. 52.

Qualora il comune, con l'atto deliberativo di cui al terzo comma, ritenga le strutture non adatte al proseguimento dell'attività assistenziale, ne informa l'Assessore regionale per gli enti locali che dispone entro 30 giorni propri accertamenti.

Gli accertamenti sono demandati ad una commissione composta dal sindaco del comune o da un suo delegato, da un rappresentante dell'Assessorato regionale degli enti locali e dal coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale competente per territorio. La commissione entro 30 giorni rassegna le risultanze degli accertamenti all'Assessore regionale per gli enti locali.

Nel caso di responso favorevole della commissione l'Assessore regionale per gli enti locali invita il comune ad utilizzare le strutture dell'IPAB. Il comune decide entro due mesi dalla notifica della relazione rassegnata dalla commissione di cui al nono comma con la maggioranza assoluta dei consiglieri in carica.

Art. 32

Riconversione delle strutture

Le IPAB che intendono avviare programmi di riconversione delle proprie strutture e, ove necessario, di mutamento dei propri fini istituzionali in aderenza al riordino dei servizi socio-assistenziali introdotto dalla presente legge, entro tre mesi dal ricevimento dell'atto declaratorio di cui all'art. 30, ne informano i comuni territorialmente competenti.

Tale iniziativa non comporta la cessazione dell'attività assistenziale.

Il comune, in attuazione del piano triennale di cui all'art. 15, si pronunzia, con la maggioranza assoluta dei consiglieri in carica, sulla proposta dell'IPAB.

In esito alla pronunzia favorevole del comune, i progetti di riconversione sono ammessi al fondo speciale di cui al successivo art. 47 purché sia osservato l'art. 3 della legge regionale 29 aprile 1985, n. 21.

In assenza di pronunzia nel termine di cui al terzo comma le IPAB ne informano l'Assessore regionale per gli enti locali, che promuove entro 30 giorni specifici accertamenti ed ove necessario interviene con i poteri sostitutivi di cui all'art. 91 dell'Ordinamento amministrativo degli enti locali nella Regione Siciliana.

Ove il comune, con deliberazione consiliare, giudichi antieconomico il piano di riconversione delle strutture ovvero non conforme al proprio modello di svi-

luppo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, ne informa l'Assessore regionale per gli enti locali che dispone propri accertamenti.

Gli accertamenti sono demandati alla commissione di cui al nono comma dell'art. 31, che rassegna le proprie risultanze, entro 60 giorni, all'Assessore regionale per gli enti locali.

Nel caso di responso favorevole della commissione il comune decide secondo le modalità ed i termini di cui all'art. 31, decimo comma.

Art. 33

Acquisizione da parte dei comuni dei beni patrimoniali non utilizzabili dalle IPAB

Qualora in esito alla procedura prevista dai precedenti articoli, l'utilizzazione o la riconversione delle strutture non sia conforme alla tipologia dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari introdotta dalla vigente normativa, o comunque non sia rispondente ai criteri di economicità, salvo quanto previsto dal successivo art. 35, il comune, entro due mesi dalla notifica del responso della commissione da parte dell'Assessore regionale per gli enti locali, si pronuncia con deliberazione consiliare, assunta dalla maggioranza assoluta dei consiglieri in carica, sulla utilizzazione delle strutture e dell'area di sedime per l'attuazione di programmi di pubblico interesse.

L'acquisizione in proprietà delle strutture, in tal caso, ha luogo al valore di stima dell'Ufficio tecnico erariale.

Art. 34

Fusione ed estinzione delle IPAB

L'Assessore regionale per gli enti locali avvia il procedimento amministrativo per la fusione delle istituzioni pubbliche, proprietarie delle strutture non utilizzabili o non riconvertibili, con altre IPAB che dispongono di strutture giudicate utilizzabili o riconvertibili in esito alle procedure di cui ai precedenti articoli o con IPAB che, mediante l'integrazione delle strutture, su proposta del comune territorialmente competente, possono attivare servizi socio-assistenziali e socio-sanitari conformi alle previsioni degli articoli 31 e 32 della presente legge.

In subordine l'istituzione è estinta e i beni patrimoniali sono devoluti al comune, che assorbe anche il personale dipendente, facendone salvi i diritti acquisiti in rapporto al maturato economico.

La fusione e l'estinzione non hanno luogo qualora la struttura non utilizzabile o riconvertibile appartenga ad istituzione che disponga di altre strutture agibili e riconvertibili.

Art. 35

Immobili sottoposti a vincolo monumentale od artistico ai sensi della legge 1 giugno 1939, n. 1089

L'Assessore regionale per i beni culturali ed ambientali e per la pubblica istruzione, su proposta della soprintendenza competente per territorio, ha facoltà di acquisire, al valore di stima dell'Ufficio tecnico erariale, gli edifici di proprietà delle IPAB non direttamente utilizzati per interventi e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari o che non siano compresi nei programmi comunali di potenziamento previsti dagli articoli precedenti.

Art. 36

Alienazione di strutture non utilizzabili

Nel caso in cui la struttura non utilizzabile o non riconvertibile non sia acquisita dal comune con le modalità previste dai precedenti articoli, l'Assessore regionale per gli enti locali, salva l'applicazione dell'art. 35 della presente legge, autorizza l'istituzione proprietaria della struttura ad alienarla mediante vendita all'asta pubblica.

Art. 37

Immobili ad uso di culto

Gli immobili destinati a fini di culto appartenenti ad IPAB assoggettate alla procedura di estinzione prevista dall'art. 34 o facenti parte di complessi immobiliari che, ai sensi dei precedenti articoli, vengono acquisiti dai comuni a domanda dell'ordinario diocesano sono assegnati in uso all'autorità ecclesiastica competente. Il provvedimento è adottato dal Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, con vincolo di destinazione alla sopradetta finalità.

Cessata la destinazione a fini di culto, l'immobile è restituito al comune territorialmente competente.

Art. 38

Personale delle IPAB sottoposte a fusione

Il personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza sottoposte

a fusione con altre IPAB ai sensi dell'art. 34 transita negli organici della nuova IPAB e viene utilizzato per le sue finalità.

Art. 39

Reimpiego dei mezzi finanziari

I corrispettivi dei beni alienati dalle IPAB ai sensi dei precedenti articoli sono destinati dalle IPAB stesse all'attuazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari nell'ambito dei programmi comunali di utilizzazione o di riconversione delle strutture previste dagli articoli medesimi.

Art. 40

Disposizioni comuni per le IPAB

I limiti di valore previsti dall'art. 4 della legge 26 aprile 1954, n. 251 sono commisurati all'importo di cui all'art. 52 della legge regionale 29 aprile 1985, n. 21.

Art. 41

Personale delle IPAB

Entro il limite del contingente in servizio alla data del 1° luglio 1978, le IPAB provvedono all'inquadramento dei dipendenti non di ruolo che hanno prestato servizio per almeno cinque anni e siano in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge.

L'inquadramento dei dipendenti di cui al precedente comma ha luogo prescindendo dai limiti di età prescritti per l'accesso ai pubblici impieghi.

I posti residui sono attribuiti mediante concorso riservato ai dipendenti che abbiano prestato attività lavorativa o siano in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità di cui al successivo comma.

Per l'accesso al concorso riservato si osservano le disposizioni di cui all'art. 9, lett. b, punto 2, del decreto del Presidente della Repubblica del 25 giugno 1983, n. 347.

Le disposizioni di cui al terzo e quarto comma, nel caso di ulteriore disponibilità di posti, sono estese a coloro che abbiano svolto attività lavorativa per un periodo inferiore a quello prescritto dal richiamato art. 9, lett. b, punto 2, del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 347. Per l'accesso si tiene conto dell'anzianità posseduta e, in caso di uguale anzianità, dell'età. Agli effetti di quanto prescritto ai precedenti commi le IPAB che non abbiano

deliberato la pianta organica sono tenute a provvedervi entro sessanta giorni nei limiti delle unità in servizio alla data del 1° luglio 1978.

Art. 42

Mobilità del personale delle IPAB

Le IPAB che, in rapporto all'attività svolta, abbiano personale in esubero, ne fanno segnalazione all'Assessore regionale per gli enti locali, indicando i posti e le qualifiche da sopprimere.

L'Assessore, con proprio decreto, dispone il trasferimento del personale presso altre IPAB che abbiano espresso assenso al trasferimento.

Il decreto assessoriale è adottato a seguito di accertamenti ispettivi, da cui consti la sussistenza del pubblico interesse.

Con lo stesso decreto l'Assessore dispone la soppressione dei posti ricoperti dal personale trasferito ed il corrispondente aumento dei posti di organico nelle IPAB cui il personale è assegnato.

Le disposizioni di cui al primo comma trovano attuazione anche ai fini dell'applicazione dell'art. 41 per l'inquadramento dei dipendenti che, pur essendo in possesso dei requisiti ivi prescritti, non possono essere inquadrati nelle IPAB in cui hanno prestato servizio, per carenza di posti.

Ai fini dell'applicazione dei precedenti commi si utilizzano prioritariamente i posti disponibili presso IPAB ubicate nella medesima provincia.

Art. 43

Ampliamento delle piante organiche delle IPAB

Con deliberazione motivata le IPAB possono ampliare le dotazioni delle piante organiche per garantire gli *standards* socio-assistenziali determinati dalla vigente normativa.

Contestualmente allo ampliamento della pianta organica le IPAB procedono alla ristrutturazione dei posti in organico, onde destinare ai servizi assistenziali i posti in esubero in altre qualifiche.

Ai fini della copertura dei posti è prioritariamente utilizzato il personale delle altre IPAB esistenti sul territorio, di cui all'art. 42, purché per qualifiche corrispondenti.

I posti non coperti mediante la procedura di cui al precedente comma sono ricoperti mediante pubblico concorso.

Titolo VI Fondi di intervento

Art. 44

Fondo regionale per gli interventi ed i servizi socio-assistenziali

La Regione, per il conseguimento delle finalità della presente legge, istituisce nel bilancio regionale un fondo denominato "Fondo per la gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali" da iscrivere nello stato di previsione della spesa dell'Assessorato regionale degli enti locali, destinato al finanziamento dei servizi socio-assistenziali svolti sia a livello associato che di singolo comune.

Il fondo è costituito:

- a) dalle assegnazioni e dai finanziamenti dello Stato;
- b) da uno stanziamento il cui ammontare sarà determinato con successiva legge regionale;

Al fondo possono affluire gli stanziamenti settoriali pertinenti ai servizi socio-assistenziali riguardanti la sfera materno-infantile, quella della tossicodipendenza, della tutela della salute mentale, dell'assistenza agli anziani ed ai soggetti portatori di handicap.

Art. 45

Criteri per la ripartizione del fondo per gli interventi ed i servizi socio-assistenziali

Il fondo di cui all'art. 44 è destinato:

- a) quanto al 70 per cento, sulla base della popolazione residente in ciascun comune secondo i dati dell'Istat dell'ultimo anno disponibile, per le spese connesse al funzionamento dei servizi socio-assistenziali;
- b) quanto al 30 per cento, per l'attuazione di investimenti sulla base di documentate richieste da presentare all'Assessore regionale per gli enti locali entro il 31 marzo di ciascun anno, con priorità per i comuni che hanno particolari carenze di strutture e di presidi socio-assistenziali.

Le somme assegnate ai sensi della lett. a sono versate ai comuni con somministrazione trimestrale anticipata. I comuni sono tenuti ad aprire presso i rispettivi tesorieri apposito conto sul quale verranno versati i predetti fondi.

Le somme assegnate ai sensi della lett. b sono accreditate ai comuni, singoli od associati, secondo le modalità di cui ai commi dall'uno al quattro dell'art. 35 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1.

Art. 46

Modalità per il finanziamento delle spese per investimenti di cui all'art. 45, primo comma, lett. b

I finanziamenti per le spese di investimento previsti dal primo comma, lett. b, dell'art. 45 sono finalizzati alla realizzazione di nuove strutture e dotazioni di relative attrezzature ed arredi, nonché alla riconversione, trasformazione, riadattamento e ampliamento di strutture preesistenti. È consentito l'acquisto e la ristrutturazione di edifici esistenti.

Le istanze vanno presentate entro il 31 marzo di ciascun anno all'Assessorato regionale degli enti locali, corredate dell'atto deliberativo contenente la richiesta di finanziamento unitamente ad una relazione socio-economica in cui siano descritti:

- a) tipologia del servizio da realizzare;
- b) conformità agli *standards* previsti per la tipologia;
- c) numero e qualifica degli operatori che saranno addetti alle strutture o presidi socio-assistenziali in conformità ai requisiti organizzativi e professionali richiesti dal tipo di servizio;
- d) numero degli utenti da assistere;
- e) misura del finanziamento regionale richiesto;
- f) eventuali mezzi finanziari di cui si dispone o dei quali si intende avere la disponibilità tramite accensione di mutuo con la Cassa depositi e prestiti, per la copertura della parte delle spese non ammesse ai finanziamenti.

I criteri di ripartizione territoriale sono fissati con decreto dell'Assessore regionale per gli enti locali tenendo presente l'esistenza nel territorio del comune richiedente di strutture e presidi socio-assistenziali.

Art. 47

Fondo speciale per programmi straordinari

Per l'attuazione di programmi straordinari di interesse dei comuni singoli od associati e delle IPAB, conformi alle previsioni del piano triennale di cui all'art. 15 della presente legge, è istituito un fondo straordinario, il cui ammontare sarà determinato con successiva legge della Regione.

Nell'ambito del piano triennale il fondo di cui al precedente comma può essere utilizzato per la riconversione e la valorizzazione delle strutture degli enti soppressi, di cui alla tabella B annessa al decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

Titolo VII

Disposizioni transitorie e finali

Art. 48

Attività dipartimentale e livello regionale

In attesa della riforma dell'Amministrazione regionale e della istituzione delle aree dipartimentali, gli Assessori regionali per gli enti locali e per la sanità coordinano i servizi sociali e sanitari.

A tale effetto, i predetti Assessori, con l'intervento dei direttori regionali dei rispettivi rami di amministrazione, si riuniscono periodicamente per l'esame dei problemi inerenti alla integrazione degli interventi socio-assistenziali con quelli sanitari e per la predisposizione delle direttive da emanare agli enti locali ed alle unità sanitarie locali.

Di ogni riunione è redatto apposito verbale, copia del quale è rimessa al Presidente della Regione entro i cinque giorni successivi.

Art. 49

(abrogato)

Art. 50

Istituzioni socio-scolastiche permanenti (ex colonie)

Le istituzioni socio-scolastiche di cui alla legge regionale 5 agosto 1982, n. 93 possono essere incluse nel piano triennale di cui all'art. 15, ai fini della utilizzazione e gestione da parte dei comuni singoli o dell'associazione dei comuni di cui all'art. 3 della legge regionale 12 agosto 1980, n. 87.

Art. 51

Primo piano triennale dei servizi socio-assistenziali

Il primo piano regionale triennale dei servizi socio-assistenziali di cui all'art. 15 è elaborato dall'Assessore regionale per gli enti locali entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 52

Gruppo di consulenza

Fino all'istituzione del Comitato regionale per i servizi socio-assistenziali di cui

all'art 13, l'Assessore regionale per gli enti locali si avvale, per la elaborazione degli strumenti attuativi della presente legge, del gruppo di consulenza istituito a norma dell'art. 14 della legge regionale 6 maggio 1981, n. 87.

Il gruppo di consulenza è integrato con due funzionari dell'Amministrazione regionale, di cui uno con mansioni anche di segretario.

Ai componenti del gruppo di consulenza è attribuito un compenso forfettario annuo, nella misura che sarà determinata dal Presidente della Regione su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali.

Art. 53

Schema tipo di regolamento

Entro sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge, l'Assessore regionale per gli enti locali, avvalendosi del gruppo di consulenza di cui all'art. 52, predispone uno schema tipo di regolamento sull'organizzazione dei servizi socio-assistenziali, ad orientamento dell'attività dei comuni singoli od associati.

I comuni singoli od associati, sulla base del regolamento-tipo predisposto dall'Assessore regionale per gli enti locali, entro i successivi sei mesi adottano un proprio regolamento.

Il regolamento-tipo contiene direttive e limiti di prima applicazione, anche per quanto riguarda i costi unitari dei servizi e l'accesso da parte degli utenti che superano i limiti di reddito per la gratuità dei servizi stessi.

Nella prima applicazione della presente legge, i limiti di reddito per la gratuità dei servizi e per l'accesso agli stessi con quota a carico dell'utente, sono determinati dall'Assessore regionale per gli enti locali, con proprio decreto.

Art. 54

Direttive

Il Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per gli enti locali, al fine di realizzare un migliore collegamento funzionale delle attività, è autorizzato ad impartire direttive ai comuni, contenenti indirizzi generali per l'attuazione della presente legge ed in particolare per l'esecuzione del piano triennale dei servizi socio-assistenziali.

Art. 55

Convenzioni per studi, ricerche, acquisizione ed elaborazione dati

L'Assessore regionale per gli enti locali è autorizzato a stipulare convenzioni

con istituti universitari, scuole di servizio sociale o istituzioni specializzate nel settore dei servizi sociali, per studi, ricerche ed acquisizione ed elaborazione di dati utili alla predisposizione dei piani triennali dei servizi socio-assistenziali nonché dei progetti speciali.

Per le convenzioni di cui al comma precedente si prescinde dalla acquisizione dei pareri previsti dalla legislazione vigente, allorché l'importo relativo non superi i 100 milioni di lire.

Per il finanziamento dei progetti speciali di cui all'art. 56 e per la copertura degli oneri relativi alle convenzioni di cui al presente articolo, si provvede con il fondo di cui all'art. 47.

Art. 56

Progetti speciali

La Regione può predisporre progetti mirati d'intervento in settori specifici o in aree di elevato rischio, anche con l'apporto degli enti locali e di organismi presenti nel territorio regionale.

Art. 57

Abolizione dell'elenco dei poveri

A decorrere dal 1° gennaio 1987 l'elenco dei poveri che i comuni sono tenuti a redigere in forza delle vigenti leggi è abolito.

Nel contesto dello schema del regolamento-tipo di cui all'art. 53 sono determinate le fasce di reddito per l'accesso gratuito alle prestazioni ed agli interventi istituiti ai sensi della presente legge, nonché i limiti al di sopra dei quali l'accesso ai servizi è subordinato alla partecipazione economica degli utenti.

Art. 58

Relazione all'Assemblea regionale

Al termine del primo triennio di applicazione della presente legge, l'Assessore regionale per gli enti locali presenta all'Assemblea regionale una relazione sullo stato di attuazione della legge medesima, per le necessarie revisioni.

Art. 59

Compiti della Regione

L'Assessore regionale per gli enti locali decide le controversie tra i comuni sin-

goli od associati o tra comuni ed altri enti pubblici soggetti alle potestà regionali, per il rimborso delle spese di soccorso e di assistenza, rese obbligatorie da particolari disposizioni di legge o statuarie, comprese quelle relative al mantenimento degli inabili al lavoro di cui all'art. 154 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773.

Art. 60

Obblighi e facoltà dei comuni aventi riflessi con la finanza locale

I comuni sono tenuti ad istituire i servizi previsti dalla presente legge. A tale effetto, in sede di formazione del bilancio annuale e pluriennale, le relative spese sono iscritte nei propri bilanci entro il limite delle disponibilità dei fondi per i servizi, data la natura integrativa delle assegnazioni della Regione per finalità socio-assistenziali.

Ai fini degli investimenti, i comuni possono avvalersi anche delle disposizioni che regolano la contrazione dei mutui, ivi compresi quelli somministrati dalla cassa depositi e prestiti.

Gli avanzi di amministrazione quali risultano dai conti consuntivi possono essere destinati alla realizzazione di strutture socio-assistenziali entro il limite del 50 per cento delle somme disponibili.

Art. 61

Utilizzazione delle strutture degli enti soppressi

Le strutture degli enti soppressi adibite a servizi socio-assistenziali all'atto del trasferimento delle competenze all'Amministrazione della Regione attuato con il decreto del Presidente della Repubblica 13 maggio 1985, n. 245 possono essere attribuite in proprietà od in uso agli enti locali, nei cui territori sono ubicati, con decreto del Presidente della Regione previa delibera della Giunta regionale.

Art. 62

Personale dei disciolti comitati provinciali dell'Opera nazionale maternità ed infanzia

Il personale dei comitati provinciali dell'Opera nazionale maternità ed infanzia, disciolti ai sensi della legge 23 dicembre 1975, n. 698, continua a svolgere presso le amministrazioni provinciali i compiti di cui all'art. 49 sino al definitivo inquadramento secondo la previsione contenuta nell'ultimo comma dell'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 13 maggio 1985, n. 256.

Art. 63

Funzionamento dei centri di rieducazione per minorenni soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile

Le convenzioni che il Ministero di grazia e giustizia ha stipulato con enti ed istituzioni che prestano assistenza ai minori soggetti a provvedimento dell'autorità giudiziaria minorile possono essere assunte dai comuni nel cui territorio operano le relative strutture.

La disposizione di cui al precedente comma è subordinata al regolamento dei relativi rapporti finanziari con lo Stato, a norma dell'art. 43 dello Statuto regionale, ai fini dell'attribuzione ai comuni dei fondi occorrenti per la gestione dei servizi.

Per l'assistenza ai minori che hanno la residenza in comuni diversi da quelli nei quali sono ubicate le strutture convenzionate si applicano le disposizioni in materia di domicilio di soccorso.

Art. 64

Abrogazione di norme

È abrogato l'art. 14 della legge regionale 6 gennaio 1981, n. 6.

Sono altresì abrogate tutte le disposizioni legislative in contrasto o non compatibili con la presente legge.

Art. 65

Iscrizione all'albo regionale degli enti e delle istituzioni già muniti di idoneità al funzionamento

Gli enti pubblici e privati dotati di attestato di idoneità a funzionare ai sensi della normativa precedente devono, entro un anno dall'approvazione degli *standards* previsti dall'art. 19, produrre formale istanza all'Assessore regionale per gli enti locali ai fini della iscrizione all'albo regionale.

Il rigetto dell'istanza comporta la decadenza della idoneità precedentemente rilasciata ai sensi dell'art. 50 del regio decreto 15 aprile 1926, n. 718.

Art. 66

Contributi alle IPAB ai sensi della legge regionale 26 luglio 1982, n. 71

I contributi regionali previsti dalla legge regionale 26 luglio 1982, n. 71 sono concessi alle IPAB che ne fanno istanza, fino a quando le IPAB medesime, attraverso la stipula delle convenzioni di cui all'art. 20, non avranno conseguito l'equilibrio economico-finanziario dei rispettivi bilanci.

Art. 67

Limiti di applicazione dell'art. 23 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1

Le disposizioni contenute nell'art. 23 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1 cessano di avere vigore il 1° luglio 1987. Oltre tale data continuano a trovare applicazione nei seguenti casi:

- nei confronti delle IPAB sottoposte alle procedure prescritte dall'art. 31 e seguenti, ove i procedimenti non siano stati ancora definiti alla data del 1° luglio 1987;
- nei confronti delle IPAB sottoposte a fusione con altre IPAB;
- nei confronti delle IPAB sottoposte ad estinzione.

Art. 68

Obblighi dei comuni

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i comuni sono tenuti a provvedere:

- a) agli oneri finanziari conseguenti al disposto dell'art. 403 del codice civile;
- b) al mantenimento delle persone inabili e prive di mezzi di sussistenza segnalate dalle autorità locali di pubblica sicurezza ai sensi e per gli effetti dell'art. 154 del testo unico di pubblica sicurezza approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773.

