



Regione Campania
Assessorato alle Politiche Sociali

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2003 E PER IL CONSOLIDAMENTO DEL SISTEMA DI WELFARE DELLA REGIONE CAMPANIA

**Il documento contiene indicazioni
per la presentazione del Piano Sociale di Zona 2003,
ad integrazione del Piano 2002**

30 gennaio 2003

in collaborazione con il Formez

Premessa

Questo documento vuole essere uno strumento di accompagnamento al percorso di costituzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, già avviato con le linee di programmazione sociali del maggio 2001 e con la prima annualità dei piani di zona sociali.

Si rivolge a tutti gli attori che, nel nuovo sistema di welfare, lavorano da un anno e mezzo, per l'inclusione, la garanzia di diritti, la qualità dei servizi, l'uso razionale delle risorse, la cittadinanza attiva, la sicurezza, la tutela dei piccoli e dei più deboli, le pari opportunità, la crescita responsabile della comunità locale.

E' un documento che parte dell'esperienza fin qui svolta, consapevole delle criticità e dei problemi che l'applicazione della legge 328/00 ha presentato su scala locale e nazionale, ma che nel contempo continua a ritenere questa legge, per le sue intuizioni metodologiche ed operative e per i suoi valori fondanti, uno strumento fondamentale per realizzare sul territorio regionale uno stato sociale rispettoso delle specificità locali, attento alle risorse e ai bisogni, alla qualità dei servizi e degli interventi, al confronto con le diverse parti sociali e con la società civile.

Le linee di programmazione regionale del 2001 (Del. G.R. n. 1824 e 1826 del maggio 2001), con il loro carattere fortemente sperimentale, si proponevano di avviare un processo, innanzitutto culturale, di attenzione alle politiche sociali non più pensate come la sommatoria di interventi settorializzati ed emergenziali ma come sistema capace di coniugare rispetto e centralità della persona a criteri di efficienza, efficacia, qualità.

Molto è stato fatto da parte di tutti i soggetti che questa legge ha chiamato in causa in un'ottica di *responsabilità collettiva*, ma sono ancora tante le cose da rivedere e perfezionare su scala locale e regionale.

Questo documento nasce dall'attenta lettura di quanto emerso dal monitoraggio condotto dalla Regione (che sarà oggetto di restituzione e riflessione comune) e si propone di offrire agli attori locali del sistema di welfare alcuni elementi da tenere in considerazione per migliorare e completare il processo in atto.

Il primo anno ha visto innanzitutto l'attenzione regionale concentrarsi sulla definizione di un nuovo sistema di *governance* locale: l'associazione dei comuni negli ambiti territoriali, la costituzione degli uffici di piano, l'integrazione con le Asl per la programmazione e la gestione degli interventi socio-sanitari, il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore, la definizione del ruolo delle Province e il loro coinvolgimento nel percorso di accompagnamento formativo e nella rilevazione e monitoraggio di bisogni e risorse.

Attenzione rivolta agli assetti organizzativi soprattutto degli enti locali, chiamati dalla l.328/00 ad agire da protagonisti nella rete del sistema integrato dei servizi sociali, perché deputati a programmare, gestire, valutare il sistema di interventi e servizi, ascoltando e coinvolgendo i soggetti del terzo settore e la comunità locale.

In Campania si va configurando un embrionale sistema di *governance*, ancora dai confini incerti e dai ruoli non del tutto definiti, che si muove, nella flessibilità e mutevolezza proprie di una rete di interscambi, di flussi di beni e risorse tra diversi nodi (Comuni, Asl, Province, Regioni, mercato, terzo settore...), per rispondere ai nuovi processi di differenziazione della domanda assistenziale attraverso pratiche tese a gestire la complessità.

Leggere e interpretare il welfare, così come indicavano le linee di programmazione regionale del 2001, secondo un meccanismo di *responsabilità allargata e condivisa*, ha rappresentato da un punto di vista operativo la maggiore attenzione alla complessità dei ruoli, delle relazioni e delle differenze nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi alle persone.

Un'attenzione che ha riguardato un maggiore sostegno all'organizzazione, all'uso razionale delle risorse, all'efficienza e all'efficacia del sistema.

E ciò tanto più in relazione ai limiti imposti dalla povertà delle risorse, alle spinte nella direzione di tagliare, ridurre, semplificare servizi e procedure d'accesso.

Il nascente *welfare* campano, che risente anche dei problemi del più ampio contesto nazionale e internazionale, richiede ancora grande attenzione da parte della Regione, degli Enti Locali, delle Province, dei diversi soggetti territoriali.

Queste linee di indirizzo riprendono, dunque, alcuni temi legati agli assetti organizzativi e gestionali della rete territoriale al fine di offrire spunti di riflessione e approfondimento per il consolidamento, la ridefinizione, laddove necessario, degli assetti locali del sistema del *welfare*.

A partire dalla riflessione sugli assetti istituzionali e le modalità della gestione associata, le linee sollecitano i comuni, già aggregati negli ambiti territoriali, a ricercare forme più stabili per ottimizzare il rapporto fra spesa e servizi, soprattutto in una condizione di scarsità di risorse economiche e sottodotazione di infrastrutture e personale.

Il documento offre alcuni suggerimenti metodologici e organizzativi (derivanti dal materiale raccolto con il monitoraggio nel 2002 e dal confronto formativo con i referenti degli uffici di piano e l'assistenza tecnica) sui compiti, i ruoli, la comunicazione, l'utilizzo delle risorse umane negli uffici di piano e nelle tipologie dei servizi soffermandosi in particolare su alcune scelte di consolidamento e di innovazione.

Una forte attenzione è data all'**integrazione socio-sanitaria**, che in continuità con il percorso intrapreso dalla Regione Campania con le delibere di programmazione elaborate congiuntamente dagli Assessorati e Settori competenti della Sanità, delle Politiche Sociali e degli Enti locali, rappresenta una opzione strategica regionale

Nessun approccio multidimensionale alla persona e ai bisogni di salute e di benessere può prescindere, come già sottolineato nelle linee di programmazione 2001, dall'integrazione fra sociale e sanitario che nei suoi diversi aspetti (gestionale, organizzativo, professionale) rappresenta uno degli obiettivi programmatici più importanti per il 2003.

Ma è la **ricerca e la garanzia della qualità nei servizi alla persona** previsti nei piani sociali di zona l'obiettivo principale di questa nuova programmazione: qualità intesa come strumento fondamentale per orientare l'azione dei soggetti protagonisti del processo di erogazione di prestazioni sociali.

L'adozione da parte dei servizi e dei soggetti erogatori e fruitori di un approccio orientato alla qualità dei processi, infatti è una scelta indispensabile per garantire equità e tutela della salute e dei diritti sociali delle persone anche in un'ottica di pari opportunità.

L'obiettivo della Regione Campania è quello di mettere in atto, insieme con tutti i attori del sistema integrato di interventi e servizi sociali, politiche orientate ad obiettivi di qualità con l'adozione degli strumenti conseguenti (alcuni dei quali trovano una prima anticipazione in questo documento).

Attraverso un comune lavoro sulla qualità e la messa a punto di un sistema regionale e locale di controllo e valutazione, l'obiettivo è quello di perseguire un'azione di tutela dei soggetti fruitori dei servizi, di responsabilizzazione di tutte le risorse in grado di individuare, conoscere e selezionare il sistema di bisogni.

La qualità sarà, dunque, un obiettivo permanente delle politiche regionali e territoriali che assumono come valore la centralità della persona, dei suoi bisogni, la garanzia e l'universalità dei diritti fondamentali.

1. La prima annualità di programmazione sociale: criticità, punti di forza, risultati

1.1 Gli assetti istituzionali e le modalità per la gestione associata dei servizi sociali

Alla fine del periodo di sperimentazione i 42 Ambiti hanno avviato, non senza difficoltà, percorsi di individuazione e costituzione di nuovi assetti istituzionali per la gestione associata dei servizi. Alla fine della prima annualità 33 Ambiti territoriali hanno già concluso il processo di costituzione formalizzando una veste giuridica. Gli altri 9 Ambiti territoriali stanno ancora lavorando per la definizione della forma giuridica.

I 33 Ambiti territoriali che hanno già formalizzato una forma giuridica si sono orientati prevalentemente verso lo strumento della Convenzione fra Comuni, solo in minima parte hanno scelto l'Unione fra Comuni, il Consorzio

In alcuni Ambiti, nonostante siano stati previsti servizi associati nei Piani di Zona, si è rilevata una notevole difficoltà nel realizzare una reale integrazione tra le politiche sociali dei diversi Comuni. Ciò nonostante risultano realizzati servizi associati nella maggioranza degli Ambiti territoriali, solo in alcuni, la gestione associata dei servizi sociali presenta particolari difficoltà di realizzazione.

Il 50% degli Ambiti territoriali ha disciplinato attraverso regolamenti la realizzazione dei servizi associati

1.2 Gli assetti organizzativi e le risorse umane

Un bozzolo che diventa farfalla, richiama una delle rappresentazioni dell'Ufficio di Piano (UdP) espresse durante le giornate di formazione per i coordinatori degli UdP. Le altre rappresentazioni espresse dai partecipanti simboleggiavano le preoccupazioni e le difficoltà che le trasformazioni indotte dalla Legge 328 stessero producendo negli Ambiti territoriali ed in particolare negli UdP.

Difficoltà che si sono concentrate prioritariamente nell'UdP, in quanto organo deputato alla gestione del nuovo processo di applicazione della riforma del welfare.

Le criticità denunciate dai coordinatori dell'UdP a circa metà del percorso di attuazione della prima annualità della Legge 328 sono state, infatti:

- mancanza di cultura della partecipazione;
- il livello politico che blocca il livello tecnico;
- crisi di identità degli operatori che prima lavoravano in un Ente Locale e poi in un ambito dove non viene riconosciuto l'aumento del carico di lavoro e/o la professionalità;
- necessità di acquisire nuove competenze;
- mancanza di cultura politica;
- distacco solo temporaneo dei componenti dell'UdP;
- campanilismo fra i diversi Comuni dell'Ambito territoriale;
- incompletezza della normativa;
- l'incertezza del processo attuativo della legge 328;

Alla fine circa del primo anno di sperimentazione delle attività tutti gli UdP dei 42 Ambiti territoriali della Regione Campania si presentano completi e formalizzati ma solo 14 funzionanti, 21 parzialmente funzionanti e 7 non funzionanti. I problemi prevalenti che affrontano sono:

- Distacco del personale dagli Enti di appartenenza all'UdP
- Indennità di partecipazione all'UdP
- Referenti ASL non operativi
- Mancanza di organizzazione (Ruoli, compiti, ...)
- Carenza di integrazione fra coordinatore e altri componenti dell'UdP
- Carenza di sinergia/contrastanti fra livello politico e livello tecnico
- Ritardo della selezione delle risorse umane
- Discrepanza fra competenze necessarie all'operatività e profili professionali presenti nell'UdP
- Ingerenza e/o latitanza del Coordinamento Istituzionale in alcuni casi.

Le difficoltà incontrate dagli UdP durante la prima annualità sono da annoverare sicuramente alle innovazioni portate direttamente dalla riforma e dai tempi ridotti con cui è stato necessario avviarla.

Nella prossima annualità è indispensabile dedicare, da parte degli Ambiti territoriali, una particolare attenzione agli assetti organizzativi dell'Ufficio di Piano in quanto, come dimostra la sperimentazione, è un organo fondamentale per l'attuazione della riforma.

1.3 Le scelte assunte nella prima annualità per la costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali: aree prioritarie di intervento e tipologie di servizi

Per analizzare gli effetti determinati sulla spesa sociale dei Comuni e sulla programmazione finanziaria degli ambiti territoriali con l'attivazione dei Piani di Zona 2002 si è proceduto ad analizzare i dati provenienti dalle seguenti fonti informative:

- i dati sulla programmazione delle risorse finanziarie desunti dalla scheda 4.1 dei Piani di Zona 2002, che sono stati analizzati rispetto alla distribuzione delle risorse per area prioritaria di intervento e per fonte di finanziamento del Fondo di Ambito destinato a ciascuna area di intervento;
- i dati sulla programmazione della spesa del Fondo di Ambito per area di intervento, con l'articolazione delle azioni previste per tipologia di servizi, per tipologie di attività e prestazioni, desunti dalle schede di monitoraggio diffuse nel mese di ottobre 2002 e raccolto per circa 20 ambiti territoriali sulla totalità dei 42 ambiti territoriali, di cui sono state analizzate in particolare le schede anagrafiche dei Progetti previsti nei Piani di Zona.

Spesa sociale attivata con i Piani di Zona 2002 in Regione Campania (valori assoluti)

AREA DI INTERVENTO	FNPS totale	Risorse Comune	Risorse ASL	Totale Spesa
Abuso L. 388/2000	€ 1.348.267,57	€ 13.691,43	€ 157.213,20	€ 1.392.552,47
Altri interventi	€ 2.792.041,98	€ 4.838.082,60	€ 3.718.674,92	€ 9.836.075,88
Anziani	€ 12.934.699,60	€ 30.438.204,59	€ 16.817.477,08	€ 49.744.710,83
Dipendenze	€ 872.561,63	€ 418.197,61	€ 208.424,44	€ 1.700.449,38
Disabilità	€ 11.017.310,32	€ 22.660.976,17	€ 12.416.912,77	€ 40.498.589,43
Interventi non ripartibili nelle aree	€ 5.478.466,28	€ 7.072.236,20	€ 299.647,61	€ 14.911.397,88
Minori	€ 21.565.553,56	€ 22.729.395,46	€ 2.676.957,55	€ 54.864.413,50
Povertà	€ 5.991.023,88	€ 6.555.724,90	€ 151.413,23	€ 47.957.870,34
Responsabilità familiari	€ 5.850.183,13	€ 3.237.557,17	€ 2.049.139,75	€ 10.548.033,97
Ufficio di Piano	€ -	€ 21.174,73		€ 234.747,06
TOTALE	€ 67.850.107,94	€ 97.985.240,86	€ 38.495.860,54	€ 231.688.840,74

Spesa sociale attivata con i Piani di Zona 2002 in Regione Campania (composizione % per Area)

AREA DI INTERVENTO	FNPS totale	Risorse Comune	Risorse ASL	Totale Spesa
Abuso L. 388/2000	2,0	0,0	0,4	0,6
Altri interventi	4,1	4,9	9,7	4,2
Anziani	19,1	31,1	43,7	21,5
Dipendenze	1,3	0,4	0,5	0,7
Disabilità	16,2	23,1	32,3	17,5
Interventi non ripartibili nelle aree	8,1	7,2	0,8	6,4
Minori	31,8	23,2	7,0	23,7
Povertà	8,8	6,7	0,4	20,7
Responsabilità familiari	8,6	3,3	5,3	4,6
Ufficio di Piano		0,0		0,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0

Spesa sociale attivata con i Piani di Zona 2002 in Regione Campania (composizione % per Fonte)

AREA DI INTERVENTO	FNPS totale	Risorse Comune	Risorse ASL	Totale Spesa
Abuso L. 388/2000	96,82	0,98	11,29	100,00
Altri interventi	28,39	49,19	37,81	100,00
Anziani	26,00	61,19	33,81	100,00
Dipendenze	51,31	24,59	12,26	100,00
Disabilità	27,20	55,95	30,66	100,00
Interventi non ripartibili nelle aree	36,74	47,43	2,01	100,00
Minori	39,31	41,43	4,88	100,00
Povertà	12,49	13,67	0,32	100,00
Responsabilità familiari	55,46	30,69	19,43	100,00
Ufficio di Piano	0,00	9,02		100,00
TOTALE	29,29	42,29	16,62	100,00

I dati riportati nelle tavole precedenti riguardano il primo punto e quindi rappresentano la sintesi delle tavv. 4.1 dei Piani di Zona 2002.

A fronte di queste tavole di sintesi su base regionale sono state costruite analisi di dettaglio che consentono di confrontare le situazioni provinciali e le situazioni per tutti gli ambiti afferenti ad una stessa ASL. Questi dati saranno resi disponibili, successivamente, presso l'Ufficio di Piano regionale. Dalle tabelle si desume che la maggiore concentrazione delle risorse assegnate al Fondo di ambito ha riguardato le aree prioritarie dei Minori, degli Anziani, dei Disabili e del Contrasto alle povertà.

Si può notare come oltre un quarto delle risorse indistinte sono state destinate alle Azioni per gli Anziani e il 18% per i Disabili, mentre era prevedibile che tra le risorse distinte del FNPS trasferito dalla Regione la parte maggiore fosse collocata nell'Area Minori, che è anche quella, insieme all'Area Anziani che assorbe la maggiore quantità delle risorse private portate a cofinanziamento di molte attività previste nel Piano di Zona.

La sola programmazione di tutti gli interventi ed i servizi previsti nei Piani di Zona 2002 ha consentito di attivare per politiche sociali un ammontare di risorse pari complessivamente a circa 231 milioni di Euro, di cui circa il 42% determinato da risorse proprie dei Comuni, il 16% circa da risorse delle ASL e circa il 30% da risorse trasferite con il Fondo Nazionale Politiche Sociali.

Questa dimensione di spesa, se analizzata in termini pro capite, rileva una spesa media per abitante in Campania attivata con i Piani di Zona 2002 pari a circa 41 Euro per abitante, a cui deve comunque aggiungersi quanto viene attivato in termini di spesa sociale dai singoli Comuni e non confluisce nel Piano di Zona, viste le prassi vigenti.

Se si guarda all'apporto che le diverse fonti di finanziamento hanno dato alle diverse aree prioritarie di intervento, con particolare riferimento all'apporto delle ASL e dei Comuni, si deve rilevare che le ASL hanno impegnato maggiori risorse a cofinanziamento dei Piani di Zona per gli interventi su Anziani, Disabilità e Responsabilità Familiari, mentre per i Comuni gli sforzi maggiori sono stati rilevati per il cofinanziamento degli interventi per Disabilità, Anziani, e tutti gli interventi non ripartibili, in quanto azioni di sistema ed a supporto della costruzione della rete integrata di interventi e servizi sociali.

Con riferimento al secondo punto di analisi, cioè la distribuzione delle risorse per tipologie di servizi e per tipologie di attività, si riportano di seguito le tavole di sintesi che riguardano il totale della spesa prevista e le aree Minori, Anziani, Disabilità, che assorbono la gran parte delle risorse.

L'articolazione delle risorse per tipologie di servizi denuncie nei tratti essenziali, rinviando ad altra sede per un maggiore approfondimento, ancora insufficiente l'impegno di risorse per la domiciliarità e per il pronto intervento, soprattutto per i minori, ed in particolare se rapportato alla spesa per servizi semiresidenziali e residenziali.

Quadro complessivo delle risorse per aree di intervento, numero di progetti e apporto finanziario delle diverse fonti.

Area di intervento	Num. Progetti	Risorse totali	% Area su totale risorse	di cui Risorse Comunali	di cui Risorse ASL	% Risorse Comuni su totale	% Risorse ASL su totale
A - Anziani	188	€21.383.655,56	28,42	€9.421.217,93	€2.076.363,82	44,06	9,71
B - Contrasto alle Povertà	69	€4.702.299,56	6,25	€2.055.965,68	€88.157,71	43,72	1,87
C- Dipendenze	54	€3.596.768,90	4,78	€903.349,36	€212.488,96	25,12	5,91
D- Disabilità	132	€11.648.319,19	15,48	€5.331.264,09	€516.072,66	45,77	4,43
E- Eventuali progetti ascrivibili a più aree	45	€1.720.092,74	2,29	€82.837,21		4,82	0,00
F- Immigrazione	42	€465.873,03	0,62	€65.783,56	€20.658,28	14,12	4,43
G- Interventi contro l'abuso	31	€679.664,78	0,90	€10.845,60	€85.485,35	1,60	12,58
H- Politiche per l'infanzia e l'adolescenza	207	€20.174.150,99	26,82	€7.121.872,19	€221.239,98	35,30	1,10
I- Responsabilità Familiari	59	€2.334.140,66	3,10	€210.004,91	€77.658,40	9,00	3,33
L- Salute Mentale	30	€1.565.131,39	2,08	€568.735,19	€70.876,53	36,34	4,53
M- Azioni di Sistema	66	€6.961.363,63	9,25	€1.781.963,68		25,60	0,00
			0,00				
TOTALE	923	€75.231.460,43	100,00	€27.553.839,41	€3.369.001,68	36,63	4,48

Distribuzione delle risorse per alcune aree prioritarie e per tipologie di servizi

Area Disabilità

Tipologia di servizi	Num. Progetti	Risorse totali	%tipologia su totale di Area	di cui Risorse Comunali	di cui Risorse ASL	%Risorse Comuni su totale	%Risorse ASL su totale
Servizi comunitari e centri diurni	55	€3.875.236,54	33,27	€2.825.614,40	€63.328,34	72,91	1,63
Servizi di orientamento, informazione, accesso	15	€706.759,48	6,07	€217.381,15		30,76	0,00
Servizi di pronto intervento (ed altri interventi economici)	10	€614.568,67	5,28	€379.993,91	€114.113,29	61,83	18,57
Servizi domiciliari	36	€4.558.919,40	39,14	€1.234.161,41	€338.631,03	27,07	7,43
Servizi residenziali	8	€825.242,50	7,08	€138.682,04		16,81	0,00
Servizi semiresidenziali	8	€1.067.592,60	9,17	€535.431,18		50,15	0,00
TOTALE	132	€11.648.319,19	100,00	€5.331.264,09	€516.072,66	45,77	4,43

Area Politiche per l'infanzia e l'adolescenza

Tipologia di servizi	Num. Progetti	Risorse totali	%tipologia su totale di Area	di cui Risorse Comunali	di cui Risorse ASL	%Risorse Comuni su totale	%Risorse ASL su totale
Servizi comunitari e centri diurni	86	€9.212.531,04	45,67	€3.300.646,00	€65.300,60	35,83	0,71
Servizi di orientamento, informazione, accesso	49	€3.122.662,46	15,48	€865.801,65	€18.502,22	27,73	0,59
Servizi di pronto intervento (ed altri interventi economici)	23	€1.816.381,28	9,00	€564.342,96	€38.376,83	31,07	2,11
Servizi domiciliari	6	€721.218,51	3,57	€204.527,58	€18.502,22	28,36	2,57
Servizi residenziali	22	€2.989.467,90	14,82	€1.619.667,05	€65.064,40	54,18	2,18
Servizi semiresidenziali	21	€2.311.889,80	11,46	€566.886,95	€15.493,71	24,52	0,67
TOTALE	207	€20.174.150,99	100,00	€7.121.872,19	€221.239,98	35,30	1,10

Area Anziani

Tipologia di servizi	Num. Progetti	Risorse totali	%tipologia su totale di Area	di cui Risorse Comunali	di cui Risorse ASL	%Risorse Comuni su totale	%Risorse ASL su totale
Servizi comunitari e centri diurni	66	€4.266.598,08	19,95	€2.086.976,61	€39.285,89	48,91	0,92
Servizi di orientamento, informazione, accesso	15	€544.966,58	2,55	€375.354,32	€3.507,62	68,88	0,64
Servizi di pronto intervento (ed altri interventi economici)	21	€1.808.435,63	8,46	€836.651,85		46,26	0,00
Servizi domiciliari	60	€11.451.145,66	53,55	€4.848.548,29	€1.328.667,58	42,34	11,60
Servizi residenziali	15	€1.465.512,50	6,85	€1.005.031,86		68,58	0,00
Servizi semiresidenziali	11	€1.846.997,12	8,64	€268.655,00	€704.902,73	14,55	38,16
TOTALE	188	€21.383.655,56	100,00	€9.421.217,93	€2.076.363,82	44,06	9,71

2. Le scelte strategiche per il consolidamento del sistema di welfare campano nella seconda annualità di programmazione sociale: assetti gestionali e regolamentazione.

2.1 Linee di azione per la costruzione delle reti di servizi negli ambiti territoriali: la gestione unitaria dei servizi

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali L.328/2000 attribuisce un ruolo di "regia" delle politiche sociali ai Comuni, che partecipano alla programmazione regionale, e gestiscono i servizi nel senso che sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini. Inoltre all'art. 8 comma 3 lettera a) si sottolinea la competenza regionale per la determinazione degli ambiti territoriali e delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

I comuni possono scegliere fra varie strategie per dare soluzioni amministrative al problema cruciale della gestione unitaria dei servizi sociali, valutando l'adeguatezza della soluzione da adottare sotto il doppio profilo della costruzione delle reti comunitarie significative per la comunicazione fra sistema della domanda e sistema dell'offerta, e della gestione amministrativa più funzionale alla complessità delle funzioni da organizzare.

La gestione unitaria di servizi ed interventi in campo socio-sanitario va, senza dubbio, promossa, incentivata e supportata e ciò innanzitutto in coerenza con lo spirito della riforma ed in secondo luogo poiché rappresenta la modalità che consente ai Comuni di sfruttare le economie di scala che derivano dall'esercizio associato di funzioni e, nello stesso tempo, di sviluppare le proprie competenze direttamente, anche quando la complessità dei servizi non lo consente alla singola amministrazione¹, vista l'articolazione delle procedure gestionali e la disponibilità complessiva di risorse economiche.

Per questa ragione, la Regione Campania ha deliberato con Del. G.R. n. 6316 del 27.12.2002 di accantonare il 10% delle risorse indistinte del FRPS per attivare un meccanismo di premialità, rivolto a riconoscere e premiare il perseguimento, tra gli altri, di specifici obiettivi connessi proprio alla attuazione della gestione unitaria, nei diversi livelli in cui la stessa può e deve essere declinata.

In questo paragrafo e nell'Allegato 1 si provvede a ricordare le principali questioni da porre alla attenzione del Coordinamento Istituzionale dell'ambito territoriale, in ordine al perseguimento della gestione unitaria.

Il D.lgs. 267/2000 (Testo Unico Enti Locali) ha recepito le disposizioni di cui alla L.142/90 e successive modifiche ed integrazioni, definendo le forme gestionali adatte per lo svolgimento delle competenze amministrative dei Comuni in associazione.

In particolare il Testo Unico, al Titolo II, Capo V denominato "Forme associative", individua rispettivamente agli articoli 30, 31 e 32, tre modalità per l'esercizio delle funzioni:

- la convenzione;
- il consorzio;
- l'Unione di Comuni;

mentre qualifica, all'articolo 34, l'Accordo di Programma quale strumento preferenziale per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di diverse istituzioni.

Il D.lgs. 267/2000 non si limita a disciplinare le forme associative, ma nel successivo Titolo V offre un articolato quadro di riferimento delle opportunità derivanti dalla scelta di specifiche forme di gestione dei servizi, trovandosi l'Ente Locale sempre nelle condizioni di scegliere tra il realizzare ed erogare un servizio a propria cura, oppure comprare il servizio da soggetti privati operanti sul mercato ("make or buy").

Il processo di attivazione della gestione unitaria dei servizi sociali in un ambito territoriale è articolato e non privo di ostacoli da superare sia sul piano politico-istituzionale delle scelte da assumere che sul piano tecnico-gestionale delle modalità da definire per garantire una gestione efficace ed efficiente dei servizi. La gestione unitaria non si esaurisce, infatti, nella definizione di un atto convenzionale o altro atto

¹ Non è superfluo precisare che, tra l'altro, la gestione associata può rappresentare la modalità più adatta per organizzare e promuovere l'integrazione socio sanitaria su basi negoziali costituite paritariamente.

giuridico-amministrativo, ma deve essere vissuta come un percorso di scelte e di sperimentazioni che comincia con l'approvazione del Piano di Zona.

In merito alle modalità di gestione associata e al modello di welfare locale ogni singolo Ambito territoriale deve muoversi necessariamente un sistema di valori che favorisca un'ottica di servizio sociale integrato (responsabilità collettiva, universalità del diritto di accesso alle prestazioni, sussidiarietà solidale, attenzione ai più deboli, unicità dell'intervento, personalizzazione dell'intervento, approccio integrato, sostenibilità, partecipazione ed attivazione di tutte le risorse).

Perché la gestione unitaria della rete dei servizi di un ambito territoriale possa trovare effettiva realizzazione, oltre l'assetto giuridico-istituzionale definito dagli organi competenti, è necessario assumere decisioni in merito alla organizzazione dell'ambito territoriale e alle funzioni e responsabilità assegnate a ciascun soggetto individuato e alle modalità di gestione e di utilizzo delle risorse evidentemente unitarie.

Questo investe direttamente gli aspetti che riguardano le risorse finanziarie che la Regione Campania ripartisce tra gli ambiti e che gli stessi Comuni apportano al Quadro finanziario del Piano di Zona.

Ma riguarda anche il piano della regolamentazione di ambito, vista la necessità che gli Enti Locali, avendo deciso di assumere una certa modalità per la gestione unitaria dei servizi, tutti o parte, previsti nel Piano di Zona, si dotino di criteri omogenei per disciplinare l'organizzazione e l'erogazione dei servizi.

2.2 L'accreditamento dei soggetti e delle strutture che erogano servizi di cura alla persona

La procedura di accreditamento è diventata necessaria dopo che la Legge quadro sui servizi sociali:

- ha valorizzato il contributo al sistema sociale da parte del Terzo Settore;
- ha enunciato i criteri guida per l'integrazione dei servizi sociali erogati dagli organismi pubblici e privati;
- ha previsto tra gli strumenti utilizzabili 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.

L'accreditamento riguarda una serie di fattori, individuati da indicatori e da standard di qualità, per attivare processi di miglioramento della qualità.

Il suo fine non è soltanto valutare le attività sociali, ma osservare come esse si integrano in un processo di presa in carico.

E' anche un *percorso di miglioramento della qualità a beneficio degli utenti*, misurabile attraverso il *grado di soddisfazione dei cittadini*.

Il percorso di accreditamento riunisce alcune parole chiave, tra le quali occorre sicuramente enumerare la *trasparenza e l'informazione*, la *relazione* ed il *rispetto della persona*, l'*accessibilità* ai servizi.

L'Accreditamento è una *procedura di valutazione esterna ad una struttura sociale ed alla realtà operativa di un soggetto erogatore di servizi sociali (privato e privato sociale)*, effettuata da operatori indipendenti dalle strutture sociali e dai loro organismi di tutela, concernente l'insieme del suo funzionamento e delle sue attività.

La Regione si fa carico della messa a punto dei criteri di accreditamento. In particolare, secondo quanto stabilito dalla Legge quadro 328/2000, spetta alla Regione:

- a. la 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, commi 4 e 5 della Legge 328/2000 (*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*);
- b. l'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;
- c. la definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;
- d. La definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 della Legge 328/2000 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;
- e. La 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) della Legge 328/2000;

- f. La predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- g. la determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati.

Di conseguenza gli obiettivi della progettazione di un sistema regionale di accreditamento in campo sociale sono i seguenti :

- La valutazione della qualità delle strutture e dei servizi sociali;
- La valutazione della capacità delle strutture e dei soggetti che erogano servizi sociali di migliorare in modo continuo la qualità di cura e di presa in carico globale dei cittadini.
- la formulazione di raccomandazioni esplicite;
- Il coinvolgimento degli operatori professionali dei servizi sociali in tutti gli stadi del percorso di qualità;
- la riconoscibilità esterna della qualità degli interventi svolti nelle strutture sociali;
- il miglioramento continuo della fiducia dei cittadini.

L'accreditamento riguarda le strutture sociali pubbliche e private, sia che siano gestite da singole cooperative sociali, che da raggruppamenti di imprese, consorzi, o reti di cura, ed anche i servizi erogati dai soggetti del Volontariato, in coerenza con le finalità istituzionali per le quali le associazioni ed organizzazioni di volontariato sono nate.

L'accreditamento si applica alle strutture sociali nel senso giuridico del termine. Ciò sta a significare che l'accreditamento concerne simultaneamente l'insieme delle strutture (servizi, dipartimenti, organizzazione delle risorse umane) e delle attività, in ragione delle interrelazioni esistenti tra esse.

I fondamenti ed i principi su cui si basa il processo di accreditamento in campo sociale sono i seguenti:

- **La centralità del cittadino:** l'accreditamento s'interessa in primo luogo dei percorsi del cittadino - utente dei servizi sociali e del coordinamento della cura all'interno della struttura sociali destinata ad accoglierlo.
- **Il miglioramento della continuità assistenziale:** la continuità assistenziale è una delle principali dimensioni della qualità degli interventi sociali e corrisponde ad una delle attese principali dei cittadini;
- **Il miglioramento continuo della qualità:** è ottenuta grazie al miglioramento sistematico dei processi, la riduzione delle disfunzioni e il coinvolgimento delle persone.
- **Il coinvolgimento degli operatori che lavorano nelle strutture sociali:** la partecipazione dell'insieme degli attori è indispensabile per l'accettazione dei cambiamenti e la scelta delle soluzioni appropriate. E' essenziale che i differenti attori siano coinvolti in ogni tappa del percorso di accreditamento.
- **Un processo continuo:** l'accreditamento deve incitare alla messa in atto di processi continui di miglioramento della qualità. Corrisponde ad un processo ciclico nel quale l'autovalutazione e il controllo permettono di identificare le priorità che saranno oggetto di programmi d'azione condotti fino alla procedura di accreditamento successiva.
- **Obbligo di obiettività:** l'accreditamento aiuta le strutture sociali a realizzare una diagnosi della propria situazione su criteri precisi, stabiliti dalla Regione.
- **Valutazione e miglioramento continuo del metodo di accreditamento:** i principi di valutazione e miglioramento continuo della qualità richiesti alle strutture sociali si applicano all'accreditamento stesso. La Regione stessa sviluppa un sistema coerente che permette di misurare l'efficacia, il costo, le difficoltà e le eventuali disfunzioni del percorso di accreditamento.

Per la Regione Campania l'anno 2003 sarà quello decisivo per la elaborazione e la implementazione delle procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi sociali, che potranno andare a regime gradualmente, assicurando al sistema regionale di welfare sia la partecipazione dei soggetti interessati nella fase di progettazione e di definizione dei criteri e degli indicatori di qualità, sia nella fase di sperimentazione delle procedure e di applicazione delle procedure di autovalutazione delle strutture e dei servizi.

La Regione Campania ha già avviato, nell'ultimo trimestre del 2002 il percorso di studio delle procedure e degli strumenti da attivare per dare avvio al processo di accreditamento sul territorio regionale, a partire

dallo stato delle normative regionali vigenti, delle carenze ancora non superate (es. la costituzione dell'albo regionale delle cooperative sociali) e delle esperienze di accreditamento di strutture e servizi già avviate in altri contesti regionali italiani.

Entro il primo trimestre del 2003 saranno presentate le linee guida dei lavori già avviati per costruire il processo di accreditamento, quale contributo della Regione Campania al Tavolo regionale per l'accREDITamento delle strutture e dei servizi sociali che sarà costituito e lavorerà in modo permanente fino alla messa a regime del sistema di accREDITamento, per la quale occorrerà darsi ragionevolmente uno scenario almeno biennale.

Nella fase di transizione, che comincia con la nuova programmazione sociale di ambito territoriale alla quale introducono le Linee Guida contenute nel presente documento, sarà necessario che i Comuni e i soggetti pubblici responsabili della attuazione dei Piani di Zona e dei servizi in essi previsti continuino ad applicare le procedure previste dalla normativa vigente per l'affidamento dei servizi a soggetti terzi, con la piena valorizzazione dell'apporto che le strutture del Terzo Settore possono dare sin dalla fase di progettazione partecipata degli interventi e dei servizi, anche in coerenza con le direttive regionali in materia, assunte con deliberazione del 15.03.02

2.3 Linee di azione per realizzare l'integrazione sociosanitaria

- **L'integrazione sociosanitaria come opzione strategica**

L'Integrazione socio-sanitaria è una opzione strategica, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sociali e sanitarie.

Una maggiore integrazione tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari è obiettivo strategico che richiede, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, un'azione coordinata ed integrata dei Comuni a livello di ambito e delle ASL a livello distrettuale.

- **Le prestazioni sociosanitarie integrate**

Il DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Esse comprendono :

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** : le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite². Sono di competenza ed a carico delle AA.SS.LL.;

- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** : sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi.³

- **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria**: rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate "dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza"⁴ . Attengono prevalentemente alle aree:

- materno infantile
- anziani
- handicap
- patologie psichiatriche
- dipendenza da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale
- inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

² DLgs 229/99, art. 3 septies, comma 2, lettera a)

³ DPCM 14.02.2001, art. 3, comma 2

⁴ DPCM 14.02.2001, art 3, comma 3.

La programmazione degli interventi socio-sanitari da erogare a livello distrettuale da parte delle AA.SS.LL. si riferisce prioritariamente alle *aree socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria*.

Tra le prestazioni sociosanitarie si distinguono otto specifiche prestazioni definite come “prestazioni sociosanitarie compartecipate”, nelle quali “la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili” e per le quali l’entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle ASL e dei Comuni⁵. Tali interventi sociosanitari, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, che prevedono una compartecipazione alla spesa sono di competenza congiunta dell’Azienda ASL e dei Comuni dell’Ambito.

L’allegato 1.C del DPCM del 29.11.01, così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare:

- *Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)* - Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;

Assistenza semiresidenziale:

- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali* - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani* - Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie* - prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali* - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali* - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani* - prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS* cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fasi di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

- La programmazione e gestione delle attività sociosanitarie integrate

L’integrazione sociosanitaria va attuata determinando:

- una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari a livello programmatorio, gestionale e professionale
- il potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00, con particolare impegno per gli interventi sociali connessi agli interventi sanitari.
- la promozione nelle AA.SS.LL. di una riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc).

Dal punto di vista programmatorio e gestionale, l’integrazione sociosanitaria esige il coordinamento dei contenuti degli atti di programmazione sociale e sanitaria nel territorio e la loro gestione coordinata e congiunta.

L’Ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali e socio-sanitarie.⁶ Esso è coincidente o è multiplo del distretto, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e, laddove possibile, gestione integrata dei servizi e degli interventi socio-sanitari. I

⁵ DPCM 14.02.01 e DPCM 29.11.01

⁶ “Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali”, approvate con la DGRC n. 1826 del 4/5/2001

Piani di Zona (PdZ) sono lo strumento attraverso il quale i Comuni associati, con il concorso delle AA.SS.LL., delle Province, delle Ispab. e delle organizzazioni del terzo settore, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con indicazione degli obiettivi strategici, dell'assetto organizzativo, delle risorse, del personale, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Il **Distretto** è il contesto territoriale dove si realizza il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.⁷

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria ed efficace in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che i Comuni e le Asl operino per raccordare nella loro azione programmatica, gli aspetti socio-sanitari del Piano di Zona (PdZ) con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano Attuativo Locale (PAL) dell'ASL. È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra enti locali ed azienda sanitaria.

I Piani di Zona sociali dovranno definire la programmazione socio-sanitaria dell'ambito territoriale che, come già definito dalla delibera delle linee guida regionali per il sociale, dovrà essere approvato con accordo di programma sottoscritto dal direttore generale dell'ASL. Analogamente, i distretti sanitari dovranno formulare coerentemente la programmazione socio-sanitaria nel Programma delle Attività Territoriali che verrà presentato ai Sindaci del Coordinamento Istituzionale per acquisirne il "parere" sulla parte sanitaria e "l'intesa" sulla parte sociosanitaria. La trattazione della tematica socio-sanitaria, frutto di una "**unica strategia programmatica**", sarà così parte integrante dei piani sia sociali che sanitari, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina, come ad esempio i Patti per la Salute.

Si ricorda in proposito che in numerosi casi al livello territoriale dell'ambito corrispondono più distretti sanitari: di ciò si dovrà opportunamente tenere conto sia in sede di programmazione che di gestione delle attività.

La programmazione socio sanitaria congiunta dovrà condurre ad accordi tra Ambiti e ASL in merito a:

- **processi decisionali** (programmazione negoziata, reciproche autonomie, modalità per la soluzione di eventuali controversie)
- **dimensionamento** del sistema di offerta e modalità di **finanziamento**
- elementi di **regolazione del sistema di erogazione delle prestazioni rispetto all'utenza** (criteri, priorità e modalità di accesso, compartecipazione ai costi)
- elementi di **regolazione del sistema di offerta rispetto agli erogatori** (forme di esternalizzazione dei servizi e rapporto con i fornitori, standard di qualità e quantità, tariffe e modalità di remunerazione delle prestazioni, debito informativo)

In tale prospettiva i Comuni devono quindi attivare tempestivamente una concertazione al loro interno per una negoziazione con le ASL, prestando specifica attenzione ai seguenti indirizzi:

- in primo luogo **va favorita la domiciliarità** con un'offerta di prestazioni che la rendano praticabile e anche preferibile per i soggetti, pazienti e famiglie, e insieme meno onerosa, rispetto a soluzioni residenziali o semiresidenziali, anche per il cittadino attraverso l'intelligente utilizzo da parte dei Comuni di criteri differenziati di partecipazione del cittadino stesso al costo delle prestazioni;
- vanno quindi concordati chiari **criteri per la valutazione dei casi** e per la correlazione fra tale valutazione e i livelli di assistenza, per ri-orientare la natura ed il contenuto specifico delle prestazioni;
- si devono stabilire dei **criteri di priorità** sia nell'accettazione di nuovi casi che nella revisione di quelli già in carico, su criteri di consistenza e urgenza del bisogno, considerato nell'insieme di tutte le sue componenti. Criteri di priorità nell'assunzione di un carico che ovviamente non possono significare negazione, ma solo riposizionamento nell'ordine degli interventi.
- vanno contestualmente progettati e attivati **servizi articolati e flessibili**, per offrire risposte appropriate, e non sovradimensionate, rispetto al bisogno considerato;

⁷ ai sensi dell' art. 3-quater DLgs. 229/99

- si possono anche prevedere **combinazioni di prestazioni offerte da più soggetti**, purché sia assicurata la continuità e l'integrazione, a livello organizzativo e tramite l'attribuzione ad un operatore della specifica responsabilità di gestione del caso (case manager);

Per attivare tali servizi si devono valutare e rivedere le convenzioni in atto e **ridisegnare una strategia di affidamenti** che indichi gli obiettivi e i criteri, sia aperta a diverse e innovative proposte e progettazioni del terzo settore, garantisca trasparenza nelle selezioni e poi nella gestione; preveda nel corso della gestione anche modalità di comunicazione e controllo, carte dei servizi, valutazioni periodiche. La delibera regionale in merito a tali affidamenti nel sociale offre indirizzi e criteri chiari che vanno ripresi e valorizzati. (D.G.R. n.1079/2002)

Nella programmazione congiunta delle attività sociosanitarie integrate va data priorità ai servizi e agli interventi socio-sanitari per i quali è prevista la compartecipazione alla spesa tra SSN ed Enti Locali⁸. In particolare riveste carattere prioritario la programmazione congiunta dei servizi orientati alla domiciliarità.

2.4 La programmazione economico finanziaria: linee guida per la compartecipazione finanziaria di ASL, Comuni e utenti al costo delle prestazioni

Enti locali ed ASL, nell'ambito della programmazione e gestione congiunta delle attività integrate, dovranno declinare la programmazione socio-sanitaria integrata di ambito e di distretto anche nella dimensione economico-finanziaria.

Tanto il PdZ che il PAT devono pertanto contenere un Piano Finanziario che definisca la fonte e l'ammontare delle risorse impegnate e le quote di ripartizione della spesa in relazione alle aree di intervento e alle azioni e ai servizi che si intendono attivare. Tale definizione deve essere formulata nei due piani in termini di reciproca piena coerenza.

Le carenze informative riscontrate in merito alle prestazioni erogate ad alla spesa sostenuta dovranno essere rapidamente superate.

Rinviando per le Asl ai documenti di programmazione dell'Assessorato Competente che come l'Assessorato alle politiche Sociali si muove in un'ottica di politiche integrate, riferendoci alle competenze degli Enti locali, è necessario che:

- i Comuni (singoli e aggregati negli ambiti) mettano a punto un compiuto sistema di contabilità analitica in grado di evidenziare in maniera dettagliata la spesa relativa ai diversi centri di costo relativi agli interventi sociali e socio sanitari; le schede allegate di rilevazione della spesa e delle attività sociosanitarie rappresentano un punto di riferimento per l'organizzazione di tale contabilità (All. 3) . Si fa presente che nell'ambito della rilevazione della spesa per le attività sociosanitarie integrate condotta nel 2002 in numerosi casi i Comuni non hanno interamente evidenziato e valorizzato i costi sostenuti per l'erogazione di tali servizi. Si richiama pertanto alla necessità di prestare particolare attenzione alle definizioni e valorizzazione dei servizi integrati nella contabilità analitica da realizzare.
- la definizione della spesa a livello territoriale sia articolata anche in relazione al singolo utente e alla sua residenza anagrafica, per consentire imputazioni e aggregazioni di spesa a diversi livelli territoriali (il singolo cittadino, il nucleo familiare, la popolazione di un Comune, di un distretto o di un ambito specifico, ecc.) ed operazioni sia di analisi che di programmazione degli interventi.

La Regione definirà e disciplinerà con successivo atto il debito informativo a carico tanto dei Comuni che delle Asl e degli enti gestori dei servizi in campo sociosanitario, con gli incentivi e le sanzioni relative.

La programmazione unitaria ha per oggetto tutte le attività sociosanitarie, la programmazione economico finanziaria congiunta ha prioritariamente per oggetto le prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed ASL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01). La normativa stabilisce, per ciascuna delle otto prestazioni integrate a compartecipazione, una quota di finanziamento a carico dei Comuni ed una quota a carico delle Asl. La disomogeneità territoriale del sistema di offerta, la sua diversificazione in ordine ai contenuti specifici delle prestazioni non

⁸ ai sensi del DPCM 14.02.01 e del DPCM 29/11/2001

consentono una automatica ed immediata applicazione della disciplina di compartecipazione ai costi tra Comuni ed Asl, così come prevista dalla normativa.

Tanto la programmazione, che la conseguente gestione economico-finanziaria dei PdZ e dei PAT, devono allora essere fortemente impegnate:

- nel **riequilibrio del sistema di offerta** a livello territoriale
- nella **progressiva trasformazione del contenuto specifico dei servizi con la conseguente riqualificazione ed effettiva integrazione delle prestazioni socio-sanitarie**
- nella conseguente **piena compartecipazione ai costi di AA.SS.LL. e Comuni**.

Una volta preso atto del sistema di offerta dei servizi e delle risorse esistenti, occorre individuare percorsi e modalità di riequilibrio e qualificazione in base ai seguenti obiettivi generali:

- erogare prestazioni integrate che abbiano contenuti sanitari e socioassistenziali adeguati a soddisfare i bisogni di salute e tutela sociale degli utenti. E' necessario **rafforzare la componente sociale dei servizi** accrescendo la partecipazione effettiva dei Comuni alla programmazione, gestione e spesa dei servizi sociosanitari.
- **ampliare l'entità delle risorse disponibili, ottimizzarne l'uso e la distribuzione**, promuovendo progressivamente la piena compartecipazione ai costi di Comuni ed AA.SS..LL.

Data la sua complessità, il processo indicato per la piena realizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociosanitari richiede una gradualità di attuazione, nell'arco temporale che si prevede di tre anni. Per ottenere tale risultato occorre che ogni anno ciascun ambito e distretto compia una tappa tale da ridurre almeno di un terzo la distanza fra la propria attuale situazione e il traguardo indicato, attraverso la revisione sistematica e la ri-programmazione del sistema di offerta. E' indispensabile quindi conoscere l'attuale situazione, scartare fin dall'avvio comode scelte di semplice continuità e articolare obiettivi annuali e relativi percorsi di perseguimento. Occorre pertanto immediatamente avviare, in ogni Ambito territoriale della Regione, da parte di Comuni ed ASL, una **revisione programmatica congiunta**, sistematica e capillare, di tutte queste prestazioni, e in particolare di quelle che sono state fino ad oggi programmate autonomamente da una sola delle due parti. Ciò deve essere fatto anche per verificarne l'appropriatezza e, nel caso, individuare, grazie alla più stretta collaborazione così avviata, soluzioni alternative più adeguate.

In tale fase transitoria, la effettiva compartecipazione alle spese interesserà, di volta in volta, esclusivamente le prestazioni congiuntamente revisionate e ri-programmate, o quelle congiuntamente attivate ex novo. Infatti, un ente può essere ragionevolmente chiamato a sostenere l'onere di prestazioni solo se le ha programmate o se ha concorso a programmarle, facendole rientrare quindi anche nelle sue previsioni di spesa.

Tale strategia darà ovviamente risultati consistenti soprattutto nel medio periodo, e per questo è necessario attivarla al più presto, e farne quindi oggetto preciso della negoziazione a livello territoriale fra Comuni e Distretto. La sua implementazione, anche per aggiustamenti successivi, richiede che la progettazione già preveda una sistematica raccolta di informazioni su costi, efficacia, soddisfazione, tanto sulle soluzioni presenti che su quelle innovative che si introducono, per acquisire via via elementi di giudizio e di riorientamento delle scelte.

La programmazione e gestione locale, concertata tra ASL e Comuni, dovrà quindi individuare, sulla base dei costi di produzione dei servizi, la ripartizione tra costi sociali e sanitari e, in alcuni casi, le tariffe da corrispondere ai soggetti erogatori. Anche sulla base delle informazioni raccolte in sede locale la Regione monitorerà le tendenze in atto e provvederà ad emanare indirizzi più precisi relativamente alla tariffazione ed alla compartecipazione ai costi. Questo appunto richiede un **concorso alla copertura dei costi da parte degli utenti** che ne hanno la possibilità economica, correttamente accertata attraverso lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), per estendere così la platea dei beneficiari del servizio tenendo alta anche la qualità del servizio stesso.

Il percorso operativo dei Comuni negli Ambiti territoriali

Coerentemente con gli obiettivi e le linee guida sopra esposte in ciascun ambito territoriale dovrà attivarsi un percorso per la programmazione e gestione degli interventi sociosanitari integrati, in primo luogo quelli soggetti a compartecipazione alla spesa, che preveda i seguenti passaggi operativi.

1. Avvio di un tavolo di concertazione tra Comuni associati negli ambiti e Asl (A livello distrettuale) per la programmazione sociosanitaria integrata

E' opportuno che la strategia della programmazione negoziata sia definita e condivisa da Comuni fra di loro con l'Asl prima dell'avvio del processo decisionale in senso stretto. In questa prima fase si potranno chiarire a livello territoriale:

- il percorso da compiere e le rispettive competenze
- le modalità di relazione e negoziazione tra Comuni ed Asl

2. Ricostruzione del sistema di offerta dei servizi sociosanitari integrati a livello di ambito e di distretto sanitario

In ciascun ambito territoriale i Comuni dovranno congiuntamente ricostruire:

- la tipologia di prestazioni esistenti, le relative unità di offerta rilevabili nel territorio di ciascun ambito
- il contenuto specifico delle prestazioni rese in ciascun servizio ed i costi (sanitari e sociali) relativi al personale ed alle altre fonti di spesa
- l'individuazione ed il numero di utenti per ciascuna prestazione offerta, individuati anche per Comune di residenza
- i costi sostenuti dai Comuni ed i costi sostenuti dagli utenti per le prestazioni integrate
- le modalità di gestione presenti ed i criteri di individuazione dei soggetti erogatori e di tariffazione dei servizi

Tali informazioni dovranno essere condivise con le Asl (a livello distrettuale).

Analogamente i medesimi dati secondo le stesse articolazioni sopra indicate dovranno essere richiesti alle Asl per il livello distrettuale corrispondente. Si ricorda, inoltre, che in ordine alla ricostruzione del sistema di offerta e di finanziamento delle prestazioni integrate è necessario che le Asl mettano a disposizione le anagrafiche degli utenti dei servizi con l'indicazione del Comune di provenienza. Si suggerisce pertanto, prima di procedere alla rilevazione, di concordare con la Asl di riferimento una procedura analoga e compatibile di rilevazione che faciliti la successiva lettura e condivisione dei dati. Strumento di base per la rilevazione delle unità di offerta dei servizi, anche in vista di una semplificazione delle procedure ed una effettiva integrazione con la programmazione sociale, potranno essere schede di rilevazione analoghe a quelle utilizzate per la programmazione ed il monitoraggio dei Piani di zona. Tali schede, allegate (All. 4) e sopra richiamate anche per la costruzione del sistema di contabilità analitico andranno completate con l'elenco anagrafico degli utenti dei servizi.

3. Programmazione negoziata a livello di ambito territoriale con il Distretto sanitario in ordine allo sviluppo delle prestazioni integrate nel tempo

Una volta ricostruita e condivisa la situazione di partenza in merito all'offerta di prestazioni sociosanitarie integrate i Comuni dell'ambito ed il Distretto sanitario (uno o più a seconda dei casi) dovranno avviare una programmazione negoziata per la definizione dei servizi prioritari da attivare nell'anno in corso.

Dovranno pertanto essere definiti:

- il fabbisogno di prestazioni per ciascuna tipologia e le relative caratteristiche (intensità assistenziale sociale e sanitaria)
- la strutturazione complessiva della rete dei servizi sociosanitari integrati articolati in unità di offerta
- i criteri di selezione dell'utenza e le modalità di accesso
- protocolli operativi per la regolazione dei percorsi assistenziali
- la spesa programmata a carico dei Comuni, delle Asl e degli utenti

- il finanziamento della spesa a carico dei Comuni e delle Asl
- la modalità di gestione dei servizi ed i rapporti con fornitori
- il sistema tariffario da applicare agli enti gestori dei servizi

Tali elementi di programmazione dovranno fare parte integrante dei PdZ e, per quanto attiene alle Asl, dei PAT e PAL.

Nei PdZ e nei PAT si dovranno ugualmente ritrovare:

- **sistema di offerta attuale e programmato:**
 - descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale o utilizzati per i residenti nel distretto, nonché la eventuale loro nuova revisione
 - previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall'analisi del bisogno effettuata sul territorio
 - localizzazione dei servizi, descrizione degli obiettivi e tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi
- **regolazione dell'offerta di prestazioni e modalità di erogazione dei servizi:**
 - modalità e procedure per la esternalizzazione dei servizi ai privati secondo le normative vigenti nazionali e regionali
 - collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale
 - definizione degli standard dei servizi
 - definizione delle tariffe e delle modalità di remunerazione delle prestazioni a favore degli enti gestori
- **regolazione dell'accesso alle prestazioni:**
 - modalità di accesso alle prestazioni
 - criteri di priorità nell'accesso
 - procedure e strumenti di valutazione integrata e di ammissione degli utenti ai servizi
 - protocolli operativi per la regolazione dei percorsi assistenziali
 - differenziazione dei servizi di erogazione secondo le effettive necessità di intervento sanitario e sociale presentate dagli utenti
 - orientamento alla domiciliarizzazione dei servizi
 - politiche di rinforzo della rete familiare
- **finanziamento:**
 - previsione di spesa per l'erogazione delle prestazioni, sulla base dello sviluppo programmato dell'offerta.
 - quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dei comuni, raccordata con quelle di competenza dell'Asl. Le quote dovranno tendere, nel triennio, alle percentuali previste dal decreto sui LEA per le prestazioni a compartecipazione
 - compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, sulla base della valutazione delle condizioni economiche effettuata attraverso l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), per la parte relativa ai costi socioassistenziali attribuiti ai comuni. Pur in assenza di specifica regolamentazione regionale in materia i Comuni potranno procedere ad una prima definizione dei criteri per la compartecipazione alla spesa. Dovrà essere stabilita una soglia economica, corrispondente a situazioni di disagio economico grave quale la condizione di povertà, sotto la quale non è richiesta agli utenti alcuna compartecipazione ai costi. Per le persone e le famiglie che presentano una condizione economica superiore a tale soglia vanno previste quote crescenti di compartecipazione ai costi, individuando le diverse fasce economiche e la percentuale di compartecipazione da applicare a ciascuna. Va stabilita, infine, una percentuale di compartecipazione massima ai costi dei servizi da applicare alla fascia economica più elevata, tale da non rendere diseconomico l'accesso alle prestazioni agli utenti. Il sistema di compartecipazione dovrà essere omogeneo a livello di ambito territoriale.

4. *programmazione negoziata a livello di ambito territoriale con il distretto sanitario in ordine alle modalità di gestione del sistema di offerta di prestazioni integrate*

Per ciascun ambito territoriale - distretto sanitario dovranno essere predisposti gli strumenti operativi per la gestione dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate ed in particolare:

- una **porta unica di accesso** alle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie che comprenda le funzioni di informazione dell'utenza potenziale, orientamento, facilitazione nell'accesso alle procedure di valutazione e di eventuale accesso ai servizi. La richiesta per l'eventuale attivazione di servizi socio-sanitari integrati potrà provenire da diversi soggetti: medici di medicina generale, assistente sociale, ospedale, ecc. In ciascuno di questi casi la richiesta è trasmessa ad una "porta di accesso" costituita da una micro équipe, composta da figure indicate dal distretto e dai comuni associati che realizza una prima istruttoria sul caso. Soltanto i casi di persone che evidentemente non presentano bisogni di cura integrati vengono esclusi dalla valutazione dell'unità di valutazione multidimensionale: l'utente verrà pertanto diretto ai servizi sociali o sanitari a seconda dei casi. In ogni altra situazione, anche dubbia, l'utente è indirizzato all'unità di valutazione multidimensionale che potrà valutare il caso anche sulla base dell'istruttoria attivata dalla prima équipe. La porta di accesso e le unità di valutazione multidimensionale dovranno costituirsi a livello di distretto sanitario, fatta salva la possibilità per i comuni di organizzarsi in modo unitario a livello di ambito.
- un sistema di **valutazione dei bisogni** che preveda diverse modalità e percorsi prestabiliti in relazione al potenziale bisogno degli utenti. Per gli utenti che presentano potenzialmente bisogni di natura socio-assistenziale si prevederanno percorsi di valutazione e successivo accesso ai servizi più semplici e governati da figure professionali socio-assistenziali. Per gli utenti che presentano bisogni di natura complessa e socio-sanitaria si procederà ad una valutazione integrata ad opera di un'équipe multiprofessionale la cui composizione e modalità di funzionamento dovrà essere concordata tra Comuni dell'ambito territoriale e distretto sanitario. Indicativamente, la composizione minima di tale nucleo di valutazione è data da un assistente sociale che faccia riferimento ai Comuni dell'ambito e da una figura sanitaria (medico/infermiere) del distretto sanitario. Tale composizione minima potrà essere arricchita da ulteriori figure professionali predefinite a tale scopo necessarie alla valutazione del caso specifico. Si ricorda che l'accesso dei nuovi utenti alle prestazioni socio-sanitarie integrate potrà avvenire solo a seguito della valutazione socio-sanitaria congiunta, secondo le modalità negoziate tra Asl e Comuni.
- la **progressiva rivalutazione degli utenti già in carico** ai servizi socio-sanitari. Posto che i bisogni dei nuovi utenti, come sopra specificato, saranno valutati secondo modalità integrate, dovrà essere attivata una modalità congiunta ambito-distretto per la rivalutazione dei bisogni degli utenti che usufruiscono già delle prestazioni socio-sanitarie integrate

In ciascun ambito territoriale - distretto sanitario si dovranno concordare ed implementare congiuntamente tali modalità operative tenendo conto delle conseguenze in ordine al finanziamento della spesa, compatibilmente con gli obiettivi programmati nell'arco del triennio (vedi fase 3).

Il percorso complessivo è sintetizzato nella tabella 1.

Si ricorda che la programmazione socio-sanitaria riveste carattere di urgenza in riferimento agli obblighi derivanti per i Comuni e le Asl all'applicazione dei LEA.

Entro il **28 febbraio 2003** i Comuni dovranno presentare alla Regione le schede che si riferiscono alla programmazione economica del Piano di zona sociale con l'individuazione delle scelte in merito all'allocazione delle risorse. Le scelte in materia di programmazione socio-sanitaria dovranno essere sottoscritte mediante protocollo d'intesa firmato dalla Asl. Entro il 28 febbraio gli ambiti territoriali dovranno documentare di aver avviato il percorso operativo per la programmazione integrata (presumibilmente la fase 1,2,3) così come indicato nella tabella 1.

Il percorso dovrà concludersi per il **31 marzo 2003** data ultima per la presentazione dei piani di zona che dovranno essere approvati attraverso la sottoscrizione dell'accordo di programma.

Tab 1 - Riepilogo percorso operativo per la programmazione sociosanitaria integrata

Fase	Processo	Contenuti	Strumenti
1. Accordo sulle modalità decisionali, sugli obiettivi generali e sul percorso da compiere	Costituire le basi per la successiva programmazione negoziata di Comuni e Asl a livello di ambito-distretto	Definizione di massima del percorso da compiere per la programmazione negoziata degli interventi socioassistenziali	Apertura "tavolo" per la programmazione negoziata tra Comuni associati e Asl (distretto)
2. Ricostruzione del sistema di offerta dei servizi sociosanitari integrati a livello di ambito e di distretto	Accordo sulle modalità di rilevazione dell'offerta Rilevazione dell'offerta dei Comuni Rilevazione dell'offerta delle Asl Ricostruzione del sistema di offerta integrato	<ul style="list-style-type: none"> - Unità di offerta presenti - Tipo di prestazioni erogate e loro contenuti specifico - Utenza, modalità di accesso - Costi e finanziamento - Modalità di gestione e remunerazione dei soggetti gestori 	Schede di rilevazione condivise
3. Programmazione negoziata in ordine allo sviluppo delle prestazioni integrate nel tempo	Definizione dei Piani di Zona e dei Piani attuativi territoriali nel quadro di un'unica strategia programmatica	<ul style="list-style-type: none"> - Previsioni sullo sviluppo dell'offerta e sui livelli essenziali delle prestazioni da garantire - Previsioni sui costi da sostenere e sulle forme di finanziamento - Regolazione dell'accesso alle prestazioni - Regolazione del sistema di offerta 	Accordo tra Comuni associati e Asl (distretto)
4. Programmazione negoziata in ordine alle modalità di gestione del sistema di offerta di prestazioni integrate	Attivazione della "porta unica di accesso alle prestazioni" Avvio della rivalutazione degli utenti già in carico ai servizi	<ul style="list-style-type: none"> - porta unica di accesso ai servizi - percorsi standard di accesso ai servizi sulla base dei bisogni - procedure condivise di valutazione congiunta sociosanitaria ed ammissione ai servizi integrati - protocolli operativi per la gestione dei percorsi assistenziali - definizione di modalità operative di integrazione gestionale e professionale 	Accordo tra Comuni associati e Asl (distretto)

2.5 - Le altre opzioni strategiche per la gestione della rete integrata degli interventi e dei servizi sociali

La definizione dell'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

I nodi problematici elencati precedentemente sono necessari per orientare la riflessione sulla centralità del ruolo che l'UdP ricopre ai fini dell'attuazione della riforma dell'assistenza nella Regione Campania. Un ruolo estremamente delicato in quanto nell'UdP confluisce, di fatto una duplice funzione: la programmazione e la gestione tecnica e amministrativa dei servizi previsti del Piano di zona dell'Ambito territoriale.

Funzioni che prevedono la seguente articolazione di attività:

per la programmazione

- L'analisi del sistema d'offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, professioni, costi) presenti nell'ambito territoriale per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione
- il monitoraggio della domanda sociale e l'individuazione di eventuali nuovi bisogni, attraverso l'organizzazione di momenti concertativi con i soggetti presenti nel territorio dell'Ambito;
- la costruzione di strumenti di monitoraggio e valutazione in grado di sostenere il processo di adeguamento del Piano di Zona o la sua ri-definizione;
- il confronto e la raccolta degli orientamenti del Coordinamento Istituzionale;
- la progettazione o riprogettazione partecipata dei servizi da produrre nell'Ambito;
- l'individuazione dei nodi strategici e l'attivazione delle connessioni della rete complessiva dei servizi;
- la definizione del sistema di comunicazione fra i comuni e i diversi soggetti dell'ambito territoriale
- la predisposizione di piani
- l'aggiornamento in materia di normativa regionale, nazionale, europea anche al fine di intercettare nuove e differenti risorse economiche

mentre per la gestione tecnica e amministrativa

- la definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie;
- le definizioni delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane
- le attività per l'organizzazione e l'affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore previsti dal Piano Sociale di Zona (definizione di bandi, gare d'appalto, procedure per l'autorizzazione e accreditamento ecc) .

L'UdP non ricopre un ruolo puramente esecutivo tantomeno rappresenta la riproposizione standardizzata di modalità di gestione importati dall'uno o l'altro Comune dell'Ambito. All'UdP va, invece ricondotta la complessa attività di regia in cui confluiscono le caratterizzazioni dei singoli territori nonché le intuizioni e le strategie organizzative legate alle specificità di ogni Ambito.

L'UdP si configura, dunque, come uno degli organi principali per favorire l'implementazione e lo sviluppo della riforma dell'assistenza nella Regione Campania e può assumere diverse configurazioni, in relazione alle specificità immediate della riforma ed i possibili della sua operatività rispetto a:

- le finalità della riforma dell'assistenza;
- l'articolazione dei livelli di intervento verso cui tendere;
- le diverse forme di produzione dei servizi;
- la costruzione di una rete organizzativa capace di sostenere integrazioni interistituzionali;
- il sostegno allo sviluppo di processi di co-progettazione e valutazione degli interventi;
- l'istituzione di sistemi informativi a supporto delle attività di gestione, progettazione, monitoraggio e valutazione degli interventi.

Le indicazioni regionali nel sollecitare un approccio concertativo all'attuazione della riforma suggeriscono implicitamente un assetto organizzativo flessibile dell'UdP per far fronte alle difficoltà citate e agli imprevisti che possono manifestarsi durante la gestione delle attività. Un assetto flessibile va previsto sia nell'integrazione delle professionalità dei componenti sia nell'ubicazione stessa dell'UdP.

Anche rispetto alla relazione con altri Comuni ed Enti dell'Ambito, l'UdP dovrà sostenere le integrazioni interistituzionali al fine di:

- costruire reti temporanee interistituzionali finalizzate al trattamento di specifici problemi;

- sviluppare nuovi linguaggi e strumenti di lettura della realtà sociale che permettano di costruire rappresentazione condivise dei problemi da affrontare;
- superare le logiche pianificatorie caratterizzate da eccessive centralizzazioni;
- sviluppare progetti dinamici fondati su una metodologia dialogica;

E' ipotizzabile a tale scopo uno sviluppo organizzativo dell'UdP visto come strumento di supporto dell'Ambito territoriale e strutturato anche su più livelli territoriali in modo da garantire la stabilità di un UdP centrale e un decentramento periferico.

Rispetto ai componenti dell'UdP va sottolineato che le funzioni previste per l'UdP rendono indispensabile la presenza di profili professionali diversificati all'interno dell'UdP. Questi profili professionali vanno individuati coerentemente alle esigenze di gestione del Piano Sociale di Zona ed alle attività previste per il funzionamento dell'UdP. Le risorse umane possono essere individuate fra il personale già in organico nei Comuni dell'Ambito o nella ASL, oppure possono essere individuati, con le modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni.

Vero e proprio snodo tecnico del sistema di rete territoriale deve dotarsi di una struttura organizzativa, di risorse, di competenze, di professionalità e di una metodologia capace di fungere da riferimento nella programmazione e nella gestione degli interventi per tutti i comuni dell'ambito territoriale.

Infine, poiché, le innovazioni, portatrici di difficoltà e promotrici di nuove logiche organizzative, trasformano i prodotti/servizi e la loro modalità di produzione, possono generare reazioni di contrapposizione e rifiuto o si possono adottare scelte di dipendenza o uniformizzazione a poteri dominanti. Per questo, la stretta connessione fra le funzioni proprie dell'UdP e le indicazioni e gli orientamenti del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito vanno disciplinate. In continuità con la sperimentazione della prima annualità nella Regione Campania, ed in mancanza dell'istituzione di un Ente Gestore (Consorzio, Azienda, Associazione tra Comuni,...) la relazione fra UdP e Coordinamento Istituzionale va regolamentata, anche in base all'attribuzione di risorse umane e finanziarie destinate all'UdP nonché alla sua autonomia procedurale. Così come è indispensabile regolamentare le relazioni dell'UdP con altri Enti e Soggetti territoriali.

Il Piano di Comunicazione Sociale

Per ridurre le problematiche di comunicazione evidenziate negli Ambiti territoriali, durante la gestione del 2002, si suggerisce all'Ufficio di Piano di programmare un sistema di comunicazione che consenta:

un efficace connessione fra i diversi nodi del sistema (Comuni dell'Ambito, UdP, Coordinamento Istituzionale, ASL, ecc.);

una maggiore comunicazione con la cittadinanza. Questo ultimo punto dovrebbe prevedere:

- l'attività diretta a fornire al cittadino informazioni, consulenza e primo orientamento per la conoscenza delle prestazioni erogate sul territorio;
- l'attività di informazione rivolta alla collettività, mirata ad offrire forme di conoscenza sui servizi e sulle risorse disponibili per segmenti omogenei di bisogno;

Il Piano di Comunicazione Sociale dovrebbe esplicitare le linee generali delle azioni di comunicazione, definite anche in funzione dei complessivi obiettivi della programmazione organizzativa e di gestione dei servizi.

Il Piano di comunicazione è finalizzato, soprattutto, ad avvicinare responsabilmente i cittadini agli interventi e servizi

Tale schema di sintesi delle iniziative programmate deve, in particolare, specificare per ciascuna iniziativa:

- gli obiettivi informativi
- i target di riferimento
- i canali di comunicazione e i supporti utilizzati (brochure, newsletters, sito web, incontri, sportelli informativi itineranti, azioni di sensibilizzazione, ecc..)
- gli output prodotti
- i soggetti di riferimento per l'attuazione di tale iniziativa.

Dovranno inoltre essere evidenziate, tra le attività proposte nel Piano di Zona anche le risorse finanziarie espressamente destinate al finanziamento delle azioni di comunicazione sociale.

I criteri per la selezione dei progetti e dei soggetti affidatari

Si sottolinea l'importanza che in ciascun Piano di Zona vengano esplicitati i criteri che saranno assunti a riferimento per la selezione dei Progetti per interventi e servizi da realizzare al fine di dare attuazione alle priorità strategiche del Piano di Zona. Nelle more della compiuta definizione dei criteri di accreditamento si rimanda alla delibera 1079 del 15/03/2002 ad oggetto: "Indirizzi ai Comuni per la selezione di soggetti del terzo settore ai fini della gestione della rete integrata di interventi e servizi sociali ai sensi della legge 328/2000".

Le Carte dei Servizi

Per tutti i principali servizi previsti nel Piano di Zona, e prioritariamente per i servizi gestiti in forma unitaria nell'ambito territoriale, dovranno essere adottate carte dei servizi quale risultato di percorsi di costruzione della cittadinanza sociale e di forte coinvolgimento dei cittadini/utenti in tutte le fasi della progettazione, erogazione e valutazione dei servizi stessi.

Ogni Carta dei servizi dovrà esplicitare al suo interno:

- la natura dei servizi per i quali si definisce la Carta
- i livelli essenziali di assistenza connessi ad una specifica area di bisogno e ad una specifica tipologia di servizi, in termini di dotazione di servizi, distribuzione territoriale, copertura temporale, modalità di erogazione
- i fattori di qualità del servizio
- la metodologia per la costruzione degli standard di qualità dei servizi
- le regole per sanzionare il mancato rispetto degli standard e per rendere effettivamente esigibile il diritto dell'accesso alle prestazioni e alla qualità delle stesse
- gli strumenti di tutela del cittadino utente
- le azioni per il miglioramento continuo della qualità del servizio che l'Amministrazione responsabile si impegna ad attuare.

I Comuni devono adottare le Carte dei Servizi in quanto responsabili dell'offerta dei servizi sociali e dovranno farlo di concerto con tutti gli altri Enti aderenti ad un accordo di programma per la presentazione di un Piano di Zona.

I soggetti erogatori dei servizi sociali devono adottare e recepire operativamente le Carte dei Servizi quale condizione per fare richiesta di accreditamento.