Fino a quando i comuni non saranno in grado di porre a carico del proprio bilancio gli oneri conseguenti all'applicazione del presente articolo, gli stessi possono essere posti a carico del Fondo per i servizi di cui all'art. 19 della legge regionale 2 gennaio 1979, n. 1.

All'azione di rivalsa per il recupero delle spese sostenute per gli interventi di cui al primo comma, si provvede esclusivamente nei confronti dei comuni non siciliani che hanno la competenza passiva ai sensi dell'art. 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si prescinde, inoltre, dall'esercizio dell'azione di rivalsa nei confronti degli obbligati per legge a prestare gli alimenti che siano titolari di redditi non eccedenti il triplo della fascia esente ai fini dell'IRPEF.

Non si fa luogo all'applicazione del terzo e quarto comma dell'art. 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza.

Gli interventi previsti dal presente articolo sono attuati anche nei confronti di non residenti, accertate le necessità e l'urgenza delle prestazioni.

Dell'intervento realizzato viene data comunicazione al comune di residenza dell'assistito ed al comune di eventuale dimora.

Art. 69

(abrogato)

Art. 70

Prosecuzione dell'attività del centro di rieducazione "Casa amica" di Agrigento

L'Ente di sviluppo agricolo è autorizzato a cedere in uso gratuito al comune di Agrigento gli immobili costituenti il Villaggio La Loggia sito nel comune di Agrigento.

Il comune è tenuto ad utilizzare gli immobili di cui al precedente comma quale struttura socio-assistenziale per i minori soggetti a provvedimenti della autorità giudiziaria minorile nell'ambito della competenza amministrativa.

A tal fine il comune è autorizzato a subentrare nella convenzione che il Ministero di grazia e giustizia ha stipulato con il centro di rieducazione "Casa amica" di Agrigento.

Art. 71

La istituzione dei servizi previsti dalla presente legge da parte dei comuni singoli o associati ha luogo compatibilmente alle risorse finanziarie di cui i comuni stessi possono disporre e nel rispetto delle norme di legge in materia di finanza locale.

Art. 72

Il beneficio del trasporto gratuito di cui all'art. 16 della legge regionale 6 maggio 1981, n. 87 e successive modificazioni e integrazioni è esteso alle vedove dei caduti e dispersi in guerra, purché titolari di redditi non superiori ai limiti stabiliti nel precitato art. 16.

Art. 73

Termini di entrata in vigore

La presente legge entra in vigore il 1° gennaio 1987.

Le disposizioni di cui al titolo V ed agli articoli 51, 52, 53, 61, 62 e 70 entrano in vigore il giorno stesso della pubblicazione.

Art. 74

La presente legge sarà pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Normativa statale

Legge 8 novembre 2000, n. 328*

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Capo I

Principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 1

Principi generali e finalità.

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per «interventi e servizi sociali» si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella pro-

* *Publicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 13 novembre 2000, n. 265, S.O.*

grammazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

6. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.

7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

Art. 2

Diritto alle prestazioni.

1. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della presente

legge, nonché delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

3. I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4. I parametri per la valutazione delle condizioni di cui al comma 3 sono definiti dai comuni, sulla base dei criteri generali stabiliti dal Piano nazionale di cui all'articolo 18.

5. Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono tenuti, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241, ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate.

Art. 3

Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.

2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rap-

presentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

3. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, per le finalità della presente legge, possono avvalersi degli accordi previsti dall'articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, anche al fine di garantire un'adeguata partecipazione alle iniziative ed ai finanziamenti dell'Unione europea.

4. I comuni, le regioni e lo Stato promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi e per consentire, in via sperimentale, su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1) e 2), della presente legge, nonché delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

Art. 4

Sistema di finanziamento delle politiche sociali.

1. La realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3.

2. Sono a carico dei comuni, singoli e associati, le spese di attivazione degli interventi e dei servizi sociali a favore della persona e della comunità, fatto salvo quanto previsto ai commi 3 e 5.

3. Le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché in attuazione della presente legge, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonché, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato articolo 132.

4. Le spese da sostenere da parte dei comuni e delle regioni sono a carico, sulla base dei piani di cui agli articoli 18 e 19, delle risorse loro assegnate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, nonché degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci.

5. Ai sensi dell'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, competono allo Stato la definizione e la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, la spesa per pensioni, assegni e indennità considerati a carico del comparto assistenziale quali le indennità spettanti agli invalidi civili, l'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 59, comma 47, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, nonché eventuali progetti di settore individuati ai sensi del Piano nazionale di cui all'articolo 18 della presente legge.

Art. 5

Ruolo del terzo settore.

1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

3. Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

4. Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi.

Capo II

Assetto istituzionale e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 6

Funzioni dei comuni.

1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, come da ultimo modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265.

2. Ai comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle seguenti attività:

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;

b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;

c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera f), e 9, comma 1, lettera c);

d) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a);

e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i comuni provvedono a:

a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;

b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività sociosanitarie e per i piani di zona;

c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera a);

d) effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;

e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

4. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

Art. 7

Funzioni delle province.

1. Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 15 della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo le modalità definite dalle regioni che disciplinano il ruolo delle province in ordine:

a) alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;

b) all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;

- c) alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;
- d) alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

Art. 8

Funzioni delle regioni.

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'ambito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge.

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;

b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;

- c) promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;
- d) promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;
- e) promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;
- f) definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 e 5;
- g) istituzione, secondo le modalità definite con legge regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla presente legge;
- h) definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;
- i) definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;
- l) definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera g);
- m) predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- n) determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;
- o) esercizio dei poteri sostitutivi, secondo le modalità indicate dalla legge regionale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nei confronti degli enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere a), b) e c), e 19.
4. Fermi restando i principi di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, le regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori.
5. La legge regionale di cui all'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, disciplina il trasferimento ai comuni o agli enti locali delle funzioni indicate dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito

dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dal decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67. Con la medesima legge, le regioni disciplinano, con le modalità stabilite dall'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 112 del 1998, il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse.

Art. 9

Funzioni dello Stato.

1. Allo Stato spetta l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 129 del *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, nonché dei poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per i seguenti aspetti:

- a) determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18;
- b) individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori ed adulti dal Ministero della giustizia, all'interno del settore penale;
- c) fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni;
- d) determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;
- e) esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e dell'articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;
- f) ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali secondo i criteri stabiliti dall'articolo 20, comma 7.

2. Le competenze statali di cui al comma 1, lettere b) e c), del presente articolo sono esercitate sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; le restanti competenze sono esercitate secondo i criteri stabiliti dall'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Art. 10

Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo recante una nuova disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi.

a) definire l'inserimento delle IPAB che operano in campo socio-assistenziale nella programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22, prevedendo anche modalità per la partecipazione alla programmazione, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera b);

b) prevedere, nell'ambito del riordino della disciplina, la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica;

c) prevedere l'applicazione ai soggetti di cui alla lettera b):

1) di un regime giuridico del personale di tipo privatistico e di forme contrattuali coerenti con la loro autonomia;

2) di forme di controllo relative all'approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, delle spese di gestione del patrimonio in materia di investimenti, delle alienazioni, cessioni e permuta, nonché di forme di verifica dei risultati di gestione, coerenti con la loro autonomia;

d) prevedere la possibilità della trasformazione delle IPAB in associazioni o in fondazioni di diritto privato fermo restando il rispetto dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e dagli statuti, tenuto conto della normativa vigente che regola la trasformazione dei fini e la privatizzazione delle IPAB, nei casi di particolari condizioni statutarie e patrimoniali;

e) prevedere che le IPAB che svolgono esclusivamente attività di amministrazione del proprio patrimonio adeguino gli statuti, entro due anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, nel rispetto delle tavole di fondazione, a principi di efficienza, efficacia e trasparenza ai fini del potenziamento dei servizi; prevedere che negli statuti siano inseriti appositi strumenti di verifica della attività di amministrazione dei patrimoni;

f) prevedere linee di indirizzo e criteri che incentivino l'accorpamento e la

fusione delle IPAB ai fini della loro riorganizzazione secondo gli indirizzi di cui alle lettere b) e c);

g) prevedere la possibilità di separare la gestione dei servizi da quella dei patrimoni garantendo comunque la finalizzazione degli stessi allo sviluppo e al potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

h) prevedere la possibilità di scioglimento delle IPAB nei casi in cui, a seguito di verifica da parte delle regioni o degli enti locali, risultino essere inattive nel campo sociale da almeno due anni ovvero risultino esaurite le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti; salvaguardare, nel caso di scioglimento delle IPAB, l'effettiva destinazione dei patrimoni alle stesse appartenenti, nel rispetto degli interessi originari e delle tavole di fondazione o, in mancanza di disposizioni specifiche nelle stesse, a favore, prioritariamente, di altre IPAB del territorio o dei comuni territorialmente competenti, allo scopo di promuovere e potenziare il sistema integrato di interventi e servizi sociali;

i) esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti i pareri della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e delle rappresentanze delle IPAB. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Le regioni adeguano la propria disciplina ai principi del decreto legislativo di cui al comma 1 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo.

Art. 11

Autorizzazione e accreditamento.

1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali determinati ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. I requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per servizi e

strutture di nuova istituzione; per i servizi e le strutture operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie, prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali e nazionali nel termine stabilito da ciascuna regione e in ogni caso non oltre il termine di cinque anni.

3. I comuni provvedono all'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, lettera c), e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera n).

4. Le regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera e), disciplinano le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, delle autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

Art. 12

Figure professionali sociali.

1. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.

2. Con regolamento del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:

a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;

b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione

organizzati dalle regioni, nonché i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione;

c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 2, lettera a), sono definiti dall'università ai sensi dell'articolo 11 del citato regolamento adottato con decreto 3 novembre 1999, n. 509, del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

4. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione socio-sanitaria.

5. Ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con decreto dei Ministri per la solidarietà sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate, per le figure professionali sociali, le modalità di accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

6. Le risorse economiche per finanziare le iniziative di cui al comma 2 sono reperite dalle amministrazioni responsabili delle attività formative negli stanziamenti previsti per i programmi di formazione, avvalendosi anche del concorso del Fondo sociale europeo e senza oneri aggiuntivi a carico dello Stato.

Art. 13

Carta dei servizi sociali.

1. Al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali. Entro sei mesi dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti.

2. Nella carta dei servizi sociali sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi,

le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

3. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

Capo III

Disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale

Art. 14

Progetti individuali per le persone disabili.

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella

tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

Art. 15

Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti.

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalità di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 è emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.

3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.

4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o

più regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al comma 2, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.

Art. 16

Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari.

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale, di cui all'articolo 22, e i progetti obiettivo, di cui all'articolo 18, comma 3, lettera b), tengono conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

3. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno priorità:

a) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, ulteriori rispetto agli assegni e agli interventi di cui agli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e alla legge 28 agosto 1997, n. 285, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio-educativi della prima infanzia;

b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

c) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;

d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;

f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

4. Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. L'onere dell'interesse sui prestiti è a carico del comune; all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota per il concorso alla spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale.

5. I comuni possono prevedere agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura. I comuni possono, altresì, deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a più servizi educativi e sociali.

6. Con la legge finanziaria per il 2001 sono determinate misure fiscali di agevolazione per le spese sostenute per la tutela e la cura dei componenti del nucleo familiare non autosufficienti o disabili. Ulteriori risorse possono essere attribuite per la realizzazione di tali finalità in presenza di modifiche normative comportanti corrispondenti riduzioni nette permanenti del livello della spesa di carattere corrente.

Art. 17

Titoli per l'acquisto di servizi sociali.

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, commi 2, i comuni posso-

no prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1) e 2), della presente legge, nonché dalle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

2. Le regioni, in attuazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera f), disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli di cui al comma 1 nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Capo IV

Strumenti per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 18

Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali.

1. Il Governo predispose ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato «Piano nazionale», tenendo conto delle risorse finanziarie individuate ai sensi dell'articolo 4, nonché delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dagli enti locali.

2. Il Piano nazionale è adottato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere a) e b), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle compe-

tenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Il Piano nazionale indica:

a) le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22;

b) le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivi e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico-fisica;

c) le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;

d) gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;

e) gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, comprese quelle indicate dall'articolo 3, comma 4, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;

f) gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi-benefici degli interventi e dei servizi sociali;

g) i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

h) i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;

l) gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore di cui all'articolo 16, comma 4, e dei titoli di cui all'articolo 17;

l) gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili, in base a quanto previsto dall'articolo 14;

m) gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;

n) i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali previsti dall'articolo 22, secondo parametri

basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;

o) gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti.

4. Il primo Piano nazionale è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Il Ministro per la solidarietà sociale predispone annualmente una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano nazionale, con particolare riferimento ai costi e all'efficacia degli interventi, e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La relazione indica i risultati conseguiti nelle regioni in attuazione dei piani regionali. La relazione dà conto altresì dei risultati conseguiti nei servizi sociali con l'utilizzo dei finanziamenti dei fondi europei, tenuto conto dei dati e delle valutazioni forniti dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

6. Le regioni, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla presente legge, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale di cui al comma 3 del presente articolo, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano stesso adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'articolo 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

Art. 19

Piano di zona.

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni

del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;

b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);

c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;

d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;

e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;

f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;

g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);

c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;

d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concer-

tazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Art. 20

Fondo nazionale per le politiche sociali.

1. Per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, lo Stato ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

2. Per le finalità della presente legge il Fondo di cui al comma 1 è incrementato di lire 106.700 milioni per l'anno 2000, di lire 761.500 milioni per l'anno 2001 e di lire 922.500 milioni a decorrere dall'anno 2002. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo utilizzando quanto a lire 56.700 milioni per l'anno 2000, a lire 591.500 milioni per l'anno 2001 e a lire 752.500 milioni per l'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica; quanto a lire 50.000 milioni per l'anno 2000 e a lire 149.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, l'accantonamento relativo al Ministero della pubblica istruzione; quanto a lire 1.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero dell'interno; quanto a lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero del commercio con l'estero.

3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. La definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria.

5. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo provvede a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo di cui al comma 1 ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) razionalizzare e armonizzare le procedure medesime ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;
- b) prevedere quote percentuali di risorse aggiuntive a favore dei comuni associati ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera a);
- c) garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi e prevedere modalità di accertamento delle spese al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano nazionale;
- d) prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati;
- e) individuare le norme di legge abrogate dalla data di entrata in vigore del regolamento.

6. Lo schema di regolamento di cui al comma 5, previa deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri, acquisito il parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è trasmesso successivamente alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Decorso inutilmente tale termine, il regolamento può essere emanato.

7. Il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede, con proprio decreto, annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto della quota riservata di cui all'articolo 15, sulla base delle linee contenute nel Piano nazionale e dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n). In sede di prima applicazione della presente legge, entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore, il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui al citato articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, adotta il decreto di cui al presente comma sulla base dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n). La ripartizione garantisce le risorse necessarie per l'adempimento delle prestazioni di cui all'articolo 24.

8. A decorrere dall'anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazio-

nale per le politiche sociali è determinato dalla legge finanziaria con le modalità di cui all'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 24 della presente legge.

9. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24, confluiscono con specifica finalizzazione nel Fondo nazionale per le politiche sociali anche le risorse finanziarie destinate al finanziamento delle prestazioni individuate dal medesimo decreto legislativo.

10. Al Fondo nazionale per le politiche sociali affluiscono, altresì, somme derivanti da contributi e donazioni eventualmente disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni, anche internazionali, da organismi dell'Unione europea, che sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere assegnate al citato Fondo nazionale.

11. Qualora le regioni ed i comuni non provvedano all'impegno contabile della quota non specificamente finalizzata ai sensi del comma 9 delle risorse ricevute nei tempi indicati dal decreto di riparto di cui al comma 7, il Ministro per la solidarietà sociale, con le modalità di cui al medesimo comma 7, provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse, fermo restando l'obbligo di mantenere invariata nel triennio la quota complessiva dei trasferimenti a ciascun comune o a ciascuna regione.

Art. 21

Sistema informativo dei servizi sociali.

1. Lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è nominata, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, una commissione tecnica, composta da sei esperti di comprovata esperienza nel settore sociale ed in campo informativo, di cui due designati dal Ministro stesso, due dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, due dalla Conferenza Stato-città e autonomie locali. La

commissione ha il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali. La commissione è presieduta da uno degli esperti designati dal Ministro per la solidarietà sociale. I componenti della commissione durano in carica due anni. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente comma, nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

3. Il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, definisce le modalità e individua, anche nell'ambito dei sistemi informativi esistenti, gli strumenti necessari per il coordinamento tecnico con le regioni e gli enti locali ai fini dell'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, in conformità con le specifiche tecniche della rete unitaria delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 15, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n. 59, tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 6 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997, in materia di scambio di dati ed informazioni tra le amministrazioni centrali, regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni, le province e i comuni individuano le forme organizzative e gli strumenti necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo dei servizi sociali a livello locale.

4. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali. Nell'ambito dei piani di cui agli articoli 18 e 19, sono definite le risorse destinate alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali, entro i limiti di spesa stabiliti in tali piani.

Capo V

Interventi, servizi ed emolumenti economici del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Sezione I

Disposizioni generali

Art. 22

Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politi-

che e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle L. 4 maggio 1983, n. 184, L. 27 maggio 1991, n. 176, L. 15 febbraio 1996, n. 66, L. 28 agosto 1997, n. 285, L. 23 dicembre 1997, n. 451, L. 3 agosto 1998, n. 296, L. 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

c) assistenza domiciliare;

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Sezione II
**Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti
economici assistenziali**

Art 23

Reddito minimo di inserimento.

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, è sostituito dal seguente:

“Art. 15. – (*Estensione del reddito minimo di inserimento*). – 1. Il Governo, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, riferisce al Parlamento, entro il 30 maggio 2001, sull'attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti. Con successivo provvedimento legislativo, tenuto conto dei risultati della sperimentazione, sono definiti le modalità, i termini e le risorse per l'estensione dell'istituto del reddito minimo di inserimento come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito, quali gli assegni di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e le pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni”.

2. Il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 15 del *decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237*, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è definito quale misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito nell'ambito di quelle indicate all'articolo 22, comma 2, lettera a), della presente legge.

Art. 24

Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civili, cecità e sordomutismo.

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità spettanti ai sensi delle L. 10 febbraio 1962, n. 66, L. 26 maggio 1970, n. 381, L. 27 maggio 1970, n. 382, L. 30 marzo 1971, n. 118, e L. 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riclassificazione delle indennità e degli assegni, e dei relativi importi, che non determini una riduzione degli attuali trattamenti e, nel complesso, oneri aggiuntivi rispetto a quelli determinati dall'andamento tendenziale degli attuali trattamenti previsti dalle disposizioni richiamate dal presente comma. La riclassificazione tiene inoltre conto delle funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrasto alla povertà o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di *handicap*, per la valorizzazione delle capacità funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:

- 1) reddito minimo per la disabilità totale a cui fare afferire pensioni e assegni che hanno la funzione di integrare, a seguito della minorazione, la mancata produzione di reddito. Il reddito minimo, nel caso di grave disabilità, è cumulabile con l'indennità di cui al numero 3.1) della presente lettera;
- 2) reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro di cui al decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1984, n. 863, e successive modificazioni, alla legge 29 dicembre 1990, n. 407, e al decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451, ed a borse di lavoro di cui al decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280, da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;
- 3) indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia. A tale indennità afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilità, totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l'esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilità grave o totale non autosufficienza a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L'indennità può essere concessa secondo le seguenti modalità tra loro non cumulabili:
 - 3.1) indennità per l'autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;
 - 3.2) indennità di cura e di assistenza per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti;

b) cumulabilità dell'indennità di cura e di assistenza di cui alla lettera a), numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23;

c) fissazione dei requisiti psico-fisici e reddituali individuali che danno luogo alla concessione degli emolumenti di cui ai numeri 1) e 2) della lettera a) del presente comma secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, secondo periodo, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

d) corresponsione dei nuovi trattamenti per coloro che non sono titolari di pensioni e indennità dopo centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, prevedendo nello stesso la equiparazione tra gli emolumenti richiesti nella domanda presentata alle sedi competenti ed i nuovi trattamenti;

e) equiparazione e ricollocazione delle indennità già percepite e in atto nel termine massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo;

f) disciplina del regime transitorio, fatti salvi i diritti acquisiti per coloro che già fruiscono di assegni e indennità;

g) riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito;

h) revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap - *International classification of impairments, disabilities and handicaps* (ICIDH), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere a) e b), della

legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

Art. 25

Accertamento della condizione economica del richiedente.

1. Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

Art. 26

Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali.

1. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

Capo VI **Disposizioni finali**

Art. 27

Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale.

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Commissione di indagine sulla esclusione sociale, di seguito denominata «Commissione».

2. La Commissione ha il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predispone

per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate.

3. Il Governo, entro il 30 giugno di ciascun anno, riferisce al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale, sulla base della relazione della Commissione di cui al comma 2, secondo periodo.

4. La Commissione è composta da studiosi ed esperti con qualificata esperienza nel campo dell'analisi e della pratica sociale, nominati, per un periodo di tre anni, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale. Le funzioni di segreteria della Commissione sono assicurate dal personale del Dipartimento per gli affari sociali o da personale di altre pubbliche amministrazioni, collocato in posizione di comando o di fuori ruolo nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi della collaborazione di tutte le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, degli enti pubblici, delle regioni e degli enti locali. La Commissione può avvalersi altresì della collaborazione di esperti e può affidare la effettuazione di studi e ricerche ad istituzioni pubbliche o private, a gruppi o a singoli ricercatori mediante convenzioni.

5. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione, determinati nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Art. 28

Interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema.

1. Allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di una somma pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002.

2. Ai fini di cui al comma 1, gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi non lucrativi di utilità sociale nonché le IPAB possono presentare alle regioni, secondo le modalità e i termini definiti ai sensi del comma 3, progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,

con atto di indirizzo e coordinamento deliberato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti di cui al comma 1, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento dei progetti di cui al comma 2, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi di cui al presente articolo sono considerati prioritari.

4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2001 e 2002 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Art. 29

Disposizioni sul personale.

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzata a bandire concorsi pubblici per il reclutamento di cento unità di personale dotate di professionalità ed esperienza in materia di politiche sociali, per lo svolgimento, in particolare, delle funzioni statali previste dalla presente legge, nonché in materia di adozioni internazionali, politiche di integrazione degli immigrati e tutela dei minori non accompagnati. Al predetto personale non si applica la disposizione di cui all'articolo 12, comma 1, lettera c), della legge 15 marzo 1997, n. 59. Le assunzioni avvengono in deroga ai termini ed alle modalità di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a lire 2 miliardi per l'anno 2000 e a lire 7 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

Art. 30*Abrogazioni.*

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e il comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.
2. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 10 è abrogata la disciplina relativa alle IPAB prevista dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24 sono abrogate le disposizioni sugli emolumenti economici previste dalle L. 10 febbraio 1962, n. 66, L. 26 maggio 1970, n. 381, L. 27 maggio 1970, n. 382, L. 30 marzo 1971, n. 118, L. e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni.

DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI 15 dicembre 2000*

Atto di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 28

legge 8 novembre 2000, n. 328

“Riparto tra le regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora”.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che individua come finalità la promozione di interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, la prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali, e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione;

Visto in particolare l'articolo 28 della citata legge 8 novembre 2000, n. 328, che prevede l'emanazione da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri di un atto di indirizzo e coordinamento contenente i criteri di riparto alle regioni dei finanziamenti del Fondo nazionale per le politiche sociali destinati al potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, i termini delle richieste di finanziamento, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità di monitoraggio dei progetti, nonché le priorità da assicurare ai comuni delle grandi aree urbane;

Vista la legge 15 marzo 1997, n. 59, recante la delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione, ed in particolare l'articolo 8;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, ed in particolare l'articolo 131, che conferisce alle regioni ed agli enti locali tutte le funzioni ed i compiti amministrativi nella materia dei “servizi sociali”, tranne quelli espressamente mantenuti allo Stato;

* Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 23 marzo 2001, n. 69, S.O.