La Regione Campania si impegna a porre in essere azioni di assistenza formativa e strumenti ed occasioni per la diffusione di buone pratiche in materia di definizione di Carte dei Servizi, costituendo una banca dati delle Carte dei Servizi adottati, che sarà resa accessibile on line per tutti gli Enti locali che vogliono intraprendere analoghi percorsi di approfondimento della materia. Ritenendo che in questo, come in altri ambiti di definizione del sistema delle regole per la costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, non sia opportuno contribuire a diffondere schemi tipo di atti da adottare a prescindere dalle specifiche caratteristiche dei servizi e dei contesti sociali in cui vengono adottati, sarà incentivata la diffusione di esperienze positive. Inoltre Regione Campania si impegna a curare la predisposizione di un documento contenente orientamenti regionali sulle Carte dei Servizi, che offra indicazioni puntuali sui contenuti di dettaglio delle Carte, in relazione a specifiche caratteristiche dei Servizi.

L'organizzazione della Porta Unica di Accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari

La L. 328/2000 ha individuato il cosiddetto welfare d'accesso quale uno dei livelli essenziali di assistenza sociale, perché necessario per garantire l'accesso alle prestazioni a tutti i gruppi sociali, gli individui e le loro famiglie, e la fruizione dei necessari servizi di informazione, counselling ed orientamento per individuare le risposte più adeguate al sistema di bisogni di cui ciascuno è portatore.

La **Porta unitaria di accesso** alla Rete dei Servizi Sociali e Sociosanitari deve, essere considerata essenziale all'interno dell'organizzazione complessiva dell'ambito territoriale, che va ben oltre la definizione del front-office dell'Ufficio di Piano e degli Enti locali responsabili della gestione dei servizi, per diventare offerta di un preciso segmento di servizi, che deve comprendere:

- gli **Uffici di Cittadinanza Sociale** e gli sportelli informativi per la diffusione delle informazioni e il primo orientamento alla conoscenza della rete dei servizi e delle opportunità per l'attivazione di tutte le risorse di una comunità locale (Sportelli di I Livello); tali Uffici devono essere il più possibile decentrati sul territorio dell'Ambito, e presenti almeno in tutti i Comuni con più di 10.000 abitanti, per facilitare ed anche incentivare l'accesso dei cittadini al sistema dei servizi; per ogni ambito territoriale dovrà essere previsto almeno un Ufficio di Cittadinanza Sociale, che garantisca la copertura del servizio anche nelle realtà territoriali meno raggiungibili o di minori dimensioni; gli Uffici di Cittadinanza Sociale potranno avvalersi sul territorio anche di vere e proprie **antenne territoriali sociali** per la segnalazione di casi che non accedono spontaneamente alla rete dei servizi;
- gli **Uffici di Segretariato Sociale**, per l'erogazione di servizi di ascolto, di counselling e di accompagnamento dentro la rete dei servizi sociali. Una funzione fondamentale del Segretariato Sociale è l'integrazione socio-sanitaria. In relazione a ciò, dovranno prevedersi le figure professionali da destinarsi all'**Unità di Valutazione Socio-Sanitaria**. Tali unità, programmate e gestite insieme alla ASL, possono essere dislocate presso gli uffici comunali o presso i Distretti Sanitari; hanno il compito di valutare i casi e progettare il percorso di presa in carico << Progetto individualizzato >> e invio alla rete dei servizi territoriali.

3. Le scelte strategiche per il consolidamento del sistema di welfare campano nella seconda annualità di programmazione sociale: il sistema dei servizi in Campania

3.1 *Le priorità di crescita ed integrazione per le politiche sociali: i livelli essenziali di assistenza sociale*

Già nelle linee regionali del 2001 venivano individuate, quali aree prioritarie di intervento, le seguenti aree a cui destinare le risorse distinte e indistinte del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali trasferito dalla Regione agli Enti locali e tutte le altre risorse fatte confluire nel Fondo di Ambito:

- responsabilità familiari
- diritti dei minori
- persone anziane
- contrasto alla povertà
- disabili e, in particolare, disabili gravi
- dipendenze
- immigrati.

Venivano individuati come servizi essenziali quelli del segretariato sociale, con le antenne sociali, i servizi di pronto intervento sociale, i servizi di assistenza domiciliare, le strutture residenziali e semiresidenziali, i centri di accoglienza residenziali e diurni.

Tutti i servizi per le diverse aree prioritarie di intervento dovevano consentire di creare occasioni di crescita e consolidamento dei sistemi di welfare locali per ciascun ambito territoriale, nelle seguenti direzioni:

- migliorare l'informazione, l'accompagnamento e la presa in carico dell'utente lungo l'intero percorso o "carriera" del singolo nella rete dei servizi sociali e sociosanitari;
- promuovere la cittadinanza sociale, mediante il coinvolgimento attivo dei destinatari e dei potenziali utenti nella definizione delle politiche sociali e nella costruzione di un sistema di qualità sociale;
- incentivare la diffusione di prestazioni domiciliari e la deistituzionalizzazione, attraverso la costruzione di percorsi di presa in carico basati sulla diversificazione e sulla personalizzazione dei servizi e delle prestazioni in risposta a sistemi complessi di bisogni di cui ciascun individuo è portatore con la sua famiglia;
- promuovere percorsi di inclusione sociale
- promuovere percorsi di riqualificazione della domanda e della offerta dei servizi, anche con percorsi di emersione del sommerso nei servizi di cura, con la sperimentazione di titoli per l'acquisto dei servizi.

Tali priorità vengono integralmente confermate in questo documento, nel quale la Regione Campania intende fornire ulteriori elementi di indirizzo per completare il quadro delle priorità ed aggiornarlo alla luce dell'evoluzione del quadro nazionale di programmazione economica e sociale, che, in particolare, punta l'attenzione della annualità corrente di programmazione e attuazione delle politiche sociali sulla realizzazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza Sociale**, da garantire a tutti i cittadini, pur con differenti criteri e modalità di accesso alle prestazioni, dal momento che i LIVEAS si caratterizzano per l'obbligatorietà della prestazione da parte dell'Ente responsabile, l'uniformità della prestazione erogata per caratteristiche qualitative e di efficacia, nonché per l'accessibilità in condizioni di equità per tutti gli utenti, ma non per la gratuità della prestazione.

Ad integrazione delle priorità di azione evidenziate nelle Linee Guida della Regione Campania del maggio 2001, si propone, pertanto, di seguito un quadro di priorità che dovranno essere recepite dai Piani di Zona in relazione ai bisogni specifici che i contesti degli ambiti territoriali hanno manifestato.

Per ciascuna area prioritaria per la quale può essere previsto, vengono specificati anche i livelli essenziali di assistenza sociale su cui concentrare prioritariamente gli sforzi economici, organizzativi e gestionali di ciascun ambito territoriale, nelle more della definizione di un quadro nazionale di riferimento oggetto attualmente di concertazione tra le Regioni ed il Governo.

Area Disabili e politiche per l'inclusione sociale

Le politiche regionali per l'inclusione utilizzano come riferimento i criteri adottati dall'ICF⁹, prendendo in considerazione il contesto ambientale (familiare, sociale, economico, lavorativo) dei soggetti interessati, considerando come centrale la "qualità della vita" ed evidenziano la necessità di intervenire sul contesto sociale, costituendo una rete di servizi di qualità che consentano di fatto di ridurre la disabilità.

Pertanto, per perseguire le finalità già enunciate nelle linee di programmazione regionale per il 2001, e cioè di favorire una piena tutela delle persone disabili e delle loro famiglie, con priorità per le persone con handicap grave e promuovere pari opportunità di condizione e non discriminazione, inclusione sociale ed integrazione nel tessuto sociale, richiedono agli ambiti territoriali di avere attenzione a:

- alle particolari condizioni delle persone con disabilità, soggette in tutti gli ambiti della vita sociale ed economica, alle discriminazioni e alla mancanza di pari opportunità;
- alla razionalizzazione delle risorse, all'uniformità dei trattamenti e alla garanzia di prestazioni essenziali, utilizzando la rete dei servizi sanitari, sociali, educativi ed occupazionali;
- al superamento di logiche "medicalizzanti" e "assistenzialistiche"
- alla necessaria flessibilità ed adattamento dei servizi alla specificità dei bisogni della persona con disabilità;
- alla necessità di personale adeguatamente formato attento alla persona, ai suoi bisogni relazionali e di inserimento sociale.

In linea con le direttive del Consiglio dell'Unione Europea che ha proclamato per il 2003 "anno europeo dei disabili", la programmazione sociale degli ambiti territoriali della Regione Campania dovrà caratterizzarsi per:

- rafforzare, sostenere sviluppare l'autonomia, l'autodeterminazione e l'interdipendenza sociale possibile delle persone non autosufficienti, in particolare dei disabili gravi, attraverso la valorizzazione delle capacità e delle abilità;
- rimuovere gli ostacoli sociali e materiali che aggravano la condizione di disabilità;
- creare condizioni di pari opportunità e di non-discriminazione;
- sostenere, ma anche sollevare da carichi assistenziali impropri le famiglie.

La costituzione di una rete di servizi di qualità, dovrà realizzarsi attraverso una concreta ed idonea integrazione con il sistema di offerta dei servizi territoriali (scuola, sanità, lavoro, infrastrutture, ecc.) e con il coinvolgimento diretto degli utenti, delle loro famiglie, delle rappresentanze sociali e sindacali.

I programmi di strutture, interventi e servizi essenziali da istituire e/o potenziare devono prevedere:

Area di intervento	Livelli essenziali di assistenza sociale da attivare nell'ambito
Disabilità	<ol style="list-style-type: none">1. Servizio di Orientamento ed informazione2. Aiuto alla persona ed assistenza domiciliare4. Centri diurni per disabili3. Centri semiresidenziali e residenziali4. Trasporto sociale per disabili

Le scelte legate alla distribuzione territoriale e al dimensionamento dei servizi devono tener conto, secondo criteri di appropriatezza e razionalizzazione della spesa, di indicatori legati alla popolazione presente, alla popolazione disabile e alle sue caratteristiche, ai servizi e alle risorse del territorio.

⁹ *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e gli stati ad essa correlati delle popolazioni dell'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS);

1. SERVIZIO DI ORIENTAMENTO ED INFORMAZIONE sui diritti delle persone con disabilità delle loro famiglie.

TIPOLOGIA:

Tale servizio si inquadra nel servizio "essenziale" del segretariato sociale ed organizzati in stretto collegamento con i servizi informativi esistenti.

Il servizio dovrebbe essere ubicato preferibilmente in uno o più Comuni dell'Ambito Territoriale, facilmente raggiungibili e privi di barriere ed ostacoli nel rispetto della normativa sull'accessibilità e visitabilità.

FUNZIONI:

- a) fornire informazioni ai cittadini con disabilità e loro familiari su tutte le possibilità di accesso ai servizi;
- b) raccogliere informazioni da inserire nei dossier personali finalizzati all'elaborazione dei progetti individuali di intervento previsti dall'art.14 della L.328/00;
- c) svolgere le pratiche per l'inclusione dell'utente in un programma di intervento, ad es.: assistenza domiciliare, prestiti sull'onore, rilascio buoni per acquisto dei servizi, ecc....
- d) fornire informazioni sia di sportello, sia telefoniche, sia telematiche;
- e) collaborare al monitoraggio del territorio, trasmettendo dati all' Ufficio di Piano.

OBIETTIVI:

- a) sostenere e rafforzare le capacità delle persone con disabilità e loro familiari nella tutela dei diritti e nella fruizione di servizi;
- b) facilitare i rapporti fra cittadini ed Amministrazioni, stabilendo un nesso diretto fra domanda e offerta;
- c) rappresentare per le Amministrazioni una struttura per la conoscenza e l'individuazione dei bisogni degli utenti ed un primo momento di monitoraggio delle azioni attuate.

2. AIUTO ALLA PERSONA E ASSISTENZA DOMICILIARE

TIPOLOGIA:

Il servizio, offerto sulla base dei bisogni rilevati attraverso i progetti individuali, deve coprire una gamma diversificata di esigenze (accadimento materiale, igiene personale, fornitura pasti, accompagnamento alla persona, svolgimento di pratiche, sostegno all'autonomia, ...). Deve essere fornito, pertanto, in forme flessibili per quanto riguarda gli orari di svolgimento (concordati sulla base dei bisogni dell'utente), le tipologie delle prestazioni e gli obiettivi da conseguire. Il servizio, regolamentato dall'Ufficio di Piano o dal singolo Comune e realizzato da personale qualificato, deve prevedere verifiche della qualità delle prestazioni erogate, sia da parte dell'amministrazione responsabile sia da parte degli utenti, attraverso modalità preventivamente definite.

Si tratta di una forma di intervento già ampiamente sperimentata in molti Comuni con riferimento all'art 9 della L.104/92 ed all'art.8 della l.r.11/84. E' opportuno, rispetto a precedenti esperienze realizzate, prevedere un incremento del numero di ore e la continuità di rapporto tra assistente e assistito. E' inoltre auspicabile poter offrire all'utente l'opportunità di scegliere il proprio assistente, in considerazione del valore di un rapporto di fiducia ai fini dell'efficacia di qualunque intervento.

UTENTI: coloro che hanno temporanee o permanenti limitazioni di livello medio, grave o gravissimo, nella sfera dell'autonomia personale sia sotto il profilo fisico che intellettuale.

OBIETTIVI:

- a) conseguimento del massimo livello possibile di autosufficienza;
- b) sostegno alla partecipazione alla vita sociale e di relazione, al potenziamento delle capacità ed alla fruizione dei servizi;
 - c) sostegno alle famiglie per la presa in carico della persona all'interno della sfera protetta degli affetti familiari, con conseguente riduzione della necessità di ricovero istituzionale.

3. CENTRI DIURNI

TIPOLOGIA:

Struttura pubblica, privata o a gestione mista, a norma con i requisiti previsti dal D.P.C.M. n.308 del 21.5.01. Particolare attenzione andrà posta alla progettazione di questi servizi, individuandone il bacino di utenza servito, le prestazioni erogate, le qualifiche del personale impiegato, gli spazi ed i servizi minimi richiesti, le modalità di definizione di progetti individuali per ogni utente.

Per le strutture già esistenti, si potrà rilasciare un'autorizzazione temporanea, in previsione del futuro adeguamento a norma di legge, entro massimo 3 anni.

Il Piano Nazionale include questo servizio tra quelli che devono essere garantiti. Si tratta di una tipologia di intervento già da tempo attuata ex L104/92. Tali servizi, diffusi impropriamente nei centri a carattere sanitario, sono a prevalenza socio-educativi, e pertanto andranno individuate opportune strategie per riconvertire eventuali strutture sanitarie esistenti sul territorio.

FUNZIONI:

Programmi di attività integrate sotto il profilo socio-educativo e di mantenimento terapeutico-riabilitativo, volto a conseguire il massimo livello di autonomia personale e relazionale.

Possono essere definiti programmi di vario tipo: sostegno al percorso scolastico, laboratori di avviamento al lavoro, attività sportive, ricreative, culturali, anche con la partecipazione di familiari, sviluppo dell'autonomia possibile. E' auspicabile coinvolgere le istituzioni competenti nelle singole aree di intervento attraverso la stipula di accordi interistituzionali.

E' necessario prevedere il coinvolgimento di rappresentanti delle famiglie negli organismi di gestione. In tale contesto di collaborazione si può anche prevedere di realizzare programmi a lungo termine di inserimento sociale e lavorativo, finalizzati al distacco dalla famiglia, (la fase del "dopo di noi").

UTENTI:

persone con livelli di disabilità medio-grave, in presenza di un livello di capacità relazionale sufficiente all'inserimento in attività di gruppo. Persone che non hanno la possibilità di seguire i tradizionali percorsi formativi di inserimento al lavoro.

OBIETTIVI:

- a) integrazione sociale: conseguimento del massimo livello di autosufficienza, valorizzazione delle capacità individuali, partecipazione alla vita della comunità;
- b) sostegno alle famiglie, sia a carattere materiale che psicologico.
- c) sostegno e coordinamento con attività di altre istituzioni.

4 CENTRI RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI

Tipologia:

servizi di accoglienza a tempo pieno a carattere sociale, in microstrutture, anche autogestite (comunità alloggio, casa-famiglia, gruppoappartamento, organizzazione, a secondo delle necessità riscontrate sul territorio: é preferibile dare priorità alla realizzazione di micro-strutture, e laddove possibile, anche autogestite, ovvero strutture realizzate in appartamenti di massimo 6/8 posti letto in un contesto abitativo "reale" (condominio, quartiere centrale, parco residenziale) tale da favorire l'interscambio di relazioni con il mondo esterno, e che permetta soprattutto un buon livello di interrelazioni interne, garantendo oltre agli spazi comuni, anche spazi personali a garanzia della privacy di ciascuno.

Gli operatori avranno professionalità specifiche adeguate alla tipologia della struttura e ai bisogni degli ospiti-utenti.

E' auspicabile la realizzazione di forme di coinvolgimento e collaborazione con le famiglie degli ospiti-utenti, sperimentando anche programmi di graduale acquisizione della autonomia e di distacco dalla famiglia, in previsione del futuro ("il dopo di Noi, durante Noi").

UTENTI:

- persone con livelli di disabilità grave o gravissima, con necessità di assistenza continua, e prive di supporto familiare;
- persone in situazioni medio-gravi di disabilità, in presenza di un buon livello di relazione ed acquisita capacità di gestione personale.

OBIETTIVI:

- favorire l'autonomia personale possibile e la presa in carico da parte della comunità;
- sopperire le carenze o l'assenza del supporto familiare.

Area Infanzia e Adolescenza e Responsabilità Familiari

Gli obiettivi, le priorità già definiti nelle Linee d'indirizzo proposte per la prima annualità d'attuazione della L. 328/00, danno, inequivocabilmente, conto dell'importanza attribuita dalla Regione al benessere dei minori e delle loro famiglie nel sistema di offerte da strutturare nella programmazione zonale che, è bene - anche qui - ribadirlo, deve assumere come suo baricentro "il territorio", i suoi fattori di rischio, ma anche le sue potenzialità e punti di forza. Anche per il 2003, quindi, i progettisti locali, nel redigere il P di Z - documento che contiene decisioni, strategie e strumenti per governare complessivamente il sistema - sono invitati a pensarlo, costruirlo ed attivarlo con lo scopo di assicurare nuove e sostenibili risposte sia ai bisogni concreti della popolazione minorile sia alle specifiche carenze e criticità che il sistema di offerte presenta a livello locale.

La prima attuazione dei P di Z pur avendo rappresentato, in continuità con quanto sperimentato ed attuato con la L. 285/97, un miglioramento nella programmazione e gestione degli interventi a favore dei minori, non ha risolto alcune criticità, il cui superamento rappresenta l'obiettivo per l'anno 2003.

La programmazione regionale, ha definito una prima regolamentazione a sostegno e valorizzazione delle responsabilità familiari e per il rafforzamento dei diritti dei minori, documentando in tal modo, non solo l'importanza di rielaborare "le competenze" necessarie al superamento delle vecchie disfunzioni e sovrapposizioni, bensì creare le pre-condizioni atte a che l'intervento/l'azione educativa-assistenziale permetta la rimozione delle cause che hanno determinato il disagio, e -perciò- l'uscita dal disagio.

In particolare si ripropongono alcuni provvedimenti regionali coerenti e strumentali alla strategia programmatoria individuata a sostegno della famiglia e che saranno ripresi in termini di proposte legislative consiliari.

Adozione Nazionale e Internazionale

Prima dell'introduzione della legge 476/98, l'adozione internazionale era completamente deregolata. Con la legge 476/98 (ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993), che ha novellato il titolo III della 184/83,

- aumentano le garanzie per i minori;
- finisce il fai da te;
- si istituiscono nuovi soggetti: L'Autorità Centrale e L'Ente autorizzato.

Nel preambolo della Convenzione è chiaramente evidenziato che l'adozione va fatta "nell'interesse superiore del minore e nel rispetto dei suoi diritti fondamentali" sanciti dalla convenzione dell'ONU del 1989: E' anche detto che l'adozione internazionale ha carattere di residualità, nel senso che si deve pervenire ad essa solo dopo che nello stato d'origine sono state esperite tutte le strade possibili per mantenere il minore presso la famiglia di origine.

Con delibera 1666 del 24/4/02, sono state adottate le linee guida regionali in materia di adozione nazionale ed internazionale, che tra l'altro, istituiscono le équipes socio-sanitarie d'ambito, che oltre agli aspetti tecnico-procedurali, devono essere particolarmente attente ai fattori di "rischio adottivo", legati a:

- rischio psicologico dei minori adottati che è direttamente connesso alla sua crisi di cambiamento, con conseguenti problemi psicologici e di inserimento, derivanti dalla perdita dei punti di riferimento culturali ed ambientali dovuti al trasferimento in contesti socio-culturali diversi. E' necessario perciò valorizzare al massimo possibile le risorse della famiglia adottiva perché questa sia messa in grado di sostenere il minore in tale difficile transazione. I servizi, quindi, devono avere come principale obiettivo quello di supportare la coppia/famiglia al fine di costruire una genitorialità adottiva che riconosca la diversità delle origini del minore e lo accompagni in tale processo che si snoda nel tempo. Un ruolo decisivo deve averlo anche la "comunità" che da neutra o espulsiva deve divenire comunità

educante con cui la famiglia adottiva deve collegarsi anche attraverso i servizi, affinché il patto adottivo si realizzi con esiti favorevoli

- Fattore di rischio relativi alle "capacità di coppia di esercitare il ruolo genitoriale"
La Convenzione prevede che gli aspiranti genitori adottivi debbono fruire di un'adeguata consulenza ai fini dell'accertamento dei requisiti richiesti, per garantire al bambino di crescere in un ambiente familiare armonico. Per la costruzione di una idonea genitorialità adottiva intimamente maturata, quindi, l'informazione e la formazione della coppia aspirante, tendente a far venir fuori una condivisa e responsabile disponibilità ad adottare un bambino reale e non immaginario acquistano un'importanza fondamentale.
- Fattori di rischio inerenti ad eventuali smagliature del sistema. Uno di questi fattori è sicuramente da riconnettersi ad una difettosa integrazione socio-sanitaria, legata cioè a due aree da sempre configgenti sul piano degli interventi e dei metodi da adottare. Va da se, quindi, che eventuali conseguenti disservizi in tal senso possono incidere direttamente sugli esiti adottivi ed alimentare non solo il fenomeno delle restituzioni ma anche quello dei fallimenti adottivi.

Con delibera n. 5260 del 31/10/02, inoltre, è stato definito un percorso di formazione ed aggiornamento rivolto agli operatori socio-sanitari degli EE.LL., delle AA.SS.LL. e degli Enti Autorizzati., ed è stato fissato un sistema di comunicazione e monitoraggio in rete in materia adozionale in Campania

Affido Familiare

La Regione, intende del pari disciplinare l'affido familiare, inteso come intervento integrativo alla famiglia, attualizzando le linee d'indirizzo già adottate. Tale aggiornamento è in corso di redazione da parte di una commissione composta da esperti e magistrati minorili dei Tribunali di Napoli e Salerno. S'intende in tal modo dare omogeneità e uniformità applicativa a tale importante istituto giuridico che, nel nostro territorio ha sempre stentato a decollare. I punti maggiormente significativi di tale aggiornamento, che è ancora in stato di bozza, sono i seguenti:

- classificazione delle diverse tipologie di affido;
- formazione degli affidatari;
- riorganizzazione dei servizi ed individuazione dei soggetti "in rete";
- anagrafe degli affidatari;
- costituzione di un coordinamento regionale per l'affido familiare;
- modalità di sostegno al nucleo affidatario e al nucleo familiare d'origine al fine di favorire il rientro in tempi ragionevoli;
- istituzione del sistema informativo.

Servizi residenziali

La Giunta regionale, con atto deliberativo n. 6317 del 27/12/02 ha approvato le nuove "Linee d'indirizzo per l'accoglienza familiare e comunitaria" che riclassificano le possibili proposte di accoglienza, anche in ottemperanza al D.M. 308 del 21 maggio 2001, nel quale vengono indicati i requisiti minimi strutturali e organizzativi demandando alle Regioni il compito di integrarli in relazione alle esigenze locali.

In virtù di tale atto le tipologie dei servizi residenziali rivolti a minori dell'area del disagio sono:

- la comunità di pronta e transitoria accoglienza;
- la comunità alloggio;
- la comunità a dimensione familiare:
 - 1- Casa famiglia
 - 2- Comunità educativa di tipo familiare;
- gruppo appartamento;
- la comunità di accoglienza per gestanti madri e bambini.

1. La Comunità di pronta e transitoria accoglienza è una struttura finalizzata all'accoglienza di massimo sei preadolescenti ed adolescenti che, vivendo un'emergenza socio educativa, necessitano di un urgente allontanamento dalla propria famiglia e/o tutela temporanea: ciò in attesa della formulazione di un progetto educativo individualizzato che individui le risposte più idonee e gli interventi più adeguati alla soluzione delle problematiche che hanno determinato l'emergenza;
2. la Comunità alloggio è una proposta educativa integrativa, ovvero alternativa, alla famiglia, rivolta a massimo sei pre adolescenti ed adolescenti che vivono con difficoltà personali o socio-familiari il processo di strutturazione della loro personalità in presenza di modelli genitoriali educativamente poco adeguati;
3. la casa famiglia è una proposta educativa rivolta a massimo sei minori in difficoltà socio/familiari per i quali non è praticabile l'affido. Nella casa famiglia le funzioni di accoglienza ed educative sono svolte da un uomo ed una donna che vivono nella struttura, preferibilmente con i propri figli, assumendo in tal modo funzioni genitoriali;
 - 3.1 la comunità educativa di tipo familiare è un servizio residenziale rivolto a massimo sei persone in età evolutiva ove l'azione educativa è assicurata da due educatori, di cui almeno uno residente, che propongono un modello d'accoglienza di tipo familiare;
4. Il gruppo appartamento è un servizio residenziale rivolto ad un massimo di sei giovani che sono vicini o hanno superato i 18 anni che non potendo restare nella loro famiglia devono completare il percorso educativo per raggiungere l'autonomia o un definitivo inserimento nella società;
5. La comunità di accoglienza per gestanti, madri e bambini è finalizzata all'ospitalità di gestanti e madri con bambino/i che necessitano di appoggio e tutela in luogo protetto nel periodo di gravidanza e/o successivamente perché privi di sostegno familiare e sociale, o, perché vivono situazioni di disagio psicologico che necessitano una preparazione alla maternità e alla relazione con il figlio. E' rivolta ad un numero massimo di 6 donne.

Con tale atto si è assolta la necessità di ripensare l'organizzazione e la gestione dei servizi residenziali rivolti ai minori. Riorganizzazione e gestione che, con logiche flessibili ed integrate, assicurino dimensioni capaci di contenere le diverse opportunità da garantire ai minori che non possono restare nella propria famiglia e per i quali non è praticabile l'affidamento intra/etero familiare.

Rapporti con i Servizi della Giustizia Minorile

In un'ottica di prevenzione primaria, secondaria e terziaria della devianza e della criminalità minorile appare di fondamentale importanza l'integrazione operativa dei servizi della giustizia minorile con i servizi del territorio (prevista, peraltro, dal DPR 448/88) nella ricerca di risposte articolate ai bisogni dei minori. Nella definizione degli interventi da strutturare nei piani di zona sulle tematiche relative ai minori adolescenti, all'immigrazione, al disagio psico-sociale (per quanto riguarda l'area di integrazione socio-sanitaria) per i progettisti locali, sarà utile collegarsi anche al Centro Giustizia Minorile in quanto soggetto in grado di fornire un contributo nell'analisi dei bisogni della popolazione minorile e nella definizione di progetti efficaci, e anche alle 5 commissioni provinciali costituite dal Centro Giustizia Minorile.

L'integrazione potrebbe ad esempio sostanziarsi nella predisposizione di protocolli operativi che consentano l'attivazione efficace delle risorse del territorio per l'esecuzione di provvedimenti penali non detentivi o per favorire il rientro nel territorio di provenienza dei minori dimessi dagli IPM attraverso la realizzazione di progetti per adolescenti volti a realizzare tirocini formativi, borse lavoro, laboratori, strutture di accoglienza per i minori privi del sostegno familiare.

Ciò in particolare per quelle aree del territorio campano da cui provengono in prevalenza i minori che entrano nel circuito penale (ci si riferisce soprattutto alle periferie urbane e alle aree dove più significativa è la presenza di organizzazioni criminali). In tali zone, cruciale appare la collaborazione anche con i Servizi sanitari e i SERT in quanto tale utenza è spesso multiproblematica e presenta difficoltà legate al disagio psichico e/o al consumo di sostanze stupefacenti.

La collaborazione con il territorio di provenienza dei minori appare inoltre importante nella implementazione ad esempio di Uffici per la Mediazione penale nei due distretti di Corte d'Appello (Napoli e Salerno) o di servizi finalizzati alla predisposizione di programmi di conciliazione tra autore e vittima del reato. Tali istituti di giustizia riparativa rappresentano un ambito di sperimentazione particolarmente significativo in cui fondamentale risulta la disponibilità del territorio di farsi carico e collaborare alla risoluzione del conflitto generato dal reato.

Altrettanto importante appare la collaborazione nelle modalità esecutive dei progetti per i minori sottoposti a sospensione del processo e messa alla prova che rappresenta un istituto giuridico particolarmente innovativo.

La predisposizione di attività di tempo libero, socializzazione e sport per adolescenti, soprattutto nelle aree in cui sono collocati i Servizi Minorili della giustizia consentirebbe una sempre maggiore integrazione tra i Servizi stessi e i territori su cui insistono, ampliando la possibilità di predisporre programmi per i minori all'esterno e all'interno del servizio.

Allo stesso modo sarebbe particolarmente utile l'inclusione di tali minori nei progetti finalizzati alla prevenzione delle dipendenze (informazione sugli effetti dell'uso delle sostanze stupefacenti e delle droghe sintetiche) e di educazione alla salute.

Al fine di rafforzare la rete di servizi integrati sarebbe inoltre utile l'avvio di iniziative di formazione congiunta per gli operatori (come già in parte previsto per i progetti sull'abuso), anche attraverso la realizzazione di attività di autoformazione.

Altro ambito di interesse congiunto è costituito dai progetti di inclusione per gli immigrati. In tale settore la Giustizia minorile ha maturato una significativa esperienza di collaborazione con i mediatori culturali e si ritiene di poter fornire un utile contributo nella definizione di iniziative progettuali in questo campo.

Per quanto concerne più specificamente i minorenni dell'area penale, gli ambiti territoriali dovrebbero porre una maggiore attenzione alle problematiche ad essa connesse sviluppando una fitta collaborazione con i Servizi Sociali del Ministero di Grazia e Giustizia, sia nell'attuazione di uno dei più significativi istituti giuridici previsti dal D.P.R. 448 del 1988 - "sospensione del processo e messa alla prova" (ex art.28) - sia nel Settore della mediazione penale, anche sulla scorta di intese già intercorse tra Regione e Ministero di Grazia e Giustizia.

Contestualmente gli ambiti territoriali, nell'ambito della programmazione zonale, sono invitati a curare con più incisività anche gli aspetti relativi alla prevenzione dei comportamenti antisociali e al trattamento socio-educativo creando, con i Servizi Ministeriali e con la Regione, le condizioni necessarie per la frequenza ai corsi/apprendistato (ex.L.R.41/87) anche per i minori sottoposti a provvedimenti dell'A.G.M. Ai Comuni capofila, al fine di realizzare gli obiettivi esposti, si suggerisce di operare in stretta collaborazione con la Sottocommissione minorile prevista dall'art. 13 del D.lgs.vo 272/89 e per quanto si riferisce a problemi di valenza sanitaria al Gruppo di lavoro dell'Assessorato alla Sanità istituito con DGR 2012 del 17/05/02.

Responsabilità familiari

Per la seconda annualità d'attuazione della 328/00, la Regione relativamente all'area delle responsabilità familiari e all'area dei diritti dell'infanzia dell'adolescenza, propone le stesse linee operative già suggerite, ovvero:

1. valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari;
2. rafforzamento dei diritti dei minori.

La Regione, riprendendo e capitalizzando le pratiche innovative introdotte dalla 285/97, intende sostenere maggiormente la diffusione di politiche sociali rivolte ai minori e alle loro famiglie attente:

- alla normalità della vita quotidiana pur non trascurando particolari segmenti di popolazione minorile quali - ad es. - i ragazzi della c.d. area penale e minori immigrati, che rappresentano un problema di non trascurabile rilevanza;
- alla qualità sociale dei servizi/interventi ed azioni messe in campo
- alla cultura dei risultati, che sarà oggetto di ponderata attenzione e riflessione.

Con riguardo all'obiettivo di sostegno e potenziamento delle responsabilità familiari, in diretto collegamento con l'obiettivo 2, ai progettisti locali si suggerisce di prevedere nella stesura della programmazione:

- centri per la famiglia, gruppo di aiuto e mutuo aiuto, consultori pedagogici, tutti intesi come interventi/misure a sostegno della responsabilità genitoriale
- incentivazione dell'affidamento familiare nei confronti dei minori in situazioni di forte disagio e per i quali è impossibile, anche solo temporaneamente, rimanere nella propria famiglia;
- sostegno alle famiglie con figli che presentano carichi di cura particolari;
- interventi mirati alla conciliazione delle responsabilità familiari con la partecipazione al mercato del lavoro (servizi di cura per i minori in base alle offerte della 285/97).

- attività e spazi d'interesse per gli adolescenti;
- supporto agli studenti in difficoltà di apprendimento scolastico;
- spazi ove è consentito ai ragazzi l'incontro con operatori con cui decodificare e affrontare le proprie difficoltà;
- spazi ludici e luoghi di gioco guidato;
- servizi per la prima infanzia
- sostegno psico-sociale per i minori e le loro famiglie a rischio di violenza;
- servizi di sostegno ai minori vittime di abusi;
- interventi di sostegno a forte integrazione tra il settore sociale, giudiziario, scolastico e sanitario per i minori vittime di violenze ed abusi.

Fermo restando che i vari livelli istituzionali sono impegnati a governare un periodo di transizione in cui convivono modalità tradizionali e modalità innovative urge, inoltre, che i progettisti sociali locali:

- prestino attenzione non solo alla quantità degli interventi ma anche alla loro qualità, alle metodologie e, di conseguenza, attenzione al processo e non solo al prodotto;
- legittimino a livello organizzativo e formativo un'operatività per progetti, che consenta una migliore definizione delle risorse a disposizione, gli obiettivi possibili, i compiti di tutti gli attori coinvolti, lo sviluppo nel tempo percorso.

Authority a tutela dei minori

E' universalmente condiviso il principio enunciato nelle legislazioni e convenzioni internazionali secondo cui i bambini e gli adolescenti sono titolari del diritto alla crescita, all'istruzione, al gioco, alla salute e del diritto alla libertà dalla violenza, dall'abuso e dallo sfruttamento sessuale ed economico.

In Campania, tuttavia, come in altre regioni italiane, i problemi che investono i minori e che si sostanziano in maltrattamenti domestici, sfruttamento nel lavoro, rapporto con i media, in abusi sessuali e altro ancora, indicano l'esistenza di una questione infanzia ancora irrisolta. Per questa ragione sembra utile che ogni ambito (o tra loro aggregati) pensi all'istituzione di una Authority utile al processo di controllo necessario per un impegno reale a favore dei diritti del bambino: Le esperienze, infatti, dimostrano che laddove tale organismo è stato istituito, è aumentato il peso "dell'infanzia" nella programmazione politica ed è aumentato il riconoscimento dei bambini come soggetti i cui interessi, senza un'attenzione esclusiva ad essi, corrono il forte rischio di essere schiacciati quando entrano in competizione con i diritti degli adulti.

In questo quadro, dunque, per cercare una efficace difesa e una concreta promozione dei diritti dell'infanzia l'azione dell'autorità garante deve mirare ad affrontare il complesso delle tematiche sociali ed individuali che nell'ordinarietà afferiscono ai diritti dei minori nella famiglia, nella scuola, nel lavoro, nell'informazione, nella salute.

L'ipotizzata autorità, a cui i ragazzi, i semplici cittadini, gli enti, le associazioni, gli operatori sociali e culturali, possono rivolgersi, deve essere in grado di:

- promuovere l'applicazione della Convenzione sui diritti del fanciullo rispecchiata nella L. 285/97;
- segnalare situazioni ambientali o inadeguate che rappresentano per i minori fattori di rischio o di danno;
- promuovere e sostenere, in alternativa alle logiche progettuali adottate solo in funzione dei finanziamenti, strumenti adatti a mobilitare le risorse organizzate del territorio;
- Contribuire allo sviluppo dei processi di integrazione tra i servizi, tra pubblico e privato.

L'Authority che si propone può essere formata da rappresentanti delle istituzioni pubbliche, delle agenzie educative, degli organismi del terzo settore e da rappresentanti dei ragazzi e delle loro famiglie.

Area di intervento	Livelli essenziali di assistenza sociale da attivare nell'ambito
Minori e Responsabilità Familiari	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1. Centri di prima accoglienza per minori abbandonati e maltrattati 2. Centri di prima accoglienza per donne abusate e maltrattate e per madri nubili 3. Assistenza psico-socio-educativa e assistenza domiciliare per minori e famiglie 4. Centri di aggregazione giovanile 5. Centri famiglia per l'accoglienza dei minori

Politiche per gli anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione pone l'Italia tra i paesi con la più alta percentuale di anziani, pari al 18% dell'intera popolazione nazionale.

Gli anziani nella nostra regione rappresentano il 15% della popolazione totale, nell'ambito del panorama nazionale, la realtà della Regione Campania risulta atipica poiché gli indici di invecchiamento, nelle diverse province, non sono omogenei: le zone costiere presentano indici di invecchiamento al di sotto della media nazionale.

Negli ultimi decenni la vita media di una persona che vive in un paese sviluppato è raddoppiata (si consideri che le aspettative di vita sono oggi di 30 anni in più dell'inizio del secolo). Ciò è determinato da un miglioramento della qualità di vita dovuto ai grandi progressi tecnologici e scientifici, con conseguenti ricadute nel campo medico ed in quello dell'alimentazione.

Tutto questo ha prodotto una grande evoluzione demografica, infatti, l'aumento della longevità, accompagnato ad un basso tasso di natalità, comporta un conseguente invecchiamento della popolazione.

Il 65esimo anno di età rappresenta l'ingresso in quella che comunemente chiamiamo terza età che solo pochi decenni fa, era vissuta come ultimo scorcio di vita, oggi invece rappresenta una delle fasi dell'esistenza e richiede una ridefinizione complessiva dell'identità.

L'anziano deve assumere un atteggiamento che gli permetta di invecchiare serenamente, nonostante i condizionamenti sociali ed il decadimento fisico. Non bisogna dimenticare che, la povertà più grave per un anziano non è sempre quella economica, ma spesso affettiva. Infatti, i bisogni dell'anziano, molto più di quanto avvenga per l'adulto, sono influenzati dal contesto sociale e familiare in cui la persona vive, non bisogna identificare l'anziano esclusivamente con i suoi problemi clinici, ma valutarlo, in relazione ai suoi bisogni ed alle sue risorse, in una dimensione più ampia e complessiva.

I fattori di rischio, che determinano un decadimento psico/fisico sono riconducibili alla solitudine, alla perdita del coniuge, all'iperprotezione familiare ed all'assistenzialismo che creano passività e calo di autonomia; inoltre, la perdita del ruolo, tipica del pensionamento e la mancanza di servizi di supporto. Altri fattori destabilizzanti possono essere individuati in alloggi inadeguati, sradicamenti dal proprio ambiente, ospedalizzazione e istituzionalizzazione impropria o incongrua.

La Regione Campania, in continuità con quanto previsto nelle linee guida del '01 si propone la valorizzazione di una visione positiva dell'anziano in una prospettiva preventiva che consenta di sviluppare le potenzialità di ciascuno, con stimoli ed incentivi che favoriscano il miglioramento nel corso della vita.

Si passa da una politica *della vecchiaia* ad una politica per *l'invecchiamento*.

Occorre aumentare la capacità dell'anziano di confrontarsi con l'ambiente che lo circonda e ciò può realizzarsi anche mediante politiche per la modificazione degli stili di vita.

La differenziazione ed il potenziamento dei servizi deve tenere conto dell'autodeterminazione dell'anziano, sia nella scelta degli interventi per la gestione della sua problematica (prestazioni ex L.21/89), sia nella scelta dei servizi in risposta alle necessità individuali. A tale scopo le politiche sociali territoriali devono sostenere la famiglia con anziani ed incentivare la cultura della domiciliarità.

Gli interventi e i servizi dovranno prevedere risposte diversificate a secondo della natura e complessità del bisogno:

- anziani che conservano un buon stato di salute in condizioni ambientali e socio/economiche soddisfacenti per i quali, l'unica particolare attenzione deve essere la promozione della salute, per mantenere il più a lungo possibile autonomia, abilità ed una vita di relazioni soddisfacente.
- anziani "a rischio" per condizioni ambientali, per deprivazione affettiva e/o temporanea perdita di autonomia che necessitano di una temporanea tutela nel periodo di ripristino dello stato di benessere
- anziani "fragili" li dove la fragilità ha una natura multidimensionale biomedica, socio-economica e psico-emozionale che necessitano di tutela sociale; in questo contesto la fragilità si sovrappone al concetto di rischio in termini sanitari (ad esempio, rischio di morte, di perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana o di supporto familiare)

La tipologia dei servizi

L'offerta dei servizi deve essere appropriata in termini quali-quantitativi ed il più efficace possibile, compatibilmente con le risorse messe a disposizione e le scelte collettive di priorità. I servizi devono assicurare non solo un aiuto diretto, ma anche delle competenze di ascolto ed orientamento, della capacità di presa in carico e soprattutto di accompagnamento della persona a prendere coscienza dei propri limiti e risorse. La costruzione dei servizi in rete deve garantire risposte efficaci ai complessi bisogni delle persone anziane considerando sempre la possibilità di adattare l'abitazione storica del soggetto anziano assicurando, oltre alla presa in carico da parte della rete dei servizi territoriali, anche il costante monitoraggio delle sue condizioni anche attraverso i sistema telematici disponibili.

I servizi residenziali vanno considerati come possibilità ultima laddove non sia possibile a causa di problemi sociali o sanitari che rendono difficile il mantenimento al domicilio dell'anziano e la cura da parte della rete familiare.

La risposta ai bisogni degli anziani deve prevedere un presa in carico globale della persona che non può prescindere da una valutazione multidimensionale sia nei progetti individualizzati che nella definizione dell'offerta complessiva della rete dei servizi sul territorio.

I Comuni associati dovranno, per questo nella programmazione 2003, a partire da un'attenta analisi dei servizi e degli interventi a favore degli anziani già avviati, rivalutare l'offerta di servizi sociali, verificandone l'appropriatezza e la reale rispondenza alle necessità della popolazione.

Per quel che riguarda, più specificatamente l'area dell'integrazione socio-sanitaria i Comuni dovranno, insieme alle ASL - valutare le necessità del caso, le caratteristiche della popolazione e le risorse disponibili - rispondere unitariamente in conformità a quanto definito dalla programmazione regionale in materia dando priorità agli interventi domiciliari.

Azioni per la valorizzazione di una visione positiva dell'anziano

- Attivazione di reti(formali ed informali) per garantire la domiciliarità dell'anziano solo e l'aiuto alla famiglia.
- Osservatori sulla condizione dell'anziano.
- Valorizzazione del ruolo delle Consulte per gli anziani.
- Promozione di sedi locali dell'Università della Terza Età.
- Rimozione di qualsiasi tipo di ostacoli all'accesso ai servizi

Interventi e servizi

- Assistenza economica per le situazioni di bisogno.
- A.D.A. (assistenza domiciliare anziani): un servizio sociale che non necessita di particolari prestazioni sanitarie. Il servizio va prestato a favore di coloro che vivono soli, ma può essere prestato anche a chi vive in famiglia non in grado di assicurare pienamente e con continuità i compiti assistenziali.
- A.D.I. (assistenza domiciliare integrata): un servizio socio-sanitario (ASL-Comuni) caratterizzato dall'azione integrata e coordinata di operatori sanitari e sociali, al fine di contenere le disabilità, migliorare lo stato di benessere, ridurre i ricoveri ospedalieri e rendere possibile una più rapida dimissione dall'ospedale.

- Attivazione del servizio di telesoccorso e teleassistenza per garantire risposte immediate ai bisogni degli anziani soli e/o che vivono in condizioni di difficoltà.
- Creazione di Centri sociali per anziani per favorire la socializzazione.
- Creazione di Centri diurni polifunzionali in cui sono previste attività ludico-ricreative.
- Promozione di laboratori artigianali gestiti da anziani.
- R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali), Struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti che richiedono trattamenti continui non realizzabili al domicilio. La struttura e l'organizzazione gestionale delle RSA richiedono la compartecipazione delle Asl e dei comuni e sono finalizzate a soddisfare il fabbisogno assistenziale, sanitario e sociale delle persone ospitate
- Realizzazione di case-famiglia, comunità alloggio per anziani soli.
- Realizzazione di Case albergo

Si rinvia ad un successivo provvedimento regionale che definisca nel dettaglio la natura delle strutture.

Politiche migratorie

Premessa

La popolazione immigrata in Campania assume dimensioni significative; infatti, in questi ultimi anni è fortemente aumentata (82.813 stranieri regolarmente soggiornanti), collocando la Regione, nel sud, al primo posto.

La portata, l'impatto e la particolarità del fenomeno richiedono politiche d'inclusione:

- complesse, continue e guidate da una chiara visione delle finalità da perseguire;
- dirette ad assicurare agli stranieri il pieno esercizio dei diritti loro riconosciuti, nonché ad eliminare, o quantomeno ridurre, le barriere che ostacolano la fruibilità dei servizi;
- rivolte, anche, ai cittadini autoctoni e finalizzate a promuovere l'incontro, la conoscenza, la relazione con persone di culture e tradizioni diverse.

La Regione Campania, in quest'ottica, determina la strutturazione e la realizzazione di un sistema integrato e coordinato d'interventi e servizi, attraverso iniziative omogenee e collegate, che vedono coinvolti ed interagenti il pubblico ed il privato, secondo le competenze attribuite dalla legge.

Le risorse finanziarie di sostegno, che scaturiscono da fondi comunitari, nazionali, regionali, supportate anche da cofinanziamenti dei soggetti gestori delle attività, sono utilizzate, infatti, per l'attuazione concreta di azioni di adeguato supporto allo sviluppo di una società interetnica.

Si utilizza, per la realizzazione di tale sistema, il metodo del riconoscimento dei bisogni e delle risorse del territorio; della pianificazione degli interventi; della sensibilizzazione; della verifica sistematica, in itinere ed ex post.

Una **concertazione continua**, con i diversi livelli istituzionali e sociali coinvolti, sostiene, contemporaneamente, percorsi sinergici e paralleli e incrementa l'efficacia dei risultati.

In quest'ottica, la Giunta Regionale della Campania, per il fenomeno immigrazione, prevede l'attivazione d'interventi finalizzati a creare una società locale che fondi sulla **convivenza**, nella quale le diverse minoranze etniche possano vivere in sintonia con la popolazione locale, di cui sono una componente

Le presenti linee guida, che utilizzano le risorse afferenti al fondo nazionale per le politiche migratorie, destinate alla Campania - esercizio finanziario 2002, in continuità e coerenza con quanto programmato nelle annualità precedenti, costruiscono uno strumento di dialogo sociale che concretizza l'esigenza di rafforzare ed ampliare le azioni rivolte agli stranieri residenti e/o che vivono parte del proprio progetto migratorio nella nostra regione.

Esse, seguendo il dettato della normativa vigente, nonché in ossequio ai principi di sussidiarietà, cooperazione, economicità, omogeneità, individuano, quali interlocutori privilegiati, gli enti locali e, in particolare, i comuni, che sempre più rivestono un ruolo rilevante e crescente nella gestione diretta degli interessi attinenti alla comunità locale di riferimento. Così, in relazione alle funzioni demandate in materia sociale, l'amministrazione comunale diventa protagonista nel rapporto diretto con i cittadini, in particolare per quanto attiene all'erogazione dei servizi ed alla loro piena accessibilità.

Normativa di riferimento

- L. r. 3 novembre 1994, n.33 "Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri in Campania provenienti da Paesi extracomunitari";
- L. 6 marzo 1998, n.40 "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- D.L.vo 31 marzo 1998, n.112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello stato alle regioni ed agli enti locali";
- D.L.vo 25 luglio 1998, n.286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- D.P.R. 31 agosto 1999, n.394 "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del D.L.vo n.286/98";
- L. 8 novembre 2000, n. 328 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Legge 30 luglio 2002, n.189: "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo"

AREE D'INTERVENTO

• *Accoglienza - alloggi*

L'accoglienza, sebbene caratterizzata, prevalentemente, dalla temporaneità e dalla flessibilità, continua ad essere un supporto necessario ai percorsi d'inclusione.

I servizi ad essa collegati rappresentano lo strumento fondamentale per diffondere, nel territorio, azioni, opportunità e risorse capaci di rispondere ai bisogni, sia materiali che immateriali, dei cittadini migranti.

S'intende, inoltre, stimolare la realizzazione d'interventi (informazione, sensibilizzazione, mediazione) collegati all'individuazione di alloggi per sistemazioni provvisorie e/o definitive, anche in considerazione del dato che l'Immigrazione, in Campania, presenta sempre più una tendenza alla stabilizzazione.

• *Servizi innovativi per l'immigrazione*

Tale area sostiene e/o potenzia sperimentazioni innovative, che siano in grado di creare canali di comunicazione, anche bi-direzionali, tra i destinatari degli interventi ed il territorio.

I servizi ad esse collegati devono saper rispondere, congruamente, ai molteplici bisogni della popolazione migrante, abbassando, nel modo più ampio possibile, le soglie di accesso (in tal senso, come forma di rafforzamento relazionale, particolare rilevanza possono assumere gli interventi di strada e/o itineranti perché capaci di raggiungere l'utenza dove essa si aggrega, lavora, risiede).

• *Aiuto all'inserimento lavorativo*

Dall'inserimento lavorativo e dalle sue condizioni si avvia il vero processo d'inclusione e, in quest'ultimo, hanno un forte rilievo le condizioni soggettive sia dell'immigrata/o, che della comunità locale di accoglienza.

Si stimolano, in questa area, la realizzazione di interventi per favorire e/o sostenere opportunità lavorative, tenendo conto dei reali bisogni dei gruppi svantaggiati.

Gli interventi proposti vanno indirizzati a costruire una saldatura tra le politiche del lavoro e le politiche d'integrazione sociale, con azioni rivolte, tra l'altro, a favorire l'emersione del lavoro nero e a garantire servizi innovativi d'orientamento e formazione professionale collegati al m.d.l..

• *Interculturalità*

L'impreparazione al confronto interetnico può essere considerata una delle cause che impediscono la realizzazione di una giusta interazione.

Quest'area ipotizza la realizzazione di interventi strategici per agevolare conoscenze reciproche e scambi culturali, al fine di superare diffidenze, prevenire comportamenti discriminatori e contribuire ad una ordinata convivenza.

Una diffusa coscienza del rapporto fra culture diverse si esplica con modalità e in ambiti differenziati, realizzando interventi per favorire la comunicazione, l'informazione, la riduzione delle barriere linguistiche e culturali, la tutela delle identità, nonché potenziando azioni legate alla mediazione culturale.

• *Pari opportunità*

Gli interventi rivolti alle pari opportunità vanno intesi come elemento fondante e trasversale a tutte le aree di intervento fin qui indicate.

Essi devono consentire la promozione di azioni positive per l'inserimento nel tessuto sociale e lavorativo delle donne immigrate.

Vanno attivati, altresì, percorsi di accompagnamento capaci di sviluppare autonomia, iniziativa, creatività, al fine di contrastare il fenomeno di disparità ed esclusione.

Tali linee guida sono funzionali al processo locale, articolato e continuo, d'inclusione sociale, culturale e lavorativa delle cittadine e dei cittadini migranti extracomunitari presenti sul territorio e rappresentano un segmento operativo del processo di sviluppo locale che s'intende potenziare, quest'anno, in Campania. Esse determinano, quale modalità d'erogazione dei finanziamenti, l'operatività per progetti.

Gli ambiti territoriali sono chiamati, infatti, ad esercitare stimolo e raccordo con i soggetti istituzionali e sociali, attraverso una progettazione partecipata, che distribuisca ruoli, responsabilità, competenze e risorse: progettazione indirizzata a potenziare interventi che aiutino, nel rispetto delle diverse culture e identità, a fare della Campania un modello di comunità basata su nuove forme di convivenza e interazione.

Il sostegno finanziario è dato da una quota delle risorse destinate dallo Stato alle politiche migratorie (fondo nazionale - art. 45 del D.L.vo.286/98) e dal relativo cofinanziamento regionale, che è ripartita in base al numero degli immigrati presenti sul territorio di riferimento.

La progettazione presentata dai 43 Ambiti è valutata con criteri prestabiliti; in caso di valutazione negativa le risorse individuate sono destinate alle attività di concertazione, gestite dall'Assessorato all'Immigrazione.

A tal fine, si rappresenta che il competente Settore Osservatorio del Mercato del Lavoro e dell'Occupazione - Servizio Gruppi Etnici, in raccordo con le "Linee d'indirizzo per le politiche migratorie finalizzate al potenziamento degli interventi d'inclusione sociale, culturale, lavorativa" - Programma Regionale anno 2002, in corso di elaborazione, avrà cura di far pervenire, nel minor tempo possibile, dettagliata documentazione riferita alla presentazione delle proposte progettuali con relativa articolazione delle fasi operative e di valutazione.

Sicurezza urbana

Il tema della sicurezza urbana rappresenta un impegno regionale in quanto è garanzia di una migliore qualità della vita ed è parte integrante dei diritti di una comunità solidale.

Tema trasversale di attenzione delle linee guida regionali può ritrovarsi in molti degli interventi e servizi previsti dalle aree tematiche della legge 328 e rappresenta per essi un valore aggiunto .

Si propongono tuttavia alcune azioni specifiche che possono dare spazio ad un'apposita progettazione da inserire nella programmazione territoriale:

Miglioramento delle condizioni di vita nei territori

- riqualificazione di spazi pubblici con interventi di animazione e manutenzione finalizzati alla dissuasione di atti di inciviltà e criminalità diffusa;
- iniziative finalizzate a facilitare l'accesso ai servizi;
- protezione e riqualificazione dei luoghi e delle relazioni tese al rafforzamento del senso di appartenenza alla comunità e della partecipazione dei cittadini alla vita della città;
- iniziative di pronto intervento sociale da raccordarsi alla rete dei servizi territoriali
- azioni per l'emersione dal lavoro nero ed irregolare;
- iniziative di reinserimento sociale e lavorativo per soggetti vittime della tratta degli esseri umani, della riduzione in schiavitù e dello sfruttamento della prostituzione;
- promozione di iniziative volte ad avvicinare il cittadino all'istituzione, comitati di quartiere o di ambito (cittadinanza attiva);
- stazioni di monitoraggio della qualità della vita e della sicurezza urbana;
- campagne informative sui temi della sicurezza e della prevenzione della violenza psico-fisica ;
- iniziative per la sicurezza domestica e nei luoghi di lavoro;
- iniziative per la sicurezza negli stadi

Aiuto alle vittime e riduzione del rischio

- prevenzione di fenomeni di criminalità o di inciviltà diffusa rivolta ai gruppi potenzialmente più esposti;

- iniziative a diversi livelli per l'assistenza alle vittime di criminalità diffusa (gruppi di aiuto e di auto-aiuto):
- corsi di lingua italiana dei segni (per audilesi) destinato alle FFOO Sostegno alla formulazione della denuncia;
- sostegno alle persone anziane potenziali o reali vittime di reato;
- tutela sociale e giuridica della vittima;
- protezione delle donne che subiscono violenza;
- iniziative per contrastare il fenomeno del racket e dell'usura;

Azioni per una comunità solidale

- istituzione dei nonni civici
- istituzione di gruppi territoriali per la sicurezza e solidarietà (es pony della solidarietà)
- Azioni di educazione alla gestione del rischio e dell'emergenza
- Attivazione di gruppi di operatori di strada e unità mobili di pronto intervento
- Attivazione di linee telefoniche per l'ascolto, la denuncia, l'accompagnamento
- Inserimento sociale delle persone uscite dalla situazione carceraria

Azioni per il contrasto alla povertà e per l'inclusione sociale

La diffusione della povertà nelle regioni meridionali è stata pari nel 2000 al 23,6% delle famiglie residenti e se si applica questo parametro alla Campania, se ne deduce che su circa 1.820.000 famiglie, circa 450.000 famiglie sono povere, cioè vivono al di sotto della soglia di povertà.

L'esposizione alla povertà delle famiglie campane è mediamente più alta di quella che si può stimare per le famiglie italiane, ed anche per quelle del Mezzogiorno, vista la presenza di una composizione media del nucleo familiare più elevata, la concentrazione della popolazione nelle grandi aree urbane e suburbane. E preoccupa ancora di più non solo per la cronica assenza di opportunità occupazionali e per l'affermarsi di situazioni lavorative sempre più precarie, ma anche per le forme di disagio con cui la povertà si manifesta dentro e fuori i nuclei familiari, in termini di rischi sociali molto forti che rappresentano un costo per la comunità locale e mancate opportunità per individui che appartengono già a fasce deboli (donne, minori):

- crescita della dispersione scolastica
- bassissima scolarizzazione dei giovani e dei giovanissimi, che determina vere e proprie barriere all'ingresso nel mercato del lavoro, con il concludersi di una "esclusione ereditaria"
- devianza minorile correlata alla dispersione scolastica
- aumento dei casi di maltrattamento e abuso
- aumento dei casi di dipendenze
- carenti cure nei confronti dei soggetti anziani, disabili e non autosufficienti.

La risposta che la Legge Quadro di riforma del welfare locale intendeva offrire suggerisce una strategia molto articolata che va ben oltre l'erogazione di sussidi economici e l'organizzazione di una rete di assistenza economica svincolata dalla rete dei servizi.

La lotta alla povertà e all'esclusione è un obiettivo di priorità sociale che non può essere realizzata con sussidi abitativi, assegni di accompagnamento e di cura, altre erogazioni monetarie svincolate dai servizi e da percorsi di inclusione sociale che consentano l'attivazione sorretta delle risorse di una comunità locale, da qualunque situazione di difficoltà esse partano.

Le strategie di lotta alla povertà che la Regione Campania intende promuovere richiedono un riordino di tutti gli strumenti di assistenza economica attualmente utilizzati dai Comuni, perché gestiscano in una prospettiva unitaria e coordinata anche gli interventi di contrasto alla povertà.

Le azioni che dovranno essere promosse per ridisegnare la strategia di lotta alla povertà e all'esclusione sociale devono portare i Comuni e gli ambiti territoriali:

- ad accrescere il monitoraggio a livello locale del fenomeno complesso e articolato della povertà, non solo nella sua veste "collettiva", ma anche con una maggiore attenzione ai singoli casi
- a consolidare reti di solidarietà capaci di ridisegnare lo spazio comunitario, come uno spazio in cui ciascun soggetto può offrire un contributo, essere chiamato a svolgere servizi e ricevere in cambio un sostegno

- a riordinare tutti gli strumenti di assistenza economica per razionalizzare le risorse (monetarie, di servizi, di opportunità formative, di inserimento lavorativo) connessi alla progettazione e alla realizzazione di percorsi individuali di inclusione sociale.

Tali azioni inducono a sottolineare l'importanza che si riesca a ripensare lo strumento del **Reddito Minimo di Inserimento** a partire dal contesto locale dell'ambito territoriale, in cui la rete costituita dai soggetti chiamati a realizzare gli interventi e i servizi previsti nei Piani di Zona può determinare condizioni molto più favorevoli per l'introduzione di forme di **reddito di cittadinanza** o reddito minimo di inserimento, rispetto a quanto non è successo in molti dei casi di sperimentazione del RMI a partire dal 1999, presenti numerosi pure in Campania.

Ripensare l'assistenza economica per rifinalizzarla ed accrescerne l'efficacia, collegare il sostegno al reddito con percorsi di inclusione sociale connessi con la rete dei servizi offerta dai Piani di Zona, definire regole per l'accesso al reddito di cittadinanza omogenee e effettivamente capaci di selezionare in modo efficace la platea dei potenziali beneficiari, cogliere l'opportunità della gestione unitaria di un intervento così complesso (anche per quanto riguarda la gestione amministrativa), sono tutte opportunità che ciascun ambito territoriale è fortemente invitato a cogliere.

Indirizzi per l'attuazione delle pari opportunità e del mainstreaming di genere nei Piani di Zona sociali in Campania
--

La rilevanza di portata strategica assunta dalle pari opportunità in sede europea, recepita nella normativa e nella prassi italiana, assegna a tale principio una valenza di **obiettivo/priorità** e di **parametro di valutazione** dell'efficacia/efficienza di tutti gli interventi per le politiche di coesione economica e sociale.

La novità dell'impostazione comunitaria del principio di pari opportunità, tanto a livello normativo, quanto a livello dell'individuazione delle strategie di intervento, sta nell'aver adottato una prospettiva e un approccio duale al tema dell'eguaglianza; infatti, si deve agire attraverso:

- il potenziamento di azioni specifiche a favore delle donne
- l'attuazione di azioni trasversali a tutti i programmi (*gender mainstreaming*);

Le pari opportunità sono espressamente richiamate nella 328/00 agli art. 3, comma 1 e 16, comma 2 e 3. In tale contesto generale, si intende sottolineare che l'implementazione della progettazione sociale può avvenire se il Piano di Zona assume come prioritaria la promozione di azioni positive specificamente individuate, quali il miglioramento delle infrastrutture sociali, la promozione dell'accesso all'occupazione, ai servizi e alle strutture, le agevolazioni all'imprenditoria femminile, la conciliazione tra vita professionale e vita familiare ed il *mainstreaming*.

Pertanto, a titolo di esempio, poniamo l'attenzione su alcune questioni di rilevanza strategica:

- La valorizzazione delle pari opportunità è richiamata all'interno dell'area delle responsabilità familiari. Rispetto a questo, la priorità strategica dovrà consistere nel privilegiare azioni positive che contribuiscano alla redistribuzione dei carichi del lavoro di cura all'interno della famiglia. In tal senso, promuovere servizi, iniziative formative, azioni di accompagnamento che favoriscano la complementarietà fra i due sessi nella gestione della vita familiare significa anche consentire alla donna di liberare tempo, solitamente destinato allo svolgimento di mansioni di cura, per dedicarlo invece al raggiungimento di obiettivi globali di miglioramento della propria condizione di vita (lavorativa e sociale).
- Un altro punto rilevante è quello dell'integrazione socio-sanitaria, in cui è prioritaria l'estensione dei servizi tradizionali esistenti e l'implementazione con altri innovativi in una chiave di prevenzione, cura e tutela della salute della donna.
- Altri punti di interesse che si considerano "sensibili" in un'ottica di pari opportunità sono: le problematiche relative alle violenze a danno delle donne in cui è necessario potenziare l'integrazione di servizi per la prevenzione e la prima accoglienza delle vittime di abusi e maltrattamenti; la problematica della tratta delle donne ai fini di prostituzione.

- Nel predisporre la programmazione, gli ambiti territoriali dovranno considerare le sinergie con le azioni puntuali già promosse dalla Misura 3.14 del POR Campania 2000/06. Infatti, andranno visionate, da un lato le iniziative già avviate nel quadro del Protocollo Sperimentale con le Province ed i Comuni (Centri Risorse per l'Occupabilità femminile, Percorsi Integrati, creazione di un team di animatrici di pari opportunità, istituzione della rete partenariale), dall'altro i progetti presentati a valere sull'Avviso multi-azione del 14 ottobre 2002.
- Inoltre, come anticipato, occorre garantire che la promozione delle pari opportunità venga assunta come priorità strategica nei programmi e nei progetti attivati (principio di mainstreaming di genere). Nel caso dei Piani di Zona, così come nelle altre tipologie di progetti integrati, ciò significa agire sui seguenti aspetti:
 - a livello di progettazione, inserendo orientamenti e criteri di pari opportunità in maniera trasversale a tutte le aree delineate all'interno del documento di piano;
 - a livello di attuazione, istituendo una quota di premialità, "variabile" a seconda dei progetti, per gli interventi che promuovono le pari opportunità (facendo attenzione a non inserire unicamente parametri di tipo quantitativo);
 - a livello organizzativo, evidenziando una funzione di presidio delle tematiche di genere all'interno degli organismi di governo del Piano di Zona (con specifico riguardo al Coordinamento Istituzionale e all'Ufficio di Piano).

Promozione del Turismo sociale.

Pur non appartenendo alle aree tematiche indicate dalla L.328/2000, il "Turismo Sociale" è oggetto di attenzione da parte della Regione Campania in quanto, aderendo alla Risoluzione del Parlamento Europeo del 18/2/00, ed alla Dichiarazione di Montreal del 1996, riconosce al turismo sociale il valore di una "conquista sociale irreversibile" che implica una proposta di miglioramento della qualità di vita dei territori nel favorire l'accoglienza, la socializzazione, l'integrazione per tutti i cittadini, anche i più "fragili". È opportuno quindi promuovere tutte le iniziative possibili volte a soddisfare la domanda di un intervento proteso al "benessere della persona" integralmente considerata.

Appare importante perciò promuovere un riordino delle azioni turistiche in favore delle categorie più svantaggiate di cittadini. Quindi, favorire per minori ed anziani non solamente lo svago, ma anche la socializzazione, l'integrazione e la piena entrata in contatto con le diverse realtà storico-culturali, ambientali ed antropico-sociali del nostro territorio.

Altresì è importante estendere tali iniziative a tutti i cittadini svantaggiati, in primis le diverse categorie di soggetti disabili, per i quali devono essere realizzate le condizioni per la piena accessibilità fisica alle strutture ricettive e/o di svago, unitamente a programmi di accompagnamento responsabile e di integrazione socio-sanitaria. Socializzazione ed accessibilità costituiscono le due chiavi per l'integrazione dei disabili con e dentro il territorio.

Rinviando più specificamente agli indirizzi dell'Assessorato al Turismo della Regione Campania, è opportuno in questa sede sollecitare l'attenzione degli amministratori locali e dei tecnici degli Ambiti territoriali sulle risorse, le potenzialità, i bisogni del proprio territorio da sviluppare in quest'ambito d'intervento.

Gli Ambiti Territoriali potranno, in questa fase di programmazione sociale, avviare una prima rilevazione delle strutture, delle risorse, degli spazi adeguati e dei servizi territoriali da inserire in una programmazione congiunta con l'Assessorato al Turismo, in funzione di supporto alle offerte del turismo sociale.

Potranno poi procedere, in una seconda fase, ad una specifica candidatura che consentirà loro d'inserirsi nella programmazione regionale dell'Assessorato al Turismo.

Per il raggiungimento di tali obiettivi risulterà determinante aggregare nella concertazione territoriale le associazioni di rappresentanza dei cittadini svantaggiati, nonché la cooperazione e le associazioni di turismo sociale.

3.2 Il monitoraggio e la valutazione della rete degli interventi e dei servizi socio assistenziali

Il monitoraggio dell'attuazione del Piano di Zona

La Regione Campania ha avviato nel corso del 2002 per la prima volta una azione rivolta a monitorare lo stato di attuazione dei Piani di Zona, con riferimento sia al monitoraggio finanziario per l'utilizzo delle risorse trasferite dalla Regione e delle altre risorse fatte confluire nel Fondo di Ambito, sia al monitoraggio tecnico/fisico delle attività in termini di servizi attivati e realizzati (classificati per macrotipologia di servizi e per tipologie di attività), sia a quello dei risultati in termini di domanda attivata e domanda evasa.

Gli obiettivi che la Regione Campania attribuisce alle attività di monitoraggio sono:

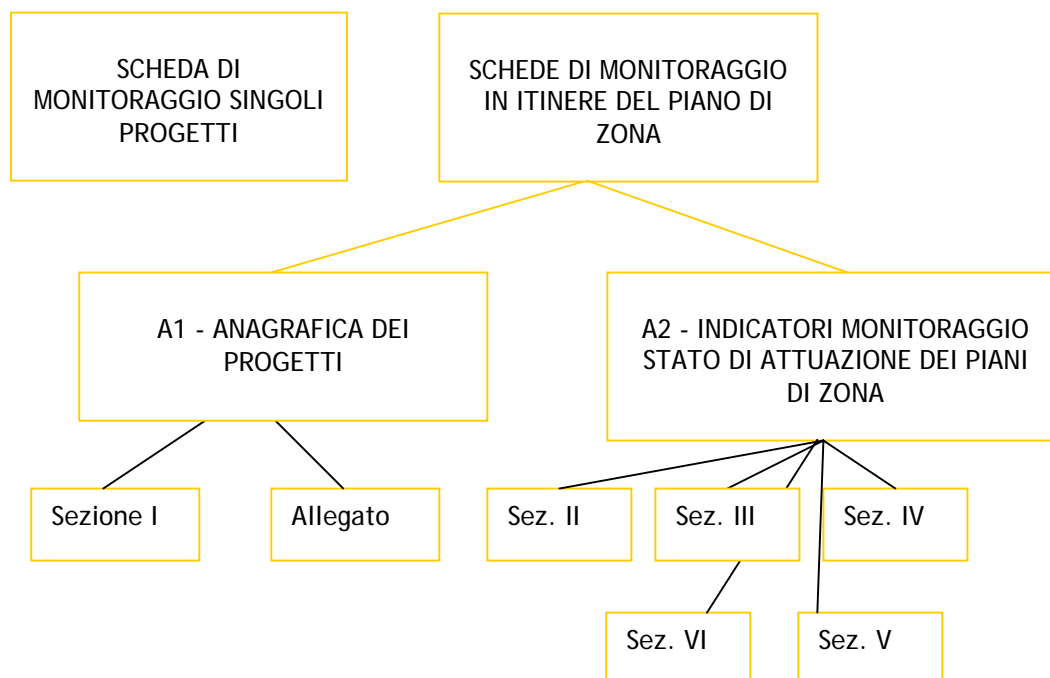
1. Verificare lo stato di attuazione dei Piani di Zona, sia in una logica di rendere conto agli altri di quanto fatto che in una logica di ricerca dell'efficacia.
2. Favorire l'apprendimento organizzativo, promuovendo riflessioni e valutazioni in grado di accompagnare e sostenere i progetti e gli interventi per tutta la loro durata, stimolando ricerche di senso, favorendo una logica *dell'imparare facendo*.
3. Favorire il confronto e lo scambio sia a livello territoriale (fra diversi territori) che tematico (fra aree d'intervento).

Per realizzare questa azione di monitoraggio sono state progettate, sottoposte a test di verifica ed implementate (tra il mese di luglio ed il mese di novembre 2002) delle schede di monitoraggio articolate in sezioni distinte, di seguito riportate:

- le schede per il monitoraggio in itinere del Piano di zona, che dovranno essere compilate per ogni semestre dell'anno di attuazione, e che si articolano in due sezioni:
 - o A.1 - anagrafica dei progetti previsti nel Piano di Zona, con eventuali variazioni derivanti dalla riprogettazione del Piano nel periodo di riferimento
 - o A.2 - indicatori per il monitoraggio sullo stato di attuazione dei Piani di Zona
- la scheda di monitoraggio di progetto, come possibile strumento di lavoro da lasciare agli Uffici di Piano per organizzare i loro dati sui singoli progetti che compongono un Piano di Zona, in modo da potere periodicamente produrre in modo agevole le informazioni che la Regione richiede con il set di indicatori contenuti nella scheda di monitoraggio in itinere del Piano di Zona. La scheda di monitoraggio del singolo Progetto risponde all'obiettivo di favorire l'Ufficio di Piano nel raccogliere le informazioni necessarie per poter rispondere alle informazioni richieste dalla Regione. Si tratta, dunque, di uno strumento che la Regione intende mettere a disposizione degli Uffici di Piano, senza che questo assuma carattere di obbligatorietà; vuole essere uno strumento flessibile, eventualmente da integrare e/o snellire a seconda delle esigenze conoscitive maturate in ciascun Ufficio di Piano rispetto agli interventi che si vanno realizzando sul territorio di competenza.