Considerata l'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 21 gennaio 2000, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 18 del 24 gennaio 2000, che a seguito del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 21 gennaio 2000, pubblicato nella citata Gazzetta Ufficiale, recante la dichiarazione dello stato di emergenza, fino al 31 gennaio 2001, nel territorio dei comuni capoluogo delle aree metropolitane individuate ai sensi dell'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modifiche ed integrazioni, derivante dalla grave situazione riguardante le persone che versano in stato di povertà estrema e che si trovano senza dimora, ha autorizzato la spesa di lire 30 miliardi per l'anno 2000 da destinarsi ad interventi di carattere straordinario aggiuntivi rispetto a quelli effettuati ai sensi della legislazione vigente;

Acquisita l'intesa della Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 28, comma 3, della legge 8 novembre 2000, n. 328, nella seduta del 6 dicembre 2000; Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 15 dicembre 2000;

Sulla proposta del Ministro per la solidarietà sociale;
decreta:

Art. 1

Termine per la presentazione dei progetti

1. Gli enti locali, le organizzazioni di volontariato, gli organismi non lucrativi di utilità sociale e le IPAB possono presentare alle regioni, entro il 30 giugno di ciascun anno, i progetti concernenti la realizzazione, l'ampliamento o l'innovazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale delle persone che versano in situazioni di povertà estrema e delle persone senza fissa dimora.

Art. 2

Requisiti

1. Sono ammessi ai finanziamenti regionali i progetti di cui all'articolo 1 che presentino i seguenti requisiti:

a) individuazione di un'area territoriale determinata, anche a livello subcomunale o intercomunale, sulla base di indicatori che documentino la presenza abituale di persone senza fissa dimora che frequentino detta area come territorio nel cui ambito organizzano la propria sopravvivenza, o la presenza di persone e nuclei familiari in stato di bisogno primario;

- b) presenza nell'area di cui alla lettera a) di servizi e opportunità in misura minima sufficiente per avviare un processo di accompagnamento delle persone senza fissa dimora o di soggetti in condizione di povertà estrema;
- c) individuazione delle attività e servizi proposti nel progetto, dei loro obiettivi e dell'indicazione dettagliata delle relative spese per la realizzazione;
- d) individuazione dell'insieme dei soggetti pubblici e privati che partecipano all'attuazione del progetto, unitamente alla documentazione che attesta la loro esperienza nel settore;
- e) collegamento con altre iniziative eventualmente presenti nel territorio, concernenti la riqualificazione delle aree urbane, l'assistenza economica, ed altri interventi e servizi idonei a realizzare le finalità dei servizi di cui all'articolo 1.

2. Nella valutazione dei progetti sono considerati preferenziali, secondo una graduatoria determinata dalla regione e differenziata a seconda del contesto territoriale, i seguenti criteri:

- a) l'attività di rete tra organizzazioni del terzo settore e la collaborazione tra soggetti pubblici e privati nella realizzazione del progetto;
- b) l'integrazione tra diverse aree di intervento e servizi, quali quello sanitario, assistenziale, formativo, nell'attuazione del progetto;
- c) la previsione, nell'ambito del progetto, di percorsi di accompagnamento e graduale inserimento sociale, che colleghino il superamento dell'emergenza con l'avvio di processi di reinserimento e recupero di capacità delle persone interessate;
- d) l'integrazione con altri progetti e iniziative esistenti a livello locale, che pur non riguardando specificamente le persone senza fissa dimora e in stato di povertà estrema, possono utilmente raccordarsi ai progetti a loro favore e agevolare il loro reinserimento sociale;
- e) l'indicazione da parte dei soggetti proponenti di strumenti di auto-valutazione e verifica dei risultati conseguiti nell'ambito dei progetti.

Art. 3

Ripartizione delle risorse

1. Le risorse finanziarie di cui all'articolo 28 della legge 8 novembre 2000, n. 328, sono ripartite tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in base ai seguenti criteri:

a. il 75 % delle risorse è riservato alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano nelle quali è compreso almeno un comune capoluogo di area metropolitana, come individuata ai sensi dell'articolo 22 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

b. la quota indicata alla lettera a) è ripartita tra le regioni e le province autonome ivi individuate in base alla popolazione residente nella regione;

c. la quota residua del 25% delle risorse è ripartita tra le altre regioni e province autonome in base alla popolazione residente.

1. Le risorse di cui al comma 1, lett. a), sono destinate dalle regioni con priorità ai comuni capoluogo di area metropolitana come individuata dall'articolo 22 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267; le risorse di cui al comma 1, lett. c), sono destinate dalle regioni con priorità alle grandi aree urbane.

Art. 4

Monitoraggio e verifica dei risultati degli interventi

1. I soggetti di cui all'articolo 1, destinatari delle risorse, trasmettono ogni sei mesi alla regione un rapporto analitico sullo stato di attuazione degli interventi posti in essere. Il rapporto deve indicare:

a. il numero delle persone assistite in un arco di tempo definito, distinte per sesso ed età, almeno indicativa, e la documentazione che attesta la realizzazione degli interventi;

b. la descrizione dei servizi offerti, degli eventuali percorsi suggeriti o promossi, del numero di persone inserite nei vari percorsi di reinserimento;

c. la descrizione analitica, in termini finanziari e di risorse umane, delle risorse impiegate.

2. Le regioni possono attuare ulteriori forme di monitoraggio e valutazione dell'efficacia degli interventi.

Art. 5

Regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e di Bolzano

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'attuazione degli obiettivi del presente atto nel rispetto di quanto previsto dai rispettivi statuti e dalle relative norme di attuazione.)

DECRETO MINISTERIALE 21 maggio 2001, n. 308*

Regolamento concernente «Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della L. 8 novembre 2000, n. 328».

Il Ministro per la solidarietà sociale

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 28 agosto 1998, n. 400;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Visti in particolare gli articoli 9, comma 1, lettera c), e 11, comma 1, della legge n. 328 del 2000, che prevedono la fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;

Visto l'articolo 8, comma 3, lettera f), della medesima legge n. 328 del 2000 che prevede che le regioni, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, definiscano i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5;

Sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sentiti i Ministri della sanità e per gli affari regionali;

Udito il parere della sezione consultiva per gli atti normativi del Consiglio di Stato, espresso nell'adunanza del 9 aprile 2001;

Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei Ministri n. DAS/232/UL/749 dell'8 maggio 2001, a norma dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Adotta il seguente regolamento:

Art. 1

Oggetto e finalità.

1. Il presente decreto fissa i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residen-

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 28 luglio 2001, n. 174.*

ziale di cui alla legge n. 328 del 2000, con previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni.

2. Ai sensi dell'articolo 11, comma 2, della legge n. 328 del 2000, le regioni recepiscono e integrano, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi fissati dal presente decreto, individuando, se del caso, le condizioni in base alle quali le strutture sono considerate di nuova istituzione e le modalità e i termini entro cui prevedere, anche in regime di deroga, l'adeguamento ai requisiti per le strutture già operanti.

Art. 2

Strutture e servizi soggetti ai requisiti minimi per l'autorizzazione.

1. I requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento di cui alla legge n. 328 del 2000 riguardano le strutture e i servizi già operanti e quelli di nuova istituzione, gestiti dai soggetti pubblici o dai soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5 della legge n. 328 del 2000 che, indipendentemente dalla denominazione dichiarata, sono rivolti a:

a) minori per interventi socio-assistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia;

b) disabili per interventi socio-assistenziali o socio-sanitari finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;

c) anziani per interventi socio-assistenziali o socio-sanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;

d) persone affette da AIDS che necessitano di assistenza continua, e risultano prive del necessario supporto familiare, o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;

e) persone con problematiche psico-sociali che necessitano di assistenza continua e risultano prive del necessario supporto familiare, o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale.

2. Per le strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 8-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, l'autorizzazione di cui al comma 1, lettere b), c), d)

ed e), è rilasciata comunque in conformità a quanto previsto dall'articolo 8-ter dello stesso decreto legislativo.

3. Restano ferme le disposizioni adottate in attuazione della legge 18 febbraio 1999, n. 45, in materia di strutture e servizi destinati al recupero e alla riabilitazione della tossicodipendenza.

Art. 3

Strutture di tipo familiare e comunità di accoglienza di minori.

1. Le comunità di tipo familiare e i gruppi appartamento con funzioni di accoglienza e bassa intensità assistenziale, che accolgono, fino ad un massimo di sei utenti, anziani, disabili, minori o adolescenti, adulti in difficoltà per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale, devono possedere i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione. Per le comunità che accolgono minori, gli specifici requisiti organizzativi, adeguati alle necessità educativo-assistenziali dei bambini e degli adolescenti, sono stabiliti dalle regioni.

Art. 4

Soggetti e procedure.

1. Fino all'entrata in vigore della disciplina regionale, e fatto salvo quanto stabilito dall'articolo 2, comma 2, e dall'articolo 8, comma 1, i comuni rilasciano autorizzazioni all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale a seguito della verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali e organizzativi di cui al presente decreto.

Art. 5

Requisiti comuni delle strutture a ciclo diurno e residenziale.

1. Fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza e l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi, le strutture devono possedere i seguenti requisiti minimi ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), della legge n. 328 del 2000:

a) ubicazione in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti delle strutture;

-
- b) dotazione di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto, organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la *privacy*;
 - c) presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate, in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata, così come disciplinato dalla regione;
 - d) presenza di un coordinatore responsabile della struttura;
 - e) adozione di un registro degli ospiti e predisposizione per gli stessi di un piano individualizzato di assistenza e, per i minori, di un progetto educativo individuale; il piano individualizzato ed il progetto educativo individuale devono indicare in particolare: gli obiettivi da raggiungere, i contenuti e le modalità dell'intervento, il piano delle verifiche;
 - f) organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti;
 - g) adozione, da parte del soggetto gestore, di una Carta dei servizi sociali secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge n. 328 del 2000, comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle prestazioni ricomprese.

Art. 6

Requisiti comuni ai servizi.

1. Ferma restando l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi, il soggetto erogatore di servizi alla persona di cui alla legge n. 328 del 2000 deve garantire il rispetto delle seguenti condizioni organizzative, che costituiscono requisiti minimi ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), della medesima legge:

- a) presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia di servizio erogato, secondo standard definiti dalle regioni;
- b) presenza di un coordinatore responsabile del servizio;
- c) adozione, da parte del soggetto erogatore, di una Carta dei servizi sociali secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge n. 328 del 2000 comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle prestazioni ricomprese;
- d) adozione di un registro degli utenti del servizio con l'indicazione dei piani individualizzati di assistenza.

Art. 7

Requisiti specifici delle strutture.

1. Ai fini della individuazione dei requisiti minimi delle strutture si considerano:

- a) strutture a carattere comunitario;
- b) strutture a prevalente accoglienza alberghiera;
- c) strutture protette;
- d) strutture a ciclo diurno.

2. Le strutture a carattere comunitario sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale, priva del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza.

3. Le strutture a prevalente accoglienza alberghiera sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa in relazione al numero di persone ospitate, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.

4. Le strutture protette sono caratterizzate da media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente.

5. Le strutture a ciclo diurno sono caratterizzate da diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata e possono trovare collocazione all'interno o in collegamento con una delle tipologie di strutture di cui ai commi precedenti.

6. Oltre ai requisiti indicati agli articoli precedenti, le strutture di cui al presente articolo devono possedere i requisiti indicati nell'allegato A al presente decreto quale parte integrante.

Art. 8

Norme transitorie e finali.

1. Ferma restando l'applicazione dei requisiti minimi di cui al presente decreto, fino all'adozione di ulteriori disposizioni regionali continuano ad applicarsi le norme regionali relative ai procedimenti di autorizzazione emanate prima dell'entrata in vigore della legge n. 328 del 2000.

2. Le strutture per anziani già operanti alla data di entrata in vigore del presente decreto, con capacità ricettiva superiore a quella fissata nell'allegato A al pre-

sente provvedimento e con camere fino ad un massimo di quattro posti letto, non possono in nessun caso aumentare la capacità ricettiva e devono comunque organizzare la propria attività per nuclei funzionali fino a trenta ospiti.

3. Le regioni, nell'ambito delle norme di cui all'articolo 1, comma 2, adottano i tempi e le misure volte al definitivo superamento degli istituti per minori con particolare riguardo ai requisiti minimi richiesti ai sensi dell'articolo 22, comma 3, della legge n. 328 del 2000.

4. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità del presente decreto nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti.

Allegato A

	Strutture a carattere comunitario	Strutture residenziali a prevalente accoglienza alberghiera	Strutture residenziali protette	Struttura a ciclo diurno
R e q u i s i t i s t r u t t u r a l i	<p>Capacità ricettiva: da 7 a 20</p> <p>posti letto compresi eventuali posti letto per emergenze; per le strutture per minori massimo 10 posti letto + eventuali 2 posti letto per emergenze</p> <p>Camere da letto: singole e doppie</p> <p>Servizi igienici: un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 4 ospiti; nelle strutture per minori 1 servizio igienico ogni 4 ospiti</p> <p>ospiti</p>	<p>Capacità ricettiva: massimo 80</p> <p>posti letto</p> <p>m</p> <p>Camere da letto: singole e doppie</p> <p>Servizi igienici: bagni collegati alle camere in numero di 1 ogni camera, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine; servizi igienici collegati agli spazi comuni in</p> <p>ospiti</p> <p>Locali adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio lavanderia, guardaroba e ristorazione</p> <p>Locale per deposito biancheria sporca</p>	<p>Capacità ricettiva: massimo</p> <p>120 posti letto organizzati in nuclei fino a 30 ospiti nelle strutture per anziani; massimo 20 posti letto nelle strutture per disabili</p> <p>Camere da letto: singole e doppie</p> <p>Servizi igienici: servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere a un posto, di dimensioni tali da permettere</p> <p>degli ospiti</p> <p>Locali adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio lavanderia, guardaroba e ristorazione</p> <p>Locale per deposito biancheria sporca</p>	<p>Capacità ricettiva: massimo 30</p> <p>Locali o zone idonei destinati all'attività e al riposo</p> <p>Servizi igienici: 1 servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 10 ospiti; 1 servizio igienico per il personale</p> <p>ospiti</p>

A r r e d i e a t t r e z z a t u r e P r e s t a z i o n i		Campanelli di chiamata in ogni posto letto	Campanelli di chiamata in ogni posto letto	
		N	<p>elle strutture per anziani: 1 locale per il personale in ogni nucleo; nelle strutture per disabili: 1 locale per il personale</p> <p>Locale per ambulatorio con servizio igienico</p> <p>Palestra dotata di attrezzature ad ausili con relativo deposito</p>	
		m	Locale deposito per attrezzature, carrozzine, ateriale di consumo, ecc.	
		N	<p>elle strutture per anziani: camera ardente</p> <p>tipologia degli ospiti, ed in garantiti a tutti gli ospiti che</p>	
	Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche	Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche	Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche	Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche
	assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio	di assistenza rese a domicilio	medico-generiche, infermieristiche, riabilitative e di somministrazione farmaci, così come disciplinato dalla regione; nelle strutture per disabili: prestazioni terapeutiche, riabilitative ed educative, così come disciplinato dalla regione	regione; nelle strutture per disabili: prestazioni terapeutiche, riabilitative ed educative, così come disciplinato dalla regione

DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI 30 marzo 2001*

Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della L. 8 novembre 2000, n. 328.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328: «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Visto in particolare l'art. 5, comma 3 della legge n. 328 del 2000 che prevede l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo sulla base del quale le regioni, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 4, della medesima legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona;

Visto l'art. 5, comma 4, della legge n. 328 del 2000 che prevede che le regioni disciplinino, sulla base degli indirizzi del Governo, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi;

Vista la legge 11 agosto 1991, n. 266: «Legge-quadro sul volontariato»;

Vista la legge 7 dicembre 2000, n. 383: «Disciplina delle associazioni di promozione sociale»;

Vista la legge 8 novembre 1991, n. 381: «Disciplina delle cooperative sociali»;

Vista la legge 7 novembre 2000, n. 327: «Valutazione dei costi del lavoro e della sicurezza nelle gare di appalto»;

Visto l'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e successive modificazioni;

Visto l'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto il parere della Conferenza unificata, di cui all'art. 8 del *decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, espresso nella seduta dell'8 marzo 2001;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, espressa nella seduta dell'8 marzo 2001;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 21 marzo 2001;

Sulla proposta del Ministro per la solidarietà sociale;

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 14 agosto 2001, n. 188.*

Decreta:

Art. 1

Ruolo dei soggetti del terzo settore nella programmazione progettazione e gestione dei servizi alla persona.

1. Il presente provvedimento fornisce indirizzi per la regolazione dei rapporti tra comuni e loro forme associative con i soggetti del terzo settore ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla legge n. 328 del 2000, nonché per la valorizzazione del loro ruolo nella attività di programmazione e progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2. Le regioni, sulla base del presente provvedimento, adottano specifici indirizzi per:

a) promuovere l'offerta, il miglioramento della qualità e l'innovazione dei servizi e degli interventi anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità e il ruolo riconosciuto degli utenti e delle loro associazioni ed enti di tutela;

b) favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;

c) favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;

d) favorire forme di coprogettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;

e) definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

3. I comuni, ai fini dell'erogazione dei servizi e degli interventi, anche nell'ambito dei rapporti di cui al comma 1, predispongono, d'intesa con l'azienda USL nel caso di interventi socio-sanitari integrati, progetti individuali di assistenza ovvero l'erogazione di interventi nell'ambito di percorsi assistenziali attivi per l'integrazione o la reintegrazione sociale.

Art. 2

I soggetti del terzo settore.

1. Ai fini del presente atto si considerano soggetti del terzo settore: le orga-

nizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, gli organismi della cooperazione, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato, altri soggetti privati non a scopo di lucro.

Art. 3

Le organizzazioni di volontariato.

1. Le regioni e i comuni valorizzano l'apporto del volontariato nel sistema di interventi e servizi come espressione organizzata di solidarietà sociale, di autoaiuto e reciprocità nonché con riferimento ai servizi e alle prestazioni, anche di carattere promozionale, complementari a servizi che richiedono una organizzazione complessa ed altre attività compatibili, ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, con la natura e le finalità del volontariato. Gli enti pubblici stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla legge n. 266/1991.

Art. 4

Selezione dei soggetti del terzo settore.

1. I comuni, ai fini della preselezione dei soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione di servizi di cui ai successivi articoli 5 e 6, fermo restando quanto stabilito dall'art. 11 della *legge n. 328 del 2000*, valutano i seguenti elementi:

a) la formazione, la qualificazione e l'esperienza professionale degli operatori coinvolti;

b) l'esperienza maturata nei settori e nei servizi di riferimento;

2. I comuni procedono all'aggiudicazione dei servizi di cui al comma 1 sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto in particolare dei seguenti elementi qualitativi:

a) le modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;

b) gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;

c) la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;

d) il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza.

3. I comuni, ai fini delle aggiudicazioni di cui al comma 2, non devono procedere all'affidamento dei servizi con il metodo del massimo ribasso.

Art. 5

Acquisto di servizi e prestazioni.

1. I comuni, al fine di realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantendone i livelli essenziali, possono acquistare servizi e interventi organizzati dai soggetti del terzo settore.

2. Le regioni disciplinano le modalità per l'acquisto da parte dei comuni dei servizi ed interventi organizzati dai soggetti del terzo settore definendo in particolare:

a) le modalità per garantire una adeguata pubblicità del presumibile fabbisogno di servizi in un determinato arco temporale;

b) le modalità per l'istituzione dell'elenco dei fornitori di servizi autorizzati ai sensi dell'art. 11 della legge n. 328 del 2000, che si dichiarano disponibili ad offrire i servizi richiesti secondo tariffe e caratteristiche qualitative concordate;

c) i criteri per l'eventuale selezione dei soggetti fornitori sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 4.

3. Oggetto dell'acquisto o dell'affidamento di cui all'art. 6, deve essere l'organizzazione complessiva del servizio o della prestazione, con assoluta esclusione delle mere prestazioni di manodopera che possono essere acquisite esclusivamente nelle forme previste dalla legge n. 196 del 1997.

4. I comuni stipulano convenzioni con i fornitori iscritti nell'elenco di cui al comma 2, anche acquisendo la disponibilità del fornitore alla erogazione di servizi e interventi a favore di cittadini in possesso dei titoli di cui all'art. 17 della legge n. 328 del 2000.

Art. 6

Affidamento della gestione dei servizi.

1. Le regioni adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra comuni e soggetti del terzo settore nell'affidamento dei servizi alla persona di cui alla legge n. 328 del 2000 tenuto conto delle norme nazionali e comunitarie che disciplinano le procedure di affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione.

2. Nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione e di libera concorrenza tra i privati nel rapportarsi ad essa, sono da privilegiare le procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate. In tale ambito le procedure ristrette permettono di valutare e valorizzare

diversi elementi di qualità che il comune intende ottenere dal servizio appaltato.

3. I comuni, nell'affidamento per la gestione dei servizi, utilizzano il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenuto conto anche di quanto previsto all'art. 4.

4. I contratti previsti dal presente articolo prevedono forme e modalità per la verifica degli adempimenti oggetto del contratto ivi compreso il mantenimento dei livelli qualitativi concordati ed i provvedimenti da adottare in caso di mancato rispetto.

Art. 7

Istruttorie pubbliche per la coprogettazione con i soggetti del terzo settore.

1. Al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, i comuni possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare con il comune per la realizzazione degli obiettivi. Le regioni possono adottare indirizzi per definire le modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche nonché per la individuazione delle forme di sostegno.

Art. 8

Promozione e qualificazione del terzo settore.

1. Le regioni e i comuni predispongono, di concerto con gli organismi rappresentativi del terzo settore, azioni di promozione, sostegno e qualificazione dei soggetti del terzo settore mediante politiche formative, fiscali e interventi per l'accesso agevolato al credito e ai fondi europei, avvalendosi anche delle realtà e delle competenze da loro espresse.

Art. 9

Norme finali e transitorie.

1. In attesa della adozione delle norme statali e regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, previste dalla legge n. 328 del 2000, le regioni definiscono, nell'ambito degli indirizzi di attuazione del presente provvedimento, le condizioni minime e le modalità per l'instaurazione di rapporti economici tra i comuni e i soggetti del terzo settore.

2. Le disposizioni del presente provvedimento si applicano anche ai soggetti

ai quali i comuni delegano l'esercizio delle proprie funzioni, nonché ai soggetti costituiti per l'esercizio delle stesse.

3. Le regioni adottano indirizzi al fine di rendere applicabili le norme del presente provvedimento anche ai servizi ed interventi socio sanitari.

4. Le disposizioni di cui agli articoli 4, 5 e 6 del presente decreto si applicano, in quanto compatibili, ai rapporti con altri soggetti erogatori.

5. Le regioni a statuto speciale e le province autonome provvedono alle finalità del presente atto di indirizzo nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti.

DECRETO PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 3 maggio 2001*

Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003

Il Presidente della Repubblica

Visto l'art. 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13;

Visto l'art. 2, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare l'art. 18 della legge medesima che prevede l'adozione del Piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;

Vista la deliberazione preliminare del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 16 febbraio 2001;

Acquisita l'intesa con la Conferenza Unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo del 28 agosto 1997, n. 281, nella riunione del 22 febbraio 2001;

Acquisiti i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'art. 1, comma 1, lettere u) e b), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi;

Acquisiti i pareri delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali;

Acquisiti i pareri delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti;

Acquisito il parere della competente Commissione della Camera dei deputati espresso nella seduta del 28 marzo 2001, mentre la competente Commissione del Senato della Repubblica non si è espressa nei termini prescritti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell'11 aprile 2001;

Sulla proposta del Ministro per la solidarietà sociale;

Decreta:

È approvato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2001-2003.

* *Publicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 6 agosto 2001, n. 181, S.O.*

Allegato A

Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 libertà, responsabilità e solidarietà nell'Italia delle autonomie

Premessa

Il primo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 viene predisposto in tempi assai più ristretti rispetto a quelli previsti dalla legge n. 328/2000 (art. 18, comma 4), in risposta all'esigenza dell'intero sistema di definire tempestivamente 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. Il rispetto delle scadenze previste dalla legge n. 328/2000, ma anche il diffuso slancio riformatore proprio di questo particolare momento storico, impongono – da un lato – e consentono – dall'altro – la prosecuzione del percorso intrapreso, attraverso la predisposizione dei documenti di maggiore rilevanza previsti dalla legge quadro.

La scelta a favore della tempestività impone una metodologia e uno stile programmatico essenziale e selettivo, che rinuncia (in parte) alle analisi e alle argomentazioni per concentrarsi sugli orientamenti e gli indirizzi di carattere generale. D'altro canto, il pluralismo istituzionale e sociale e il principio di sussidiarietà, sanciti dalla legge quadro, richiedono che il Piano assuma la logica e le metodologie proprie della programmazione strategica e partecipata, di seguito declinate nei termini che i ricordati vincoli temporali consentono.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali non può che realizzarsi con il concorso di una pluralità di attori, istituzionali e non, pubblici e privati, rispetto ai quali sono distribuiti ruoli e responsabilità, competenze e risorse. In tale contesto, il Piano nazionale ha la funzione principale di orientare e mobilitare i diversi soggetti affinché ciascuno «faccia la propria parte» e affinché nel loro insieme si integrino, attivando una rete progettuale (prima) e gestionale (poi).

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 esigesse tanto ideali quanto di efficacia vogliono partecipata. La ricerca e costruzione in itinere del consenso a tutti i livelli e fra tutti i soggetti è infatti la più forte assicurazione perché il Piano non rimanga un messaggio scritto, ma si traduca, pur gradualmente, in cambiamento effettivo

della realtà, grazie all'azione convergente delle politiche e degli interventi sociali.

Il primo Piano sociale, a partire dal richiamo degli elementi fondanti le nuove politiche sociali (parte I), intende evidenziare gli obiettivi prioritari (parte II) ed elaborare indicazioni per lo sviluppo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali (parte III), in un orizzonte temporale che, proprio per le caratteristiche di orientamento e di promozione che il Piano assume, si estende (anche) oltre il triennio 2001-2003. Il Piano delinea inoltre le modalità e gli strumenti per il suo monitoraggio e per la verifica dei processi in atto e dei risultati via via conseguiti, al fine di permettere agli organi di governo (ai diversi livelli) di effettuare le necessarie valutazioni e di introdurre, se del caso, gli opportuni correttivi.

Attraverso questi passaggi il Piano si sforza di indicare tanto le linee e gli elementi unificanti le diverse esperienze regionali e locali, quanto gli spazi di possibile loro articolazione, differenziazione e sperimentazione nelle modalità organizzative e operative adeguate ai diversi contesti locali.

Parte I

Le radici delle nuove politiche sociali

La realizzazione del sistema integrato di cui alla legge n. 328/2000 richiede l'avvio di un profondo cambiamento culturale nella società intera.

La legge n. 328/2000 propone un sistema in cui:

- il cittadino non è solo utente,
- le famiglie non sono solo portatrici di bisogni,
- la rete non si rivolge solo agli ultimi (o ai penultimi),
- l'assistenza non è solo sostegno economico,
- l'approccio non è solo riparatorio,
- il disagio non è solo economico,
- il sapere non è solo professionale,
- gli interventi sociali non sono opzionali.

Al contrario, il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale:

- promuovendo la partecipazione attiva di tutte le persone,
- incoraggiando le esperienze aggregative,
- assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali,

- potenziando i servizi alla persona,
- favorendo la diversificazione e la personalizzazione degli interventi,
- valorizzando le esperienze e le risorse esistenti,
- valorizzando le professioni sociali,
- valorizzando il sapere quotidiano,
- promuovendo la progettualità verso le famiglie,
- prevedendo un sistema allargato di governo, più vicino alle persone.

In altri termini, il sistema integrato di interventi e servizi sociali 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 monetari a un insieme (integrato) di trasferimenti monetari e servizi in rete,
- da interventi disomogenei a livello inter e intraregionale, a livelli essenziali 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.

La legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali definisce le politiche sociali come politiche universalistiche, rivolte alla generalità degli individui, senza alcun vincolo di appartenenza.

Esse mirano ad accompagnare gli individui e le famiglie lungo l'intero percorso della vita, in particolare a sostenere le fragilità, rispondendo ai bisogni che sorgono nel corso della vita quotidiana e nei diversi momenti dell'esistenza (in relazione all'età, alla presenza di responsabilità familiari o all'esigenza di conciliare queste ultime con quelle lavorative), sostenendo e promuovendo le capacità individuali e le reti familiari. Più in generale, il sistema mira a costruire comunità locali amichevoli, favorendo, dal lato dell'offerta, gli interventi e i modelli organizzativi che promuovono e incoraggiano la libertà, e, dal lato della domanda, la cittadinanza attiva e le iniziative di auto e mutuo aiuto.

Le politiche sociali perseguono obiettivi di ben-essere sociale. Lo strumento attraverso il quale tali obiettivi sono realizzati è il Sistema integrato di interventi e servizi. La promozione delle possibilità di sviluppo della persona

umana, e non l'erogazione di prestazioni e servizi, è l'obiettivo ultimo degli interventi che gli Enti locali, le Regioni e lo Stato programmano e realizzano in coerenza con quanto disposto dalla legge n. 328/2000.

Le politiche sociali tutelano il diritto a stare bene, a sviluppare e conservare le proprie capacità fisiche, a svolgere una soddisfacente vita di relazione, a riconoscere e coltivare le risorse personali, a essere membri attivi della società, ad affrontare positivamente le responsabilità quotidiane. Il diritto a stare bene è il fondamento del diritto alle prestazioni e ai servizi sociali, i quali devono essere offerti ai livelli, secondo gli *standard* e con le modalità definite dalla normativa di riferimento.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali promuove la solidarietà sociale attraverso la valorizzazione delle iniziative delle persone, delle famiglie, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità, nonché della solidarietà organizzata. In coerenza con la legge n. 328/2000, il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 promuove lo sviluppo del *Welfare* delle responsabilità, ovvero di un *Welfare* che può essere definito plurale, perché costruito e sorretto da responsabilità condivise, in una logica di sistema allargato di governo, che valorizza il federalismo solidale in cui:

- tutti livelli di governo, Comuni, Province, Regioni e Stato, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, concorrono a formulare, realizzare e valutare le politiche sociali,
- le organizzazioni sindacali e le associazioni sociali e di tutela degli utenti partecipano a formulare gli obiettivi di ben-essere sociale e a valutarne il raggiungimento, le comunità locali, le famiglie, le persone sono soggetti attivi delle politiche sociali e, in quanto tali, svolgono un ruolo da protagonista nella progettazione e nella realizzazione del sistema,
- l'aggregazione e l'autorganizzazione degli utenti, delle famiglie, delle persone è fattore di arricchimento della rete dei servizi,
- le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che operano in campo socioassistenziale partecipano alla programmazione regionale del sistema,
- le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato accordi, concorrono alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema integrato,
- le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli altri soggetti privati

provvedono, insieme ai soggetti pubblici, all'offerta e alla gestione dei servizi. Al Comune, ente territoriale più vicino alle persone, è affidata la «regia» delle azioni dei diversi attori, in un'ottica di condivisione degli obiettivi e di verifica dei risultati.

Il diritto ad usufruire degli interventi e dei servizi del sistema integrato è riconosciuto a tutti i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e i limiti definiti dalle leggi vigenti, ai cittadini dell'Unione Europea ed ai loro familiari, nonché ai cittadini non comunitari con regolare permesso di soggiorno.

Il sistema integrato di interventi e di servizi sociali ha come primi destinatari, in un'ottica insieme di prevenzione e di sostegno, i soggetti portatori di bisogni gravi. Nella prospettiva universalistica e inclusiva della cittadinanza, il sistema quindi dà priorità (art. 2, comma 3):

- ai soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito,
- ai soggetti con forte riduzione delle capacità personali per inabilità di ordine fisico e psichico,
- ai soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro,
- ai soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali,
- ai minori, specie se in condizione di disagio familiare.

Il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali è il bisogno. La diversificazione dei diritti e delle modalità di accesso ad un determinato intervento è basata esclusivamente sulla diversità dei bisogni.

Affinché le politiche sociali siano veramente universalistiche, è necessario che le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità siano messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati. A questo scopo non basta definire graduatorie di priorità che potrebbero, da sole, avere persino un effetto di segregazione sociale. Occorre soprattutto sviluppare azioni positive miranti a facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi e alle misure disponibili. Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro sociale (al contempo attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti), di misure di accompagnamento che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle loro reti sociali e familiari.

Le Regioni e gli Enti locali sviluppano specifiche azioni affinché coloro che

hanno più bisogno e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato non vengano esclusi o, comunque, non siano ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'accesso ai servizi e agli interventi specificamente loro dedicati e a quelli universalistici. Particolare attenzione sarà riservata agli interventi a favore dei soggetti che risiedono nelle zone svantaggiate, nelle aree rurali e nei piccoli centri.

Le persone e le famiglie possono essere chiamate a concorrere al costo dei servizi universali in base alla loro condizione economica, per salvaguardare il criterio dell'equità.

L'attuazione di un sistema di servizi a rete presuppone una complessa interazione tra tutti i soggetti coinvolti, pubblici e privati. L'art. 1, comma 3 della legge n. 328/2000 attribuisce chiaramente la primaria responsabilità della programmazione e dell'organizzazione del sistema integrato all'articolazione enti locali - regioni - Stato; i commi successivi dello stesso articolo provvedono a riconoscere i vari soggetti privati che forniscono servizi e che possono assumere un ruolo attivo nella progettazione e nella realizzazione degli interventi. Il principio di sussidiarietà trova quindi attuazione in senso sia verticale sia orizzontale.

In primo luogo, risulta confermata la scelta che privilegia i comuni quali titolari delle funzioni relative ai servizi sociali offerti a livello locale (scelta già presente nel D.Lgs. n. 616/1977 e nel D.Lgs. n. 112/1998), con alcune specificazioni connesse al concetto di rete. In riferimento ai comuni, si passa dai compiti di erogazione di servizi alla attribuzione della titolarità delle funzioni (comprendenti la programmazione e la realizzazione in ambito locale; l'erogazione di servizi e prestazioni economiche; le attività di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture erogatrici; la definizione dei parametri per l'individuazione delle persone destinatarie con priorità degli interventi). Assume anche particolare rilievo la prevista partecipazione dei comuni al procedimento regionale per l'individuazione degli ambiti territoriali del sistema locale della rete di servizi. La natura delle funzioni attribuite ai comuni è ulteriormente connotata dall'elenco, non esaustivo, previsto dall'art. 6 della legge quadro.

Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato secondo quanto previsto dalla normativa e con le modalità definite dalle regioni.

Alle regioni sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica dell'attuazione del sistema inte-

grato nell'ambito territoriale di competenza. Le funzioni sono specificate all'art. 8, comma 3 della legge n. 328/2000, che contiene un elenco di compiti da attuarsi «nel rispetto di quanto previsto» dal D.Lgs. n. 112 del 1998. Essi riguardano, fra l'altro, la determinazione dei distretti (con il coinvolgimento degli enti locali interessati), la definizione di politiche integrate con gli altri settori di intervento, la promozione di modelli sperimentali e innovativi, lo sviluppo di strumenti di valutazione. Spetta, inoltre, alle regioni l'indicazione di una serie di criteri concernenti la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati e la concessione di buoni-servizio che consentano l'erogazione di prestazioni. Infine, l'accentuazione della responsabilità politica e amministrativa delle regioni nell'implementazione del sistema è alla base della previsione dei poteri sostitutivi ad esse conferiti.

Le residue funzioni statali riprendono formulazioni presenti, in primo luogo, nel D.Lgs. n. 112 del 1998 e in altre leggi in materia di servizi sociali, che limitano le competenze statali a quelle strettamente connesse ai compiti di indirizzo, coordinamento, mediante l'indicazione di standard, e di ripartizione delle risorse. I compiti indicati alle lettere a), b), c) e d) dell'art. 9, comma 1, riguardano l'indicazione dei principi e degli obiettivi delle politiche sociali, mediante l'adozione del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali che costituisce il fondamentale atto di programmazione in materia; l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi nonché dei requisiti e dei profili per le professioni sociali.

Secondo il principio della «sussidiarietà verticale», fra le Istituzioni pubbliche, «l'esercizio delle responsabilità pubbliche deve, in linea di massima, incombere di preferenza sulle autorità più vicine ai cittadini» (articolo 4 della Carta Europea).

Secondo il principio della «sussidiarietà orizzontale» fra Istituzioni pubbliche e società civile (intesa, quest'ultima, come l'insieme dei soggetti individuali e collettivi che la compongono e rispetto ai quali l'ordinamento giuridico esprime una valutazione positiva di valore), per renderne compatibile l'applicazione con l'adeguatezza del livello di risposta ai bisogni, è necessario che l'Ente Locale titolare delle funzioni sociali svolga pienamente le funzioni di lettura dei bisogni, di pianificazione e programmazione dei servizi e degli interventi, di definizione dei livelli di esigibilità, di valutazione della qualità e dei

risultati. In alcun modo la «sussidiarietà orizzontale» può essere intesa quale semplice supplenza delle istituzioni pubbliche alle carenze della società civile, ma quale strumento di promozione, coordinamento e sostegno che permette alle formazioni sociali (famiglie, associazioni, volontariato, organizzazioni non profit in genere, aziende, ecc.) di esprimere al meglio, e con la piena garanzia di libertà di iniziativa, le diverse e specifiche potenzialità. Resta in capo alle istituzioni il ruolo fondamentale di garanzia della risposta (esistenza, qualità, accessibilità).

Nei casi in cui l'intervento sociale provenga dalla comunità, esso è alternativo ai servizi sociali forniti dall'Ente pubblico, soddisfacendo direttamente il bisogno. In un quadro solidaristico che preservi le fondamentali funzioni dello stato sociale, la corretta applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale deve conservare e rafforzare il ruolo delle Istituzioni pubbliche in due direzioni:

a) sostegno costante alle risorse della società civile e ai legami solidaristici,
b) sorveglianza sul sistema di offerta complessivo, garanzie di imparzialità e completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio.

La sussidiarietà deve essere realizzata attraverso la concertazione a tutti i livelli istituzionali (a partire dalle Regioni e dagli Enti locali) con le organizzazioni sindacali che hanno il compito di formulare gli obiettivi di benessere sociale di concorrere alla programmazione degli interventi e di verificarne il raggiungimento, valorizzando il ruolo del volontariato del terzo settore nella coprogettazione e nella realizzazione dei servizi. La concertazione a tutti i livelli istituzionali è altresì volta a valorizzare tutti gli attori istituzionali (lpab) e gli attori sociali (volontariato, terzo settore) nella progettazione e realizzazione del sistema integrato.

Il Piano nazionale sociale 2001-2003 si propone di valorizzare il lavoro svolto dal Dipartimento per gli Affari Sociali, in accordo con i referenti regionali e con i ministeri di riferimento, nell'ambito della Programmazione dei Fondi strutturali 2000-2006, nella individuazione delle misure di intervento dei Quadri comunitari di sostegno nazionali e dei complementi di programmazione dei Fondi europei (obiettivi 1 e 3), nonché attraverso la predisposizione di un piano specifico di assistenza tecnica alle regioni e agli enti locali delle regioni del centro nord e del mezzogiorno.

L'assistenza tecnica del Dipartimento per gli Affari Sociali si propone quale strumento di integrazione e raccordo tra il quadro comunitario di sostegno dei fondi strutturali 2000-2006 e l'attuazione della legge quadro sull'assistenza.

Parte II

Obiettivi di priorità sociale

Premessa

Il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 ha come obiettivo la promozione del ben-essere sociale della popolazione.

La realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali è lo strumento attraverso il quale le politiche sociali perseguono gli obiettivi di benessere sociale.

Il primo Piano Nazionale Sociale individua i seguenti obiettivi prioritari:

1. valorizzare e sostenere le responsabilità familiari,
2. rafforzare i diritti dei minori,
3. potenziare gli interventi a contrasto della povertà,
4. sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le persone anziane e le disabilità gravi).

Oltre a tali quattro obiettivi, il Piano indica un quinto obiettivo riferito a una serie di interventi che per la loro rilevanza, e in coerenza con quanto previsto dalla normativa di settore, meritano specifico rilievo: l'inserimento degli immigrati, la prevenzione delle droghe, l'attenzione agli adolescenti.

Gli obiettivi non esauriscono, nel complesso, i bisogni di ben-essere sociale della popolazione. Altri bisogni, non espressamente considerati nel Piano, potranno essere assunti dagli enti locali e dalle Regioni sulla base di specifiche scelte di priorità sociale, tenuto conto dei bisogni della popolazione di riferimento.

Le Regioni, entro 120 giorni dalla entrata in vigore del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, adottano i Piani Regionali ai sensi dell'articolo 18, comma 6 della legge n. 328/2000 e secondo le modalità previste nell'articolo 3 della legge n. 328/2000.

Obiettivo 1

Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari

Con l'obiettivo 1 il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 si propone di:

- promuovere e sostenere la libera assunzione di responsabilità,
- sostenere e valorizzare le capacità genitoriali,

-
- sostenere le pari opportunità e la condivisione delle responsabilità tra uomini e donne,
 - promuovere una visione positiva della persona anziana.

1.1 - Promuovere e sostenere la libera assunzione di responsabilità

La libera assunzione di responsabilità da parte degli individui nei confronti dei più piccoli, dei più anziani, dei non autosufficienti è non solo eticamente, ma anche socialmente, un fatto positivo. Le politiche nazionali e locali devono agevolare tali atti di libertà, correggendo o eliminando tutti quei fattori che li rendono troppo gravosi o inconciliabili con altre esigenze (in particolare, anche se non esclusivamente, con quelle delle donne con carichi familiari).

Le politiche sociali devono sostenere attivamente le scelte relative all'aver uno o più figli e quelle relative all'assunzione di responsabilità verso persone parzialmente autosufficienti nella propria rete familiare.

In tutti questi campi esistono forti diversificazioni nelle politiche locali che potrebbero utilmente essere messe a confronto anche per avviare processi di apprendimento reciproco e di verifica delle «buone pratiche», pur nella consapevolezza delle specificità locali.

Da questa diversità dei punti di partenza deriva anche la necessità di definire obiettivi di breve periodo diversificati per regione. Essi andranno chiaramente identificati nei piani regionali, sia in termini di copertura (percentuali di soggetti il cui bisogno si mira a soddisfare nell'arco del triennio, tasso di variazione rispetto alla situazione di partenza), sia in termini di strumenti da attivare (tipi di servizi e interventi).

1.2 - Sostenere e valorizzare le capacità genitoriali

Il peso delle responsabilità genitoriali e, soprattutto, le difficoltà a conciliare lavoro e famiglia condizionano in modo significativo sia le scelte della coppia circa l'aver uno o più figli, sia la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

Alcuni comuni hanno iniziato a fornire un sostegno economico vuoi per coprire le spese implicate dalla nascita di un figlio, vuoi per consentire ai genitori, specie a reddito medio-basso, di poter fruire effettivamente del congedo opzionale in presenza di figli piccoli. Si tratta di misure importanti, ma che non possono essere considerate alternative all'offerta di servizi di cura ed educazione di qualità e a prezzo contenuto. Tali servizi, infatti, da un lato con-

sentono con maggior agio ad entrambi i genitori, e soprattutto all'eventuale unico genitore presente, di avere un lavoro remunerato (ovvero di assicurare nel tempo la sicurezza economica a se e ai propri figli); dall'altro costituiscono una risorsa aggiuntiva per i bambini e per i loro genitori: come spazi di socializzazione, di esposizione a esperienze e stimoli diversificati, di confronto e arricchimento personale. Possono inoltre costituire importanti strumenti di prevenzione e ascolto del disagio.

Per quanto riguarda la presenza, nei comuni, di asili nido e di servizi per minori in età prescolare e scolare, l'indagine Istat del 1997 rivela una situazione particolarmente grave. Nei piccoli comuni (meno di 5.000 abitanti), l'asilo nido è ancora molto raro (solo il 10% dei comuni del nord dispone di un asilo nido, 9% al centro e 1,9% al sud). Nei comuni medi la situazione è estremamente diversificata (si va dal 71,5% del nord al 28% del sud), mentre nei comuni più grandi il divario tra nord e sud è minore, ma ancora considerevole (92,7% al nord contro 64,8% al sud).

In tale contesto, è fondamentale il ricorso alla rete di aiuti informali, oltre che dei servizi a pagamento. Le famiglie con bimbi sono quelle che ricorrono più frequentemente agli aiuti informali, in particolare dei nonni; le famiglie con bimbi in cui la donna lavora sono quelle che ricorrono più frequentemente sia ai servizi privati sia alla rete informale (si veda in proposito l'Allegato statistico). Ciò può produrre sia elementi di costrizione e sovraccarico sulle famiglie e le loro reti informali, sia forti disuguaglianze tra famiglie e anche tra bambini a seconda della possibilità di ricorrere ad aiuti informali o a pagamento. Alla luce della situazione descritta, peraltro in maniera ancora parziale, dalle statistiche sulle responsabilità e i carichi di lavoro delle famiglie con figli, le politiche sociali devono proporsi almeno i seguenti obiettivi di carattere generale:

- a) riconoscere il costo economico legato alla presenza di uno o più figli;
- b) facilitare la conciliazione delle responsabilità genitoriali con la partecipazione al lavoro remunerato delle madri e dei padri, in un'ottica di pari opportunità e di prevenzione dalla vulnerabilità economica;
- c) sostenere, valorizzare e integrare le capacità genitoriali, fornendo strumenti per affrontare le normali fasi di cambiamento e i momenti di crisi, in un'ottica di prevenzione.

Tali obiettivi coinvolgono, in primo luogo, le politiche nazionali, in particolare quelle fiscali e di regolazione dei rapporti di lavoro e, in secondo luogo,

le politiche locali, in particolare (ma non esclusivamente) per quanto riguarda l'offerta di servizi e l'armonizzazione dei tempi delle città.

Con riguardo agli obiettivi di sostegno e potenziamento della libera assunzione di responsabilità familiari e genitoriali, e in stretto collegamento con le azioni previste per l'obiettivo 2, i piani di zona dovranno prevedere misure e servizi in ognuno dei seguenti campi:

a) interventi a sostegno della conciliazione tra responsabilità familiare e partecipazione al mercato del lavoro, in particolare per le madri (ad esempio, servizi scolastici integrati, incentivi e cooperazione con le imprese per l'adozione di orari amichevoli), anche in collegamento con la legge 8 marzo 2000;

b) servizi di cura per i bambini, sviluppando le opportunità e la logica della legge n. 285/1997;

c) agevolazioni e misure di sostegno economico a favore delle famiglie con figli (ad esempio, nelle politiche tariffarie o abitative);

d) forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli minori che presentano particolari carichi di cura (ad esempio, famiglie con un solo genitore o con un minore con handicap grave);

e) strumenti di incentivazione dell'affidamento familiare nei confronti di minori in situazione di forte disagio familiare e per i quali è impossibile, anche solo temporaneamente, rimanere presso la propria famiglia;

f) misure di sostegno alle responsabilità genitoriali (ad esempio, centri per le famiglie e consultori pedagogici, entrambi aperti anche ai gruppi di auto e mutuo aiuto).