Questo non è, evidentemente, il livello di dettaglio a partire dal quale la Regione Campania si pone obiettivi conoscitivi, ma è il livello da cui ogni Ufficio di Piano dovrà partire per strutturare le proprie basi informative ed aggiornarle periodicamente, in modo da poter rispondere sempre più agevolmente alle richieste di informazioni sintetiche (che si riferiscono ad un dettaglio per area di intervento e per tipologia di servizio) formulate dalla Regione Campania. Come dire che il costo delle informazioni richieste dalla Regione tenderà ad essere minore quanto più definita diventa la procedura di raccolta e sistematizzazione dei dati elementari, cioè quelli riferiti ai singoli progetti.

STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO REGIONALE



Grazie alla positiva collaborazione della gran parte degli Uffici di Piano e delle amministrazioni provinciali è stato possibile concludere positivamente la prima applicazione del sistema di monitoraggio regionale dei Piani di Zona che sarà messo a regime nel corso del 2003 con le seguenti rilevazioni periodiche per le quali saranno successivamente diffusi gli strumenti definitivi e le relative indicazioni per l'utilizzo:

- rilevazione semestrale sullo stato di attuazione dei Piani di Zona, nei mesi di aprile e di ottobre 2003, per il monitoraggio al 31 marzo 2003 ed al 30 settembre 2003;
- rilevazione annuale sulla spesa sociale dei Comuni, nel mese di luglio 2003, per utilizzare i dati del bilancio consuntivo.

Per tutte le attività previste, la Regione Campania garantirà per tutto il 2003 le necessarie azioni di assistenza formativa e di affiancamento consulenziale, in continuità con l'anno precedente ed in coerenza con le esigenze specifiche che saranno di volta in volta evidenziate dagli stessi Uffici di Piano.

La valutazione dei Piani di Zona

Il modello di programmazione adottato dalla Regione Campania è un processo improntato ad una logica di tipo incrementale, tale per cui esso si sviluppa in fasi successive e consequenziali, fra loro interrelate da un passaggio valutativo. Di conseguenza, la programmazione regionale si intreccia con lo sviluppo di un sistema di valutazione e ciascuna fase programmatoria ha come oggetto di lavoro sia strumenti programmatori che strumenti valutativi.

Le principali fasi nelle quali si è articolato il processo, a carattere sperimentale, di attuazione della legge 328 in Campania, possono essere sinteticamente ricondotti a tre fasi.

Nella prima fase oggetto del processo programmatico è stata la costruzione dei soggetti territoriali che a livello locale, attraverso l'accordo di programma e la formulazione del piano sociale, si costituiscono come i soggetti deputati alla attuazione della legge 328; tale fase si è conclusa con un momento di valutazione per la verifica di ammissibilità/accettabilità dei piani da parte della Regione.

La seconda fase si è focalizzata principalmente sul processo di attuazione dei piani: questa si è tradotta in un'azione di supporto/accompagnamento agli ambiti da parte della Regione e in un'azione di monitoraggio di quanto realizzato a livello territoriale.

La terza fase, qui in esame, affronta il problema della valutazione sia a livello regionale che di ambito del primo anno di sperimentazione e traccia le linee per il proseguimento dell'azione per il secondo anno.

Il governo, quindi, del processo di attuazione della legge 328 in Campania, richiede un intreccio continuo fra programmazione e valutazione e si realizza principalmente a due livelli: il livello regionale e il livello di ambito.

L'azione valutativa a livello di ambito

L'ambito ha una responsabilità primaria nella organizzazione, gestione e sviluppo di un sistema di servizi alle persone. Lo sviluppo di un sistema di valutazione a livello di ambito deve quindi fornire informazioni utili a chi ha responsabilità di governo e contribuire a dare trasparenza alle decisioni prese.

Il piano sociale per l'anno 2003 deve pertanto trovare supporto e ragione delle proprie scelte, della individuazione dei propri obiettivi e delle misure che si intendono adottare, nei risultati di una valutazione di quanto realizzato nel primo anno di sperimentazione.

Per il primo anno di sperimentazione l'analisi delle caratteristiche e dei bisogni del territorio è stata considerata una parte fondamentale del piano di zona. Analogamente il secondo Piano di Zona deve prendere avvio e esplicitare al proprio interno in una prima parte, i **risultati di una valutazione del primo piano**, di quanto realizzato e delle difficoltà incontrate, dei problemi che si devono ancora affrontare.

In questa fase gli ambiti procederanno alla valutazione con le modalità e gli strumenti che essi ritengono più opportuni, dedicando comunque specifica attenzione anche alle seguenti aree tematiche, che riflettono alcune priorità del livello regionale.

1. le principali linee di sviluppo del sistema d'offerta
2. l'avvio del processo di integrazione del sistema dei servizi

Per quanto riguarda il punto 1 - **"le principali linee di sviluppo del sistema d'offerta"** sarà opportuno prestare attenzione a:

1. la realizzazione di un insieme di servizi di base (segretariato sociale, assistenza domiciliare, ecc.) omogeneo e diffuso in tutti i territori.

Per rispondere a questa domanda gli ambiti dovranno, in fase di programmazione del secondo piano, articolare un quadro del sistema di servizi offerto sul territorio, indicando in che misura i servizi di base si sono sviluppati sul territorio e quali criticità il processo ha evidenziato.

1. il grado di innovazione che la programmazione introduce nel sistema d'offerta.

Per articolare questa dimensione d'attenzione gli ambiti dovranno sviluppare un'analisi di quanto realizzato in questo primo anno ed evidenziare quali e quanti servizi innovativi sono stati attivati nei territori rispetto al sistema nel suo complesso.

1. La capacità di rispondere alla domanda del territorio secondo le linee individuate nel PdZ.

Con questo si intende mettere in evidenza lo stato di implementazione degli interventi previsti, cioè ciascun ambito deve analizzare quanti interventi si sono avviati rispetto al totale di interventi previsti.

I tre punti di attenzione saranno tanto più completi quanto più ciascun ambito estenderà l'analisi a tutte le aree d'intervento (anziani, disabili, responsabilità familiari, minori, contrasto alla povertà, dipendenze, immigrazione, ecc.).

Questa analisi potrà essere svolta avvalendosi dei risultati emersi dal monitoraggio condotto negli ultimi mesi del 2002, a cui gli uffici di piano hanno collaborato.

Solo a titolo esemplificativo si fornisce un prospetto di riferimento per l'esposizione ordinata degli elementi sopra citati per l'analisi del sistema di offerta in modo correlato ai bisogni sociali del territorio.

La successiva tavola sintetizza le informazioni che devono alimentare la riflessione critica e valutativa necessaria ai fini della riprogettazione.

Tav. 2 - Prospetto per l'analisi dell'offerta attivata nella prima annualità del Piano di Zona

Area di intervento	Bisogno rilevato	Risposte elaborate sul territorio (*)	Servizi erogati in modo omogeneo ed in continuità	Servizi attivati in via sperimentale nell'anno 2002
<i>Minori</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Responsabilità familiari</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Anziani</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Disabili</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Immigrazione</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Salute mentale</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Abuso e maltrattamento</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Contrasto alla povertà</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.
<i>Interventi di sistema</i>	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2.	1. 2.

(*) Indicare in questa colonna se i bisogni rilevati per una certa area prioritaria di intervento sono rimasti inevasi nel corso del 2002, nel senso che nessun intervento/servizio specifico è stato attivato con una rilevanza di ambito territoriale o comunque superiore ad un singolo comune.

Per quanto riguarda il punto 2 - "l'avvio del processo di integrazione del sistema dei servizi" sarà opportuno tenere presenti le seguenti dimensioni:

1. *integrazione istituzionale*, che si esprime nelle forme di coordinamento/ collaborazione realizzato fra istituzioni diverse, in particolare amministrazioni comunali, province, aziende sanitarie e terzo settore, che si organizzano per conseguire obiettivi comuni di programmazione sociale.

Rispetto a questa dimensione i punti di attenzione saranno:

- il rapporto fra Comuni (questo punto intende mettere in evidenza come hanno disciplinato il funzionamento del Coordinamento Istituzionale - regolamento si /no, decisioni a maggioranza si/no, ecc.)
 - il rapporto con il terzo settore (si intende analizzare quali forme di rappresentanze si sono evidenziate e quali modalità di collaborazione del terzo settore)
2. *integrazione gestionale*, che si esprime attraverso configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire a livello unitario di ambito l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

I punti di attenzione saranno:

- l'ufficio di piano (questa variabile dovrà mettere in evidenza i problemi degli ambiti nell'organizzare il funzionamento degli Uffici di piano e in particolare prestare attenzione ai seguenti problemi: modalità di scelta del coordinatore dell'ufficio di piano, le funzioni ed i compiti attribuiti all'ufficio di piano, la dotazione di risorse umane e di capacità professionali, il rapporto tra ufficio di piano e comune capofila).
 - le forme di gestione (rispetto a questo punto l'ambito dovrà mettere in evidenza quali modalità gestionali si sono ad oggi messe in atto per la gestione dei servizi, sia quelli gestiti in forma associata a livello di ambito o sovracomunale, sia quelli gestiti dai singoli comuni, in continuità con il passato o con nuove aggregazioni parziali o totali di tutto l'ambito; si chiede inoltre di evidenziare le criticità incontrate e verso quali scelte gestionali l'ambito si sta muovendo - consorzio, Unione di Comuni, Azienda, Istituzione, ecc.)
3. *integrazione operativa-funzionale*, che si esprime attraverso il lavorare per progetti; il coordinamento nel processo operativo di più operatori e di più professionalità; la continuità assistenziale.

I punti di attenzione saranno:

- la gestione unitaria dell'accesso (si richiede agli ambiti un'analisi delle forme attuali dell'accesso e di mettere in evidenza le criticità attuali, le eventuali differenze a livello di ambito rispetto all'accesso a servizi omogenei, eventuali predisposizioni di regolamenti di ambito che prevedono l'applicazione dell'ISEE, ecc.)
 - la costituzione di unità operative integrate (si richiede un'analisi delle eventuali forme di aggregazione operativa fra servizi o fra operatori all'interno della stessa area, es. Unità operativa anziani, Unità di valutazione geriatria, unità operativa minori, ecc.)
4. *integrazione socio-sanitaria*, che è un preciso obiettivo prima della L. 229/99 e poi della L. 328/00, la quale conferma che le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria siano a carico del FSN.

Punti di attenzione saranno:

- le aree di integrazione sociosanitaria effettivamente attivate, con riferimento soprattutto alle otto tipologie di prestazioni a compartecipazione (si chiede in quali aree hanno attivato forme di integrazione socio-sanitaria, quali strumenti di integrazione socio-sanitario hanno attivato, quali regolamenti si sono adottati per definire le forme di finanziamento a carico dei Comuni e dell'Asl, ecc.)

L'azione valutativa a livello regionale

A livello regionale la funzione di valutazione per il primo anno di sperimentazione si è espressa nelle seguenti azioni:

- istruttoria ed analisi dei Piani di Zona nella fase preventiva alla loro attuazione

- valutazione/accompagnamento del processo di attuazione dei piani e monitoraggio
- valutazione finale dei risultati del primo anno di sperimentazione.

La Regione intende avvalersi di tali modalità valutative anche nel secondo anno, finalizzandole meglio alla soluzione dei problemi che dovranno essere affrontati.

La Regione potrà così realizzare proprie valutazioni sui processi di sviluppo dei piani e sulle proprie politiche di governo del processo di implementazione della legge e potrà acquisire utili suggerimenti per definire le proprie linee e strategie di supporto ed indirizzo. La valutazione regionale si propone a sua volta come occasione di riflessione e stimolo per i programmatori locali per la definizione operativa degli interventi previsti dal secondo piano di zona. E la valutazione di ambito offrirà alla Regione l'opportunità di rilevare ulteriormente le esigenze di coordinamento, accompagnamento e formazione che emergono dal livello territoriale, per poter rispondere al meglio alla propria funzione di governo complessivo del processo.

1. Valutazione ex-ante

La Regione intende orientare le politiche sociali nel proprio territorio attraverso un sistema premiante che sostenga chi intende far propri gli orientamenti e le priorità espresse dalla Regione stessa e si attiva in tal senso. Tale operazione verrà realizzata dalla Regione mediante la predisposizione di un sistema di valutazione ex ante dei piani.

Obiettivo di una valutazione ex ante è quello di rendere trasparenti i criteri in base ai quali il decisore politico intende premiare comportamenti assunti dai propri interlocutori (in questo caso gli ambiti nel processo programmatico).

Nel primo anno di sperimentazione la valutazione ex ante si è sostanziata nella verifica di ammissibilità/accettabilità dei piani prima che questi potessero beneficiare della totalità dei finanziamenti loro destinati.

Nella seconda annualità il percorso di valutazione dei Piani di Zona nella fase precedente all'attuazione degli stessi sarà rivolta, oltre che sul piano burocratico-amministrativo a verificare la ammissibilità/accettabilità dei piani, ai fini della erogazione dei relativi finanziamenti, anche a ricostruire la mappa delle scelte in termini di politiche di intervento e di assetti organizzativo-gestionali che gli ambiti territoriali si sono dati, e ad individuare le esperienze più articolate e rispondenti ad obiettivi complessi di integrazione gestionale (gestione unitaria dei servizi) e di integrazione delle politiche di intervento (integrazione sociosanitaria), rispetto alle quali sarà definita l'erogazione delle risorse aggiuntive accantonate per la premialità, costituita per la prima volta in termini esclusivamente incentivanti in Campania, nei tempi e nei modi che vengono illustrati nel successivo par. 5.4.

Lo strumento che verrà predisposto dagli uffici regionali per questa fase di valutazione dei Piani di Zona rifletterà i seguenti criteri di giudizio:

- le scelte di piano si devono basare sui risultati di un processo di valutazione che deve essere adeguatamente documentato nel piano medesimo
- integrazione istituzionale
- integrazione gestionale
- integrazione funzionale
- integrazione sociosanitaria.

Lo strumento individuato dalla Regione per effettuare la valutazione ex ante si basa sul seguente albero della qualità, che verrà sviluppato sulla base dell'insieme delle indicazioni delle presenti linee guida.

L'aspetto innovativo di questo strumento di valutazione risiede nel fatto che gli elementi sui quali si baserà la valutazione (indicatori) saranno riferiti a quanto effettivamente realizzato nell'ambito e non solo agli obiettivi futuri che l'ambito dichiara nel secondo piano.

Lo strumento consente quindi, internalizzando criteri ed elementi di giudizio che si riferiscono ai risultati prodotti, di saldare insieme due fasi del processo programmatico: il bilancio su quanto si è fatto, che è il momento conclusivo della primo anno di sperimentazione, e l'avvio del secondo anno di piano, che dovrà rafforzare l'azione di indirizzo attraverso una maggiore sottolineatura dei valori di politica sociale.

L'albero della qualità

CRITERI	DIMENSIONI	INDICATORI
Le principali linee di sviluppo del sistema d'offerta	<i>La presenza di un insieme di servizi di base (segretariato sociale ecc.) omogeneo e diffuso in tutti i territori.</i>	- quadro del sistema di servizi offerto sul territorio
	<i>Il grado di innovazione che la programmazione introduce nel sistema d'offerta</i>	- quali e quanti servizi innovativi sono stati attivati nei territori rispetto al sistema nel suo complesso.
	<i>La capacità di rispondere alla domanda del territorio</i>	- lo stato di implementazione degli interventi previsti
L'avvio del processo di integrazione del sistema dei servizi	<i>Integrazione istituzionale</i>	- rapporto tra comuni - rapporto con il terzo settore
	<i>Integrazione gestionale</i>	- ufficio di piano - le forme di gestione
	<i>Integrazione operativa-funzionale</i>	- la gestione unitaria degli accessi - la costituzione di unità operative
	<i>Integrazione socio-sanitaria</i>	- le aree di integrazione socio-sanitarie effettivamente attivate

2. Valutazione accompagnamento

Questa azione si è realizzata con due modalità differenti: a) un'azione di accompagnamento/valutazione svolta in particolare dall'Ufficio di Piano Regionale, costituito presso il Settore Assistenza Sociale, b) un'azione di monitoraggio centralizzata.

L'azione di accompagnamento/valutazione ha fatto emergere in itinere le difficoltà di attuazione incontrate, consentendo, di volta in volta, una ridefinizione dei problemi in modo da favorire la soluzione degli stessi.

In questo secondo anno si ritiene necessario fornire un collegamento tra sistema valutativo e sistema informativo attraverso la valorizzazione degli Osservatori sulle politiche sociali provinciali. Questo potrebbe favorire sia la raccolta dei risultati sia la restituzione ai diversi ambiti delle valutazioni svolte in un'ottica comparativa sul territorio.

3. Valutazione finale del secondo anno.

La valutazione finale è un'attività di valutazione fortemente centrata sui risultati ottenuti.

Nel primo anno, dato il carattere sperimentale del processo di attuazione della legge 328, questa forma di valutazione ha assunto più un aspetto descrittivo, finalizzato ad evidenziare le linee di tendenza. Nel secondo anno la valutazione finale dovrà prevalentemente focalizzarsi sui risultati prodotti.

Rispetto alla valutazione del primo anno due sono gli aspetti che andranno accentuati:

- a) l'analisi comparata degli ambiti,
- b) l'evidenziazione del paradigma di politica sociale che si sta di fatto costruendo.

Per quanto riguarda lo strumento attraverso il quale procedere ad una valutazione finale che risponda agli obiettivi di cui sopra, va ipotizzato la costruzione di un sistema di benchmark fortemente basato su informazioni rese possibili dall'attivazione del sistema informativo.

E' importante sottolineare l'esigenza di un raccordo esplicito tra le attività di valutazione e il sistema informativo: questo deve infatti fornire ai diversi livelli istituzionali e organizzativi le informazioni necessarie per procedere alla valutazione e programmazione di quanto è di propria competenza.

Una priorità, perché i due sistemi possano interagire, è quella di sviluppare un linguaggio comune tra i due sistemi.

Gli elementi che saranno utili per individuare le dimensioni sulle quali si baserà un'attività di valutazione di benchmark, saranno desunte dalle priorità di politica sociale inserite nelle presenti Linee guida.

4. La stesura del Piano di Zona 2003

4.1 Le modalità di presentazione del Piano di Zona

Il percorso di programmazione è articolato in due fasi:

- **Una fase di definizione del quadro finanziario complessivo del Piano di Zona** per aree di intervento e di definizione della programmazione sociosanitaria, del sistema di regole per l'attivazione dei LEA e per il cofinanziamento degli stessi in cui andranno definite e presentate le Tavole 3.1 e 3.2 relative alla seconda annualità (Gruppo 1 - All. 3) e le Tav. 3.7, 3.8, 3.9, 3.10 relative all'integrazione sociosanitaria (Gruppo 3 - All. 3) oltre al protocollo di intesa tra ASL e Comuni (entro il 28 febbraio)
- **Una fase di definizione completa del piano sociale di zona** con la definizione di tutte le scelte strategiche afferenti all'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale della rete dei servizi, ed afferenti alle politiche di intervento, che integrano quanto già contenuto nel Piano di Zona 2002, con l'articolazione delle singole azioni (interventi/servizi) per ciascuna area di intervento e con il completamento del quadro finanziario complessivo del Piano di Zona per aree di intervento e per azioni (Presentazione del Piano di zona sociale, dell'accordo di programma tra tutti i soggetti pubblici interessati, della Tavola 3.3 (Gruppo 1 - All.3) e delle Tavole 3.4, 3.5, 3.6 (Gruppo 2 - All. 3) relative ai fondi residui della prima annualità (entro il 31 marzo 2003).

Gli ambiti territoriali della Campania, ai fini della presentazione del Piano Sociale di Zona per l'anno 2003 - che costituisce una integrazione del Piano di Zona presentato nel corso del 2002, al fine di recepire i nuovi indirizzi regionali per la costruzione della rete integrata di interventi e servizi sociali - dovranno attivare un processo di costruzione della programmazione che, negli aspetti concertativi e partecipativi adottati, assicuri il concorso dei soggetti economici e sociali pubblici e privati, al fine di registrarne anche il grado di convergenza rispetto agli obiettivi prioritari individuati.

Dovranno, inoltre, promuovere la più ampia cooperazione interistituzionale rivolta alla determinazione delle scelte strategiche per quanto attiene gli assetti organizzativi e gestionali con modalità associate della rete integrata degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari di ambito. Tali scelte saranno assunte in sede di Coordinamento Istituzionale dell'ambito territoriale e gli impegni conseguenti dovranno essere formalizzati e presentati alla Regione Campania, mediante sottoscrizione di **accordo di programma** entro la data del 31 marzo 2003.

Si sottolinea a tal riguardo che, pur avendo il precedente Accordo di Programma sottoscritto tra gli Enti interessati per la presentazione del Piano Sociale di Zona 2002 durata triennale, si rende necessario per questa nuova annualità aggiornare e sottoscrivere nuovamente l'Accordo di Programma in relazione alle seguenti motivazioni aventi validità non alternativa:

- l'obbligo di sottoscrizione dell'accordo di programma da parte dell'ASL;
- l'obbligo della assunzione di impegni formali precisi da parte dei Comuni e dell'ASL per l'attuazione della integrazione sociosanitaria, ai sensi di quanto previsto dalla Regione Campania, con particolare riferimento alle modalità di organizzazione, erogazione e finanziamento dei servizi di cura alla persona afferenti alle prestazioni dell'area sociosanitaria individuate come Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitari (LEA) dal DPCM del 29/11/2001;
- l'obbligo della assunzione di impegni formali precisi da parte dei Comuni per l'attuazione della gestione unitaria degli interventi e dei servizi previsti nel nuovo Piano di Zona, sul piano della gestione delle risorse finanziarie, della organizzazione e gestione unitaria delle procedure di affidamento, di selezione dei soggetti erogatori, di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi erogati, nonché sul piano della organizzazione dei flussi procedurali ed informativi tra Ufficio di Piano e singoli Enti aderenti all'Accordo di Programma, e sul piano della regolamentazione dei criteri di accesso alle prestazioni e di compartecipazione finanziaria da parte degli utenti;
- l'obbligo della assunzione di impegni formali da parte di tutti i soggetti aderenti all'Accordo di Programma per la attivazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sociali (LIVEAS), così come indicati per ciascuna area di intervento dalla Regione Campania.

Le fasi di lavoro per la programmazione partecipata nell'ambito territoriale e la stesura del Piano di Zona sono, nelle linee essenziali, le seguenti:

- a) Convocazione del Coordinamento Istituzionale dell'ambito territoriale, a cui partecipano tutti i soggetti pubblici interessati per l'ambito (Comuni, ASL, Comunità Montana), per dare mandato ai componenti dell'Ufficio di Piano preposto alla stesura del Piano di Zona 2003 che, di norma, coincide oppure è parte dell'Ufficio di Piano preesistente;
- b) Riunione del Coordinamento Istituzionale dell'ambito territoriale e del Ufficio di Piano per l'analisi e la valutazione dei risultati raggiunti per la prima annualità di attuazione del Piano Sociale di Zona, con particolare riferimento al quadro complessivo del servizio già attivati, ai quali si è dato continuità rispetto agli anni precedenti, ai servizi ancora da attivare in coerenza con un quadro aggiornato dei bisogni sociali rilevati nell'ambito territoriale;
- c) Attivazione di luoghi della concertazione, che coinvolgano le organizzazioni sindacali, i soggetti del Terzo Settore, le organizzazioni degli utenti e che siano coordinati dall'Ufficio di Piano, per discutere delle priorità strategiche da perseguire per la nuova annualità, delle azioni da realizzare, delle modalità di realizzazione;
- d) Realizzazione di riunioni specifiche del Coordinamento Istituzionale e del Ufficio di Piano, previa consultazioni mirate delle parti sociali e dei soggetti del Terzo Settore, per la definizione del piano di lavoro per l'integrazione sociosanitaria, l'individuazione del sistema di regole coerenti con le Linee Guida regionali sull'integrazione socio-sanitaria per l'applicazione dei criteri di compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni LEA;
- e) Sottoscrizione di un **Protocollo di Intesa tra Comuni e ASL**, al fine della presentazione alla Regione Campania, entro il 28 febbraio 2003, della parte del Piano di Zona che attiene agli accordi con la Asl per la realizzazione degli interventi socio-sanitari, alla programmazione finanziaria di tutte le risorse del FRPS assegnate all'ambito e, in generale, di tutte le risorse che confluiscono nel Fondo di ambito (Tavv. 3.1 e 3.2 per la seconda annualità; Tavv. 3.7 - 3.8 - 3.9 - 3.10);
- f) Realizzazione di riunioni del Coordinamento Istituzionale e del Ufficio di Piano per rielaborare e portare a sintesi i risultati della concertazione con le parti sociali e con i soggetti del Terzo Settore, ai fini della programmazione delle priorità di intervento e di tutte le azioni (interventi/servizi) da realizzare per tutte le aree individuate dalle presenti Linee Guida regionali e della definizione del quadro finanziario di dettaglio del Piano di (Tav. 3.3 per la seconda annualità; schede relative ai fondi residuali della prima annualità Tavv. 3.4 - 3.5 - 3.6);
- g) Sottoscrizione di un **Accordo di Programma**¹⁰ tra tutti i soggetti previsti dall'art. 19 comma 3 della L. 328/2000 per l'approvazione del Piano Sociale di Zona 2003, ad integrazione dell'Accordo di Programma già sottoscritto nel 2002, e l'individuazione di tutti i soggetti pubblici che assumano impegni formali per concorrere alla realizzazione delle scelte assunte e per la individuazione degli apporti che gli altri soggetti non pubblici, pure aderenti alle finalità dell'accordo di programma, potranno dare per concorrere positivamente alla costruzione della rete integrata di interventi e servizi sociali, ferme restando le procedure di affidamento e gestione ovvero le procedure di accreditamento che dovranno regolare la scelta dei soggetti erogatori dei servizi. Si sottolinea, dunque, l'opportunità di distinguere tra soggetti sottoscrittori dell'accordo di programma (soggetti pubblici che assumono impegni puntuali per l'attuazione del Piano di Zona) e soggetti aderenti all'accordo di programma (altri soggetti pubblici, soggetti privati e del privato sociale che condividono le finalità dell'AdP e apporteranno il loro contributo alla attuazione del PdZ nei tempi

¹⁰ La disciplina generale dell'accordo di programma si rinviene negli artt. 34 D. Lgs 267/2000 e 15, legge 241/90.

L'art. 34 D. Lgs. 267/2000 riguarda in dettaglio gli accordi volti ad attuare opere ed interventi che richiedono l'attività coordinata di più enti, regioni ed altre pubbliche amministrazioni. Questi accordi di programma vengono stipulati, tra i vari soggetti pubblici interessati, per definire ed attuare opere, interventi o programmi di intervento che richiedono, per la loro realizzazione, l'azione coordinata di comuni, province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici.

I soggetti dotati di potere d'iniziativa per la conclusione dell'accordo di programma vanno di volta in volta determinati, secondo l'interesse principale o prevalente in rapporto al concreto oggetto del singolo intervento, tra Presidente della Regione, Presidente della Provincia, Sindaco.

L'iniziativa è presa per "assicurare il coordinamento delle azioni e per determinare i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento". A loro volta, poi, i soggetti dotati del potere di iniziativa possono invitare i rappresentanti di altri enti locali ovvero di altre amministrazioni interessate.

Quanto alla partecipazione di soggetti privati, a fronte di una posizione assolutamente contraria, emerge altra tesi secondo cui l'organo promotore può invitare altri soggetti, sia pubblici che privati, che contribuiscano in via informale ad eventuali opportuni chiarimenti, ma senza alcuna rilevanza in ordine al consenso finale sull'accordo da raggiungere. *Potrà essere opportuno, in tal senso, distinguere la figura e le responsabilità del soggetto sottoscrittore dell'Accordo di Programma dalla figura e dal ruolo dei soggetti aderenti che concorreranno al perseguimento delle finalità dell'Accordo di Programma (cfr. Linee Guida regionali per la stesura dei Piani di Zona del 2002, presentate il 31 gennaio 2002).*

e nei modi che le procedure di attuazione e la normativa vigente consentiranno). L'accordo di programma dovrà essere sottoscritto entro il prossimo mese di marzo, per consentire che il Piano di Zona, che è Allegato principale dell'Accordo di Programma, possa essere presentato alla Regione Campania entro il 31 marzo 2003.

Si sottolinea che l'articolato dell'Accordo di Programma dovrà riprendere integralmente gli impegni sottoscritti tra Comuni e ASL nel protocollo di intesa sottoscritto entro il 28 febbraio per comunicare anticipatamente alla Regione gli impegni assunti dalle parti in materia di integrazione socio-sanitaria.

La necessità di sviluppare in due tempi le fasi di programmazione, tra loro distinte ma integrate, è strettamente connessa alla necessità di rispondere ai tempi dell'integrazione socio-sanitaria, che ha previsto la coincidenza dei PAT aziendali e dei Piani di zona sociali, rendendo propedeutici ad essi la definizione di accordi organizzativi, metodologici ed economici.

4.2 Il percorso metodologico da seguire per la progettazione partecipata e per la presentazione ed attuazione del Piano di Zona

La prima annualità d'attuazione della riforma ex L. 328/2000 in Campania ha evidenziato alcuni aspetti critici del percorso di costruzione di un sistema integrato d'offerta di servizi sociali, in particolare con riferimento:

1. alla difficile conoscenza dei bisogni del territorio ed alla conseguente capacità di programmazione e dimensionamento dei servizi;
2. al funzionamento del sistema di partenariato tra i diversi attori della riforma (Comuni, ASL, Terzo settore, Volontariato ecc.) - soprattutto in ambiti che associano un gran numero di soggetti.

Per rispondere a tali criticità la Regione Campania suggerisce, così come nelle precedenti linee '01, di adottare un percorso metodologico basato sulla programmazione partecipata del Piano Sociale di Zona ed il coinvolgimento diretto, nella fase di programmazione e d'attuazione degli interventi, dei diversi stakeholders locali. Il percorso metodologico¹¹ per la progettazione partecipata del Piano Sociale di Zona deve essere costruito in rapporto alle caratteristiche specifiche di ciascun territorio e degli attori su di esso presenti. Deve perseguire due obiettivi di fondo:

1. **migliorare la conoscenza dei bisogni del territorio.** All'analisi dei dati statistici è necessario associare iniziative che, attraverso il coinvolgimento diretto e *l'ascolto del* sistema d'attori che animano la comunità locale, consentano di migliorare la conoscenza dei bisogni che il Piano Sociale di Zona deve soddisfare.
2. **rafforzare il partenariato locale:** il successo del Piano Sociale di Zona dipende dalla capacità dei diversi partner coinvolti nella riforma di costruire un meccanismo di cooperazione capace effettivamente di qualificare e migliorare l'offerta complessiva del sistema di welfare locale.

Rispetto alle fasi di lavoro per la programmazione partecipata indicate nel paragrafo 4.1 del presente documento, il percorso metodologico deve tener conto dei seguenti aspetti specifici:

Gli attori del Piano Sociale di Zona

Sono tutti quei soggetti che in modo diretto ed indiretto sono portatori d'interesse rispetto al Piano Sociale di Zona. (*stakeholders*) Non solo dunque i soggetti identificati esplicitamente dalla legge 328/00, ma anche i beneficiari diretti ed indiretti del sistema di welfare locale - come rappresentanti degli utenti (anziani, disabili, immigrati ecc.), delle organizzazioni sindacali, del mondo delle imprese e dell'economia, delle associazioni, del mondo culturale, tecnici ed esperti del settore, ecc.

Luoghi della partecipazione

Le fasi di lavoro indicate nel paragrafo 4.1 per la programmazione partecipata richiedono che, oltre alle attività di concertazione svolte all'interno del Coordinamento Istituzionale dell'ambito territoriale e dell'Ufficio di Piano, si dia vita ad una serie d'altre iniziative che promuovano la partecipazione

¹¹ Esempi di percorsi metodologici di progettazione partecipata e programmazione in partenariato possono essere trovati nei programmi per lo sviluppo sostenibile (Agenda Locale 21, città sostenibili delle bambine e dei bambini) ed in alcune esperienze di programmazione negoziata (Patti Territoriali, Pit, Programmi Leader ecc.).

attiva delle organizzazioni sindacali, dei soggetti del Terzo Settore, delle organizzazioni degli utenti nella definizione delle priorità strategiche da perseguire per la nuova annualità, delle azioni da realizzare, delle modalità scelte per la loro attuazione, dei meccanismi di verifica e controllo. A tal fine la Regione Campania incoraggia l'avvio, sotto il coordinamento dell'Ufficio di Piano, di tavoli di concertazione, consulte e forum civici ed altre iniziative aperte ai soggetti precedentemente indicati, che sperimentino tecniche innovative di ascolto e concertazione con i diversi attori locali.

Attività da svolgere

Il paragrafo 4.1 segnala dei passaggi specifici del lavoro di predisposizione del Piano Sociale di Zona in cui avviare iniziative che coinvolgono attivamente un sistema allargato di soggetti.

- **Valutazione dei risultati raggiunti e delle criticità rilevate per la prima annualità d'attuazione del Piano Sociale di Zona:** l'attività di valutazione dei risultati della prima annualità del Piano Sociale di Zona deve coinvolgere attivamente il Coordinamento Istituzionale ed i membri dell'Ufficio di Piano. Deve basarsi su informazioni raccolte anche attraverso il coinvolgimento diretto dei diversi attori del territorio (utenti, associazioni, volontariato, ecc.) e toccare sia gli aspetti legati ai risultati delle attività intraprese (quadro dei servizi attivati e da attivare), sia quelli legati ai processi posti in essere per raggiungerli, alla gestione, al funzionamento del sistema di partenariato locale. Deve proporre un sistema condiviso d'indicatori da utilizzare anche nella valutazione della prossima annualità del Piano Sociale di Zona.
- **Discussione delle priorità strategiche da perseguire per la nuova annualità, delle azioni da realizzare, delle modalità di realizzazione:** l'attività è finalizzata ad aprire, attraverso il coinvolgimento del più ampio numero di stakeholders locali, un confronto attivo e partecipato sulla programmazione da sviluppare per la seconda annualità. Nello sviluppo di queste attività l'Ufficio di Piano deve porre particolare attenzione nell'identificazione dei soggetti da coinvolgere nelle attività di concertazione - selezionandoli in modo da rappresentare effettivamente i diversi attori del Piano Sociale di Zona. L'attività di concertazione deve consentire di: 1. comprendere i bisogni diffusi nella comunità locale; 2. avviare un confronto su come soddisfarli; 3. definire degli ordini di priorità sugli interventi da attivare; 4. costruire un consenso sulle azioni da intraprendere; 5. mobilitare le energie locali e la partecipazione attiva dei diversi attori per realizzarle; 6. definire un sistema di regole per l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza sociali e socio-sanitari.
- **Programmazione delle priorità d'intervento e delle azioni da realizzare per tutte le aree individuate dalle presenti Linee Guida regionali e della definizione del quadro finanziario del Piano di Zona per l'utilizzo del Fondo d'Ambito;** l'attività è finalizzata a sviluppare in una serie d'incontri tra Coordinamento Istituzionale e Ufficio di Piano, sulla base dei risultati della concertazione con gli attori locali, la programmazione partecipata del Piano Sociale di Zona¹².

Attuazione del Piano di Zona

L'approccio partecipato deve essere, in prospettiva, diffusamente utilizzato dal Coordinamento Istituzionale per migliorare la capacità di cooperazione dei diversi soggetti che lo compongono e dall'Ufficio di Piano nello sviluppo delle attività del Piano Sociale di Zona. Esso può infatti consentire, all'interno dell'ambito, di migliorare le iniziative di:

- informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento attivo dei diversi attori locali;
- verifica ed eventuale aggiustamento del percorso di lavoro programmato con il Piano Sociale di Zona;
- conoscenza continua delle esigenze del territorio;
- collegamento ed integrazione con le iniziative di sviluppo locale.

¹² Un percorso di programmazione partecipata segue generalmente le seguenti fasi: 1. Identificazione degli attori locali (e dei loro rappresentanti) da coinvolgere nella programmazione; 2. Analisi dei problemi da risolvere per la costruzione del sistema locale di welfare. 3. Definizione degli obiettivi da raggiungere per la costruzione del sistema locale di welfare. 4. Inventario delle risorse (materiali, finanziarie, umane, materiali) e know how disponibili sul territorio per lo sviluppo del sistema locale di welfare. 5. Scelta dei settori e delle priorità d'intervento specifiche dell'annualità in corso. 6. Programmazione delle attività e definizione dei risultati attesi. 7. Analisi dei fattori di rischio che possono frenare il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati. 8. Identificazione di un set di indicatori da utilizzare per il monitoraggio e la valutazione delle attività. 9. Programmazione temporale delle attività (cronoprogramma).

Per questo motivo la Regione Campania suggerisce di inserire, nella programmazione delle attività della prossima annualità, iniziative specifiche volte a migliorare il sistema di cooperazione dei diversi soggetti che compongono il Coordinamento Istituzionale e la capacità di ascolto di quest'ultimo - anche attraverso l'Ufficio di Piano, delle esigenze specifiche del territorio e dei diversi stakeholders che lo animano. Il ventaglio, non esaustivo, di possibili iniziative da intraprendere con la partecipazione attiva dei diversi attori locali, comprende:

- Organizzazione d'incontri tematici d'approfondimento;
- Avvio di tavoli permanenti, forum, consulte, altri organismi consultivi;
- Realizzazione di seminari di sensibilizzazione ed informazione utilizzando tecniche specifiche di partecipazione sociale;
- Realizzazione d'interviste, sondaggi ed indagini;
- Organizzazione di sessioni congiunte di valutazione;
- Identificazione e selezione partecipata d'indicatori da utilizzare per il monitoraggio e la valutazione del Piano Sociale di Zona.

4.3 La struttura ed i contenuti del Piano di Zona 2003 ad integrazione del Piano di Zona presentato nel 2002

Nel Piano di Zona, ai sensi dell'art. 19 della L. 328/2000, devono essere trattati i seguenti aspetti rilevanti:

- Verifica degli obiettivi strategici e delle priorità di intervento generali per le diverse aree prioritarie di intervento, già definite nel Piano di Zona 2002, ed in coerenza le presenti linee guida regionali in materia di programmazione sociale;
- i livelli essenziali di assistenza, per l'area socioassistenziale e per l'area dell'elevata integrazione socio-sanitaria, da garantire a tutti i cittadini, secondo modalità di erogazione, criteri di accesso e di compartecipazione da regolare in modo unitario nell'ambito territoriale;
- le risorse finanziarie, strutturali e professionali rese disponibili dagli Enti partecipanti all'accordo di programma per la realizzazione degli interventi e dei servizi previsti nel Piano di Zona;
- le modalità di organizzazione dell'ambito territoriale ed il funzionamento dell'Ufficio di Piano, ad integrazione di quanto previsto nel Piano di Zona 2002;
- le forme di coordinamento e di integrazione delle politiche sociali con gli interventi in campo socio-sanitario, con le politiche educative, abitative, di inserimento lavorativo, che concorrono a perseguire finalità di inclusione sociale;
- le modalità, gli strumenti giuridici e gli strumenti gestionali di cui dotare l'ambito territoriale per il perseguimento di una efficace ed efficiente gestione unitaria della rete degli interventi e dei servizi sociali, che investa tutte le fasi di attuazione del Piano ed interessi anche i livelli della gestione e rendicontazione economica del Piano, della regolamentazione, del monitoraggio e valutazione della qualità sociale, della promozione della cittadinanza sociale;
- le forme di responsabilizzazione e di coinvolgimento dei cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- le iniziative di comunicazione sociale a tutela del diritto dell'utente alla conoscenza delle opportunità offerte in loco da soggetti pubblici e privati, per concorrere a dare attuazione a quella esigibilità universale del diritto di accesso alle prestazioni che la Regione Campania riconosce come uno dei capisaldi della legge quadro di riforma del welfare locale;
- le iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori, sia di profilo tecnico che amministrativo, per concorrere alla efficace ed efficiente realizzazione dei servizi ed allo sviluppo degli stessi.

Si propone, al fine di rendere comparabili e facilmente consultabili i Piani di Zona, di utilizzare l'indice di seguito illustrato, mantenendo in modo vincolante la stessa articolazione per capitoli.

Indice del Piano di Zona 2003

1 - PRIMA ANNUALITA' DI PROGRAMMAZIONE SOCIALE - RAPPORTO DI ATTUAZIONE PER IL 2002

- Analisi dei risultati conseguiti con gli interventi e i servizi finanziati nel Piano di Zona 2002: l'offerta dei servizi e la risposta a segmenti specifici di domanda sociale. I servizi nuovi realizzati, i servizi a cui si è data continuità, i servizi non attivati in relazione a bisogni sociali rimasti inevasi.
- Servizi ed interventi gestiti in modo associato tra i Comuni dell'ambito territoriale.
- Buone pratiche nell'area dell'integrazione sociosanitaria.
- Risultati conseguiti con azioni innovative e progetti sperimentali nell'ambito del Piano di Zona.
- Azioni di comunicazione sociale già avviata nell'Ambito: strumenti e risultati.
- Dati aggregati sulla spesa sociale sostenuta dai Comuni nel 2002 e variazioni rispetto al 2001.
- Punti di forza, criticità e risultati conseguiti per la definizione dell'assetto organizzativo e gestionale dell'ambito territoriale
- Esperienze di programmazione presentate a valere su risorse UE o del POR Campania fortemente integrate con i contenuti del Piano di Zona
- I luoghi, gli attori e i percorsi di concertazione previsti e attivati nell'ambito territoriale: analisi e valutazione

2 - LE SCELTE STRATEGICHE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE DI AMBITO DEL 2003: ASSETTI ORGANIZZATIVI, GESTIONE UNITARIA, STRUMENTI DI REGOLAZIONE

- Gli atti formali per la definizione degli accordi adottati nell'ambito territoriale ai fini della presentazione del Piano di Zona
- Dalla programmazione partecipata alla progettazione e attuazione partecipata degli interventi: rapporti tra soggetti pubblici e Terzo Settore
- La partecipazione dei cittadini e degli utenti nelle fasi di programmazione e di attuazione del Piano di Zona: modalità previste e strumenti da adottare
- La modalità per promuovere l'associazione tra Comuni e sostenere la gestione unitaria di interventi e servizi previsti nel Piano di Zona: forme di gestione, strumenti, livelli di gestione unitaria
- Regole per il funzionamento del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale
- Attivazione e funzionamento del Tavolo Permanente per il Terzo Settore: rapporti tra enti locali e Terzo Settore
- L'organizzazione dell'Ufficio di Piano: funzioni attribuite, relazioni funzionali con gli Enti dell'ambito e con il Coordinamento Istituzionale, dotazione organica e profili professionali, flussi procedurali ed informativi
- Organizzazione del welfare d'accesso nell'ambito territoriale: porta unica di accesso al sistema dei servizi sociali e sociosanitari, sportelli di cittadinanza sociale, uffici per il segretariato sociale
- Atti di regolamentazione da adottare per l'organizzazione dei servizi, per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni, per la garanzia della qualità dei servizi e della partecipazione dei cittadini
- Strumenti e modalità per accrescere il grado di integrazione sociosanitaria nell'ambito territoriale: i rapporti con l'ASL, l'applicazione della Del. di G.R. n. 7224 del 27/12/02, l'attivazione dei LEA, i criteri per il cofinanziamento, le modalità di valutazione dei casi.
- Azioni a supporto del monitoraggio e valutazione del Piano di Zona e raccordo con le azioni regionali
- Criteri per la selezione dei progetti, modalità di affidamento dei servizi, percorso per l'accreditamento dei soggetti erogatori dei servizi, eventuali sperimentazioni di assegno-servizi

3 - LE SCELTE STRATEGICHE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE DI AMBITO DEL 2003: INDIRIZZI PROGRAMMATICI, OBIETTIVI SPECIFICI ED AZIONI DA REALIZZARE

- Le aree prioritarie di intervento e gli obiettivi strategici per area
- Le aree di cambiamento ed innovazione
- La struttura dei livelli essenziali di assistenza per area prioritaria: LEA e LIVEAS
- Obiettivi specifici per area prioritaria di intervento
- Azioni previste per area prioritaria: tipologie di servizi da garantire come livelli essenziali sociali e sociosanitari, altre tipologie di servizi ed interventi, servizi da gestire in continuità con l'annualità precedente

- Servizi gestiti in forma associata nell'ambito territoriale: soggetti gestori, modalità di gestione, integrazione con gli altri interventi gestiti dai singoli comuni
- Piano di Comunicazione Sociale dell'Ambito Territoriale
- Azioni sperimentali e di supporto all'attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- Risultati attesi per ciascuna area prioritaria e per azione: indicatori di attività e risultato
- L'integrazione tra azioni del Piano di Zona ed interventi promossi a valere su risorse del POR 2000-2006 Campania e su altri Fondi Strutturali

4 - LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

- Il Piano finanziario 2003 di Ambito Territoriale, per area prioritaria e fonti di finanziamento: Tav. 3.1 - gruppo 1
- Il Piano finanziario 2003 del singolo Ente Locale, per area prioritaria e fonti di finanziamento: Tav. 3.2- gruppo 1
- Il prospetto delle risorse finanziarie per Progetti di intervento per il 2003: Tav. 3.3 - gruppo 1
- Le Tavv. 3.4 - 3.5 - 3.6 - gruppo 2 per la gestione delle eventuali risorse residue della prima annualità (2002)
- Il Piano finanziario delle attività sociosanitarie integrate a compartecipazione: Tavv. 3.7 -3.8 -3.9 - 3.10 - gruppo3 (2002)

5 - LE SCHEDE DEI PROGETTI DI INTERVENTO E DEI SERVIZI

- Le schede dei progetti previsti nel Piano di Zona

ALLEGATI

Il protocollo di intesa tra ASL e Comuni per l'integrazione sociosanitaria

L'accordo di programma per l'approvazione del Piano di Zona

Atti formali di approvazione del Piano di Zona da parte del Terzo Settore e delle OO.SS.

Altri atti formali e di regolamentazione adottati

Tutti i verbali delle attività di concertazione realizzate con i risultati emersi.

A tal fine si sottolinea, con riferimento alla consegna dei Piani di Zona 2003 alla Regione entro le scadenze previste, che questi dovranno essere:

- consegnati in duplice copia cartacea, con numerazione consecutiva su tutte le pagine del documento e con gli Allegati numerati ordinatamente;
- il documento di Piano deve essere articolato negli stessi capitoli e con gli stessi allegati consecutivi specificati nell'indice sopra illustrato;
- consegnati in una copia in formato digitale, su floppy disk o cd rom, con un formato file che dovrà essere Word per Windows (versione 6.0 o superiori) per i testi, ed Excel per Windows (versione 5.0 o superiori) per le tabelle;
- corredati da una check list, che sarà opportunamente fornita, per dichiarare chiaramente quali materiali vengono consegnati ed in quale formato gli stessi sono disponibili;
- corredati dall'Accordo di Programma sottoscritto, dal Protocollo di intesa preliminare tra ASL e Comuni, da tutti i verbali delle riunioni che si ritiene utile allegare per testimoniare le attività di concertazione realizzate e l'esito delle stesse in termini di pareri raccolti dalle parti interessate.

5. Le risorse per l'attivazione e la realizzazione del Piano di Zona 2003

5.1 La composizione del Fondo Sociale di Ambito

La Regione Campania ha determinato con Del. G. R. n. 6316 del 27 dicembre 2002 le risorse da attribuire agli ambiti con riferimento alle competenze del Fondo Nazionale Politiche Sociali - annualità 2002, da utilizzare per l'attuazione del Piano di Zona 2003.

Tali risorse concorrono alla determinazione del Fondo di Ambito Sociale, che risulta così costituito:

- Fondo trasferito dalla Regione all'ambito (FRPS)
- Fondi propri dei Comuni per le politiche sociali (F_C)
- Fondi ASL per l'integrazione socio-sanitaria (F_{ASL})
- Fondi P.O.R. (misura 5.3) o altre risorse comunitarie
- Altre risorse finanziarie apportate da soggetti pubblici o soggetti privati.

Con particolare riferimento alla compartecipazione alla spesa per gli interventi sociali da parte dei Comuni, si deve ricordare che ai sensi della L.328/2000 le risorse del FRPS hanno un carattere aggiuntivo, e non sostitutivo, rispetto all'impiego ordinario di risorse proprie dei Comuni. A tal fine, come previsto in D.G.R. 6316 del 27 dicembre 2002, tutti i Comuni di ogni ambito dovranno attestare l'impegno a compartecipare al piano complessivo degli interventi previsti nel Piano di Zona con una somma pari almeno a 5 euro per abitante.

Tale impegno dovrà risultare dal bilancio di previsione dei singoli Comuni dell'ambito relativo all'anno 2003.

Rispetto alle risorse proprie dei Comuni da inserire nel piano finanziario relativo alla seconda annualità della L. 328/00 è necessario chiarire che:

- La compartecipazione da parte dei Comuni nella misura dei 5 euro per abitante deve riguardare esclusivamente gli interventi previsti nel Piano di Zona dell'ambito;
- Il livello di 5 euro per abitante deve considerarsi come un livello minimo di compartecipazione finanziaria;

Ferme restando la destinazione delle risorse indistinte nelle sei aree prioritarie di intervento previste e delle risorse finalizzate nelle attività previste dalle leggi di settore di riferimento, resta a discrezione dei singoli ambiti la scelta di quanti e quali interventi prevedere nel Piano di zona. Sarebbe, tuttavia, auspicabile un graduale avvicinamento di tutti i Comuni verso una situazione in cui tutti gli interventi ed i servizi sociali previsti sul proprio territorio, quando rispondano ad esigenze condivise dagli altri Enti locali, possano confluire nel Piano di Zona, con il corrispondente apporto di risorse, in modo che i benefici della gestione unitaria sul piano delle economie di scala possano essere estesi non solo all'utilizzo delle risorse del FRPS, ma anche alle risorse proprie dei singoli Comuni.

Si ricorda, inoltre, che le risorse finanziarie proprie dei Comuni dell'ambito non necessariamente devono essere versate al tesoriere dell'ambito (comune capofila) per i servizi e gli interventi che vengono affidati direttamente ai Comuni, e non alla gestione unitaria dell'eventuale soggetto gestore unico, in quanto è opportuno evitare inutili duplicazioni di passaggi finanziari.

Infine si sottolinea che la spesa sociale diretta dei Comuni che sarà considerata utile ai fini della compartecipazione, e delle relative attestazioni, sarà quella connessa all'esercizio finanziario 2003 (dal 1 gennaio al 31 dicembre 2003).

Ai fini della quantificazione del reale apporto di risorse proprie dei Comuni occorre considerare anche l'obbligo, introdotto a partire da questa annualità, che nel quadro finanziario del Piano di Zona risultino evidenti le compartecipazioni finanziarie dei Comuni alla produzione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari (LEA) ed il corrispondente apporto di risorse da parte delle ASL.

5.2 Le modalità di erogazione delle risorse

L'erogazione delle risorse relative al FNPS trasferito dalla Regione avverrà da parte della Regione Campania dopo l'espletamento della procedura di approvazione dei Piani di zona, rivolta a verificare la conformità formale del Piano rispetto alle specifiche richieste e la coerenza con le priorità di programmazione sociale individuate dalla Regione.

In particolare per quanto attiene l'oggetto di questo capitolo, sarà verificata attraverso le tabelle finanziarie del Piano Finanziario la presenza delle due condizioni previste nella D.G.R. 6316 del 27 dicembre 2002 per poter procedere alla erogazione:

1. la sottoscrizione dell'accordo di programma da parte di tutti i Comuni interessati dallo stesso ambito territoriale alla data di presentazione del nuovo Piano di zona per la seconda annualità;
2. la dimostrazione del carattere aggiuntivo delle risorse del FNPS trasferito dalla Regione, attestando l'impegno a compartecipare al piano complessivo degli interventi previsti nel Piano di zona con una somma pari ad almeno 5 euro per abitante, in conformità con quanto sarà stato previsto nel bilancio preventivo per il 2003 di ciascun Comune.

L'erogazione dei fondi avverrà in un'unica soluzione dopo l'approvazione da parte della Regione dei Piani di zona.

Solo in un caso le risorse assegnate all'ambito territoriale dalla Del. n. 6316 potranno subire delle riduzioni negli importi predeterminati: quando non risultano firmatari del nuovo Accordo di Programma tutti i Comuni interessati dell'ambito.

In tal caso all'ambito restano tutte le risorse che di norma risultano ad esso attribuite (FRPS_{AdP}), dopo aver sottratto la quota del fondo di ambito che spetterebbe ai singoli comuni non sottoscrittori, così determinata:

- quota proporzionale rispetto all'applicazione dei parametri per il riparto delle risorse, illustrati nella Del. n. 6316 del 27.12.2002, ridotta del 50%: $F_c' = 0,50 * F_c$

dove F_c è la quota del fondo di ambito che spetterebbe al singolo Comune dell'ambito applicando solo il calcolo della quota proporzionale rispetto ai parametri di riparto delle risorse, mentre F_c' è la quota del fondo di ambito rideterminata per il Comune che ha rinunciato alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma, rinunciando di fatto ai vantaggi della gestione unitaria dei servizi.

Quindi le risorse complessivamente attribuite all'ambito quando n Comuni non sottoscrivano l'Accordo di Programma sono così determinate:

$$- \text{FRPS}_{\text{AdP}}' = \text{FRPS}_{\text{AdP}} - \sum_{i=1}^n F_c'$$

dove FRPS_{AdP} è la quota del Fondo di ambito legato alla sottoscrizione dell'accordo di programma.

5.3 Le risorse accantonate per la premialità da distribuire nel corso del 2003

Nell'ottica di fornire incentivi per la sperimentazione di soluzioni gestionali che favoriscano le modalità associate, nonché di politiche di intervento e di integrazione della programmazione sociosanitaria è stata destinata una quota pari al 10% delle risorse indistinte del FNPS (annualità 2002) all'attivazione di un meccanismo di premialità per gli ambiti territoriali relativa al perseguimento di obiettivi di:

- 1) rafforzamento gestione unitaria sul piano economico gestionale della programmazione;
- 2) attuazione della integrazione socio sanitaria .

L'ammontare complessivo delle risorse disponibili per la premialità è pari ad Euro 4.262.031,24, di cui il 6% riservato per la premialità connessa al perseguimento dell'obiettivo 1, ed il 4% riservato per la premialità connessa al perseguimento dell'obiettivo 2.

Gli indicatori di conseguimento dell'**obiettivo 1 - gestione unitaria del Piano di Zona** riguarderanno:

- Adozione di un regolamento che disciplini la gestione contabile del Piano di zona in cui siano indicati i rapporti finanziari e contabili tra i Comuni derivanti dalla gestione unitaria degli interventi del Piano di zona;
- Individuazione di servizi da assegnare alla gestione associata, per un importo complessivo di risorse impegnate non inferiore al 50%;
- Adozione di un regolamento sul Funzionamento dell'Ufficio di Piano;
- Adozione di un regolamento unico per l'accesso alle prestazioni, la compartecipazione finanziaria da parte degli utenti e i criteri per l'applicazione dell'ISEE.

Gli indicatori di conseguimento dell'**obiettivo 2 - attuazione della integrazione sociosanitaria** riguarderanno:

- Sottoscrizione di specifiche convenzioni tra Comuni e AUSL per la gestione di servizi e l'erogazione di prestazioni afferenti all'area dell'elevata integrazione sociosanitaria;

- Costituzione di una Unità di Valutazione Sociosanitaria per la valutazione multidimensionale dei casi e la verifica della appropriatezza delle prestazioni erogate nella situazione vigente alla data della approvazione del Piano di zona;
- Definizione delle modalità di partecipazione della Azienda USL alla attuazione del Piano di Zona (responsabilità per la gestione di alcuni servizi in forma associata, partecipazione all'Ufficio di Piano, ecc.);
- Organizzazione ed avvio della Porta Unitaria di Accesso alla rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari.

La verifica del possesso dei requisiti necessari per l'erogazione del 6% delle risorse accantonate per la premialità, in base al raggiungimento dell'obiettivo 1, e del 4% in base al raggiungimento dell'obiettivo 2, sarà realizzata da una apposita Commissione. Gli ambiti territoriali che intendono concorrere all'assegnazione della premialità dovranno presentare la necessaria documentazione riferita a tutti i criteri sopra elencati entro secondo modalità e tempi che saranno specificate con atto successivo del Settore Assistenza..

5.4 Il quadro finanziario del Piano di Zona

Le schede finanziarie previste per la seconda annualità, raccolte nell'Allegato 3, sono divise in tre gruppi:

Schede **Gruppo 1** comprendono le 3 schede finanziarie relative alla seconda annualità:

- la Tav. 3.1 in cui riportare il Piano finanziario complessivo dell'ambito territoriale per area di intervento;
- la Tav. 3.2 in cui riportare le risorse divise per Comune dell'ambito per area di intervento;
- la Tav. 3.3 in cui riportare le risorse complessive dell'ambito territoriale con il dettaglio delle azioni (interventi/servizi) previste per area di intervento.

Schede **Gruppo 2** comprendono le 3 schede finanziarie relative ai fondi residui della prima annualità. Si ricorda che ferma restando la scadenza al 31/05/03 dei servizi e interventi riferiti alla prima annualità, gli eventuali residui (intesi come impegni assunti e non liquidati, correlati quindi a prestazioni da eseguire dopo il 31/5/2003), possono essere utilizzati come risorsa finanziaria integrativa nel corso della seconda annualità. Tali residui dovranno essere riportati sulle seguenti schede:

- la Tav. 3.4 in cui riportare i fondi residui del Piano finanziario complessivo dell'ambito territoriale per area di intervento;
- la Tav. 3.5 in cui riportare i fondi residui delle risorse divise per Comune dell'ambito e per area di intervento;
- la Tav. 3.6 in cui riportare i fondi residui delle risorse di ambito territoriale articolate per azioni ancora da completare/realizzare per ciascuna Area d'intervento.

I due gruppi di schede differiscono tra loro in quanto le schede della nuova annualità sono state modificate mentre per i fondi residui si è lasciata la stessa impostazione della prima annualità.

Le modifiche delle tabelle della seconda annualità rispetto a quelle precedenti riguardano sia le righe che le colonne.

Per le righe è stata eliminata la voce altri interventi e interventi non ripartibili e si sono inserite le voci relative all'Avvio della Riforma (in cui dovrebbero confluire tutti gli interventi di sistema a supporto della costruzione e del consolidamento della rete dei servizi da gestire in forma unitaria e degli interventi per il miglioramento organizzativo) e al Segretariato sociale, con i codici di area 7 e 8.

Per quanto riguarda le colonne l'unica novità attiene all'inserimento delle risorse relative ai progetti realizzabili con compartecipazione di risorse da bilancio regionale (colonne 5 e 6), al fine di tenere conto ordinatamente di tutte le risorse provenienti da leggi di settore che concorrono al finanziamento del Piano di Zona, anche se trasferite con modalità differenti dalla Regione ai Comuni.

Pertanto si sottolinea che le risorse proprie dei Comuni che confluiscono nel Piano di Zona, essendo relative al cofinanziamento di azioni che trovano copertura o nelle leggi di settore o nel FRPS (ex L. 328/2000), dovranno essere ripartite in relazione alle esigenze per il cofinanziamento delle seguenti colonne:

- progetti per interventi/servizi finanziati con le leggi di settore (colonna 5)
- progetti per interventi/servizi finanziati con la L. 328/2000 (colonna 4).

Schede **Gruppo 3** comprendono le 3 schede finanziarie relative al Piano finanziario delle attività socio-sanitarie integrate a compartecipazione per la seconda annualità:

- la Tav. 3.7 relativa all'ambito
- la Tav. 3.8 relativa ai comuni del distretto sanitario
- la Tav. 3.9 relativa al singolo comune
- la Tav. 3.10 relativa alle aree d'intervento

DESCRIZIONE DELLE SCHEDE FINANZIARIE PER LA SECONDA ANNUALITA'.

A sinistra della colonna "Area d'intervento" è stata inserita la colonna relativa al codice dell'area d'intervento che sarà riportato ogniqualvolta si vuole indicare un'area d'intervento (per esempio nella tavola 3.3).

La **colonna 1** è relativa alle risorse finalizzate del Fondo Nazionale Politiche Sociali che si riferiscono alle seguenti aree d'intervento:

- Disabili gravi (L.104/92, art.39bis)
- Infanzia e adolescenza (L.285/97)
- Abuso sessuale (L.388/00)
- Persone senza fissa dimora (L.328/00)

In questa colonna vanno inseriti gli importi assegnati dalla Regione all'ambito ed eventualmente incrementati da risorse indistinte.

La **colonna 2** è relativa alle risorse indistinte il cui totale va ripartito dall'ambito nelle seguenti aree:

- Responsabilità familiari
- Diritti dei minori
- Persone anziane
- Povertà
- Disabilità
- Avvio della riforma

La **colonna 3** riporta automaticamente il totale del FNPS per ogni area d'intervento

La **colonna 4** si riferisce alle risorse proprie previste da ogni Comune dell'ambito quale compartecipazione ai progetti sociali previsti nel Piano di Zona. Nella scheda 4.1 relativa al Piano finanziario dell'ambito va dunque riportata la somma di tutte le colonne 4 delle schede 4.2 relative ai singoli comuni dell'ambito.

Le **colonne 5 e 6** si riferiscono alle risorse previste per i progetti realizzabili con la compartecipazione della Regione; nella colonna 5 occorre riportare la cifra stanziata a bilancio dai Comuni per finanziare tali progetti; nella colonna 6 vanno riportate le eventuali risorse che si richiedono alla Regione quale compartecipazione ai progetti previsti. Tali risorse sono condizionate all'approvazione del Bilancio Regionale.

La **colonna 7** è riferita alle risorse ASL destinate a finanziare i progetti relativi alle aree ad integrazione socio-sanitaria inseriti nei Piani di Zona.

Le **colonne 8 e 9** sono relative alle altre risorse rispettivamente pubbliche (es. POR, Altri finanziamenti di enti pubblici..) e private (terzo settore, privati) previste nel Fondo di Ambito.

La **colonna 10** riporta in automatico il totale delle risorse.

5.5. La regolamentazione dei criteri di accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie da parte dei cittadini e della compartecipazione finanziaria ai costi dei servizi. Indirizzi per l'applicazione dell'ISEE e di altri strumenti di regolamentazione in Campania

Il piano di zona deve prevedere le modalità attraverso le quali si definiscono i criteri di accesso alle prestazioni e la eventuale compartecipazione dei fruitori dei servizi al costo degli stessi.

E' bene considerare che la 328 indica la necessità di definire i servizi essenziali sia in campo sociosanitario (LEA) che in campo socioassistenziale (i LIVEAS), distribuendone le competenze di definizione tra Governo nazionale e Regioni e le competenze di organizzazione degli stessi ai Comuni, ma non dispone certo la gratuità dell'accesso di tutta la popolazione a tutti i servizi programmati nei piani di zona e neanche ai soli servizi essenziali.

La 328 dichiara in più punti dichiara la necessità di regolare i criteri di accesso e di definire la compartecipazione:

- art 2 comma 3 *"I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito....., accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali."*; comma 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."*
- art. 6 comma 2 lett. e *" ai comuni spetta la 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.)*
- art.8 comma 3 lett I *"le Regioni provvedono alla 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"*;
- art. 13 comma 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."*
- art 18, comma 3 lett g ed h *"Il Piano di Zona indica: ... 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"*.

Si segnala, dunque, l'opportunità che in sede di programmazione sociale di Zona, i Comuni insieme a tutti gli altri soggetti pubblici e privati interessati, si confrontino ed arrivino alla assunzione di decisioni in merito non solo alle caratteristiche della rete dei servizi da garantire a tutti i cittadini dell'ambito territoriale, ma anche alla regolamentazione dei criteri di accesso alle prestazioni (eventuali titoli di preferenza che danno priorità a specifici gruppi di utenti nelle liste di attesa dei servizi e requisiti in relazione ai quali vengono definite tariffe o contributi differenziati da versare per la fruizione di alcuni servizi).

Occorre, pertanto, fare in modo che la fase della programmazione sia per i Comuni anche quella durante la quale si gettano le basi per una regolamentazione condivisa dei criteri di accesso alle prestazioni e per la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni: di tali criteri in generale è opportuno che si trovi traccia già nel Piano di Zona, pur sapendo che la definizione di un "Regolamento per l'accesso alle prestazioni e per la compartecipazione dei privati al costo delle prestazioni" è attività molto complessa, che necessita di essere supportata da una articolata e ricca fase di concertazione con tutte le parti interessate, inclusi i soggetti erogatori dei servizi, e che, come tale, dovrebbe essere assunto come impegno di lavoro prioritario da sviluppare tra tutti i soggetti tenuti alla attuazione del Piano di Zona, nella fase successiva alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma, contestualmente alla progettazione di dettaglio e alla definizione delle modalità di realizzazione ed erogazione dei servizi.

La norma ricorda anche che è la carta dei servizi lo strumento che deve contenere in sé tutti i riferimenti necessari a ricostruire le modalità ed i tempi della partecipazione dei cittadini alla erogazione dei servizi, con particolare riferimento alle modalità di accesso, ai tempi di gestione delle liste di attesa, alle caratteristiche di qualità del servizio, agli strumenti per il controllo e la valutazione continua di tale qualità da parte di tutti i soggetti interessati, ivi compresi gli utenti e le rispettive famiglie. Nella Carta dei Servizi potranno essere ripresi anche i criteri di accesso alle prestazioni ed i criteri di

compartecipazione economica; naturalmente così intesa la carta dei servizi va prevista e regolamentata anche a livello di ambito.

Procedure per la determinazione della compartecipazione degli utenti

Un primo momento logico per definire la compartecipazione è il seguente: dato il costo complessivo delle azioni previste dal piano di zona (K_{compl}) e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie che l'ambito ha messo insieme grazie ai diversi canali di finanziamento attivati (FA), sarà determinato il fabbisogno da coprire con entrate raccolte attraverso la compartecipazione dei fruitori dei servizi (COMP):

$$\text{quindi: } \quad \text{COMP} = K_{\text{compl}} - \text{FA} \quad (1)$$

Sarà allora necessario effettuare i seguenti passaggi:

- a) Definire i servizi il cui costo complessivo va interamente coperto attraverso il FA.
- b) Definire l'ammontare complessivo (di massima¹³) della compartecipazione da richiedere ai fruitori sulla base della seguente equazione:

$$\text{COMP} = K_{\text{compl}} \text{ residuo} - \text{FA residuo} \quad (2)$$

ovviamente il risultato della (2) è uguale a quello della (1) perché da entrambi i termini della (1) viene sottratto uno stesso importo dato quanto stabilito sub a; dove con la parola residuo intendiamo ciò che rimane una volta effettuate le scelte sub a.

- c) Definire i servizi che vengono offerti ad alcuni soggetti a costo zero e fissare la soglia di accesso a questa opportunità.
- d) Definire la misura della compartecipazione al costo per gli altri soggetti secondo una scala che gradui la percentuale della compartecipazione da un minimo ad un massimo che, al limite, può raggiungere il valore del 100%.
- e) Per i restanti servizi, stabilire in che modo graduare la compartecipazione dei fruitori al costo in ragione della predetta scala.

I passaggi c), d) ed e) richiedono l'applicazione di una misura che consenta di raggruppare la popolazione in diverse categorie alle quali si applicherà una diversa aliquota di compartecipazione.

L'art. 25 della 328/00 richiama a tal proposito la normativa ISEE e stabilisce che : "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*".

Il calcolo dell'ISEE

La normativa ISEE ha introdotto in Italia, a livello sperimentale, criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche.

Si tratta, come detto, dell'ISEE (Indicatore socio economico di equivalenza) che è un REDDITOMETRO a cui gli enti erogatori sono tenuti a far riferimento per tutte le scelte in materia di prestazioni sociali agevolate, riduzioni, agevolazioni fiscali e tariffarie, misure assistenziali ecc...

Gli elementi da considerare sono:

- A) il reddito, calcolato secondo il criterio dell'ISE (indicatore della situazione economica).
- B) La composizione e le caratteristiche del nucleo familiare (composizione familiare che risulta dal certificato anagrafico oltre alle eventuali persone che fanno parte del nucleo familiare ai fini IRPEF del richiedente e di ciascuno dei componenti la famiglia anagrafica).

A. Il reddito a cui si fa riferimento si calcola in termini di ISE (Indicatore della situazione economica), secondo la seguente formula:

$$\text{ISE} = (\text{R} - \text{C}) + (\text{RAF} - \alpha \text{D}) + 0,2 \text{P}$$

¹³ Dobbiamo necessariamente parlare di un fabbisogno di massima perché per stimare il costo complessivo dei servizi per i quali si chiederà una contribuzione sarà necessario tenere conto di due complicazioni ulteriori:

1. gli effetti sulla domanda conseguenti all'esistenza di un prezzo positivo che alcuni utenti dovranno pagare;
2. la relazione che esiste tra costo complessivo del singolo servizio e numero degli utenti raggiunti.

dove R è il reddito complessivo ai fini IRPEF, così come risulta dall'ultima dichiarazione dei redditi;
 C sono i contributi previdenziali ed assistenziali percepiti, da tutte le persone del nucleo familiare, nell'anno solare precedentemente al 1° luglio di ciascun anno;
 RAF è il reddito delle attività finanziarie, determinato applicando il tasso di rendimento medio annuo dei titoli decennali del tesoro al patrimonio mobiliare complessivo;
 D è la detrazione da applicarsi qualora il nucleo familiare risiede in abitazione in locazione, essa ammonterà al valore del canone annuo, fino a concorrenza, per un ammontare massimo di € 5.165,00. Il parametro è, dunque, uguale a 1 se la famiglia risiede in abitazione in locazione, uguale a 0 in caso diverso;
 P è il patrimonio (sia immobiliare che mobiliare, con l'applicazione di una franchigia pari a €25.823,00 elevata fino a €36.152,00 qualora il nucleo familiare risieda in casa di proprietà).

B. Il coefficiente (S) che "aggiusta" l'ISE in modo da tener conto delle caratteristiche e della composizione del nucleo familiare viene calcolato secondo la seguente scala di equivalenza:

Componenti nucleo familiare	Valore di S
1	1,00
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85

Il valore di S viene maggiorato di 0,35 per ogni ulteriore componente del nucleo familiare. Ulteriori maggiorazioni sono dovute a particolari situazioni: M assume valore 0,2 in caso di assenza del coniuge e presenza di figli minori e valore 0,5 per ogni componente con handicap psicofisico permanente o di invalidità superiore al 66%. M aumenta di 0,2 per nuclei familiari con figli minori, in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro e di impresa.
 Per calcolare l'ISEE si applica la seguente formula:

$$ISEE = \frac{ISE}{S + M}$$

Dato il riferimento esplicito alla normativa ISEE, i suggerimenti della letteratura economica¹⁴ sull'opportunità di graduare il sostegno alle persone e alle famiglie più che sulle carenze di reddito o sul mancato raggiungimento di certi livelli di benessere, sui difetti nei "funzionamenti" fondamentali che riducono il set delle opportunità delle persone, va perseguito attraverso un'attenta scelta delle priorità di intervento o, ai sensi dell'art. 3 comma 2 punto 1 della D.Lgs. 130 del 2000, attraverso "criteri ulteriori di selezione dei beneficiari" che andranno ulteriormente approfonditi.
 Quanto alle questioni delle modalità di accertamento della titolarità dei soggetti a far parte di particolari categorie, la normativa prevede regole già utilizzate dai Comuni.

¹⁴ Si vedano in particolare i contributi di Sen

Le forme associative previste nel D. Lgs. 267/2000: punti di forza e criticità

Il D.lgs. 267/2000 (Testo Unico Enti Locali) ha recepito le disposizioni di cui alla L.142/90 e successive modifiche ed integrazioni, definendo le forme gestionali adatte per lo svolgimento delle competenze amministrative dei Comuni in associazione.