All'interno delle politiche di sostegno alle responsabilità familiari, specifica attenzione deve essere dedicata alle famiglie che, di fronte alle responsabilità genitoriali, si trovano in condizioni di particolare difficoltà; ciò attraverso sia lo sviluppo di servizi (anche domiciliari) che sostengano le competenze genitoriali sia (quando queste misure non sono sufficienti a garantire la sicurezza e lo sviluppo dei minori) il ricorso temporaneo all'affido.

I piani di zona devono indicare gli obiettivi di breve e medio periodo, e gli strumenti adottati per la realizzazione degli obiettivi.

1.3 - Sostenere le pari opportunità e la condivisione delle responsabilità tra uomini e donne

La responsabilità di una famiglia comporta un rilevante carico di lavoro sulla donna: il 48% delle donne occupate lavora più di 60 ore a settimana, tra lavo-

ro domestico e extradomestico (contro il 20% degli occupati). Il carico di lavoro è maggiore per le donne lavoratrici con bimbi piccoli. Fra le 637 mila coppie con bimbi piccoli (da 0 a 2 anni) in cui la donna lavora, ben il 64% delle donne lavora più di 60 ore a settimana. E fra quelle in cui il bimbo più piccolo ha tra i 3 e i 13 anni e la madre lavora (oltre 1 milione di famiglie), il 58% delle donne lavora più di 60 ore a settimana (Allegato statistico).

Le responsabilità familiari sono la principale causa di abbandono dell'attività lavorativa da parte delle donne: tra quelle con due figli, una su cinque ha abbandonato il lavoro in occasione della nascita di un bimbo, addirittura una su quattro se in età compresa tra 25 e 34 anni (Allegato statistico). Inoltre, nonostante la normativa a tutela della maternità, una percentuale significativa di donne interrompe il rapporto di lavoro nel periodo di maternità protetta (circa il 10% in media e oltre il 15% in alcune regioni come il Veneto, la Lombardia, il Trentino Alto Adige) (si veda l'Allegato statistico).

Nel rispetto delle libertà di scelta individuale, e nella consapevolezza che esistono diversi modelli culturali e valoriali di famiglia, il Piano nazionale Sociale 2001-2003 propone che le Regioni e gli enti locali nel progettare il sistema integrato di interventi e servizi affrontino esplicitamente (anche tramite l'ampliamento dell'offerta dei servizi di cura, la piena attuazione della legge 8 marzo 2000, la collaborazione con i comitati pari opportunità nazionale e locali) il problema relativo all'abbandono del lavoro da parte delle donne: a) nel periodo di maternità protetta e b) in occasione della nascita di un figlio. Le statistiche disponibili (vedi allegato statistico) consentono alle diverse regioni di conoscere la propria posizione di partenza e il divario rispetto alla media nazionale e rispetto alle regioni con le posizioni più favorevoli (verso le quali le regioni e i comuni devono puntare).

1.4 - Promuovere una visione positiva della persona anziana

La dinamica demografica pone l'Italia fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani. All'1.1.2000 le persone di età superiore ai 65 anni sono oltre 10 milioni, pari al 18% della popolazione. I grandi vecchi, di età superiore agli 80 anni, rappresentano il 22% degli anziani. L'allungamento dell'aspettativa di vita (sono stati aggiunti più di trent'anni alla vita media dall'inizio del XX secolo), insieme alla riduzione del tasso di fecondità totale (il numero di nati per donna in età feconda è stato nel 1998 di 1,19, tra i più bassi al mondo) ha portato l'Italia ad essere il primo Paese in cui la popolazione degli ultra

sessantacinquenni ha superato quella dei giovani con meno di 15 anni (tab. 1, Allegato statistico).

L'invecchiamento della popolazione, soprattutto in alcune regioni e comunità locali, sta modificando fortemente le reti familiari e l'insieme dei bisogni cui esse tradizionalmente facevano fronte. Le famiglie con almeno un anziano sono (secondo l'indagine Multiscopo dell'Istat) il 34,8% del totale (con un solo anziano nel 22,9% dei casi, con due o più anziani nell'11,9% - vedi Allegato statistico). Tale situazione è ulteriormente complicata dall'instabilità matrimoniale, dalla crescente diversificazione dei modi di «fare famiglia», oltre che dalla mobilità territoriale delle generazioni giovani e adulte (per lo più per motivi legati al lavoro).

Gli anziani che vivono soli sono oltre 2,6 milioni (il 27% degli anziani), di cui l'81% donne. La variabilità territoriale è molto accentuata, si passa dal 20% di anziani soli in Sardegna al 34% in Val d'Aosta. Una così alta percentuale di single non deve peraltro essere interpretata come indice di isolamento. Al contrario, segnala sia l'adesione ad un modello di autonomia nella vita quotidiana reso possibile anche dalle migliorate condizioni di salute in età anziana, sia l'esistenza di forti reti parentali che consentono autonomia senza abbandono. Il 24% degli anziani soli riceve aiuti informali e (soltanto) il 5% riceve aiuti dal Comune o da altri enti ed istituzioni.

Particolarmente a rischio appaiono 555 mila anziani soli che non hanno figli, fratelli, sorelle, oppure hanno figli che vedono solo raramente. Il 77% di questi è al di fuori di qualunque rete di aiuto (allegato statistico).

A fronte di tale situazione, va peraltro osservato che aumenta il numero di persone anziane che contribuiscono attivamente alla vita sociale o che offrono un sostegno (aiuto) informale alla famiglia. Il 58% dei nonni pari a circa 6,3 milioni di persone - ha almeno un nipote con meno di 14 anni. La maggioranza dei nonni con nipoti piccoli contribuisce alla loro cura. Infatti, complessivamente, l'84,2% dei nonni si prende cura dei nipoti almeno in qualche occasione. Le nonne sono più spesso partecipi della vita quotidiana dei nipotini: solo il 13% delle nonne non si occupa mai di loro. Ben il 29,8% dei nonni si occupa dei nipoti mentre i genitori lavorano, ma sono soprattutto quelli meno istruiti ad essere più spesso impegnati in questa attività. I nonni con maggiori livelli di istruzione sembrano invece più spesso occupati con i nipotini in occasioni di svago (per il tempo libero dei genitori e durante le vacanze).

Emerge un segmento maggioritario di nonni che si cura dei nipoti occasio-

nalmente o in momenti di emergenza. Il segmento dei nonni impegnati a tempo pieno nella cura dei nipoti appare dunque minoritario. I nonni «a tempo pieno» sono di più nel Nord del Paese, ove sono più alti i tassi di occupazione femminile, a conferma del fatto che, in assenza di servizi adeguati, sono le reti familiari a consentire la conciliazione tra partecipazione al lavoro e responsabilità familiari, esigenze di reddito ed esigenze di cura.

L'invecchiamento è un processo naturale che riguarda tutte le persone e che si sviluppa in modo differenziato secondo i contesti sociali, culturali e familiari nei quali esso avviene. Non si tratta di un processo omogeneo e lineare: le condizioni che esprimono la vecchiaia sono diverse, come sono diversi i bisogni ad essa correlati. Dal punto di vista funzionale ci sono situazioni di totale autonomia e situazioni di totale dipendenza. Rispetto ai legami con la comunità, e quindi ai meccanismi di appartenenza sociale, mentre aumentano le persone anziane che contribuiscono alla vita sociale permangono situazioni di debolezza e fragilità dipendente dall'indebolimento dei ruoli sociali.

L'invecchiamento si sviluppa all'interno delle reti familiari e nei contesti comunitari, per cui implica l'assunzione di precise responsabilità da parte delle componenti giovani e adulte della famiglia, relativamente ad ognuna delle varie fasi in cui si sviluppa l'invecchiamento e non soltanto nel momento in cui si manifesta la dipendenza in rapporto a condizioni di non autonomia.

Nella famiglia tali responsabilità riguardano di norma i figli, indipendentemente dalla condizione di convivenza, figli che a loro volta possono già essere coinvolti in un loro processo di invecchiamento. È in aumento la quota di anziani (per lo più donne) che ha responsabilità di cura nei confronti di altri anziani nella generazione precedente. Riconoscere e valorizzare il rapporto di tutela e di sostegno che i figli possono offrire ai genitori anziani, comporta offrire ai figli una serie di servizi e di aiuti, destinati ad integrare il lavoro di cura (quotidianamente o per periodi di sollievo), a sostenere psicologicamente la persona, a offrire risorse economiche (quando necessarie) per far fronte ai maggiori impegni. Occorre inoltre tenere presente che la forma della famiglia e delle reti familiari cambia lungo il ciclo di vita e che vi sono individui e famiglie nucleari che possono trovarsi a contare solo sulle proprie risorse ristrette, mentre altri possono vivere da soli, ma contando su una più o meno fitta rete di relazioni familiari.

È assodato che la crescente necessità di differenziare i servizi rivolti alla popolazione anziana nasce non tanto, e non solo, dalla carenza di risorse in rap-

porto al sempre crescente numero di potenziali utenti, quanto al maturare di una nuova coscienza circa la necessità di restituire alle persone anziane il potere di autodeterminazione, cioè di scegliere tra i vari servizi possibili quello più rispondente alle proprie preferenze, fermo restando l'appropriatezza dello stesso e la valutazione del rapporto costi/benefici per quanto a carico della collettività. In particolare occorre che l'anziano non sia visto solo come soggetto passivo, ma al contrario sia recuperato il ruolo fondamentale dell'anziano, come memoria, come saggezza, come capacità di ridefinire le priorità dei valori, all'interno della società.

Il complesso di fenomeni legati ai mutamenti demografici e sociali richiede una forte innovazione e diversificazione nell'offerta di servizi e interventi nonché nella creazione di sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni di auto e mutuo aiuto, volontariato. Richiede anche di guardare alla famiglia in modo non statico e omogeneo, prestando attenzione alle risorse e potenzialità effettivamente disponibili, ma anche ai vincoli e alle difficoltà di tipo organizzativo e relazionale ed ai rischi di impoverimento e dipendenza che può provocare per alcuni soggetti un troppo esclusivo affidamento alla solidarietà familiare.

In una logica analoga vanno valorizzate e sostenute le risorse che la stessa comunità può mettere a disposizione, in particolare attraverso le associazioni e i gruppi di volontariato (anche di volontariato anziano), secondo principi di solidarietà (inter ed intragenerazionali).

Le politiche nei confronti della popolazione anziana possono qualificarsi con programmi improntati ad una visione positiva dell'età anziana, promuovendo una cultura che valorizzi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale, garantendo condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi.

Le politiche sociali devono proporsi almeno i seguenti obiettivi:

- sostenere le famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela dell'autonomia della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza),
- innovare e diversificare l'offerta di servizi e interventi,
- riconoscere il diritto dell'anziano a scegliere dove abitare.

Tali obiettivi coinvolgono le politiche nazionali, in particolare quelle fiscali (di riconoscimento delle spese per l'adeguamento delle abitazioni alle esigenze delle persone anziane e delle spese per l'assistenza) e le politiche locali, in

particolare (ma non esclusivamente) per quanto riguarda l'offerta e l'innovazione dei servizi.

Il Piano nazionale Sociale 2001-2003 propone che le Regioni e gli enti locali nel progettare il sistema integrato di interventi e servizi affrontino esplicitamente il problema relativo al sostegno alle famiglie con a carico persone anziane non autosufficienti prevedendo specificamente misure e interventi volte a:

- potenziare i servizi di assistenza domiciliare, prevedendo, in ogni caso, almeno un servizio in ogni comune (o consorzio di comuni),
- sviluppare l'offerta di servizi di sollievo, prevedendo, in ogni caso, almeno un servizio in ogni comune o consorzio di comuni.

Le statistiche disponibili (vedi allegato statistico) consentono alle diverse regioni di conoscere la propria posizione di partenza nonché il divario rispetto alla media nazionale.

Gli interventi sociali a sostegno delle persone anziane ed in particolare delle persone anziane non autosufficienti devono coordinarsi con il Progetto Obiettivo Anziani in particolar modo con le politiche di integrazione tra sanità ed assistenza così come definito dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento relativo alla integrazione socio-sanitaria.

Con riguardo all'obiettivo di promozione di una visione positiva dell'anziano, e in stretto collegamento con quanto delineato per l'obiettivo 1 e l'obiettivo 4, i piani di zona dovranno prevedere misure e servizi in ognuno dei seguenti campi: istituzione, d'intesa con le organizzazioni delle persone anziane, di un servizio civile, al quale partecipano le persone anziane (insieme ai più giovani) al fine di valorizzarne le esperienze e competenze;

- servizi di assistenza domiciliare (anche integrata con i servizi sanitari) con personale qualificato, con particolare attenzione allo sviluppo delle capacità relazionali degli operatori nel leggere le richieste non formulate o le sofferenze inesprese e nel saper dare risposte che tengano anche in considerazione il bisogno di ascolto;
- centri diurni che sappiano coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta di attività riabilitative, ricreative; di socializzazione sia per persone non autosufficienti fisiche sia per affetti da demenza senile o morbo di Alzheimer;
- servizi a sostegno della domiciliarità, trasporti adeguati che permettano una sufficiente mobilità e l'autonomia nelle attività quotidiane;
- mini-alloggi per gli anziani che per la posizione territoriale (es. montagna)

o per lo stato della propria abitazione siano impossibilitati a rimanervi (per alcuni periodi o definitivamente);

- ospitalità temporanea, da un giorno a un massimo di tre mesi, nelle strutture residenziali, in posti associati ai centri diurni, al fine di risolvere urgenti necessità familiari o per sollievo alla famiglia ospitante, affinché possa soddisfare bisogni essenziali del nucleo ed in particolare dei minori presenti;

- affidamento a famiglie selezionate anche sulla compatibilità reciproca relativa ad abitudini di vita, a gusti, ad ambito territoriale;

- offerta di attività di volontariato o di utilità sociale in particolare favorendo lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto in tutti i settori del bisogno sociale;

- apertura delle strutture residenziali e diurne alla comunità locale nella quale sono inseriti e promozione di incontri intergenerazionali in particolare tra bambini e anziani;

- soggiorni marini o in altre località, anche per persone non autosufficienti sia ricoverate in strutture sia residenti al proprio domicilio.

Obiettivo 2

Rafforzare i diritti dei minori

Con l'obiettivo 2, il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 si propone di consolidare le risposte per l'infanzia e per l'adolescenza, in una logica di rafforzamento dei diritti dei minori, compresi gli immigrati.

2.1 - Consolidare e rafforzare le risposte per l'infanzia e l'adolescenza

La diminuzione della natalità, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del tasso di occupazione della donna, talvolta la crisi dei rapporti coniugali, stanno introducendo rapidi mutamenti nella struttura familiare e nella condizione dei minori. Oggi i bambini ed i ragazzi, soprattutto nel nord del paese, hanno raramente molti fratelli e cugini mentre dispongono di un maggior numero di nonni e bisnonni con i quali passano molto tempo e dai quali vengono spesso accuditi. In questo quadro, la condizione e i bisogni dei minori sono in rapido cambiamento; stanno anche emergendo nuove fragilità e disagi evolutivi che, in molti casi, a causa del progressivo aumento delle condizioni di povertà, sfociano in difficoltà conclamate.

La legge n. 328/2000 precisa (art. 22, comma 1, lettera c) che gli interven-

ti per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché gli interventi a sostegno dei minori in situazione di disagio rientrano nel «livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi». La legge precisa inoltre che gli interventi del sistema integrato sono realizzati secondo le finalità della legge n. 285/1997 (diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza). Si tratta di una precisazione importante, perché volta a recepire la legge n. 285/1997 che nelle sue finalità, si ispira alla convenzione dell'Onu sui diritti del fanciullo.

Gli interventi per infanzia ed adolescenza vanno pertanto inquadrati in una logica di esigibilità dei diritti e di costruzione di opportunità. Le politiche si rivolgono tanto a situazioni di disagio conclamato e di disadattamento, quanto al cosiddetto «disagio evolutivo». Nella progettazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza è importante passare dalla progettazione di singoli servizi alla progettazione di politiche pubbliche di territorio, organiche e di comunità, che tengano conto delle esigenze delle nuove generazioni in una logica – al contempo – promozionale, preventiva (primaria e secondaria) e curativa, nella prospettiva di sostenere ed accompagnare i minori verso uno sviluppo evolutivo sano. Le politiche sociali per infanzia e adolescenza si propongono inoltre, con iniziative di sostegno alla genitorialità, di formare ed accompagnare gli adulti più vicini ai bambini ed ai ragazzi.

Lo strumento strategico per la costruzione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, per il loro consolidamento e la loro qualificazione è il Piano territoriale di intervento per l'infanzia e l'adolescenza (L. n. 285/1997, art. 2, comma 2).

Il Piano territoriale di intervento per l'infanzia e l'adolescenza si propone infatti di:

dare compiuta attuazione al Piano d'Azione nazionale elaborato dall'Osservatorio Nazionale sull'infanzia e l'adolescenza ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1997, n. 451;

consolidare e dare più organicità agli interventi preesistenti rivolti a bambini e ragazzi, valutando costantemente la loro appropriatezza e adeguatezza, evidenziare sul territorio nuovi bisogni e nuove attese delle giovani generazioni, promuovere interventi innovativi che rispondano a tali bisogni e attese, promuovere idee ed iniziative sperimentali per conoscere nuovi bisogni e aprire nuovi fronti di soddisfazione delle esigenze delle nuove generazioni.

Alla costruzione del Piano territoriale partecipano, nel medesimo territorio,

tutti gli attori istituzionali e della società civile coinvolti nell'erogazione delle politiche per i minori.

Il Piano territoriale per l'infanzia e l'adolescenza è costruito in stretta connessione con gli altri strumenti strategici di programmazione locale, previsti dalla legge n. 328/2000 (in particolare, il Piano di zona e la Carta dei servizi sociali). È importante che l'ente locale (comune capofila o associazione di Comuni) si ponga in un'ottica di regia di tale processo progettuale, investendo energie e risorse.

È altrettanto importante che gli altri livelli di governo (Province, Regioni, Dipartimento per gli Affari Sociali) sostengano questo processo con adeguati accompagnamenti ed interventi di promozione, assistenza tecnica e formazione, che rappresentano condizione essenziale per utilizzare a pieno gli strumenti e le opportunità di sviluppo, anche culturale, delle politiche italiane per l'infanzia e l'adolescenza.

In particolare si propone la prosecuzione e l'implementazione dei positivi rapporti tra regioni, enti locali ed il Centro Nazionale di documentazione ed analisi sull'infanzia e l'adolescenza previsto dall'articolo 3 della citata legge n. 451/1997.

In stretto collegamento con quanto indicato per il sostegno alle responsabilità familiari e la conciliazione tra responsabilità familiari e lavorative, le politiche sociali devono proporsi almeno i seguenti obiettivi, da realizzare nel triennio 2001-2003:

1. attivazione di forme di partecipazione degli adolescenti alla vita della loro comunità locale,
2. creazione di spazi di socializzazione e per il tempo libero «protetti», anche in collaborazione con gli istituti scolastici,
3. rafforzamento ed estensione dell'affidamento familiare come modalità di risposta al disagio familiare, in alternativa alla istituzionalizzazione,
4. programmazione di campagne informative e di consulenza sulle dipendenze e sulle possibilità di affrancamento da esse, in particolare mediante gruppi di auto-mutuo aiuto,
5. realizzazione di almeno una struttura di accoglienza per minori a carattere familiare (art. 22, comma 2, lett. c) per ciascun ambito territoriale definito dalla Regione,
6. attivazione di servizi quali educatori di strada e simili.

Ogni regione, sulla base degli obiettivi che precedono, provvederà ad istituire un osservatorio generale, in collaborazione con le province, dello stato dei servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza, a seguito del quale, entro il primo anno di vigenza del Piano nazionale, individuerà con gli enti locali le priorità di istituzione dei servizi, modulate sulle caratteristiche demografiche, territoriali, socio-culturali.

Il Piano regionale ed i piani di zona stabiliranno gli obiettivi concretamente raggiungibili per ciascun anno di vigenza del Piano.

Con riguardo all'obiettivo di consolidare le risposte per l'infanzia e l'adolescenza, e in stretto collegamento con quanto delineato per l'obiettivo 1, i piani di zona dovranno prevedere lo sviluppo di misure e servizi in ognuno dei seguenti campi:

- servizi di tipo prescolastico, a completamento della rete di scuole per l'infanzia, gestiti con la partecipazione dei genitori;
- realizzazione di servizi per la prima infanzia, attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi d'infanzia e di servizi ad essi integrativi che consentano una risposta qualificata e flessibile a bisogni sociali ed educativi diversificati;
- offerta di spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni, con genitori, nonni, ecc., anche con la presenza di operatori di supporto alle funzioni genitoriali;
- luoghi di gioco «guidato», accessibili anche ai bambini residenti in zone ad alta dispersione, mirato a favorire la socializzazione, la tolleranza, il rispetto e un rapporto positivo con se stessi e con il mondo circostante;
- sostegno psicologico e sociale per nuclei famigliari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti, attraverso interventi di prevenzione primaria e a forte integrazione sociosanitaria;
- servizi di cura e recupero psico-sociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze, anche sessuali, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- servizi di sostegno per i minori sottoposti ad abusi;
- servizi di supporto per gli studenti con difficoltà di apprendimento, anche come aiuto alla famiglia nel seguire il percorso scolastico del figlio;
- offerta di spazi e stimoli ad attività di particolare interesse da parte degli adolescenti, con la presenza di persone di altre generazioni, con o senza la presenza di operatori qualificati, per assicurare l'inclusione sociale, le pari

opportunità, nonché lo sviluppo di capacità di autogestione degli spazi e delle attività;

– percorsi sperimentali di formazione ed inserimento lavorativo che assecondino le capacità, la creatività, le positive aspirazioni dei giovani, soprattutto di quelli a rischio di devianza, riducendo il divario di opportunità rispetto ai coetanei inseriti in contesti sociali più favorevoli;

– luoghi di ascolto immediatamente accessibili, al di fuori dei consueti spazi istituzionali e preferibilmente interni o attigui ai luoghi abitualmente frequentati, che permettano ai giovani di conoscere, instaurando rapporti di fiducia ed amicali, operatori esperti cui esprimere le proprie difficoltà;

– gruppi appartamento per adolescenti, anche non ancora maggiorenni, previo nullaosta del Tribunale dei Minori, privi di validi supporti familiari, eventualmente accompagnati da operatori esperti nel percorso di autonomia.

I servizi sopra indicati dovranno fare riferimento alle esperienze già avviate nell'applicazione della L. n. 285/1997, consolidandone gli obiettivi e la metodologia, e perfezionando la qualità degli interventi, anche attraverso la conoscenza e la valutazione delle sperimentazioni effettuate.