In particolare il Testo Unico, al Titolo II, Capo V denominato "Forme associative", individua rispettivamente agli articoli 30, 31 e 32, tre modalità per l'esercizio delle funzioni:

- la convenzione;
- il consorzio;
- l'Unione di Comuni;

mentre qualifica, all'articolo 34, l'Accordo di Programma quale strumento preferenziale per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di diverse istituzioni.

a) Le Convenzioni

Le **convenzioni**, disciplinate dall'art.30 del D.lgs. 18 agosto 2000, n.267, costituiscono, senza dubbio, il modello più semplice di riferimento per definire la gestione associata di servizi tra più Enti, oltre a rappresentare lo strumento capace di promuovere e rendere agevoli esperienze di cooperazione per rafforzare l'azione amministrativa e per realizzare servizi e progetti per lo sviluppo delle comunità minori. La temporaneità del rapporto convenzionale e la possibilità di limitarne l'oggetto solo ad alcune attività ne fanno il mezzo più idoneo per una prima sperimentazione di gestione associata anche nell'ambito dei servizi sociali.

Quel che importa sottolineare è che attraverso la convenzione non può disporsi genericamente lo svolgimento di servizi di interesse locale, ma devono essere individuati specificamente i particolari servizi (o il particolare servizio) oggetto del rapporto convenzionale.

Le convenzioni devono necessariamente stabilire i fini, la durata, la forma di consultazione degli enti contraenti, i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie. Mentre possono prevedere la costituzione di uffici comuni ai quali affidare l'esercizio delle funzioni pubbliche al posto degli enti sottoscrittori.

La costituzione e modificazione di forme associative è di competenza dei Consigli Comunali (art.42, comma 2, lett.c, D.lgs. 267/2000) degli enti sottoscrittori, i quali attraverso apposita deliberazione dovranno indicare le finalità dell'accordo, i servizi e le funzioni oggetto della gestione coordinata, nonché l'ente capofila al quale affidare il compito di coordinamento della gestione.

L'essenzialità di questa modalità associativa, vincolante sotto alcuni aspetti, eppure estremamente flessibile su altri, rappresenta al contempo punto di forza e punto di debolezza dello strumento.

Per quanto concerne la natura giuridica, va osservato che, in linea generale, le convenzioni sono contratti di diritto privato, pur se presentanti ovvi rilievi pubblicistici, dovuti alla natura dei soggetti pubblici stipulanti ed ai fini pubblici da perseguire.

Sul piano politico-istituzionale la convenzione presenta un ostacolo di un certo rilievo nell'obbligo che gli Enti sottoscrittori hanno di individuare un'amministrazione Capofila. Tale elemento, tuttavia, non rappresenta un ostacolo insuperabile in ambiti territoriali dove la concertazione tra enti è una realtà sperimentata e dove forte è la volontà di arrivare ad una gestione associata, stante la consapevolezza della complessità ed inefficienza della gestione non associata dei servizi.

Al superamento di tale ostacolo concorre pure la costituzione di un ufficio comune al quale potrebbe essere affidato l'esercizio delle funzioni pubbliche in luogo degli enti sottoscrittori dell'accordo; ma si fa presente che nel caso dei servizi sociali ed in particolare della gestione unitaria per l'attuazione del Piano Sociale di Zona, la previsione dell'Ufficio di Piano come struttura in capo a cui molte responsabilità e funzioni di carattere gestionale sono collocate è già prevista dagli indirizzi regionali.

Lo schema di convenzione viene approvato da parte dell'organo consiliare di ciascuna amministrazione e diviene vero e proprio regolamento per l'accordo tra più enti locali che decidono l'istituzione di un ufficio comune, che definiscono le regole per il funzionamento della struttura, senza l'obbligo di costituire sovrastrutture politiche e organi sociali.

Tali caratteristiche la rendono evidentemente inadeguata per contesti più avanzati, nei quali i soggetti che partecipano alla gestione sono numerosi e diversi. In tali casi risulta indispensabile che i soggetti istituzionali avviino un percorso, che può sempre cominciare con una convenzione, concordino e

prevedano: risorse certe, ruoli definiti, obiettivi programmati e modelli organizzativi condivisi, eventualmente costituendo un Consorzio o una società mista, a prevalente capitale pubblico locale, dopo aver attivato i primi interventi e posto in essere i passaggi procedurali necessari.

Si sottolinea, infine, che per la gestione degli impegni assunti in Convenzione da tutti gli Enti, l'indirizzo politico e le funzioni di controllo restano in capo ai soggetti istituzionali che hanno sottoscritto la convenzione (ad es. i Consigli Comunali) e ad essi deve sempre riferirsi l'Ente capofila individuato dalla convenzione per l'espletamento di tutte le procedure amministrative e le attività gestionali previste.

Quanto ai contenuti della Convenzione l'orientamento è quello di renderlo uno strumento di lavoro dagli utili risvolti operativi, che quindi, pur nell'ambito di una ragionevole snellezza e flessibilità, riesca a definire anche aspetti della gestione associata pure di grande rilievo, quali gli aspetti organizzativi, di regolamentazione, procedurali, così come sarà meglio illustrato nel successivo paragrafo 3.

Un'ulteriore criticità relativa alla convenzione è riferita ai requisiti soggettivi richiesti per la sottoscrizione della stessa.

L'art. 30, comma 1, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 dispone che "Al fine di svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati, gli enti locali possono stipulare tra loro apposite convenzioni".

Tuttavia l'art. 2, comma 1, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 stabilisce che "Ai fini del presente testo unico si intendono per enti locali i comuni, le province, le città metropolitane, le comunità montane, le comunità isolate e le unioni di comuni".

In virtù di tale raffronto le Aziende Sanitarie Locali non potrebbero sottoscrivere convenzioni con gli altri enti locali. Un'interpretazione letterale e rigorosa delle norme citate sarebbe eccessiva per varie ragioni.

Il D. Lgs. n. 502 del 1992, modificato dal D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, ha operato il riordino della disciplina in materia sanitaria attraverso una radicale trasformazione, il cui punto fondamentale è costituito dalla configurazione dell'azienda unità sanitaria locale non più come struttura operativa del Comune, ma come ente strumentale della Regione, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica" (art. 3, 1° comma).

Nondimeno la nuova organizzazione dell'azienda unità sanitaria locale come entità aziendale strumentale della Regione non ha eliminato il carattere di operatività "locale" della Asl (Cassazione civile sez. I, 6 febbraio 1996, n. 957 Giust. civ. Mass. 1996, 164).

E' possibile effettuare una distinzione nell'ambito del sistema degli enti locali in:

- enti locali territoriali, quali sono quelli definiti dal D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;
- enti locali istituzionali, costituiti da enti quali la Camera di Commercio, l'A.S.L..

Per i primi il territorio è l'elemento che delimita la sfera d'azione e si pone anche come fattore costitutivo dell'ente stesso.

Gli enti locali istituzionali, invece, comprendono le varie strutture del potere locale che hanno natura giuridica pubblica e competenza locale.

In relazione alla complessità degli interventi relativi all'esercizio di una determinata funzione amministrativa si può ricorrere ad alcune forme di cooperazione tra enti.

Da tale valutazione ne discende che, in ragione dell'oggetto dell'atto, gli enti locali, territoriali ed istituzionali, possano sottoscrivere convenzioni per l'esercizio coordinato di attività amministrative in coerenza con le rispettive finalità istituzionali, ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

La gestione di servizi e funzioni da parte di una pluralità di enti, coordinata e regolata dallo strumento consensuale della convenzione, offre garanzie di perseguimento degli obiettivi amministrativi, in ossequio ai principi di economicità, efficienza ed efficacia della pubblica amministrazione, così come indicati dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, in quanto tende a realizzare la massima semplificazione organizzativa e con essa incisive economie nei costi.

La cooperazione che unisce esperienze e competenze di amministratori e dirigenti, per organizzare le principali funzioni da questi ultimi esercitate per popolazioni e su territori che hanno vocazioni ed interessi comuni o, comunque, omogenei, può risolvere agevolmente problemi che spesso presentano difficoltà insuperabili per i singoli enti.

b) Il Consorzio

Il consorzio configura un modello più evoluto di gestione associata, ma anche una forma più strutturata e che in qualche modo - per i costi di gestione e per i tempi di attivazione, oltre che per la definizione dei ruoli e di funzioni - può essere considerato un punto di arrivo per quegli Enti che intendano arrivare ad una forma molto strutturata di gestione associativa, allargata anche a più servizi.

La norma di cui all'art. 31 prevede, infatti, la costituzione del consorzio per "la gestione associata di uno o più servizi e l'esercizio associato di funzioni" e non per il mero svolgimento coordinato di funzioni e servizi determinati (secondo quanto stabilito in materia di convenzioni).

A tal fine i rispettivi consigli approvano a maggioranza assoluta dei componenti una convenzione ai sensi dell'art. 30 del D.lgs. 267/2000, unitamente allo statuto del consorzio.

In particolare la convenzione deve disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili e prevedere la trasmissione degli atti fondamentali del consorzio a tutti gli enti aderenti.

Lo statuto del consorzio, quale potestà auto-organizzatoria dell'ente pubblico, disciplina l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili, fissa le quote di partecipazione degli enti aderenti e prevede gli atti fondamentali del Consiglio di Amministrazione soggetti all'approvazione dell'Assemblea.

Il D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 precisa i contenuti dello statuto, stabilendo che esso deve disciplinare l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili e che in esso devono essere fissate le quote di partecipazione degli enti aderenti e previsti gli atti fondamentali del Consiglio di Amministrazione soggetti all'approvazione dell'Assemblea.

Salvo quanto previsto dalla convenzione e dallo statuto, per i consorzi ai quali partecipano anche enti diversi dagli enti locali, l'assemblea è composta dai rappresentanti degli enti associati nella persona del sindaco, del presidente o di un loro delegato, ciascuno con responsabilità pari alla quota di partecipazione fissata dalla convenzione e dallo statuto.

La prima considerazione da fare in merito a questa forma associativa deriva dalla lettera della norma. L'art. 31 del D.Lgs. 267/2000, dissipando ogni possibile dubbio derivante dalla originaria previsione di cui all'art. 25, 1° comma, L.142/90, consente espressamente la costituzione di consorzi oltre che per la gestione associata di uno o più servizi anche per l'esercizio associato di funzioni istituzionali di competenza comunale e provinciale.

L'art. 31, comma 8, del D. Lgs 267/2000, così come modificato dall'art. 35, comma 12, lett.a) della legge 28 dicembre 2002, n. 448, prevede che ai consorzi che gestiscono attività di cui all'articolo 113-bis, ovvero servizi privi di rilevanza industriale, si applicano le norme previste per le aziende speciali.

Al consorzio possono partecipare anche altri enti pubblici a ciò espressamente autorizzati, consentendo di superare le perplessità relative alla convenzione in merito alla partecipazione dell'ASL.

Una considerazione va fatta in merito ad alcune criticità che presenta questa modalità associativa. Innanzitutto essa prevede la definizione di una struttura politica, con l'individuazione degli organi sociali (consiglio di amministrazione, collegio dei revisori).

Il procedimento di costituzione di un Consorzio, inoltre, è particolarmente lungo in quanto sarebbe necessario prevedere la stesura dello statuto, e la relativa approvazione da parte degli enti locali in sede consiliare; definire uno schema di convenzione per disciplinare i rapporti tra l'amministrazione comunale e l'organismo consortile (anch'esso soggetto all'approvazione degli enti locali in sede consiliare); stipulare la costituzione per atto pubblico dinanzi ad un notaio.

Costituito il Consorzio è il suo CdA che ne determina l'indirizzo e la strategia gestionale, senza dovere di volta in volta fare ricorso alla espressione di indirizzi da parte degli Enti che partecipano al Consorzio, che pure mantengono funzioni di controllo e sorveglianza, nonché di indirizzo, nelle forme e nei modi che vengono definiti ad hoc.

Non si può tacere che il consorzio costituisce un modello in via di superamento, e ciò viene espressamente confermato dal legislatore, il quale all'articolo 273 comma IV del D. Lgs. 267/2000 richiama il vecchio articolo 60 della L. 142/1990, recante l'obbligo di procedere alla revisione od anche alla soppressione dei consorzi esistenti.

c) L'Unione di Comuni

L'Unione di Comuni, prevista e disciplinata dall'art. 32 del T.U.E.L. assumendo essa stessa la natura di ente locale, rappresenta la forma associativa "più forte", idonea, pertanto, a definire un assetto istituzionale nuovo, funzionale all'esercizio congiunto di un'ampia pluralità di funzioni. Alla scelta di tale modalità dovrebbe essere sottesa un'ampia riflessione sulle opportunità e sui vincoli (economici e gestionali) che da essa derivano, oltre che una fase sperimentale dell'esercizio di talune funzioni in forma associata. Solo dopo un periodo più o meno lungo di rodaggio è possibile optare per questa forma associativa senza correre eccessivi rischi.

A tal proposito non appare superfluo precisare che l'esistenza di un'Unione di Comuni non vincola in alcun modo la scelta della forma da adottare per la gestione dei servizi, che potrebbe rimanere in capo all'Unione ovvero essere affidata ad enti terzi quali, ad esempio: Aziende speciali, Istituzioni, Società di capitali.

L'atto costitutivo e lo statuto dell'Unione sono approvati dai consigli dei comuni partecipanti con le procedure e la maggioranza richieste per le modifiche statutarie. Lo statuto individua gli organi dell'unione e le modalità per la loro costituzione ed individua altresì le funzioni svolte dall'unione e le corrispondenti risorse.

L'unione ha potestà regolamentare per la disciplina della propria organizzazione per lo svolgimento delle funzioni ad essa affidate e per i rapporti anche finanziari con i comuni. Alle unioni si applicano i principi previsti per l'ordinamento degli enti.

Le forme di gestione dei servizi

Il D.lgs. 267/2000 non si limita a disciplinare le forme associative, ma nel successivo Titolo V offre un articolato quadro di riferimento delle opportunità derivanti dalla scelta di specifiche forme di gestione dei servizi, trovandosi l'Ente Locale sempre nelle condizioni di scegliere tra il "make or buy", cioè tra il realizzare ed erogare un servizio a propria cura, oppure comprare il servizio da soggetti privati operanti sul mercato e, una volta deciso di erogare in proprio il servizio, di decidere se realizzarlo direttamente oppure affidarne ad un soggetto terzo l'attuazione, secondo gli indirizzi, con le modalità e le risorse a ciò dedicate.

In particolare il primo comma dell'art.112 individua, in modo generico, le caratteristiche dei servizi la cui gestione può essere assunta dagli enti locali: l'oggetto del servizio deve consistere nella "produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali"; i successivi articoli da 113 a 116 definiscono le diverse tipologie degli strumenti utilizzabili per la gestione unitamente alle loro principali caratteristiche.

In particolare si sottolinea il contributo offerto dalla L. 488/2001, la "Legge Finanziaria 2002", che ha modificato l'art. 113 per i servizi pubblici di rilevanza industriale, ed ha introdotto l'art. 113 bis sulla "Gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza industriale", che è specificamente rivolto a tutti i servizi di interesse per il presente documento.

Trattandosi di specifiche modalità gestionali finalizzate alla predisposizione ed erogazione di interventi e servizi, nel campo della cura alla persona, dei servizi alla famiglia e dei servizi comunitari, si riporta, di seguito, solo una sintetica descrizione di tali strumenti, lasciando ad altra sede eventuali approfondimenti.

Le **forme di gestione** dei servizi realizzati dall'Ente Locale (o da associazione di Enti) sono le seguenti:

- 1) **In economia** quando, per le modeste dimensioni o per le caratteristiche del servizio, non sia opportuno procedere ad affidamento ad una Istituzione oppure un'Azienda speciale o ancora a Società di capitali costituite o partecipate da Enti Locali;
- 2) **In concessione a terzi**, quando sussistono ragioni tecniche, economiche o di opportunità sociale per esternalizzare la realizzazione del servizio.

Nel caso in cui l'Ente locale decida di esternalizzare il servizio gestendolo mediante affidamento, quest'ultimo può essere diretto a:

2.1) **Azienda speciale**, anche consortile, che è ente strumentale dell'ente locale, dotata di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale, di proprio statuto di propri regolamenti, di proprio organo di revisione e di forme autonome di verifica della gestione (art.114);

2.2) **Istituzione**, che è organismo strumentale dell'ente locale per l'esercizio di servizi sociali, dotato di autonomia gestionale, ma non dotato di personalità giuridica, né di proprio statuto, dal momento che l'ordinamento e il funzionamento delle istituzioni sono disciplinati dallo statuto e dai regolamenti dell'ente locale da cui dipendono (art.114);

2.3) **Società per azioni o di capitali**, a responsabilità limitata, a prevalente capitale pubblico locale, costituita o partecipata dall'ente titolare del pubblico servizio, qualora sia opportuna in relazione alla natura o all'ambito territoriale del servizio la partecipazione di più soggetti pubblici o privati (artt.115-116). Si sottolinea che in base all'art. 115 del D. Lgs. 267/2000, così come modificato dalla L. 488/2001, i comuni, le province e gli altri enti locali possono, per atto unilaterale, trasformare le aziende speciali in società di capitali, ma possono restare azionisti unici per un periodo comunque non superiore a due anni dalla trasformazione.

Dunque in presenza della volontà ad assumere una gestione unitaria dei servizi sociali in un ambito territoriale, la prospettiva più strutturata di medio termine per la forma di gestione associata è quella della Società per azioni, per la quale in modo più evidente è prevista la partecipazione di più soggetti

pubblici e, pur se in misura minoritaria, anche di soggetti privati. Si tratta inoltre della forma di gestione che assicura la maggiore autonomia imprenditoriale e gestionale, fatti salvi gli indirizzi politici degli enti che hanno espresso una Società, ma che pone anche numerosi problemi in termini di complessità della gestione e della organizzazione interna.

Nel caso della Istituzione e dell'Azienda Speciale, appare più chiaro che tali forme di gestione rappresentano una espressione diretta di uno ed un solo ente locale, che quando questo sia la Comunità Montana o la Provincia estende le sue attività ad un ambito territoriale sovracomunale, quando sia invece un Comune ha bisogno di specifici atti di delega o convenzionali, con specifici apporti di risorse, per estendere il suo raggio di azione fuori dei comuni del singolo Comune di cui è emanazione. Ed appare chiaro che tutto ciò si configura più palesemente come una soluzione di breve periodo e di transizione, lungo il percorso difficile del consolidamento della gestione unitaria.

Esulano dalle indicazioni contenute nell'art.113 bis del D. Lgs. 267/2000 le disposizioni dell'art. 29, comma 1, della legge 28 dicembre 2000, n. 448, laddove si afferma che le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nonché gli enti finanziati direttamente o indirettamente a carico del bilancio dello Stato sono autorizzati a costituire, anche in deroga alle vigenti disposizioni, soggetti di diritto privato ai quali affidare lo svolgimento di servizi, svolti in precedenza, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione.

Da quanto appena delineato emerge, con evidenza, che il vigente quadro di riferimento normativo applicabile alla sfera dei servizi sociali consente un'ampia possibilità di scelta fra molteplici strumenti e forme di gestione, modalità associative, percorsi e procedimenti operativi. Tale diversità se da una parte lascia ampi margini di autonomia, dall'altra presuppone una significativa capacità di analisi e valutazione e l'utilizzo di criteri idonei per individuare le forme associative e le modalità gestionali più efficienti ed efficaci e di dotarsi in ogni caso di strutture interne per la selezione a monte dei soggetti affidatari, ed il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni erogate da soggetti terzi, visto il ruolo del soggetto pubblico di regolatore del "mercato amministrato" dei servizi sociali, che deve garantire da un lato le migliori condizioni per la crescita dell'offerta e l'ampliamento della domanda, ma dall'altro lato deve garantire anche la crescita della qualità dei servizi offerti ai cittadini.

La scelta è quindi affidata a valutazioni ampiamente discrezionali che debbono tuttavia adeguatamente considerare gli interessi pubblici coinvolti unitamente agli obiettivi prefissati, anche se bisogna sottolineare che il Consiglio di Stato ha più volte evidenziato che la convenienza economica della costituzione di una società a partecipazione pubblica locale deve essere congruamente dimostrata in modo tale da rendere palesi le ragioni della scelta organizzativa della società di capitali.

La motivazione di tale scelta è dettata da ragioni di opportunità e convenienza, espresse attraverso previsioni di bilancio.

Per quanto attiene al rapporto tra soggetto pubblico e soggetti del Terzo Settore, ci si limita a rinviare, per un approfondimento delle questioni connesse alla partecipazione del soggetto privato alla progettazione della rete dei servizi e alla erogazione degli stessi, al DPCM del 14 marzo 2001 sulle modalità per l'affidamento dei servizi.

La dimensione economica e regolamentativa

E' intuitivo che la gestione unitaria di un ambito territoriale, nella misura in cui voglia concorrere anche a dare attuazione a quel sistema di valori che è stato sopra enunciato, dovrà fondarsi su pratiche di lavoro, su criteri di scelta, su modalità di gestione e di utilizzo delle risorse evidentemente unitarie.

Questo investe direttamente gli aspetti che riguardano le risorse finanziarie che la Regione Campania ripartisce tra gli ambiti e che gli stessi Comuni apportano al Quadro finanziario del Piano di Zona, per l'attuazione di tutti i servizi che nel Piano di Zona sono previsti.

La possibilità che l'Ente individuato come gestore di uno o più servizi del Piano possa gestire oltre che le risorse del Fondo trasferito dalla Regione anche le altre risorse del Fondo d'ambito (risorse proprie dei Comuni, dell'ASL, di altri soggetti pubblici, dei privati) deve gradualmente estendersi, lungo due direttrici:

- la % di risorse del Piano di Zona che vengono gestite in forma unitaria, per cui un solo Ente realizza un certo servizio per tutto il territorio, potendo eventualmente distribuire le competenze per servizi diversi ad enti diversi, laddove non sia individuato un Soggetto gestore in capo a cui sono collocate anche tutte le responsabilità del livello operativo;

- la quota di risorse che ciascun comune utilizza per la spesa sociale e che, salvo quelle conferite al Piano di Zona, restano in capo ai singoli comuni, quasi sempre per realizzare servizi poco coordinati con gli stessi di altri comuni e poco coordinati con gli stessi servizi previsti nel Piano di Zona.

L'obiettivo ultimo, che viene evidentemente qui enunciato come punto di arrivo di un percorso che ogni sistema di welfare locale dovrebbe compiere, è quello di arrivare a considerare il Piano Sociale di Zona come l'unico vero bilancio preventivo della spesa sociale di un intero Ambito, in cui tutti gli interventi siano tra loro coordinati e gestiti in forma unitaria, senza che questo rappresenti una minaccia per l'autonomia e la capacità di governo di un territorio da parte del singolo Ente locale.

Infine un breve cenno deve essere rivolto alla necessità che gli Enti Locali, avendo deciso di assumere una certa modalità per la gestione unitaria dei servizi, tutti o parte, previsti nel Piano di Zona, si dotino di criteri omogenei per disciplinare l'organizzazione e l'erogazione dei servizi, considerando quindi:

- gli aspetti di qualità dei servizi erogati (carte dei servizi)
- gli aspetti di qualità delle strutture in cui i servizi vengono erogati e dei soggetti (criteri di accreditamento)
- le modalità per garantire la partecipazione dei cittadini alla rete dei servizi (carte di cittadinanza sociale)
- la dotazione di servizi minimi in tutti i territori dell'Ambito territoriale (livelli essenziali di assistenza)
- le regole per l'accesso alle prestazioni da parte di tutti i cittadini (regolamento unico per l'accesso alle prestazioni)
- le caratteristiche degli specifici servizi erogati in tutto l'ambito sociale (regolamenti per i singoli servizi, es.: ADI, servizio sociale, trasporto sociale, ecc..)
- il sistema delle informazioni da utilizzare a supporto delle funzioni di programmazione e di gestione della rete dei servizi (sistema informativo sociale).

Vengono enucleati questi esempi solo per sottolineare quanto il percorso della costruzione della gestione unitaria dei servizi sia lungo, articolato e non semplice, che non si chiede certo di svolgere in poche settimane o mesi, ma rispetto a cui la Regione Campania intende lanciare un messaggio chiaro: la gestione unitaria non si esaurisce nella definizione di un accordo di programma, di un atto convenzionale o altro atto giuridico-amministrativo, ma deve essere vissuto come un percorso di scelte e di sperimentazioni che comincia con l'approvazione del Piano di Zona.

SCHEMA DI ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE IN FORMA ASSOCIATA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA (SECONDA ANNUALITA') PER LA GESTIONE IN FORMA ASSOCIATA DI SERVIZI DI AMBITO ZONALE E PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267

ACCORDO EX ART. 19 L. 8 novembre 2000, n. 328

PREMESSO CHE

- la Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, legge 8 novembre 2000, n. 328, individua il "Piano di Zona dei servizi socio-sanitari" come uno strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore socio-sanitario, con riferimento, in special modo, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento;
- le Regioni sono istituzionalmente preposte ad indicare gli "obiettivi generali della programmazione economico sociale e territoriale e su questa base a ripartire le risorse destinate al finanziamento del programma di investimenti degli enti locali";
- alle Province spettano "le funzioni amministrative d'interesse provinciale che riguardino vaste zone intercomunali o l'intero territorio provinciale nel settore dei servizi sanitari, di igiene e profilassi pubblica", così come previsto dall'art. 19, comma 2, lett. H), del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;
- ai Comuni spettano tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi alla persona ed alla comunità, così come previsto dall'art. 13, comma 1, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;
- alle Regioni spettano altresì tutte le funzioni amministrative indicate all'art. 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- alle Province spettano altresì tutte le funzioni amministrative indicate all'art. 7 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- ai Comuni spettano altresì tutte le funzioni amministrative indicate all'art. 6 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sostituito dall'art. 1 del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, stabilisce che "la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto";
- le Regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre - 1992, n. 502, sostituito dall'art. 1 del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229;
- le unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sostituito dall'art. 3 del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, sono costituite in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato;

- le Regioni, allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, 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 Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 19 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, nonché dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo le modalità definite dalle Regioni;
- i Comuni concorrono alla programmazione regionale e sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale esercitate adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267;
- la Regione Campania, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, ha determinato, ai sensi dell'art. 8, comma 3, lett. a) della legge 8 novembre 2000, n. 328, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, prevedendo 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;
- la Giunta Regionale della Campania, con la Deliberazione n. ____ del _____, ha adottato le linee guida che illustrano il percorso e la successione temporale delle fasi della pianificazione sociale, oltre che la composizione di tutti gli ambiti territoriali nei quali è stato ripartito il territorio della Campania;

VISTO

- l'art. 131 del D. Lgs. 31 marzo 1998, n.112 conferisce alle regioni ed agli enti locali tutte le funzioni ed i compiti amministrativi nella materia dei servizi sociali;
- l'art. 19, comma 1, del D. Lgs. 8 novembre 2000, n. 328, dispone che "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";
- l'art. 19, comma 2, del D. Lgs. 8 novembre 2000, n. 328, ha espressamente previsto che il Piano di Zona è adottato attraverso un Accordo di programma;
- l'articolo 19, comma 3, del medesimo decreto, precisa che all'Accordo di programma per l'adozione del Piano di Zona partecipano i Comuni associati; le aziende unità sanitarie locali, disciplinate dall'articolo 3, D. Lgs. n. 502/92, così come modificato dal D. Lgs. n. 229/99; gli organismi non lucrativi di utilità sociale (D. Lgs. n. 460/97); gli organismi della cooperazione (cooperative; cooperative sociali, L. n. 381/91, altri organismi a modello mutualistico); le associazioni ed enti di promozione sociale (L. n. 383/2000); le fondazioni e gli enti di patronato; le organizzazioni di volontariato (L. n. 266/91); gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore della programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipub);
- l'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, che prevede la conclusione di accordi di programma per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di comuni, di province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, anche su richiesta di uno o più dei soggetti

interessati, per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento;

- l'art. 15 della l. 7 agosto 1990, n. 241, laddove stabilisce che le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività d'interesse comune;
- lo statuto dei Comuni di _____;
- lo statuto della Comunità Montana di _____ (indicare statuto eventuale Comunità Montana presente);
- lo statuto della Provincia di _____;
- lo statuto del _____ (indicare statuto eventuale soggetto gestore);
- l'atto aziendale adottato dall'Azienda Sanitaria Locale _____, in data _____, ed il Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3 quater dell'art. 3 del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, approvato dall'Azienda Sanitaria Locale _____, in data _____, hanno definito gli impegni e gli obblighi specifici nei confronti dell'utenza, con indicazione dei mezzi e delle risorse attivabili, in sintonia con i criteri di efficacia, efficienza ed economicità, e nel rispetto del vincolo di bilancio;

CONSIDERATO

- la legge 7 agosto 1990, n.241;
- il verbale della conferenza di servizi, convocata ex art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, che costituisce parte integrante del presente atto;
- la necessità da parte degli enti aderenti al presente Accordo di facilitare ed incoraggiare l'accesso ai servizi socio-sanitari, abbattendo gli ostacoli che gli utenti incontrano lungo i percorsi burocratici, promuovendo politiche finalizzate a conseguire risultati di efficienza e di efficacia dei relativi procedimenti amministrativi, attraverso la definizione di un Piano di Zona, così come previsto dall'art. 19, della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- il Consiglio Regionale della Campania, con la deliberazione n. ____ del ____, pubblicata sul BURC del ... numero ... , ha approvato la nuova articolazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, ai sensi della legge 328/2000, apportando parziali modifiche alla zonizzazione approvata con delibera n. 1824 del 4 maggio 2001, pubblicata sul BURC del 29/06/2001, numero speciale;
- la Giunta Regionale della Campania, con delibera n. ... , pubblicata sul BURC del numero....., ha approvato le " Linee guida per la programmazione sociale in Campania per il 2003 ".
- che tra i Comuni di (eventualmente: Comunità Montana, Asl e Provincia di _____) era stato sottoscritto specifico Accordo di Programma in data 2002, avente ad oggetto l'adozione del Piano Sociale di Zona zonale 2002-2004, nel rispetto di quanto stabilito dalla L. 328/2000 e dalle delibere della Giunta Regionale della Campania n. 1824 e 1826 del 29 giugno 2001;
- i singoli comuni e l'azienda USL, in datafebbraio 2003, hanno sottoscritto un Protocollo di Intesa per definire gli impegni e le responsabilità di ciascuno per l'attuazione della seconda annualità del Piano Sociale di Zona 2002-2004;

TANTO PREMESSO, VISTO E CONSIDERATO

IL COMUNE DI _____,
IL COMUNE DI _____,
IL COMUNE DI _____,

IL COMUNE DI _____,
L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI _____

SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE

ACCORDO DI PROGRAMMA
PER LA REALIZZAZIONE IN FORMA ASSOCIATA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA (SECONDA ANNUALITA')
PER LA GESTIONE IN FORMA ASSOCIATA DI SERVIZI DI AMBITO ZONALE E PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA'
DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

PARTE PRIMA

Finalità dell'accordo di programma

Recepimento della premessa - Finalità - Oggetto - Principio di leale collaborazione.

Art. 1 - Recepimento della premessa.

Il presente Accordo di Programma disciplina le responsabilità e gli impegni - reciproci e nei confronti dell'utenza - dei seguenti enti:

ENTE	RAPPRESENTANTE

La premessa è parte integrante dell'Accordo di Programma.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano di Zona dei servizi socio-sanitari da parte delle Amministrazioni che aderiscono al presente Accordo di Programma e, più in generale, di tutte le Amministrazioni che hanno competenza in tema di servizi socio-sanitari, nonché per la coerente ed efficace conduzione del Piano di Zona stesso e per l'attuazione ed il costante miglioramento delle attività e dei servizi previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328.

I Comuni e gli altri firmatari del presente accordo si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano di Zona allegato secondo la parte a ciascuno di essi attribuita e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano a seguire il criterio della massima diligenza per superare eventuali imprevisti e difficoltà sopraggiunti con riferimento anche alle attività propedeutiche alla fase esecutiva dei programmi prestabiliti nel Piano di Zona.

Art. 2 - Finalità.

Il presente Accordo di programma si propone:

- a) di confermare le modalità di attuazione del Piano Sociale di Zona 2002-2004;
- b) di promuovere la gestione unitaria del Piano di Zona regolando compiutamente l'esercizio associato di alcuni Servizi, individuando per ognuno il soggetto tecnico gestore e il soggetto amministrativo responsabile della gestione, nonché le modalità di suddivisione dei costi e le modalità di compartecipazione dei cittadini interessati a tali servizi;
- c) di realizzare di concerto con l'Azienda Usl n..... la piena integrazione tra i Servizi sociali comunali e i Servizi sociali e sanitari della ASL secondo le modalità definite nel Protocollo di Intesa sottoscritto tra le parti in data
- d) di consolidare amministrativamente la gestione associata delle funzioni inerenti i servizi sociali, i servizi sociosanitari e i servizi educativi di competenza dei Comuni appartenenti all'ambito;
- e) di prendere atto e riepilogare gli impegni già assunti dalle Amministrazioni comunali e dagli altri sottoscrittori, al fine di confermarne la validità e consolidarne gli impegni;

Art. 3 - Oggetto.

Il presente Accordo di programma ha per oggetto:

- a) la compiuta definizione dei reciproci rapporti fra i soggetti Istituzionali coinvolti nell'attuazione dei servizi e degli interventi previsti nel Piano di Zona 2002-2004;
- b) il recepimento da parte delle Amministrazione pubbliche coinvolte dei protocolli d'intesa già sottoscritti aventi per oggetto la gestione integrata degli interventi previsti per i seguenti servizi:

Segue elenco dei servizi da realizzare in forma integrata

- c) la definizione dei ruoli e delle attribuzioni dell'Ufficio di Piano;
- d) l'individuazione dei soggetti pubblici incaricati di agire amministrativamente per la gestione associata delle risorse che confluiscono nel Fondo d'ambito.

Art. 4 - Principio di leale collaborazione.

Gli enti sottoscrittori si impegnano a dare attuazione al presente Accordo di Programma con spirito di leale collaborazione tesa al raggiungimento degli obiettivi attraverso una costruttiva ricerca dell'interesse pubblico generale che conduca a soluzioni che realizzino il necessario bilanciamento degli interessi coinvolti, evitando l'assunzione di posizioni pregiudizialmente dirette alla tutela esclusiva del singolo interesse pubblico di cui ciascuna di esse è affidataria.

PARTE SECONDA

I rapporti tra i soggetti sottoscrittori.

Priorità - Impegno dei soggetti firmatari - Responsabilità.

Art. 5 - Priorità.

Le componenti istituzionali firmatarie dell'accordo intendono realizzare in forma integrata i sottoelencati specifici interventi nell'ambito dei settori indicati come prioritari dalla Regione Campania (in conformità a quanto previsto nel PSN) nelle Linee guida alla programmazione sociale per il 2003:

Segue elenco completo degli interventi da realizzare nel triennio di vigenza del PdZ.

Intervento/servizio	Importo finanziario e durata	Soggetto Responsabile per la Gestione	Modalità di gestione

Ritengono inoltre di definire, sin da ora, quali strumenti prioritari a supporto della gestione unitaria dei servizi i seguenti:

- regolamento per il funzionamento dell'Ufficio di Piano;
- regolamento unico per l'accesso alle prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie e regolamento ISEE;
- schemi di bando e procedure di evidenza pubblica per l'affidamento di servizi a soggetti terzi;
- Carte di Servizi per le principali tipologie di servizi.

altri eventuali: inserire elenco completo dei regolamenti adottati e da adottarsi per garantire l'uniformità delle prestazioni socio-assistenziali nell'intero Ambito (tali regolamenti dovranno essere adottati da tutti i comuni aderenti all'ambito)

Art. 6 - Impegno dei soggetti firmatari.

L'attuazione del contenuto del presente Accordo avviene ad opera dei singoli soggetti firmatari i quali si impegnano espressamente a svolgere i compiti loro affidati secondo le modalità previste dall'accordo stesso e da quanto specificato nell'allegato Piano di Zona e nei piani esecutivi successivi.

Per quanto riguarda il Piano sociale di Zona, i sottoscritti Enti assumono gli impegni sottoindicati, che riassumono sinteticamente le concrete modalità di attuazione del medesimo per l'anno 2003, ovvero fino

alla scadenza del periodo di attuazione delle singole azioni, in conformità a quanto concordato nel Protocollo d'intesa sottoscritto in data_____:

ENTE	NATURA DELL'IMPEGNO

Nella tabella potranno essere sinteticamente indicati i compiti assunti da ciascun ente rispetto ai singoli interventi e progetti inseriti nel Piano di Zona, ivi compresi anche gli obblighi assunti da tutti i soggetti firmatari.

Le Parti che sottoscrivono il presente accordo si impegnano, inoltre, a:

- realizzare gli interventi approvati nel Piano di Zona nei territori di rispettiva competenza, nel rispetto dei criteri e delle modalità definiti dal Piano stesso;
- dare avvio ad ogni intervento sottoscritto dando atto che in caso contrario i fondi degli interventi e servizi che eventualmente non dovessero essere avviati verranno riutilizzati per altri progetti nello stesso territorio di riferimento;
- a realizzare con l'ASL l'integrazione sociosanitaria, nei modi, nei tempi e per i servizi specificati nel Piano di Zona, e riprendendo i contenuti del Protocollo di Intesa citato in epigrafe;
- a realizzare la Porta Unica di Accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari di ambito, per l'attuazione del welfare d'accesso e la realizzazione di una parte importante della integrazione sociosanitaria, a partire dalla formulazione delle risposte da fornire ai bisogni degli utenti;
- a garantire la realizzazione nell'Ambito dei servizi afferenti ai livelli essenziali di assistenza individuati dalla Regione Campania per l'area sociale e per l'area sociosanitaria.

(eventuale) L'Amministrazione Provinciale di _____, nell'ambito della propria responsabilità di coordinamento delle iniziative adottate sul territorio provinciale, garantisce la coerenza degli interventi presentati dagli enti locali con gli obiettivi della Legge e della delibera regionale; assicura il presidio delle funzioni di monitoraggio dell'attuazione della Legge e del Piano, di documentazione, promozione e consulenza metodologica; garantisce altresì assistenza e collaborazione nella definizione di progetto di inserimento lavorativo di soggetti appartenenti a fasce deboli.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____ n. ___ si impegna a garantire la gestione dei progetti programmati delegati dai Comuni, e a partecipare, per quanto di propria competenza, ai progetti indicati nel Piano.

I Comuni assumono l'impegno di seguire l'esecuzione degli interventi di propria competenza, curandone gli aspetti operativi di realizzazione e provvedendo alla eventuale stipula di apposite convenzioni con le organizzazioni non lucrative di utilità sociale coinvolte nell'attuazione degli stessi. Inoltre si impegnano a collaborare con gli incaricati della Provincia della fase di monitoraggio in itinere e di valutazione; provvedono inoltre ad assicurare l'attività amministrativa-contabile di gestione dei progetti nonché l'attività di rendicontazione della spesa sostenuta, nei termini che verranno definiti dalla Regione Campania.

I Comuni altresì si impegnano a promuovere e ad attivare misure di inserimento lavorativo di soggetti in fasce deboli, anche avvalendosi degli strumenti della Legge 68/1999.

Art. 7 - Responsabilità.

Nella determinazione degli impegni che vengono assunti con il presente Accordo di Programma per gli effetti che da essi derivano per il cittadino utente vengono individuati due livelli di responsabilità:

- il primo livello, di carattere istituzionale, identificato per la parte sociale nel sindaco del Comune di appartenenza dell'utente e per la parte sanitaria nel responsabile di zona dell'azienda sanitaria.
- il secondo livello di carattere organizzativo/gestionale identificato nel responsabile della struttura organizzativa (del Comune o della Comunità Montana o della Azienda USL) incaricata di concludere il

procedimento, ovvero nell'operatore investito della conduzione del caso ovvero dell'intervento, comunicato al cittadino.

PARTE TERZA ASPETTI ORGANIZZATIVI

Rapporti con il terzo settore - Assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano - Competenze Ufficio di Piano - Coordinamento Istituzionale - Funzioni del Coordinamento - La gestione del Piano di Zona - Azioni di comunicazione sociale sugli obiettivi, le attività e i risultati del Piano di Zona.

Art. 8 - Rapporti con il terzo settore.

Con i soggetti del Terzo Settore, se e in quanto individuati come protagonisti per la realizzazione dei progetti inclusi nel Piano di zona sociale vengono instaurati rapporti formali regolati da convenzioni stipulate, a seguito di procedure di affidamento ovvero di accreditamento in base alle norme vigenti, nonché attraverso la costituzione di un Tavolo Permanente di confronto al quale saranno invitati a prendere parte tutti gli esponenti delle organizzazioni più rappresentative.

Art. 9 - Assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano.

L'utilizzo del personale di ruolo nei Comuni e nella Azienda USL dell'ambito, necessario alla realizzazione degli obiettivi del presente Accordo, avverrà sotto la responsabilità funzionale ed organizzativa dei Responsabili del Servizio delle rispettive amministrazioni, ferma restando la dipendenza amministrativa e i vincoli dello stato giuridico propri di ogni Amministrazione.

La dotazione organica del personale dell'Ufficio di Piano comprende l'insieme dei posti a tempo pieno e a tempo parziale, distinti per categorie e per profili professionali. Nella definizione dell'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano le amministrazioni interessate si impegnano ad individuare in modo puntuale l'apporto stabile e continuativo in termini di risorse umane, espresso di giornate/uomo oppure in ore/uomo, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano, ovvero delle risorse economiche necessarie per le risorse umane acquisite dall'esterno.

Le variazioni alla dotazione organica del personale sono deliberate dal Coordinamento Istituzionale. Nel caso di utilizzo di personale convenzionato o a contratto con i vari Enti, il responsabile farà diretto riferimento alle Amministrazioni dei citati Enti, le quali sono garanti dei requisiti di idoneità professionale, anche dal punto di vista igienico - sanitario e dei dovuti atti assicurativi.

L'articolazione dell'orario di lavoro, qualora diversa da quella inizialmente concordata sarà definita previo accordo con l'Amministrazione fornitrice in relazione alle esigenze operative ed organizzative.

Art. 10 - Competenze Ufficio di Piano.

L'Ufficio di Piano avrà le seguenti competenze:

- a. predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi ai soggetti previsti dal comma 5 dell'art. 1 legge 8 novembre 2000, n. 328;
- b. definire atti finanziari sia per la gestione corrente dell'Ufficio di Piano medesimo (spese, beni strumentali e beni di consumo, percentuale per i costi generali di funzionamento quali telefono, personale, ecc.), sia per la materiale erogazione delle somme destinate al finanziamento dei soggetti che gestiscono i servizi (Comuni, privato sociale, privati che agiscono in regime di convenzione);
- c. predisporre l'articolato dei protocolli d'intesa e degli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- d. organizzare la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- e. predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento da parte del soggetto capofila (gestore del fondo complessivo dell'ambito) dell'obbligo di rendicontazione;
- f. sviluppare tutte le attività necessarie al supporto per i soggetti responsabili della gestione dei servizi in forma associata, laddove non sia stato individuato un unico Soggetto gestore, ovvero nelle more della sua individuazione;
- g. formulare indicazioni e suggerimenti diretti al coordinamento istituzionale in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, rimodulazione delle attività previste dal Piano di Zona, acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti;
- h. predisporre una relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano di Zona con l'indicazione del livello di attuazione e del grado di soddisfazione dell'utenza.

i. ...

.....

Il coordinamento tecnico in ordine all'oggetto del presente accordo è assicurato dall'Ufficio di piano che opererà secondo le modalità previste nell'apposito regolamento di funzionamento ed organizzazione.

La verifica in ordine all'attuazione degli interventi previsti dal piano sociale di zona e dei risultati finali avviene (indicare modalità di verifica)

La verifica sul funzionamento dei servizi di rilevanza zonale avviene secondo le seguenti modalità:

1).....

2).....

3).....

Il monitoraggio costante degli interventi avviene in virtù della metodologia suddivisa nelle fasi:

1).....

2).....

3).....

Art. 11 - Coordinamento Istituzionale.

Per l'esame delle problematiche concernenti la funzione di indirizzo programmatico e di controllo della gestione del Piano di Zona è istituito il Coordinamento Istituzionale dei rappresentanti legali degli enti aderenti.

Il Coordinamento procede alla definizione di accordi di programma o convenzioni con altri enti.

Il Coordinamento è convocato dal legale rappresentante del soggetto gestore (o dell'ente capofila) almeno due volte l'anno e comunque quando ne facciano richiesta almeno un terzo dei suoi componenti. Per la validità della seduta è richiesta la presenza della metà più uno dei componenti e le decisioni sono assunte con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei presenti.

Art. 12 - Funzioni del Coordinamento.

Il Coordinamento svolge funzioni di indirizzo e di controllo politico - amministrativo,

In particolare:

- verifica la corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità di cui al Piano di Zona;
- definisce le procedure che devono essere applicate uniformemente dai Comuni, nonché le dotazioni tecnologiche di cui gli stessi devono essere dotati;
- decide sulle semplificazioni procedurali da attuare e sulle innovazioni tecnologiche da introdurre;
- può rilasciare pareri consultivi agli organi politici circa le materie oggetto dell'Accordo di Programma;
- approva regolamenti ed atti relativi alla gestione in forma associata di servizi.

Il Coordinamento predispose altresì periodicamente relazioni sull'attività svolta e piani di lavoro per l'attività del Piano di Zona nel periodo successivo, in cui sono operativamente tradotti il complesso degli obiettivi e degli indirizzi stabiliti dagli enti aderenti, nonché fornite proposte ed indicazioni di carattere programmatico.

Art. 13 - La gestione del Piano di Zona.

Gli enti aderenti affidano la gestione del Piano di Zona al _____ (indicare modalità di gestione prescelta). Il compito di individuare il Responsabile dell'Ufficio di Piano spetta al soggetto gestore.

Le attività del Piano di Zona saranno finanziate con le risorse economiche messe a disposizione annualmente dal fondo per le politiche sociali, sulla scorta del Piano di Riparto Regionale, adottato dalla Regione Campania, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali predisposto dal Governo.

I Comuni si impegnano a contribuire al finanziamento delle spese di gestione del Piano di Zona, stipulando apposita convenzione con _____ (soggetto gestore), indicando come spesa fissa a carico di ogni ente per il funzionamento della struttura la somma di _____ € ad anno per ogni abitante.

Le disposizioni relative al funzionamento ed alla rendicontazione delle spese di gestione dell'Ufficio di Piano saranno indicate nella convenzione di cui al comma precedente.

Art. 14 - Azioni di comunicazione sociale sugli obiettivi, le attività e i risultati del Piano di Zona.

Le attività di informazione e di comunicazione sono attuate con ogni mezzo di trasmissione idoneo ad assicurare la necessaria diffusione di messaggi, anche attraverso la strumentazione grafico-editoriale, i siti web, le strutture informatiche, le funzioni di sportello, le reti civiche, le iniziative di comunicazione integrata e i sistemi telematici multimediali.

Le attività di informazione e di comunicazione sono, in particolare, finalizzate a:

- illustrare e favorire la conoscenza delle attività poste in essere, al fine di facilitare l'accesso all'utenza;
- illustrare le attività del Piano di Zona e il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi sociali, promuovendone la conoscenza;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati nonché la conoscenza dell'avvio e del percorso dei procedimenti amministrativi.

PARTE QUARTA L'ESECUZIONE DELL'ACCORDO

Collegio di vigilanza - Procedimento di arbitrato - Azioni ammissibili in via giurisdizionale- Efficacia dell'attività amministrativa già espletata prima della stipula del presente accordo - Recesso - Durata - Efficacia dell'Accordo - Esenzione del bollo - Registrazione

Art. 15 - Collegio di vigilanza.

Le Amministrazioni convengono di istituire il Collegio di Vigilanza di cui faranno parte: il Presidente della Provincia, il Sindaco del Comune capofila, il rappresentante legale del soggetto gestore (*laddove costituito*), un soggetto in rappresentanza dell'ASL, un soggetto in rappresentanza della Regione o loro delegati con il compito di vigilare sul corretto svolgimento degli interventi previsti nel Piano di Zona.

Il Collegio di Vigilanza, una volta riscontrata la presenza di ritardi o negligenze nella realizzazione degli interventi, provvede a darne comunicazione agli altri soggetti firmatari dell'Accordo al fine di concordare soluzioni o interventi da adottare, ivi compresa la possibilità di proporre alla Regione la modifica, anche sostanziale, dei progetti.

Il Collegio di Vigilanza eserciterà funzioni di:

- controllo sul corretto adempimento degli obblighi stabiliti con l'Accordo;
- sorveglianza in relazione all'esecuzione dell'Accordo e alle esigenze dell'utenza;
- formulazione di proposte per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della struttura.

Il collegio è presieduto dal Presidente della Regione o dal Presidente della Provincia o dal Sindaco del Comune capofila.

Nel caso di ritardo, inerzia o inadempimenti, il Collegio invita il soggetto al quale il ritardo, l'inerzia o l'inadempimento sono imputabili, ad assicurare che la struttura da esso dipendente adempia entro un termine prefissato.

In caso di inadempienze da parte dei soggetti partecipanti, il Collegio è competente a porre in essere gli interventi surrogatori necessari per il corretto adempimento degli obblighi assunti con il presente atto.

L'inerzia, l'omissione e l'attività ostantiva riferite all'attuazione, alla verifica e al monitoraggio da parte dei soggetti responsabili delle rispettive funzioni costituiscono agli effetti del presente accordo, fattispecie di inadempimento.

Il soggetto sottoscrittore, cui è imputabile l'inadempimento, è tenuto a rimborsare, entro il termine prefissato di 90 giorni, al Collegio gli oneri sostenuti per la realizzazione degli interventi surrogatori.

Art. 16 - Procedimento di arbitrato.

Ai sensi dell'art. 34, comma 2, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, le contestazioni che avessero a insorgere per causa od in dipendenza dell'osservanza, interpretazione ed esecuzione del presente accordo, qualora le parti non riescano a superarle amichevolmente, saranno demandate a termine degli artt. 806 e segg. del c.p.c. al giudizio di un Collegio Arbitrale.

Ciascuna delle parti, nella domanda di arbitrato o nell'atto di resistenza alla domanda, nominerà l'arbitro di propria competenza; in caso di indicazione di un numero pari di arbitri, l'ulteriore arbitro è nominato dal Presidente del Tribunale di _____, ai sensi dell'articolo 810, comma 2, del codice di procedura civile.

Se non vi è alcuna indicazione della sede del collegio arbitrale, ovvero se non vi è accordo fra le parti, questa si intende stabilita a _____.

Gli arbitri giudicheranno secondo diritto.

Art. 17 - Azioni ammissibili in via giurisdizionale.

Sono ammissibili, in via giurisdizionale:

- A. l'azione *contra silentium*, in caso di inerzia;
- B. l'impugnativa dell'atto difforme dall'accordo deducendo come vizio di legittimità dell'atto la contrarietà all'accordo;
- C. l'azione di risarcimento danni, in via ordinaria, come conseguenza dell'annullamento del silenzio o del provvedimento difforme dall'accordo.

Art. 18 - Efficacia dell'attività amministrativa già espletata in vista della stipula del presente accordo.

Sono salvi gli effetti delle deliberazioni, pareri, assensi, accordi relativi a progetti già approvati, posti in essere da parte degli enti firmatari del presente atto anteriormente alla stipula del medesimo, con particolare riferimento agli obblighi comunque precedentemente assunti tra i contraenti a fronte dei programmi operativi e dei progetti di cui al piano sociale di zona 2001, considerato che i medesimi hanno avuto attuazione con decorrenza dall'approvazione del medesimo.

Art. 19 - Recesso.

Gli enti sottoscrittori si impegnano, nel caso intendano recedere dal presente Accordo, in tutto o in parte, di darne comunicazione agli altri sottoscrittori con un anticipo non inferiore a tre mesi, al fine di consentire ai soggetti rimanenti di ridefinire i reciproci obblighi e impegni.

Art. 20 - Durata

La durata del presente accordo è fissata in tre anni dal giorno della sottoscrizione. Il primo anno ha carattere sperimentale e di avvio dei criteri operativo-gestionali.

Art. 21 - Efficacia dell'Accordo.

L'Accordo avrà efficacia tra le parti dal momento della sottoscrizione mentre sarà opponibile ai terzi dal momento dell'attuazione degli adempimenti di cui all'art. 34, comma 4, del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

Art. 22 - Esenzione del bollo.

La presente scrittura privata gode dell'esenzione del bollo ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 Allegato B art. 16 nel testo integrato e modificato dall'art. 28 D.P.R. 30 Dicembre 1982, n. 955 e D.M. 20 Agosto 1992.

Art. 23 - Registrazione.

Per il presente atto non vi è obbligo di chiedere la registrazione ai sensi dell'art. 1 della Tabella Atti per i quali non vi è obbligo di chiedere la registrazione allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

Art. 24 - Disposizioni conclusive.

Per quanto non previsto dal presente accordo si rinvia alla vigente disciplina generale dell'accordo di programma, di cui all'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 ed all'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

Seguono firme sottoscrittori.

ALLEGATO 3 - Le tabelle per la programmazione finanziaria del Piano di Zona

- Gruppo 1 - La programmazione finanziaria per la seconda annualità
(Tavv. 3.1 - 3.2- 3.3)
- Gruppo 2 - La gestione dei residui della prima annualità del Piano di Zona
(Tavv. 3.4 - 3.5 - 3.6)
- Gruppo 3 - La programmazione finanziaria delle attività socio-sanitarie per la seconda annualità
(Tavv. 3.7 - 3.8 - 3.9 - 3.10)

Nota per le Tavv. 3.7 - 3.8 - 3.9 - 3.10

Le schede allegate da utilizzare per la programmazione economico finanziaria delle attività sociosanitarie integrate a compartecipazione sono uno strumento operativo a disposizione dei Comuni utilizzabile per la negoziazione degli strumenti programmatori con le Aziende sanitarie locali.

La loro compilazione non sostituisce la compilazione delle schede per il piano finanziario dei Piani di zona. Infatti, nella programmazione economico finanziaria dei piani di zona vanno indicate tutte le risorse disponibili, ivi comprese quelle da destinare al finanziamento delle attività integrate.

In sintesi, le schede allegate costituiscono una specificazione degli obiettivi e della destinazione di una quota di risorse che deve risultare anche nei Piani di zona.

Le quattro schede allegate riassumono alcuni dati relativi all'offerta di servizi, ai costi ed alle fonti di finanziamento nell'anno 2002. Inoltre, rilevano gli obiettivi programmati per l'anno 2003. Tali informazioni sono raccolte a diversi livelli:

Tav. 3.7 - livello di ambito

Occorre specificare nella scheda se i costi indicati in col.3 e col.10 sono sostenuti dai singoli Comuni, o dall'Ambito come tale, o dai Comuni associati nel distretto sanitario

Tav. 3.8 - livello di distretto sanitario

E' necessaria per il raccordo con l'attività territoriale delle Asl.

Anche in questo caso occorre specificare nella scheda se i costi indicati in col.3 e col.10 sono sostenuti dai singoli Comuni, o dall'Ambito come tale, o dai Comuni associati nel distretto sanitario.

Tav. 3.9 - livello di comune

La scheda non va compilata se il finanziamento delle attività integrate è assicurato direttamente dall'Ambito o dall'insieme dei Comuni associati nel Distretto sanitario.

Tav. 3.10 - a livello di singola unità di offerta per l'intero ambito

Anche in questo caso occorre specificare nella scheda se i costi indicati in col.3 e col.10 sono sostenuti dai singoli Comuni, o dall'Ambito come tale, o dai Comuni associati nel distretto sanitario.

All. 4 - Schede per la rilevazione dei dati economico finanziaria relativi alle attività sociosanitarie integrate - anno 2002

Le schede allegate, da utilizzare per la rilevazione dei dati economico finanziari relativi alle attività sociosanitarie integrate a compartecipazione, sono uno strumento operativo a disposizione dei Comuni preliminare alla programmazione negoziata ed utilizzabile per la condivisione degli strumenti di analisi con le Aziende sanitarie locali.

Le schede allegate riassumono alcuni dati relativi all'offerta di servizi, ai costi ed alle fonti di finanziamento nell'anno 2002, per i servizi a gestione diretta, a gestione esternalizzata e per la totalità dei servizi.

Tav. 4.1 - riepilogo a livello di ambito

Tav. 4.2 - riepilogo a livello di distretto sanitario

E' necessaria per il raccordo con l'attività territoriale delle Asl.

Tav. 4.3 - riepilogo a livello di comune

Schede da A a H - una scheda analitica per la rilevazione di tutte le unità di offerta per ciascun tipo di prestazione integrata a compartecipazione. La prima parte della scheda è dedicata ai servizi a gestione diretta; la seconda ai servizi esternalizzati.

Con riferimento a ciascuna scheda dovrà essere ricostruita, a parte, l'anagrafica degli utenti di ogni servizio.

TAV. 3.1 - LEGGE 328/00 - PIANO FINANZIARIO SECONDA ANNUALITA' (FNPS Anno 2002) DELL'AMBITO N° _____

Codice Area interventi	Area di intervento	Fondo nazionale FNPS trasferito dalla Regione		TOTALE FNPS col.(3)=(1)+(2)	Risorse di compart/zione dell'Ambito ai progetti sociali col. (4)	Progetti realizzabili con la compartecipazione della Regione		Risorse A S L col. (7)	Altre risorse		TOTALE RISORSE col.(10)= (3)+(4)+(5)+(6)+ (7)+(8)+(9).
		RISORSE FINALIZZATE col. (1)	RISORSE INDISTINTE (*) col. (2)			Risorse proprie Enti Locali col. (5)	Risorse Regionali (**) col. (6)		Altre risorse	Private col. (9)	
1	Responsabilità Familiari			-							-
2	Diritti dei Minori			-							-
3	Interventi Legge 388/00 (Abuso)			-							-
4	Persone Anziane			-							-
5	Disabilità			-							-
6	Povertà			-							-
7	Avvio alla Riforma			-							-
8	Segretariato Sociale (***)			-							-
TOTALE €		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

N.B. La presente scheda informatica costituisce l'unico elemento da utilizzare per l'indicazione dei dati richiesti, non verranno prese in considerazione schede modificate

- Prevedere sempre importi interi, cioè senza i centesimi di Euro.

Note:

(*) Le risorse indistinte possono incrementare le risorse finalizzate e non viceversa in quanto quelle finalizzate devono essere utilizzate minimo per l'importo assegnato all'ambito.

(**) Eventuale Risorse che si richiedono all'Ente Regione, quale compartecipazione a progetti finanziabili. Tali risorse sono condizionate all'approvazione del Bilancio Regionale e nei limiti delle stesse assegnate al Settore.

(***) Ove previsto, trasversale a tutte le aree d'intervento.

TAV. 3.2 - LEGGE 328/00 - 2ª ANNUALITA' - PIANO FINANZIARIO DEL COMUNE

C.A.T.¹⁾

DI

Prov.

Ambito

Comune Capofila:

Codice Area interventi	Area di intervento	Fondo nazionale FNPS trasferito dalla Regione		TOTALE FNPS col. (3)=(1)+(2)	Risorse di compartizione del Comune ai progetti sociali col. (4)	Progetti realizzabili con la compartecipazione della Regione		Risorse A S L col. (7)	Altre risorse		TOTALE RISORSE col.(10)= (3)+(4)+(5)+(6)+ (7)+(8)+(9).
		RISORSE FINALIZZATE col. (1)	RISORSE INDISTINTE (*) col. (2)			Risorse proprie Enti Locali col. (5)	Risorse Regionali (**) col. (6)		Pubbliche col. (8)	Private col. (9)	
1	Responsabilità Familiari			-							-
2	Diritti dei Minori			-							-
3	Interventi Legge 388/00 (Abuso)			-							-
4	Persone Anziane			-							-
5	Disabilità			-							-
6	Povertà			-							-
7	Avvio alla Riforma			-							-
8	Segretariato Sociale (***)			-							-
TOTALE €		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Note: Ripetere la Scheda 4.2 per quanti sono i Comuni facenti parte dell'Ambito territoriale.

- Prevedere sempre importi interi, cioè senza i centesimi di Euro.

¹⁾ C.A.T. Codice di Aggregazione Territoriale del Beneficiario. Legge Regionale del 2 luglio 1992 n° 5.

(*) Le risorse indistinte possono incrementare le risorse finalizzate e non viceversa in quanto quelle finalizzate devono essere utilizzate minimo per l'importo assegnato all'ambito.

(**) Eventuale Risorse che si richiedono all'Ente Regione, quale compartecipazione a progetti finanziabili. Tali risorse sono condizionate all'approvazione del Bilancio Regionale e nei limiti delle stesse assegnate al Settore.

(***) Ove previsto, trasversale a tutte le aree d'intervento.

N.B. La presente scheda informatica costituisce l'unico elemento da utilizzare per l'indicazione dei dati richiesti, non verranno prese in considerazione schede modificate e diverse dalla presente.

Tav. 3.3

Ambito: _____

GLI INTERVENTI E SERVIZI FINANZIATI NELLA 2^a ANNUALITA' (2002) PER L'AREA DI INTERVENTOCodice: 1

Codice Area interventi	Comune o area beneficiaria col. (1)	Soggetto attuatore o tipologia di soggetti col. (2)	Fondo nazionale FNPS trasferito dalla Regione		Risorse di compart/zione dell'Ambito ai progetti sociali col. (4)	Progetti realizzabili con la compartecipazione della Regione		Risorse ASL col. (7)	Altre risorse		TOTALE RISORSE col.(10)= (3)+(4)+(5)+(6)+ (7)+(8)+(9).
			RISORSE FINALIZZATE col. (3)	RISORSE INDISTINTE col. (4)		Risorse proprie Enti Locali col. (5)	Risorse Regionali (*) col. (6)		Pubbliche col. (8)	Private col. (9)	
Att. 1.1											-
Att. 1.2			TOTALE					Altre risorse			-
Att. 1.3											-
Att. 1.4											-
Att. 1.5											-
.....											-
.....											-
											-
TOTALE €			-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Ripetere la Scheda 4.3 per ogni area d'intervento contenuta nel Piano di Zona.

Ad ogni progetto dell'Area d'intervento deve necessariamente attribuirsi un **Codice** composto da Codice Area+numero progressivo.

(*) Eventuale Risorse che si richiedono all'Ente Regione, quale compartecipazione a progetti finanziabili. Tali risorse sono condizionate all'approvazione del Bilancio Regionale e nei limiti delle stesse assegnate al Settore.

N.B. La presente scheda informatica costituisce l'unico elemento da utilizzare per l'indicazione dei dati richiesti, non verranno prese in considerazione schede modificate e diverse dalla presente.

- Prevedere sempre importi interi, cioè senza i centesimi di Euro.

Tav. 3.4 - LEGGE 328/00 - FONDI RESIDUALI DEL PIANO FINANZIARIO 1a ANNUALITA' (FNPS 2001)
 DELL'AMBITO N° _____

Area di intervento	Risorse Residuali Fondo nazionale FNPS trasferito dalla Regione		TOTALE RESIDUO F N P S col.(3)=(1)+(2)	Residuo Risorse dirette degli Enti Locali col. (4)	Residuo Risorse A S L col. (5)	Residuo altre risorse Pubbliche col. (6)	Residuo altre risorse Private col. (7)	TOTALE RISORSE RESIDUALI col.(8)= (3)+(4)+(5)+(6)+(7)
	RISORSE FINALIZZATE col. (1)	RISORSE INDISTINTE col. (2)						
Responsabilità Familiari			-					-
Minori			-					-
Interventi Legge 388/00 (Abuso)			-					-
Anziani			-					-
Disabili			-					-
Povertà			-					-
Altri interventi			-					-
Interventi non ripartibili nelle aree			-					-
TOTALE €	-	-	-	-	-	-	-	-

TAV. 3.5 - LEGGE 328/00 - 1ª ANNUALITA' FNPS (Anno 2001) - FONDI RESIDUALI DEL PIANO FINANZIARIO DEL COMUNE

C.A.T.¹⁾

DI

Prov.

Ambito

Comune Capofila:

Area di intervento	Risorse Residuali Fondo nazionale FNPS trasferito dalla Regione		TOTALE RESIDUO F N P S col.(3)=(1)+(2)	Residuo Risorse dirette degli Enti Locali col. (4)	Residuo Risorse A S L col. (5)	Residuo altre risorse Pubbliche col. (6)	Residuo altre risorse Private col. (7)	TOTALE RISORSE RESIDUALI col.(8)= (3)+(4)+(5)+(6)+(7)
	RISORSE FINALIZZATE col. (1)	RISORSE INDISTINTE col. (2)						
Responsabilità Familiari			-					-
Minori			-					-
Interventi Legge 388/00 (Abuso)			-					-
Anziani			-					-
Disabili			-					-
Povertà			-					-
Altri interventi			-					-
Interventi non ripartibili nelle aree			-					-
TOTALE €	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Ripetere la Scheda 4.2 per quanti sono i Comuni facenti parte dell'Ambito territoriale.

1) C.A.T. Codice di Aggregazione Territoriale del Beneficiario. Legge Regionale del 2 luglio 1992 n° 5.

FONDI RESIDUALI DEGLI INTERVENTI E SERVIZI FINANZIATI PER L'AREA DI INTERVENTO _____

Interventi e Servizi	Comune o area beneficiaria col. (1)	Soggetto attuatore o tipologia di soggetti col. (2)	Totale spesa per Interventi e Servizi col. (3)	Risorse della Regione FINALIZZATE col. (4)	Residui Risorse FINALIZZATE della Regione col. (5)	Risorse della Regione INDISTINTE col. (6)	Residui Risorse INDISTINTE della Regione col. (7)	TOTALE RESIDUI delle Risorse Regionali col. (8)=5+7.
Att. 1								-
Att. 2								-
Att. 3								-
Att. 4								-
Att. 5								-
.....								-
.....								-
								-
TOTALE €			-	-	-	-	-	-

Nota: Ripetere la Scheda 4.3 per ogni area d'intervento contenuta nel Piano di Zona

**TAV. 3.7 - PIANO FINANZIARIO DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE INTEGRATE A COMPARTECIPAZIONE (Anno 2003)
DELL'AMBITO N°**

Codice Area interventi	Tipo di prestazione integrata	Riepilogo anno 2002						Previsioni anno 2003					
		Numero posti al 31.12.02 (1)	Costi sostenuti dalla Asl (2)	Costi sostenuti dai Comuni (3)	Costi sostenuti da altri enti (4)	Costi sostenuti dagli utenti (5)	Totale risorse impiegate (6)=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)	Numero posti al 31.12.03 (8)	Costi a carico della Asl (9)	Costi a carico dei Comuni (10)	Costi a carico di altri enti (11)	Costi a carico degli utenti (12)	Totale risorse programmate (13)=(9)+(10)+(11)+(12)+(13)
A	Assistenza domiciliare integrata e programmata a domicilio												
B	Assistenza semiresidenziale ai disabili												
C	Assistenza semiresidenziale agli anziani												
D	Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici												
E	Assistenza residenziale a disabili gravi												
F	Assistenza residenziale a disabili senza sostegno familiare												
G	Assistenza residenziale ad anziani												
H	Assistenza residenziale a persone affette da AIDS												
TOTALE €		-					-	-					-

(1) per tutti i tipi di prestazioni ad esclusione di quelle domiciliari (A) per "posti" si intendono i posti letto gestiti direttamente o convenzionati; per le prestazioni domiciliari indicare il numero di ore di assistenza erogate e programmate

(3) e (10) indicare accanto agli importi se i costi sono sostenuti: (a) dai Comuni singoli (b) dall'Ambito (c) dai Comuni associati nel Distretto sanitario

**TAV. 3.8 - PIANO FINANZIARIO DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE INTEGRATE A COMPARTICIPAZIONE (Anno 2003)
DEI COMUNI DEL DISTRETTO SANITARIO N.**

Codice Area interventi	Tipo di prestazione integrata	Riepilogo anno 2002						Previsioni anno 2003					
		Numero posti al 31.12.02 (1)	Costi sostenuti dal Distretto (2)	Costi sostenuti dai Comuni (3)	Costi sostenuti da altri enti (4)	Costi sostenuti dagli utenti (5)	Totale risorse impiegate (6)=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)	Numero posti al 31.12.03 (8)	Costi a carico del Distretto (9)	Costi a carico dei Comuni (10)	Costi a carico di altri enti (11)	Costi a carico degli utenti (12)	Totale risorse programmate (13)=(9)+(10)+(11)+(12)+(13)
A	Assistenza domiciliare integrata e programmata a domicilio												
B	Assistenza semiresidenziale ai disabili												
C	Assistenza semiresidenziale agli anziani												
D	Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici												
E	Assistenza residenziale a disabili gravi												
F	Assistenza residenziale a disabili senza sostegno familiare												
G	Assistenza residenziale ad anziani												
H	Assistenza residenziale a persone affette da AIDS												
TOTALE €		-					-	-					-

(1) per tutti i tipi di prestazioni ad esclusione di quelle domiciliari (A) per "posti" si intendono i posti letto gestiti direttamente o convenzionati; per le prestazioni domiciliari indicare il numero di ore di assistenza erogate e programmate

(3) e (10) indicare accanto agli importi se i costi sono sostenuti: (a) dai Comuni singoli (b) dall'Ambito (c) dai Comuni associati nel Distretto sanitario

**TAV. 3.9 - PIANO FINANZIARIO DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE INTEGRATE A COMPARTICIPAZIONE (Anno 2003)
DEL COMUNE _____.**

Codice Area interventi	Tipo di prestazione integrata	Riepilogo anno 2002						Previsioni anno 2003					
		Numero posti al 31.12.02 (1)	Costi sostenuti dal Distretto (2)	Costi sostenuti dai Comuni (3)	Costi sostenuti da altri enti (4)	Costi sostenuti dagli utenti (5)	Totale risorse impiegate (6)=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)	Numero posti al 31.12.03 (8)	Costi a carico del Distretto (9)	Costi a carico dei Comuni (10)	Costi a carico di altri enti (11)	Costi a carico degli utenti (12)	Totale risorse programmate (13)=(9)+(10)+(11)+(12)+(13)
A	Assistenza domiciliare integrata e programmata a domicilio												
B	Assistenza semiresidenziale ai disabili												
C	Assistenza semiresidenziale agli anziani												
D	Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici												
E	Assistenza residenziale a disabili gravi												
F	Assistenza residenziale a disabili senza sostegno familiare												
G	Assistenza residenziale ad anziani												
H	Assistenza residenziale a persone affette da AIDS												
TOTALE €		-					-	-					-

(1) per tutti i tipi di prestazioni ad esclusione di quelle domiciliari (A) per "posti" si intendono i posti letto gestiti direttamente o convenzionati; per le prestazioni domiciliari indicare il numero di ore di assistenza erogate e programmate

(3) e (10) indicare accanto agli importi se i costi sono sostenuti: (a) dai Comuni singoli (b) dall'Ambito (c) dai Comuni associati nel Distretto sanitario

TAV. 3.10 - LE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE INTEGRATE A COMPARTECIPAZIONE FINANZIATE (Anno 2003)
NELL'AMBITO N. _____.

Codice Area interventi	Comune	Distretto	Soggetto attuatore	Riepilogo anno 2002						Previsioni anno 2003					
				Numero posti al 31.12.02 (1)	Costi sostenuti dal Distretto (2)	Costi sostenuti dai Comuni (3)	Costi sostenuti da altri enti (4)	Costi sostenuti dagli utenti (5)	Totale risorse impiegate (6)=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)	Numero posti al 31.12.03 (8)	Costi a carico del Distretto (9)	Costi a carico dei Comuni (10)	Costi a carico di altri enti (11)	Costi a carico degli utenti (12)	Totale risorse programmate (13)=(9)+(10)+(11)+(12)+(13)
A.1															
A.2															
...															
B.1															
B.2															
...															
C.1															
C.2															
...															
D.1															
D.2															
...															
E.1															
E.2															
...															
F.1															
F.2															
...															
G.1															
G.2															
...															
H.1															
H.2															
...															
TOTALE €										-	-				-

(1) per tutti i tipi di prestazioni ad esclusione di quelle domiciliari (A) per "posti" si intendono i posti letto gestiti direttamente o convenzionati; per le prestazioni domiciliari indicare il numero di ore di assistenza erogate e programmate

(3) e (10) indicare accanto agli importi se i costi sono sostenuti: (a) dai Comuni singoli (b) dall'Ambito (c) dai Comuni associati nel Distretto sanitario