Obiettivo 3

Potenziare gli interventi a contrasto della povertà

Con l'obiettivo 3, il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 si propone di potenziare gli interventi volti a contrastare la povertà (e in particolare le povertà estreme) e a restituire alle persone le capacità di condurre una vita con dignità. Il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale è uno degli obiettivi strategici ripetutamente indicati dal Consiglio Europeo, in particolare da quello del 17 dicembre 1999 e quello del marzo 2000 a Lisbona, e ancora nell'accordo sull'agenda sociale europea approvata a Nizza nel novembre 2000. In occasione del Consiglio Europeo di Lisbona si è concordato che ciascun paese metterà in campo un piano di azione nazionale di contrasto alla povertà, in cooperazione con la Commissione. Tali piani di azione dovranno contenere obiettivi di breve e medio termine specifici e l'indicazione degli strumenti messi in campo. È fatta esplicita menzione sia della competenza specifica dei governi locali sia della necessità di coinvolgere le associazioni non lucrative come soggetti particolarmente attivi.

In Italia si trova in condizione di povertà relativa (cioè consuma meno della metà del consumo medio pro-capite) l'11,9% delle famiglie: 2.600.000 di famiglie, pari a 7.500.000 persone. Se guardiamo alla povertà assoluta (cioè alla impossibilità di soddisfare bisogni essenziali) la percentuale scende, ma rimane significativa: essa coinvolge il 4,8% delle famiglie (pari a circa 1.038.000 famiglie). La povertà è concentrata nel Mezzogiorno e nelle isole, ove risiede il 66% delle famiglie povere. È inoltre concentrata nelle famiglie numerose, con quattro, e soprattutto cinque o più, componenti, specialmente se tra questi ci sono tre o più figli minori. Anche le famiglie in cui c'è almeno un anziano sono più vulnerabili alla povertà, toccando il 15,7%. Infine vi è un nesso stretto tra mancanza di lavoro della persona di riferimento e povertà della famiglia: è povero il 28,7% delle famiglie in cui la persona di riferimento è in cerca di lavoro. Anche se vi sono famiglie povere anche là dove la persona di riferimento è lavoratore dipendente (9%) o autonomo (7%).

Gli interventi di contrasto alla povertà riguardano innanzitutto le politiche attive del lavoro e di sviluppo locale e le politiche formative. In parte riguardano anche le politiche di conciliazione tra partecipazione al mercato del lavoro e responsabilità di cura familiare, nella misura in cui molta povertà è dovuta all'esclusivo impegno domestico delle madri, specie nel caso di famiglie con un solo genitore e nelle famiglie numerose. Anche le misure di sostegno economico alla crescita dei figli costituiscono una forma di prevenzione e contrasto della povertà, in quanto correggono la potenziale inadeguatezza del reddito familiare rispetto al numero di persone che da questo dipendono.

In questa prospettiva è importante che le iniziative di sviluppo locale, incluse quelle che si avvalgono dei fondi europei, si pongano esplicitamente (anche) obiettivi di contrasto e prevenzione della povertà, individuando sia i soggetti potenzialmente più vulnerabili, sia gli strumenti più adatti a sostenerne le potenzialità (in termini di occupabilità, ma anche di capacità di condurre una vita dotata di senso per sé e per altri, di possibilità di sostenere relazioni significative e di assumere responsabilità verso altri).

Se un'occupazione adeguatamente remunerata è la via maestra per contrastare la povertà, non sempre in un momento e in un contesto dato vi è una domanda di lavoro sufficiente a coprire l'offerta e non sempre chi si trova in povertà è immediatamente in grado di accettare una eventuale occupazione (per formazione inadeguata, per fragilità fisica o psichica, per gravosità del carico familiare di cura). Inoltre vi è chi è povero nonostante abbia una occu-

pazione, perché la remunerazione non è adeguata ai bisogni familiari o anche solo ai bisogni individuali. Come hanno mostrato molte ricerche italiane e straniere, infatti, i motivi per cui si entra in povertà sono diversificati, così come lo sono le risorse per uscirne. Di questa diversificazione devono tenere conto le politiche per essere efficaci, non tanto per quanto riguarda il sostegno economico, ma per quanto riguarda le misure di accompagnamento sociale e il tipo di patti che si stipulano con i beneficiari del sostegno economico.

La legge quadro, all'art. 23 stabilisce che, tramite un apposito provvedimento legislativo, venga esteso su tutto il territorio nazionale il Reddito Minimo di Inserimento, RMI, attualmente in corso di sperimentazione in un limitato numero di Comuni italiani come misura di sostegno al reddito e di integrazione sociale rivolta a chi si trova al di sotto di una determinata soglia di reddito familiare. Ciò consentirà anche al nostro Paese di ottemperare alla raccomandazione europea del 1992 relativa all'impegno di ogni Paese a fornire a tutti i cittadini la garanzia di un livello minimo di risorse e prestazioni sufficiente a vivere conformemente alla dignità umana.

In assenza di una misura nazionale di sostegno al reddito di ultima istanza, i governi locali (regionali, provinciali e comunali) hanno sviluppato negli anni modalità di intervento fortemente diversificate nel livello di sostegno, nei soggetti beneficiari, nella durata dei benefici. Tale diversificazione raramente è spiegabile con la diversità dei bisogni; viceversa produce forti disuguaglianze tra cittadini a parità di bisogno oltre che forme di discrezionalità difficilmente accettabili.

Nel breve periodo, in attesa che il Reddito Minimo di Inserimento venga messo a regime, è quindi necessario che i governi locali inizino a modificare i propri sistemi di assistenza economica nella prospettiva di intervento prevista dal RMI: uniformità e chiarezza dei criteri di accertamento del reddito, riferimento al bisogno e non alla appartenenza categoriale, orientamento alla valorizzazione delle capacità e potenzialità dei soggetti, sviluppo di forme di accompagnamento sociale in collaborazione con i diversi soggetti pubblici, non lucrativi e privati presenti sul territorio, inserimento di queste attività nei piani di sviluppo locale.

Il reddito minimo di inserimento è in prospettiva lo strumento di base di una politica di alleviamento della povertà per chi, in modo più o meno temporaneo, non ha le risorse personali o le opportunità necessarie per essere eco-

nomicamente autonomo. Ad esso devono accompagnarsi politiche di sostegno e incentivazione alla formazione (per i giovani) e alla riqualificazione (per gli adulti), di facilitazione all'accesso all'abitazione per le famiglie a basso reddito (anche in collegamento con le misure nazionali), di facilitazione all'utilizzo dei servizi sociali, formativi e sanitari da parte di chi si trova in condizioni di particolare vulnerabilità. In attesa dell'estensione del RMI su base nazionale, gli enti locali potranno e dovranno iniziare a ridefinire la propria attività anche in questi settori, indicando nei propri piani gli obiettivi di medio e breve termine rispetto alla situazione di partenza.

Tra coloro che si trovano in situazione di grave disagio economico e di rischio di esclusione sociale particolare attenzione va prestata alle persone senza dimora. A queste persone vanno dirette specifiche misure sia per favorirne l'inserimento e il reinserimento nei servizi (inclusi quelli sanitari), sia per accompagnarle in un percorso di recupero delle capacità personali e relazionali, sia infine per affrontarne i bisogni di sopravvivenza fisica.

In questa prospettiva la legge quadro ha indicato le persone senza dimora tra i beneficiari prioritari del RMI a regime (nel suo duplice aspetto di sostegno al reddito e di accompagnamento sociale) e ha allocato un finanziamento *ad hoc* per due anni, per sollecitare i governi locali, specie metropolitani, ad attivare una gamma articolata di misure e servizi specifici.

Tali indicazioni vanno nella direzione indicata dal Consiglio Europeo il quale, con riferimento ai piani nazionali di azione per l'inclusione sociale che anche il nostro Paese dovrà predisporre, ha precisato le seguenti direttrici di sviluppo:

1. la promozione della partecipazione al lavoro e dell'accesso, da parte di tutti, alle risorse, ai diritti, ai beni e ai servizi,
2. la prevenzione dei rischi di esclusione,
3. l'azione a favore dei più vulnerabili,
4. la mobilitazione dell'insieme degli attori.

Il Piano nazionale sociale 2001-2003, in coerenza con quanto sancito dalla legge n. 328/2000 e in linea con gli orientamenti del Consiglio europeo, si propone i seguenti obiettivi:

- promuovere l'inserimento nei piani di zona delle azioni a contrasto della povertà,
- estendere e uniformare progressivamente le forme di sostegno al reddito di chi si trova in povertà,
- creare le condizioni organizzative e professionali necessarie per la messa a regime del RMI,

-
- sviluppare forme di accompagnamento sociale e di integrazione sociale personalizzate, mirate – ove possibile – al raggiungimento della autonomia economica,
 - ridurre l’evasione scolastica.

A tal fine, i piani di zona dovranno prevedere, attraverso il coinvolgimento attivo dei destinatari e previa precisazione delle condizioni organizzative, tecniche e professionali più adeguate all’attuazione delle politiche di contrasto della povertà, lo sviluppo di misure e interventi nei seguenti campi:

- avvio di forme di collaborazione tra scuole e servizi sociali al fine di prevenire l’evasione scolastica e di sostenere la frequenza,
- sviluppo di servizi di accompagnamento sociale,
- avvio di una razionalizzazione delle forme di sostegno al reddito esistenti,
- sperimentazione, sotto la regia delle regioni, di forme di erogazione di «pacchetti di risorse» (integrazione del reddito, accesso gratuito ai trasporti, aiuti per il pagamento delle utenze e per l’acquisto di alcuni beni di consumo, ecc.) alle famiglie e agli individui in condizione di povertà,
- avvio di sperimentazioni di «contratti di inserimento» con i beneficiari d’aiuti economici, in collaborazione con i diversi soggetti presenti sul territorio,
- rilevazione delle condizioni di povertà a livello locale.

Per quanto riguarda i «senza dimora», il presente Piano indica quale obiettivo specifico la generalizzazione sul territorio di servizi e azioni che consentano di prendere contatto con i senza dimora e di offrire loro condizioni di riduzione del danno e percorsi di recupero. A tal fine, i piani di zona dovranno prevedere lo sviluppo di misure volte a:

- approntare, per i diversi livelli subterritoriali (quartieri/zone di particolare frequentazione dei senza dimora), almeno un servizio di bassa soglia,
- sviluppare almeno un servizio di seconda accoglienza e di accompagnamento,
- avviare iniziative di collaborazione tra servizi sociali, sanitari, del lavoro (oltre che con il volontariato) per consentire il progressivo re-inserimento nei servizi di tutti.

Obiettivo 4

Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, in particolare gli anziani e le disabilità gravi

Con l’obiettivo 4, il Piano nazionale si propone in particolare di:

– favorire la permanenza a domicilio, o l’inserimento presso famiglie, persone o strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, di persone anziane e/o disabili con problemi di non auto sufficienza, in particolare delle disabilità gravi, sostenendone l’autonomia e limitando quanto più possibile il ricorso all’istituzionalizzazione,

– sostenere i nuclei familiari nelle responsabilità di cura domiciliare di persone anziane e/o disabili non autosufficienti, in particolare di quelli gravi.

Dall’indagine multiscope dell’Istat sulle condizioni di salute emerge che nel 1999 i disabili sono il 5% della popolazione di 6 anni e più, oltre 2,6 milioni di persone. Il dato si riferisce alla popolazione che vive in famiglia e non tiene conto delle persone residenti permanentemente in istituto.

Le persone con disabilità sono prevalentemente concentrate tra gli anziani (73,2%, per un totale di 1,9 milioni di persone), per i quali il rischio di malattie, in particolare di quelle invalidanti, aumenta esponenzialmente con il passare degli anni. Tra le persone di 65-74 anni, i disabili sono il 9,3%, passano al 20,7% tra 75 e 79 anni, per arrivare al 47,5% tra le persone con più di 80 anni. Vanno comunque considerati i disabili non anziani: 87 mila minori, 127 mila persone tra 18 e 34 anni e 505 mila persone tra 35 e 64 anni (vedi allegato statistico).

Considerando i diversi livelli di disabilità, quello più grave è rappresentato dal confinamento che implica la permanente costrizione a letto o su una sedia con livelli di autonomia pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico. Risultano confinati il 2,2% delle persone di 6 anni e più (tra le persone di più di 80 anni il tasso raggiunge il 24%).

Complessivamente, possono essere considerati disabili gravi 1,5 milioni di persone (2,8%); sono state considerate tra queste i confinati a letto o su una sedia, le persone con molti problemi (cioè coloro che presentano almeno due tipologie di problemi tra difficoltà nelle funzioni, nel movimento, nella vista, udito, parola) e i confinati a casa che non sono autonomi nella gestione di soldi, nell’uso del telefono, dei mezzi di trasporto e nell’assunzione delle medicine.

La centralità della famiglia nella cura della malattia e nella tutela della salute è un dato consolidato. Le famiglie con almeno un disabile sono 2 milioni 396 mila, l’11,2% del totale; in 246 mila famiglie vive più di un disabile. Le famiglie con almeno un disabile grave sono 1 milione 403 mila, il 6,6% delle famiglie italiane. Il problema delle barriere architettoniche all’interno del proprio

edificio risulta particolarmente grave per i disabili. Il 48,2% dei disabili è confinato o ha difficoltà di movimento e abita a piani superiori al piano terra senza avere l'ascensore.

Sono 2 milioni 673 mila le persone di 14 anni e più che vivono con disabili, il 5,4% della popolazione, quasi quanto i disabili. Esiste anche un altro settore di persone che pur non vivendo con persone disabili (o non autonome) se ne prendono cura nell'ambito della rete informale: 1,5 milioni di persone tra i 35 e i 69 anni di età hanno almeno un genitore non convivente con problemi di autonomia. L'82,7% di questi vede i propri genitori almeno una volta a settimana. L'aiuto è dato dal 30,9% di questi, in maggioranza donne (allegato statistico).

Il sostegno e l'affiancamento delle famiglie in cui siano presenti anziani o disabili non autosufficienti, siano esse composte da anziani soli, da coppie di anziani ovvero siano famiglie plurigenerazionali, può essere reso concreto solo attraverso un effettivo sviluppo della rete dei servizi e delle prestazioni, purché la stessa rete abbia caratteristiche di flessibilità funzionale ed organizzativa adeguata alle diverse esigenze delle famiglie. Queste vanno considerate a partire dalla possibilità, per le famiglie, di entrare in comunicazione con il sistema dei servizi; di veder accolte e considerate le proprie proposte nella ricerca di soluzioni rispetto ai problemi che si trovano ad affrontare; di poter fruire di programmi individualizzati che tengano conto della trasformazione nel tempo delle condizioni di bisogno. Se è vero, infatti, che le responsabilità di cura e assistenza riguardano, di solito, i genitori per quanto riguarda i disabili, ed i figli per quanto riguarda gli anziani, le risposte devono tener conto delle difficoltà di organizzazione della vita domestica, di quelle legate all'attività lavorativa dei familiari, dei problemi di relazione e di comunicazione, della fatica e del logoramento dei membri su cui grava l'onere dell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure, specie quando essi stessi sono già coinvolti in un loro processo di invecchiamento, delle difficoltà infine di natura economica che possono derivare dalla necessità di far fronte ad impegni onerosi e prolungati nel tempo.

La rete dei servizi deve poter disporre di strumenti, professionalità e strutture sufficienti a garantire l'attivazione di forme di supporto flessibili a soddisfare innanzitutto le esigenze organizzative e psicologiche della famiglia, che possono richiedere, nei diversi momenti e nelle diverse situazioni, forme di affiancamento nei compiti di assistenza e servizi di sollievo che preve-

dano interventi a domicilio, semiresidenziali o residenziali, ovvero la possibilità di disporre di informazioni e conoscenze che possano contenere e ridurre i danni e gli scompensi conseguenti alla situazione di non autosufficienza.

La comunità locale può fornire risposte ai problemi della famiglia con anziani e disabili non autosufficienti attivando sia il sistema dei servizi, sia le risorse del volontariato e più in generale della cittadinanza attiva, considerando in prima istanza le esigenze effettive della famiglia e la sua possibilità di condurre una vita il più possibile piena ed autonoma.

Con riguardo al sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti, la legge n. 328/2000 prevede esplicitamente una riserva di risorse, a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, allo scopo di favorire l'autonomia della persona anziana non autosufficiente e di sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare. Coerentemente con tale previsione, il Piano nazionale sociale 2001-2003 indica specificamente fra le aree di intervento in base alle quali è definito il riparto funzionale delle risorse complessivamente disponibili (vedi Parte III, paragrafo 3) la macro-area «persone anziane», a favore della quale sono allocate risorse che tengono conto di quanto indicato nell'articolo 15, comma 1 della legge n. 328/2000. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti a sostegno della domiciliarità dovranno essere realizzati prestando particolare attenzione alla necessaria integrazione tra assistenza e sanità, secondo gli indirizzi della legge n. 328/2000, anche tenuto conto di quanto previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento di recente emanazione sull'integrazione sociosanitaria.

Il Piano sociale 2001-2003 propone alle Regioni e agli Enti locali, in applicazione dell'articolo 15 della legge n. 328/2000, di promuovere un Progetto nazionale per le persone anziane non autosufficienti con l'obiettivo di consentire alle persone anziane di vivere a casa o in un ambiente simile alla casa, contro il rischio di abbandono, di sradicamento dalle abitudini e dal contesto sociale, di segregazione in istituto. Alla elaborazione e alla realizzazione di tale progetto concorrono le organizzazioni del volontariato, del privato sociale nonché le Ipab.

Con riferimento all'handicap, il Piano nazionale sociale 2001-2003 si propone di dare piena attuazione all'articolo 22, comma 2, lettera f, della legge

n. 328/2000, alla legge n. 162/1998 nonché al Programma di Azione per le politiche dell' *handicap* 2000-2003 adottato dal Consiglio dei Ministri del luglio 2000. Nell'ambito di tale Programma di azione e nel quadro del processo di integrazione dei servizi sociali e di quelli sanitari, per favorire una piena tutela dei disabili e delle loro famiglie e promuovere opportunità di integrazione, assumono particolare rilievo i seguenti obiettivi:

- sostenere e sviluppare tutta l'autonomia e le capacità possibili delle persone non autosufficienti, in particolare dei disabili gravi,
 - rimuovere gli ostacoli che aggravano la condizione di disabilità,
 - creare condizioni di pari opportunità,
 - sostenere, ma anche sollevare le famiglie,
 - monitorare, attraverso una commissione permanente attivata presso la segreteria della Conferenza Stato/Regioni, i livelli di attivazione degli interventi per disabili gravi nei termini di misure assistenziali, educative, riabilitative e scolastiche.
- Con riguardo all'obiettivo di sostenere e sviluppare l'autonomia delle persone non autosufficienti, e in stretto collegamento con quanto delineato per gli obiettivi 1 e 2, i piani di zona dovranno prevedere, con particolare riferimento alla disabilità grave e gravissima, lo sviluppo delle seguenti misure:
- progetti personalizzati di riabilitazione e reinserimento sociale, anche dei soggetti seguiti in strutture ad alta integrazione assistenziale,
 - individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica, anche grave, favorendo la ristrutturazione delle abitazioni degli interessati, l'utilizzo di patrimoni comunali finalizzati a interventi sociali o di edilizia popolare, la dotazione di tecnologie adeguate,
 - sviluppo di servizi di assistenza a domicilio per favorire la permanenza dei disabili presso la propria abitazione anche quando privi di sostegno familiare, per sollevare la famiglia (quando presente) e per permettere al disabile un soddisfacente uso del tempo libero,
 - sviluppo di piani di apprendimento o recupero di capacità nella gestione della vita quotidiana, anche in vista del «Dopo di noi», cioè del momento in cui la famiglia non è più in grado di assistere il disabile,
 - promozione delle famiglie - comunità per il «Dopo di noi»,
 - misure volte a consentire al disabile grave una vita di relazione e sociale il più possibile piena e indipendente (garantendo efficaci mezzi di trasporto, promuovendo programmi di accesso ai servizi per il tempo libero, favorendo la pratica sportiva, ecc.),

- previsione di soluzioni residenziali di emergenza o di sostegno domiciliare per necessità temporanee o imprevedibili,
 - sviluppo di centri diurni a sostegno della permanenza in famiglia di persone con *handicap grave*,
 - misure di sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo attraverso servizi adeguati, coinvolgendo le famiglie quali parti attive del processo di autonomizzazione dei propri congiunti, garantendo la dignità del soggetto inserito, ricercando la migliore collocazione possibile per lo sviluppo delle capacità del disabile,
 - sperimentazione di programmi di assistenza, anche in forma indiretta ed autogestita, per la vita indipendente delle persone non autosufficienti.
- I Piani di zona devono garantire almeno i seguenti servizi a favore delle famiglie e delle persone con disabilità grave e gravissima:
- centro diurno a carattere educativo,
 - assistenza domiciliare e servizi di sollievo per le famiglie così come previsto dalla legge n. 162/1998,
 - famiglie - comunità per il «Dopo di noi».

Le Regioni, in collaborazione con gli enti locali, nell'ambito del Sistema informativo regionale dei servizi sociali, anche prevedendo il coinvolgimento dell'Istat, provvedono a promuovere, in ogni ambito territoriale, un censimento della domanda esplicita di prestazioni e servizi domiciliari, nonché studi e ricerche volti a rilevare il bisogno complessivo e la domanda sommersa. Provvedono altresì alla rilevazione quantitativa dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare disponibile sul territorio.

I Piani regionali ed i Piani di zona prevedono come obiettivo da perseguire nel triennio un incremento, anche con il concorso del fondo sanitario regionale, per ogni anno del livello di copertura del bisogno, in particolare con riferimento agli anziani non autosufficienti, sulla base delle rilevazioni di cui in precedenza.

Obiettivo 5

Altri obiettivi di particolare rilevanza sociale

Oltre agli obiettivi di cui in precedenza, il Piano 2001-2003 indica quali settori cui rivolgere particolare attenzione a livello locale le aree volte a favorire l'inclusione della popolazione immigrata, la prevenzione delle dipendenze e l'impegno nei confronti dell'adolescenza.

La prevenzione delle dipendenze, e in particolare delle tossicodipendenze, richiede lo sviluppo di un'esplicita strategia di intervento. Le azioni di prevenzione, soprattutto dell'uso di droghe sintetiche, devono comprendere:

- aiuto e sostegno alle famiglie e alla scuola,
- interventi di riqualificazione del tessuto urbano e sociale e creazione, per i giovani, di opportunità di aggregazione e di partecipazione alla vita della comunità,
- misure volte a costruire relazioni di fiducia fra le generazioni, a supportare le motivazioni e le capacità dei giovani, a sviluppare il senso di appartenenza positiva all'ambiente in cui vivono,
- interventi volti a promuovere modelli e stili di vita che rifiutino il ricorso a sostanze tossicodipendenti o all'abuso di alcool,
- interventi di informazione sugli effetti dell'uso delle sostanze tossicodipendenti, e in particolare delle droghe sintetiche.

I piani di zona di sviluppo delle politiche sociali devono prestare specifica attenzione alle misure volte a favorire l'inclusione degli immigrati, con specifico riferimento agli interventi diretti ad affrontare i problemi legati a:

- la tutela dei diritti dei minori immigrati,
- la condizioni abitativa degli immigrati,
- l'accesso ai servizi alla persona.

Per quanto riguarda l'attenzione nei confronti dell'adolescenza si rimanda a quanto indicato nei capitoli relativi agli obiettivi 1 e 2.

Parte III

Lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali richiede la precisazione di una serie di strumenti, di seguito delineati nei loro aspetti essenziali e con riferimento agli elementi prioritari nella prima fase di attuazione della legge quadro per l'assistenza.

1 - Il livello essenziale delle prestazioni sociali

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono disegnati, nei limiti delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali e tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alle politiche sociali, con riferimento a:

- un insieme di principi generali, ispiratori della legge quadro e alla base della programmazione delle politiche sociali,
- una griglia articolata su tre dimensioni:

- 1) le aree di intervento,
- 2) le tipologie di servizi e prestazioni,
- 3) le direttrici per l'innovazione nella costruzione della rete degli interventi e dei servizi.

I principi ispiratori, enunciati nella parte prima del presente Piano, sono richiamati in questa sede in quanto alla base del delicato e complesso processo di realizzazione di un sistema in grado di garantire, sull'intero territorio nazionale, un insieme di interventi giudicati prioritari ed essenziali ai fini delle politiche di sostegno alla piena realizzazione della persona. I principi esplicitano gli obiettivi di ben-essere che le politiche sociali intendono perseguire.

Le tre dimensioni contribuiscono a connotare, ognuna da una diversa angolatura, i possibili contenuti dei livelli essenziali.

La prima dimensione (aree di intervento) contribuisce a rispondere al quesito «livelli essenziali per chi? per rispondere a quali bisogni?».

La seconda dimensione (tipologie di servizi) contribuisce a rispondere al quesito «livelli essenziali per erogare quali prestazioni e servizi?».

La terza dimensione (direttrici per l'innovazione) contribuisce a rispondere al quesito «livelli essenziali garantiti come? con quali criteri organizzativi e di erogazione dei servizi e delle prestazioni?».

Le aree di intervento costituiscono una articolazione, per macro categorie, delle aree rispetto alle quali le politiche sociali devono prevedere interventi e risposte. Le aree sono individuate con riferimento ai bisogni da soddisfare, tenuto conto delle indicazioni della legge quadro e delle priorità del presente Piano. Esse sono così definite:

1. responsabilità familiari
2. diritti dei minori
3. persone anziane
4. contrasto della povertà
5. disabili (in particolare, i disabili gravi)
6. droghe
7. avvio della riforma

Le prime sei aree fanno riferimento a ambiti di bisogno, la settima è proposta tenuto conto della esigenza di prevedere interventi specifici, e adeguati finanziamenti, per l'avvio e la piena attuazione della riforma da parte dell'Amministrazione centrale, delle regioni e degli enti locali. Si noti che l'area relativa all'inserimento degli immigrati non è stata individuata come area a sé, bensì ricompresa trasversalmente nelle altre aree.

Le tipologie di servizi e prestazioni costituiscono una articolazione, per macro categorie, degli interventi e delle prestazioni che possono essere programmate e realizzate per rispondere alle esigenze proprie delle aree di bisogno di cui alle citate aree di interventi. Esso sono definite con riferimento a quanto previsto dall'articolo 22, comma 4, della legge n. 328/2000 come segue:

1. servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari
2. servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari
3. assistenza domiciliare
4. strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali
5. centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario

Le direttrici per l'innovazione nelle politiche sociali e, in particolare, nella costruzione della rete degli interventi e servizi (terza dimensione) descrivono i criteri progettuali, di organizzazione e di funzionamento della rete, anche con l'obiettivo di consolidare e rafforzare le leggi innovative sulle politiche sociali. La complessità dei fenomeni legati ai mutamenti sociali richiede, infatti, una forte innovazione nella definizione delle politiche sociali, la creazione di sinergie e collaborazioni fra tutti i soggetti coinvolti e la valorizzazione delle risorse e delle potenzialità disponibili. Tali direttrici possono essere così delineate:

- partecipazione attiva delle persone nella definizione delle politiche che le riguardano,
- integrazione degli interventi nell'insieme delle politiche sociali, mobilitando a tal fine tutti gli attori interessati e prevedendo una strategia unitaria per l'integrazione sociosanitaria,
- promozione del dialogo sociale, della concertazione e della collaborazione

tra tutti gli attori pubblici e privati, in particolare coinvolgendo i soggetti non lucrativi, le parti sociali e le organizzazioni dei servizi sociali, incoraggiando l'azione di tutti i cittadini e favorendo la responsabilità sociale delle imprese,

- potenziamento delle azioni per l'informazione, l'accompagnamento, gli sportelli per la cittadinanza,

- sviluppo degli interventi per la domiciliarità e la deistituzionalizzazione,
- interventi per favorire l'integrazione sociale,
- sviluppo delle azioni e degli interventi per la diversificazione e la personalizzazione dei servizi e delle prestazioni sociali,
- innovazione nei titoli per l'acquisto dei servizi.

Le direttrici attraversano trasversalmente le aree di intervento e le tipologie di servizi.

Con riguardo alle tipologie di servizi e prestazioni sociali e alle direttrici per l'innovazione si richiamano i seguenti aspetti.

La funzione di segretariato sociale (art. 22, comma 4 lett. a) risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi,
- conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita.

In particolare l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

È quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni. A questo scopo occorre in particolare evitare che proprio i cittadini più fragili e meno informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto a fronte di barriere organizzative e burocratiche che comunque vanno rimosse per ridurre le disuguaglianze nell'accesso.

Sul piano organizzativo occorre quindi istituire in ogni ambito territoriale, definito ai sensi degli articoli 6 e 8, comma 3 lettera a) della legge n. 328/2000, una «porta unitaria di accesso» al sistema dei servizi, tale da essere acco-

gliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopra indicate.

Nel piano di zona vanno individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del distretto, tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/1999. La funzione di segretariato sociale risulterà tanto più efficace quanto sarà progettata e attuata in modo collaborativo con tutti gli attori sociali della rete e in particolare con le organizzazioni solidali presenti nel territorio, cioè con le forme di cittadinanza attiva nella tutela dei soggetti deboli e nella promozione dei loro diritti.

Il cittadino rivolgendosi al segretariato sociale, oltre ad avere informazione, e orientamento nel sistema di offerta pubblica, solidaristica e di auto-aiuto presente nel *welfare* locale, potrà avere informazioni anche sui soggetti privati che erogano servizi a pagamento, sulle tariffe praticate e sulle caratteristiche dei servizi erogati.

Per svolgere le funzioni di segretariato sociale è necessario disporre di professionalità idonee, dotate delle competenze necessarie per riconoscere le ricadute organizzative, gestionali nonché le implicazioni tecnico-professionali di quanto viene proposto al cittadino.

Le funzioni del servizio sociale professionale sono finalizzate alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione, in riferimento al dettato dell'articolo 22 della legge n. 328/2000.

Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. n. 229/1999) e dal Piano di zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000.) Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborati-

vo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.

Con riguardo alle innovazioni introdotte con i «titoli per l'acquisto dei servizi sociali», già sperimentati in alcuni comuni ed espressamente previsti dall'articolo 17 della legge n. 328/2000, i comuni possono diversificare gli interventi assicurati dal sistema integrato prevedendo la concessione, su richiesta dell'interessato, di buoni-servizio utilizzabili per «acquistare» servizi da uno degli erogatori (pubblici o privati) accreditati ai sensi della legge n. 328/2000, operanti sul territorio. I comuni possono assegnare i buoni servizio anche come alternativa a proprie prestazioni economiche. L'obiettivo è introdurre una maggiore libertà di scelta in merito a come e da chi farsi assistere (elementi sempre più essenziali per un servizio di qualità), all'interno di un sistema regolato in maniera tale da non produrre esiti negativi sotto il profilo dell'equità e dell'appropriatezza degli interventi. A tal fine la legge n. 328/2000, nell'introdurre i «titoli per l'acquisto dei servizi sociali» precisa che essi dovranno essere forniti «nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari».

La conoscenza dei bisogni è indispensabile sia per una adeguata programmazione degli interventi, sia per il monitoraggio e la valutazione delle politiche. Perciò i diversi livelli di governo, oltre a partecipare al sistema informativo dei servizi sociali di cui all'articolo 21 della legge n. 328/2000 e al punto 7, Parte III di questo Piano, si dotano di strumenti di verifica periodica dei bisogni della popolazione e della adeguatezza delle risposte ad essa forniti.

Va privilegiata l'adozione di modelli organizzativi e di gestione orientati ai risultati, così da rendere possibile la gestione per processi, con le relative fasi di controllo e di valutazione. Anche per questo vanno richiamate le norme già in vigore per gli enti in materia di controllo di gestione, norme che valorizzano proprio i risultati, riducendo la «centralità» della prestazione.

Potrebbero essere inoltre introdotti anche strumenti per la diffusione e il confronto delle «buone pratiche», utilizzabili nella logica dell'apprendimento continuo (*learning organization*) e all'interno dei sistemi premianti.

2 - La programmazione partecipata

I piani regionali

Le Regioni sono chiamate ad esercitare un ruolo incisivo nella programma-

zione dei servizi alle persone, attraverso la predisposizione di piani regionali secondo i tempi stabiliti dall'articolo 18, comma 6, e le modalità previste dall'articolo 3 della legge n. 328/2000, volti a selezionare le priorità, a definire le risorse disponibili, a precisare le modalità di funzionamento del sistema integrato e a verificare i risultati raggiunti.

Il Piano di Zona

In base al principio di sussidiarietà, lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali spetta, negli ambiti definiti dalle regioni e compatibilmente con le risorse disponibili, ai Comuni associati.

Il Piano di Zona, PdZ, è lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, con il concorso di tutti soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare.

La legge n. 328/2000 specifica (art. 19, comma 2), le finalità strategiche del Piano di Zona, il quale è volto a:

- «favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili....»,
- «responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi»,
- «qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalla concertazione» con i soggetti interessati,
- «definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unite sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi»,
- «prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori...».

La predisposizione del PdZ assume un significato strategico ai fini della precisazione delle condizioni da garantire su tutto il territorio. In tale contesto, vanno valorizzate le esperienze programmatiche degli enti locali, realizzate sia in occasione dell'attuazione della legge n. 285/1997 sia nei limitati (ma significativi) casi di predisposizione di documenti analoghi, laddove previsti dalle normative regionali.

In particolare, pare utile richiamare alcuni aspetti generali in grado di qualificare il processo di pianificazione:

- il processo non deve essere visto in termini meramente amministrativi (e di adempimento formale), ma deve prevedere l'attivazione di azioni responsa-

bilizzanti, concertative, comunicative che coinvolgano tutti i soggetti in grado di dare apporti nelle diverse fasi progettuali;

– l'attenzione va concentrata, in primo luogo, sui bisogni e sulle opportunità da garantire e, solo in secondo luogo, sul sistema di interventi e servizi da porre in essere;

– devono essere valorizzate le risorse e i fattori propri e specifici di ogni comunità locale e di ogni ambito territoriale: ciò al fine non solo di aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche di favorire la crescita delle risorse presenti nelle singole realtà locali;

– particolare attenzione deve essere riservata, sin dalle prime fasi della programmazione, alle condizioni tecniche e metodologiche che consentono di effettuare (successivamente) valutazioni di processo e di esito;

– vanno puntualmente definite le responsabilità, individuando, negli «accordi di programma», gli organi e le modalità di gestione ed esplicitando le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti.

La predisposizione del PdZ può essere articolata nelle seguenti fasi metodologiche:

a) attivazione della procedura, prevedendo il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati e la definizione dei singoli ruoli,

b) ricostruzione della «base conoscitiva», ai fini dell'analisi dei bisogni e della conoscenza dell'esistente,

c) individuazione degli obiettivi strategici,

d) precisazione dei contenuti, con riferimento a quanto indicato all'articolo 19, comma 1 della legge n. 328/2000,

e) approvazione del PdZ e sottoscrizione di un'«accordo di programma», ai sensi dell'articolo 27 della legge n. 142/1990 e successive modificazioni.

3 - Il finanziamento delle politiche sociali

La legge n. 328/2000 costituisce, anche dal punto di vista delle risorse finanziarie disponibili, una svolta significativa rispetto alla precedente visione frammentaria, discontinua e settoriale del finanziamento delle politiche sociali. L'istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, FNPS, pone infatti le basi per una concreta, complessiva programmazione degli interventi.

Il FNPS è alimentato, attraverso stanziamenti di bilancio, a carico della fiscalità generale, da un insieme di fonti che, originariamente disciplinate da una pluralità di disposizioni legislative, contribuiscono alla formazione dell'ammontare complessivo delle risorse specificamente destinate alle politiche sociali.

Nel triennio 2001-2003, le risorse complessivamente confluite al fondo sono determinate in relazione a quanto previsto dalle leggi di settore. Nella tabella di seguito riportata sono indicate le risorse destinate alle politiche sociali per il triennio di validità del Piano. Gli importi comprendono anche le risorse relative a interventi e a specifiche fiscalizzazioni la cui destinazione funzionale è già definita da provvedimenti legislativi ovvero si riferiscono a benefici economici la cui erogazione risulta già attribuita per via legislativa ad altri enti (in particolare, assegni di maternità e assegni al nucleo familiare). Sono per contro esclusi gli assegni agli invalidi civili.

Per quanto ancora inadeguato rispetto ai livelli di molti altri paesi sviluppati dell'Unione Europea, le innovazioni introdotte nel corso dell'ultimo quinquennio in materia di assistenza consentono di garantire alle politiche sociali un ammontare di risorse in continua crescita.

Risorse destinate alle politiche sociali per il triennio 2001-2003

Legge di riferimento	Settore d'intervento	2001	2002	2003	(1)
266/1991 e 318/1994	Volontariato: funzionamento Osservatorio naz. per il volontariato	800.000.000	800.000.000	800.000.000	C
104/1992	Handicap: ex comit. naz. e commiss. perm. per le politiche dell' <i>handicap</i>	50.000.000	–	–	–
309/1990	Lotta alla droga: Drogatel	2.000.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	C
309/1990	Lotta alla droga: funzionamento organismi di valutazione	295.000.000	295.000.000	295.000.000	C
309/1990 (art. 127, comma 10)	Lotta alla droga: funzionamento organismi consultivi	800.000.000	800.000.000	800.000.000	C
285/1997 (art. 8)	Infanzia: funzionamento servizio d'informazione	3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000	C
284/1997 (art. 3, comma 2)	Handicap: somma da corrispondere alle regioni	12.000.000.000	12.000.000.000	12.000.000.000	C
284/1997 (art. 3, comma 3)	Handicap: contributo annuo Fed. Naz. Pro-ciechi	2.000.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	C
Bilancio 1998 (III nota)	Protezione sociale: contributi famiglie monoparentali con prole a carico	50.000.000.000	50.000.000.000	50.000.000.000	C
162/198	Handicap: somma da corrispondere alle regioni	59.000.000.000	59.000.000.000	59.000.000.000	C
309/1990	Lotta alla droga: fondo nazionale lotta alla droga	247.705.000.000	247.705.000.000	247.705.000.000	C
285/1997 (art. 1)	Infanzia: somma da corrispondere alle regioni (al netto della L. n. 53/2000 sui congedi parentali)	287.000.000.000	287.000.000.000	287.000.000.000	C
40/1998 (art. 43, comma 1)	Immigrazione: fondo nazionale per le politiche migratorie	81.000.000.000	81.000.000.000	81.000.000.000	C
476/1998	Infanzia: funzion. commissione adozione internazionale	10.200.000.000	10.200.000.000	10.200.000.000	C
104/1992 (art. 33 Rif. 413/93)	Handicap: agevolazioni per i genitori di persone handicappate	50.000.000.000	50.000.000.000	50.000.000.000	C
342/2000 art. 96	Volontariato	15.000.000.000	15.000.000.000	15.000.000.000	C
328/2000 art. 20	Integrazione del Fondo per le politiche sociali	761.500.000.000	922.500.000.000	922.500.000.000	C
328/2000 art. 28	Senza fissa dimora	20.000.000.000	20.000.000.000	–	–
328/2000 art. 80	Reddito minimo d'inserimento	350.000.000.000	430.000.000.000	–	–
328/2000 art. 81	Handicap	100.000.000.000	–	–	–
328/2000 art. 81	Fondo contro l'abuso sessuale	20.000.000.000	–	–	–
448/2000 art. 65	Assegni di maternità	445.000.000.000	445.000.000.000	445.000.000.000	C
448/2000 art. 66	Assegni al nucleo familiare	446.000.000.000	446.000.000.000	446.000.000.000	C
342/2000 art. 96	Volontariato (residui anno 2000)	10.000.000.000	–	–	–
328/2000	Incremento del Fondo per le politiche sociali (residui anno 2000)	106.700.000.000	–	–	–
53/2000	Congedi parentaliTOTALE	499.000.000.000	499.000.000.000	499.000.000.000	C
TOTALE	(1) C = stanziamento continuativo	3.579.050.000.000	3.583.300.000.000	3.133.300.000.000	C

(1) C = stanziamento continuativo

Le risorse afferenti il Fondo nazionale per le politiche sociali per il corrente anno ammontano, in realtà, a lire 3.080.050.000.000.

A tale cifra si aggiunge lo stanziamento disposto dalla legge n. 53/2000 disposizioni emanate per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura ed alla formazione - pari a lire 499.000.000.000 che, pur non contribuendo alla formazione del Fondo in parola, concorrono alla determinazione del totale delle risorse stanziato per il corrente anno in materia di politiche sociali, per un importo complessivo di circa lire 3.500.000.000.000.

3.1 - Schema generale del processo di allocazione delle risorse

L'innovazione introdotta con l'istituzione del FNPS impone la definizione *ex novo* di un meccanismo di allocazione delle risorse, fra settori di intervento e fra aree territoriali, che tenga conto dei bisogni complessivi delle diverse realtà geografiche e degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale e locale.

Lo schema generale del processo di allocazione delle risorse finanziarie destinate alla realizzazione degli obiettivi di politica sociale è delineato come segue.

La metodologia di riparto è definita tenuto conto dell'insieme delle risorse disponibili per i procedimenti di riallocazione. A tal fine sono considerati gli stanziamenti previsti per il FNPS, compresi quelli disponibili in base alle disposizioni legislative di cui all'articolo 80, comma 17, della legge finanziaria per l'anno 2001. Particolare attenzione è riservata alle esigenze di:

- evitare sovrapposizioni nel finanziamento di specifici settori o programmi di intervento (articolo 20, comma 5, lettera a, della legge n. 328/2000),
- garantire opportune integrazioni ai settori e ai programmi di intervento che, pur beneficiando di risorse assicurate da specifiche leggi di settore, accedono al FNPS, nel rispetto degli equilibri generali e compatibilmente con le disponibilità complessive.

Con riferimento alle procedure operative, la metodologia proposta è volta a favorire:

- la semplificazione delle procedure di assegnazione delle risorse (in coerenza con quanto previsto dall'articolo 20, comma 5, lettera a, della legge n. 328/2000), prevedendo il riparto in un'unica soluzione, ai sensi dell'articolo 80; comma 18, della legge finanziaria per l'anno 2001,
- la funzionalità rispetto alle esigenze di programmazione degli enti decen-

trati, prevedendo tempi e modalità tali da consentire alle Regioni e agli enti locali di conoscere

i) con certezza,

ii) con sufficiente anticipo,

iii) su un orizzonte temporale tendenzialmente triennale,

le risorse disponibili, sulla base delle quali procedere alla programmazione delle politiche,

– la trasparenza delle procedure, con riferimento sia alla ricognizione degli stanziamenti previsti dai diversi provvedimenti normativi, sia ai criteri adottati per la loro allocazione (fra settori di intervento e fra aree territoriali),

– la snellezza della metodologia adottata, garantendo il miglior equilibrio possibile fra semplicità delle procedure e completezza degli elementi considerati.

Con riferimento alla metodologia di allocazione, lo schema logico propone un riparto a due livelli, per aree di intervento e per aree territoriali:

– per aree di intervento, con riguardo alla articolazione degli interventi in base ai bisogni da soddisfare (evitando, in linea di principio, il riparto in base ai servizi da erogare),

– per aree territoriali, con riguardo alle dimensioni della popolazione destinataria dei programmi di intervento (o di suoi sotto-insiemi), opportunamente corretta secondo i fattori di correzione di seguito individuati sulla base di quanto previsto dalla n. 328/2000.

Con riferimento ai criteri e ai parametri di riparto, per il primo triennio di validità del Piano Nazionale Sociale la metodologia è definita con riferimento a:

– gli obiettivi di priorità sociale individuati per il periodo 2001-2003,

– l'esigenza di assicurare un congruo ammontare di risorse per l'attuazione della legge quadro e per l'avvio del sistema integrato di interventi e servizi sociali,

– i criteri generali (demografici, economici e occupazionali) indicati dall'articolo 18, comma 3, lettera n) della legge n. 328/2000,

– le statistiche disponibili (con riferimento all'ultimo dato noto) circa gli elementi demografici, economici e occupazionali di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n) della legge n. 328/2000.

Con riferimento alle esigenze di sostegno e incentivazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la metodologia di riparto prevede quote di risorse specificamente destinate a:

– incentivare l’associazionismo degli enti locali, in particolare dei comuni, ai sensi dell’articolo 20, comma 5, lettera b) della legge n. 328/2000, anche tenuto conto dell’inadeguatezza della dimensione comunale per una efficiente organizzazione di molti servizi e programmi di intervento, - sostenere l’integrazione fra programmi di intervento e fra enti locali, favorendo la realizzazione di reti di servizi.

Con riferimento alle esigenze di responsabilizzazione degli enti che accedono al riparto, la procedura contempla misure volte a:

– garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi (ai sensi dell’articolo 20, comma 5, lettera c), della legge n. 328/2000), prevedendo anche modalità di accertamento mediante lo sviluppo del sistema informativo dei servizi sociali,

– prevedere l’adozione di strumenti di analisi, valutazione e verifica delle risorse impiegate, dei programmi svolti e dei risultati raggiunti (ai sensi dell’articolo 20, comma 5, lettera d), della legge n. 328/2000),

– prevedere l’introduzione di procedure per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari (ai sensi dell’articolo 20, comma 5, lettera e), della legge n. 328/2000.)

Con riferimento ai vincoli di destinazione dei finanziamenti, pare utile precisare che, mentre è assolutamente chiara l’intenzione del legislatore di assicurare esplicitamente la finalizzazione del FNPS alle politiche sociali (e, quindi, di escludere – almeno nel breve-medio periodo – la sua equiparazione agli altri trasferimenti interessati dal provvedimento sul federalismo fiscale di cui al D.Lgs. n. 56/2000), il riparto per aree di intervento è da considerarsi, in fase di prima applicazione e in attesa dell’emanazione del regolamento di cui all’art. 20, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328 (salvo diversa indicazione della normativa vigente), indicativo delle priorità definite dalla programmazione nazionale per il triennio 2001-2003 e, in quanto tale, non vincolante per le Regioni, fermo restando l’impegno delle Regioni a:

a) prevedere programmi e azioni in ciascuna delle aree di intervento;

b) garantire che le risorse ripartite non siano sostitutive di quelle già destinate dai singoli enti territoriali.

In particolare ogni regione potrà utilmente prevedere modalità di allocazione fra i diversi settori di intervento (all’interno, ovviamente, delle politiche sociali) che tengano conto dei bisogni specifici della popolazione di riferimento,

dello sviluppo esistente (e auspicato) della rete locale dei servizi e delle priorità definite dalla programmazione regionale.

3.2 - Metodologia e criteri di riparto

La metodologia di allocazione delle risorse prevede un riparto per aree di intervento e per aree territoriali.

Ai fini del riparto delle risorse disponibili per il triennio 2001-2003, considerate le priorità individuate dal presente Piano nazionale, sono definite le seguenti macro-aree di intervento:

Aree di intervento
<ol style="list-style-type: none">1. responsabilità familiari2. diritti dei minori3. persone anziane4. contrasto della povertà5. disabili (in particolare, disabili gravi)6. immigrati7. droga8. avvio della riforma

L'articolazione per aree di intervento corrisponde a quella prevista per i livelli essenziali del sistema integrato (punto 1 della parte III), con l'aggiunta dell'area relativa agli immigrati che in quella sede è considerata (e inserita) trasversalmente (rispetto alle diverse aree), mentre in questa sede è considerata a parte, stante la presenza di una specifica legge di settore che ne dispone il finanziamento.

Il riparto per aree di intervento riflette il principio in base al quale le risorse devono essere allocate agli obiettivi da realizzare (e non alle prestazioni da erogare), posto che le politiche sociali perseguono obiettivi di ben-essere (e non di produzione di servizi); esso è funzionale inoltre all'esigenza di favorire l'integrazione degli interventi all'interno delle singole aree (integrazione infra-settoriale) e fra le diverse aree di intervento (integrazione inter-settoriale). L'area n. 8 «avvio della riforma» è inserita allo scopo di garantire il finanziamento di azioni e progetti specificamente destinati all'avvio del sistema inte-

grato di interventi e servizi, elaborati dalle regioni o dagli enti locali, finalizzati a:

- lo sviluppo del sistema informativo dei servizi sociali, in una logica di condivisione delle informazioni e di integrazioni dei sistemi informativi dei diversi livelli di governo,
- lo sviluppo di forme di aggregazione e associazione degli enti locali, al fine di evitare diseconomie e duplicazioni di esperienze (articolo 20, comma 5, lettera a, della legge n. 328/2000),
- la sperimentazione di forme innovative di organizzazione ed erogazione degli interventi, anche al fine di assicurare l'effettivo accesso alle categorie più fragili,
- lo sviluppo di programmi di intervento di valenza sovra-regionale o nazionale,
- la realizzazione di progetti obiettivo e di azioni programmate con particolare riferimento alla definizione di percorsi attivi a favore delle persone in condizioni di povertà e di difficoltà psico-fisica (articolo 18, comma 3, lettera b, della legge n. 328/2000),
- la realizzazione di progetti obiettivo finalizzati alla realizzazione di specifici obiettivi individuati come particolarmente prioritari dalla programmazione regionale e locali e pertanto meritevoli di una quota vincolata di finanziamenti,
- il funzionamento del Dipartimento per gli Affari Sociali, per quanto attiene alle funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle politiche sociali, affidate allo Stato (art. 9, legge n. 328/2000), in relazione all'attuazione della riforma.

In fase di prima applicazione, tenuto conto dei vincoli - soprattutto temporali - che limitano la realizzazione di specifici progetti, le risorse riservate all'area n. 8 «avvio della riforma» sono contenute entro i limiti ritenuti sufficienti a garantire il finanziamento di attività preliminari allo sviluppo dei programmi di intervento.

Il riparto per aree territoriali ha come principale riferimento la popolazione destinataria delle politiche sociali, di volta in volta definita con riguardo alle caratteristiche demografiche, economiche e occupazionali verosimilmente correlate al fabbisogno finanziario delle singole realtà regionali (o locali). Il riferimento alla popolazione, quale criterio principe ai fini del riparto per aree territoriali, rimanda alla quota capitaria di finanziamento, calcolata con riguardo:

a) alla popolazione complessiva, per tutte le aree di intervento destinate alla generalità della popolazione, senza alcuna significativa differenziazione,
b) alla popolazione obiettivo, per tutte le aree di intervento destinate a specifici sotto-insiemi di popolazione, caratterizzati in base alla struttura demografica, la condizione reddituale e occupazionale (articolo 18, comma 3, lettera n, della legge n. 328/2000.)

Ne risulta un riparto per quota capitaria corretta tenuto conto delle diverse caratteristiche della popolazione.

L'individuazione dei parametri di riparto è effettuata assegnando maggiore importanza alla «struttura demografica» della popolazione, rispetto ai livelli di reddito e alle condizioni occupazionali. Tale scelta è motivata da una serie di considerazioni, di principio e tecniche. Innanzitutto, esiste ampio consenso circa il fatto che le caratteristiche socio-demografiche della popolazione (età, genere, tipo e dimensione della famiglia di appartenenza, ecc.) costituiscono il più importante indicatore (e predittore) di bisogno, cui le politiche sociali devono fare riferimento.

In secondo luogo, gli indicatori demografici presentano alcune importanti caratteristiche che ne facilitano (e ne giustificano) l'impiego: sono disponibili in modo sistematico e a livello territoriale disaggregato, sono comprensibili e semplici da utilizzare. Gli indicatori di reddito e di occupazione sono, per contro, meno oggettivi e completi.

Infine, la preferenza accordata ai dati demografici discende dalla convinzione che le esigenze della persona, all'interno della famiglia, debbono essere al centro dell'attenzione di chi progetta e governa il sistema dei servizi.

Tenuto conto delle considerazioni esposte, lo schema di riparto è sintetizzato nella tavola 3.4.3, il quale riporta anche gli indicatori utilizzabili per la concreta quantificazione della quota di risorse allocabile nelle diverse aree territoriali. Il dettaglio degli indicatori terrà conto delle indicazioni contenute nelle diverse leggi di settore.

In fase di prima applicazione, tenuto conto delle finalizzazioni previste dalle leggi di settore che assicurano - in particolare alle aree immigrati e droga - stanziamenti che possono essere ritenuti adeguati in termini comparativi rispetto alle disponibilità complessive, il riparto funzionale delle risorse indistinte è effettuato sulla base delle quote riportate nella tavola seguente (colonna centrale). La quota proposta per l'area «persone anziane» è definita nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 15, comma 1 della legge n. 328/2000 e con-

siderata l'assenza di ogni altro finanziamento riservato nonostante le particolari esigenze del settore.

Tav. n. 3.4.3

Aree di intervento	%	indicatori
Responsabilità familiari	15%	Popolazione residente
Diritti dei minori	10%	Popolazione < 18 anni
		Popolazione < 4 anni
Persone anziane	60%	Popolazione > 65 anni
		Popolazione > 75 anni
Contrasto povertà	7%	tasso di occupazione % poveri
Disabili (gravi, in particolare)	7%	n. disabili gravi
Immigrati	-	n. immigrati
Droga	-	popolazione obiettivo
Avvio della Riforma	1%	popolazione residente

I livelli di governi destinatari del riparto sono le regioni e gli enti locali, secondo le indicazioni della normativa di riferimento.

3.3 - Sostegno e revoca in caso di mancato utilizzo dei finanziamenti

Ai sensi dell'articolo 20, comma 5, lettera d), della legge n. 328/2000, le Regioni e gli enti locali diretti destinatari dei finanziamenti di cui al FNPS predispongono annualmente una relazione sulle attività svolte, sulle risorse impegnate e sui risultati raggiunti.

La relazione è oggetto di ampia pubblicizzazione presso la popolazione e le parti sociali.

La relazione, contenente anche il dettaglio degli stanziamenti erogati da almeno 2 anni e non ancora impegnati, è trasmessa al Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. In caso di mancato impegno di parte (o dell'insieme) dei finanziamenti, il Dipartimento per gli Affari Sociali e l'ente destinatario dei finanziamenti costituiscono, entro 3 mesi dall'avvenuta verifica, un Comitato paritetico per l'analisi delle cause del mancato utilizzo delle risorse disponibili e per la individuazione delle possibili forme di accelerazione dei programmi di intervento.

Qualora, a 30 mesi dall'erogazione degli stanziamenti, le somme risultassero ancora non impegnate, l'ente che ha provveduto al trasferimento è tenuto, ai sensi dell'articolo 20, comma 5, lettera d), della legge n. 328/2000, a procedere alla revoca degli stanziamenti stessi. Della revoca è data ampia pubblicizzazione presso la popolazione dell'area territoriale interessata. Le somme revocate sono riallocate fra tutti i destinatari; esse possono altresì essere destinate alle aree e alle amministrazioni alle quali sono state revocate, per il finanziamento di programmi speciali volti a superare gli ostacoli che precedentemente hanno impedito lo sviluppo dei programmi di intervento.

4 - La qualità del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Le Regioni hanno da tempo regolamentato in varie forme la qualità dei servizi socio-assistenziali e socio-educativi. Questo complesso di norme, procedure e strumenti valgono nel territorio di riferimento e spesso per singoli settori d'intervento.

Nell'ambito sociale, lo sviluppo dal basso dell'iniziativa dei cittadini, delle associazioni, del volontariato e delle imprese si fonda da un lato sull'autonoma capacità dei soggetti di «fare qualità» e dall'altro su una visione condivisa degli elementi qualificanti dei servizi sociali. La concertazione, già ampiamente sperimentata per la programmazione dei servizi, è altrettanto importante per la valutazione e lo sviluppo di un sistema di qualità, che si basa su valori comuni, regole condivise e controlli imparziali.

Infine, le regole per la qualità che si vanno determinando in ambito pubblico riguardano per lo più i servizi sociali essenziali di cui l'Ente Locale è titolare e che sono definiti nei piani regionali. Tranne poche esperienze esemplari, finora le Regioni e gli Enti Locali non sono ancora intervenuti per regolare la qualità dei servizi che i cittadini e le famiglie acquistano direttamente e/o organizzano in proprio avvalendosi di personale non sempre inquadrato con contratti appropriati. In particolare, quando a questo personale viene affidata l'assistenza a domicilio di anziani con ridotta autonomia (diurna o continuativa) e l'assistenza educativa dei bambini (singoli o in gruppi), il servizio assume un carattere sociale che deve sottostare a principi di qualità, a tutela delle persone che ne usufruiscono. In tale contesto, devono essere avviate politiche che utilizzino incentivi mirati alle famiglie che acquistano servizi alla persona accreditati dal pubblico. Tale scelta, da un lato favorisce l'emersione del lavoro sommerso e, dall'altro, consente di affermare nel concreto che la

qualità dei servizi è strettamente legata alla qualità del lavoro impiegato. Ciò implica una progettualità integrata fra i servizi per l'impiego, i servizi per la formazione professionale e i servizi alla persona.

Si tratta allora di costruire un «sistema qualità sociale», inteso come insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e degli interventi, uso ottimale delle risorse impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo.

A tal fine, le Regioni e gli Enti Locali:

- individuano la tipologia dei servizi da includere nel sistema per la qualità sociale,

- promuovono sedi di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei diversi interventi e servizi sociali, invitando tutti i soggetti interessati al sistema, enti pubblici, produttori privati, professionisti del sociale e rappresentanti dei cittadini fruitori dei servizi,

- definiscono le norme per l'autorizzazione al funzionamento e le norme per l'accreditamento, operando, ove possibile, l'accorpamento in un testo unico delle molteplici normative, procedure e adempimenti richiesti ai produttori di servizi,

- individuano i soggetti istituzionali, le metodologie e gli strumenti, atti a controllare l'applicazione delle norme in modo omogeneo sul territorio regionale, trasparente e imparziale,

- programmano e attuano piani di formazione e di incentivazione, ai fini di favorire e sostenere l'applicazione delle norme e diffondere una cultura della qualità sociale,

- adottano propri strumenti di valutazione della qualità dei servizi, del funzionamento e dell'impatto del sistema qualità.

Contestualmente all'adozione di norme che definiscano i requisiti professionali degli operatori addetti ai servizi, le Regioni programmano piani di formazione professionale finalizzati a:

- 1) garantire agli utenti livelli di professionalità tendenzialmente omogenei,
- 2) consentire agli operatori in servizio di ottenere titoli professionali riconosciuti a livello nazionale,
- 3) assicurare agli enti che gestiscono servizi di poter reperire sul mercato del lavoro locale la quantità e qualità di personale richiesto dalle norme.

5 - Rapporti tra enti locali e terzo settore

L'attuale sistema di erogazione dei servizi sociali è fortemente incentrato sulla relazione tra ente locale e terzo settore. Per questo la legge di riforma introduce rispetto al tema della esternalizzazione dei servizi sociali rilevanti novità, definendo le diverse funzioni svolte dagli enti pubblici e dal privato sociale, riconoscendo espressamente al privato sociale un ruolo in termini di co-progettazione dei servizi e di realizzazione concertata degli stessi.

Coerentemente a questa impostazione, e riconoscendo una grande crescita del terzo settore, gli enti locali dovranno ricorrere a forme di aggiudicazione dei servizi che «consentano ai soggetti operanti nel terzo settore di esprimere pienamente la propria progettualità». Questo significa privilegiare, ove possibile e funzionale, il ricorso all'appalto concorso, lo strumento che più di ogni altro consente la progettualità dei partecipanti e la possibilità di valutare la qualità delle prestazioni offerte e del personale che si propone di impiegare. Nel procedere alla valutazione dei servizi esternalizzati, gli enti locali dovranno accogliere una concezione di valutazione che si distingue nettamente dal concetto di adeguamento a *standard*, assumendo parametri riferiti all'efficacia, all'efficienza e ai risultati degli interventi.

La legge di riordino dei servizi sociali, nel ribadire implicitamente il divieto delle gare al massimo ribasso nell'ambito dei servizi alla persona, ha assegnato alle regioni importanti funzioni di regolazione delle modalità di interazione tra enti pubblici e terzo settore.

Alle regioni sono, infatti, assegnate due funzioni estremamente delicate: definire gli indirizzi per regolare i sistemi di affidamento dei servizi alla persona e definire le modalità con cui valorizzare il volontariato.

La funzione regolativa della regione è opportuno si fermi alla indicazione in generale dei parametri da considerare per la valutazione delle offerte, lasciando ad ogni singolo ente appaltante di definire quali siano in concreto i criteri di scelta da adottare e gli indicatori da predefinire: una previsione analitica da parte della regione dei criteri e degli indicatori per la individuazione del soggetto cui affidare l'erogazione dei servizi alla persona, infatti, sarebbe incoerente con le finalità di flessibilità e di negoziabilità contenute nella legge di riordino.

Per ogni tipo di servizio e per ogni singola gara d'appalto, del resto, è necessario che l'ente appaltante ridefinisca i criteri di scelta, gli indicatori di riferimento e il sistema di ponderazione.

Rispetto al tema della valorizzazione dell'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi, la legge di riforma non innova rispetto a quanto previsto dalla che le organizzazioni di volontariato vendano servizi in un regime di convenzionamento che leghi la quantità di prestazioni ad un corrispettivo.

Nell'affidamento al volontariato di interventi o servizi, l'ente locale dovrà dunque prevedere nella convenzione una modalità di rimborso spese coerente con le caratteristiche di gratuità e solidarietà che caratterizzano le organizzazioni di volontariato. L'ente locale potrà evidentemente anche erogare contributi alle organizzazioni di volontariato.

Al fine di favorire un corretto rapporto tra enti locali e terzo settore, le regioni sono chiamate ad istituire gli albi regionali di soggetti autorizzati all'esercizio dei servizi socio-assistenziali sulla scorta di una valutazione di indicatori oggettivi di qualità. La definizione degli indicatori rappresenterà per le regioni un grande impegno anche culturale, oltre che una occasione per intervenire molto concretamente nel mercato delle imprese sociali: è dunque opportuno che la definizione dei requisiti avvenga in modo partecipato, attraverso un processo di individuazione di caratteristiche di qualità che ad una istruttoria tecnica faccia seguire una successiva fase di confronto e validazione che coinvolga sia il pubblico che il privato sociale.

6 - La carta dei servizi sociali

La carta dei servizi sociali, intesa e realizzata come «carta per la cittadinanza sociale», non si limita a regolamentare l'accesso ai servizi riproducendo la logica dei soggetti erogatori, ma si concentra sulle persone che hanno bisogno di accedere ai servizi. In tal senso la carta dei servizi sociali viene a caratterizzarsi come percorso progettuale finalizzato a conseguire gli obiettivi di promozione della cittadinanza attiva, consapevole nella popolazione, nelle istituzioni e nei servizi. Il termine «cittadinanza» si collega strettamente ai diritti che ogni persona ritiene le debbano essere riconosciuti nella vita quotidiana e nelle situazioni di bisogno. La logica dei diritti sociali nella carta per la cittadinanza si collega strettamente con la logica dei doveri o meglio ancora dell'incontro tra diritti e doveri sociali.

Con riferimento ai contenuti, la carta dovrà prevedere:

- le condizioni per un patto di cittadinanza sociale a livello locale,
- i percorsi e le opportunità sociali disponibili,
- la mappa delle risorse istituzionali e sociali,

- i livelli essenziali di assistenza previsti,
- gli *standard* di qualità da rispettare,
- le modalità di partecipazione dei cittadini,
- le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti deboli,
- gli impegni e i programmi di miglioramento,
- le regole da applicare in caso di mancato rispetto degli *standard*.

Ogni comune, in quanto responsabile dell'offerta dei servizi sociali, deve adottare una propria «carta», nella quale saranno riflessi i suoi orientamenti e le sue possibilità. Al fine di favorire una certa omogeneità, è opportuno che le carte abbiano un «nocciolo» di contenuti comuni. In particolare è necessario che, almeno per i tipi di prestazioni più diffuse, alcuni indicatori siano definiti a livello nazionale, ferma restando la possibilità di affinarli e integrarli in sede locale e, soprattutto, fermo restando l'esclusiva responsabilità delle amministrazioni comunali nella determinazione dei valori (e quindi nella concreta determinazione degli *standard* di qualità). A tale esigenza corrisponderà la produzione dello Schema di riferimento che il Dipartimento per gli Affari Sociali dovrà presentare, nonché l'eventuale implementazione che potranno farne le regioni.

Di particolare rilevanza è il processo di costruzione delle carte. In primo luogo esso costituisce una preziosa occasione di coinvolgimento della collettività, con la quale potranno essere confrontati i principi cui si ispirano le strategie di offerta e negoziati gli *standard* di qualità e gli strumenti in caso di mancato rispetto. Così facendo si potrà dar corpo all'affermazione secondo la quale le carte costituiscono un «patto» tra i comuni e i cittadini. In secondo luogo, la loro costruzione costituisce una preziosa occasione di verifica, all'interno delle amministrazioni, dello stato dei servizi sociali e delle possibilità di miglioramento, dando così corpo all'affermazione secondo la quale le carte costituiscono uno strumento, oltre che di tutela dei cittadini, di crescita organizzativa.

La legge n. 328/2000 stabilisce che l'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori è condizione per il loro accreditamento. Evidentemente tale previsione non può essere riferita alle amministrazioni comunali e sta piuttosto ad indicare che anche i gestori dei servizi – in quanto diversi dalle amministrazioni comunali – devono dotarsi, ognuno, di una propria carta. Il contenuto di quest'ultima, peraltro, deve essere diverso da quello fin qui considerato: le «carte» dei soggetti in questione devono conte-

nere impegni (nei confronti dei comuni) riferiti al possesso di strumenti e al rispetto di regole di funzionamento coerenti con un effettivo «orientamento alla qualità», caratterizzandosi dunque per la presenza di *standard* di tipo organizzativo. In ogni caso si deve escludere che gestori dei servizi diversi dalle amministrazioni comunali stabiliscano, essi stessi, gli *standard* di qualità delle prestazioni. Anche nel caso di gestioni «esterne», infatti, questi ultimi devono restare di competenza dei comuni che, al riguardo, potranno procedere come segue: definire un insieme di indicatori e valori di base; sollecitare quanti competono per l'affidamento di un servizio a formulare proposte migliorative; convalidare la proposta contenuta nell'offerta più rispondente al proprio insieme di obiettivi e di vincoli, assumendone a tutti gli effetti la responsabilità nei confronti dei cittadini.

7 - Il sistema informativo dei servizi sociali

Il sistema informativo dei servizi sociali (Siss) risponde alle esigenze della programmazione, della gestione e della valutazione delle politiche sociali. È strumento di conoscenza di fondamentale importanza per gli operatori, i responsabili delle politiche (ai diversi livelli) e i cittadini. La sua funzione non è (solo) quella di descrivere le risorse impiegate e le attività svolte nelle diverse articolazioni territoriali e organizzative, ma (soprattutto) quella di facilitare la lettura dei bisogni e di sostenere il processo decisionale a tutti i livelli di governo, sulla base di una rigorosa analisi delle attività e dei risultati raggiunti rispetto ai risultati attesi e alle esigenze della popolazione. La disponibilità di informazioni è inoltre funzionale alla diffusione della cultura del confronto e alla valutazione comparativa delle esperienze e dei risultati.

Lo sviluppo del Siss deve prevedere il potenziamento della produzione statistica ufficiale nell'ambito delle indagini presso le famiglie e presso le istituzioni (pubbliche e private). Le rilevazioni statistiche ufficiali presso le famiglie devono permettere di valutare la rete degli aiuti che i cittadini ricevono dal settore sociale (pubblico e privato), e degli aiuti informali (familiari e non) che i cittadini si scambiano, nonché i bisogni emergenti. Le rilevazioni ufficiali presso le istituzioni devono garantire un flusso di informazioni continuo rispetto all'offerta dei servizi, con particolare riferimento ai servizi attivati localmente per i diversi soggetti sociali (bambini, anziani, disabili, ecc).

Specifica attenzione dovrà essere dedicata ai sistemi di rendicontazione degli

enti locali (in particolare, ai bilanci dei Comuni) al fine di renderli più funzionali alla rilevazione delle informazioni sulla spesa e sulle attività sociali.

Per sviluppare la massima potenzialità, il sistema informativo dei servizi sociali (Siss) dovrà essere organicamente collegato, fra l'altro, al sistema informativo sanitario (Sis) e a quello europeo (Eurostat).

Fra le funzioni specifiche del Siss, assumono particolare rilievo:

a) il monitoraggio dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000;

b) il monitoraggio di specifiche misure di intervento promosse dalle politiche sociali, in particolare il Reddito minimo di inserimento (Rmi) e il Reddito minimo per la disabilità;

c) l'analisi della qualità dei servizi e della loro effettiva rispondenza ai bisogni da soddisfare, anche attraverso l'utilizzo di un insieme (essenziale) di indicatori collegati al sistema delle Carte dei servizi sociali.

Per essere funzionale alle esigenze di governo delle politiche sociali, il Siss deve essere essenziale ovvero disegnato in modo da evitare la proliferazione delle informazioni e l'inflazione di dati. Particolare attenzione dovrà essere riservata alle esigenze di flessibilità e tempestività, evitando di sacrificarle alle richieste di esaustività e completezza. Il modello di funzionamento dei flussi informativi (chi rileva le informazioni, con chi e come sono condivise, come sono trattate ed elaborate, come sono aggregate, come ritornano a chi le ha prodotte) deve essere improntato ad estrema chiarezza, entro una logica sufficientemente decentrata, perché è a livello locale che si gioca l'affidabilità del sistema.

Al fine di evitare la sovrapposizione o (addirittura) la contrapposizione di più sistemi informativi (uno o più nazionali, tanti regionali, tanti locali) è essenziale che i diversi soggetti (ai diversi livelli di governo) si integrino e condividano il disegno complessivo del Siss. In particolare, la partecipazione di tutti gli attori alla costruzione del sistema, favorendo il superamento dei limiti propri della visione da mero debito informativo, è garanzia di collaborazione allo sviluppo del sistema e fonte di fertili aspettative nei suoi confronti. A tutti i livelli di governo, il bilancio informativo fra, da un lato, i dati che si rilevano o si acquisiscono e, dall'altro, le conoscenze che si ricavano o si restituiscono, deve essere rispettato, caratterizzando in senso circolare i rapporti tra i diversi attori coinvolti (all'interno degli enti e tra centro e periferia).

È essenziale che alla definizione dell'architettura del Siss collaborino esperti

di politiche sociali (in particolare, di valutazione di programmi e servizi), esperti statistici (in particolare dell'Istat, in modo da sviluppare sinergie e omogeneità), esperti di sistemi informativi (in modo da garantire lo sviluppo di connessioni di rete, in un'ottica di interoperabilità funzionale), responsabili delle politiche sociali e, in primo luogo, responsabili locali (perché la partecipazione di chi produce e utilizza le informazioni è condizione indispensabile per la qualità del sistema). È inoltre necessario che essi sappiano cogliere (in una logica di costante ascolto) i fabbisogni conoscitivi delle principali istituzioni interessate, inclusa la Commissione di Indagine sull'Esclusione Sociale.

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2004
presso Eurografica
Palermo

