



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
FEDERICO II**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI**

**TESI DI MASTER DI II LIVELLO**

**IN**

**DIREZIONE, MANAGEMENT E COORDINAMENTO DELLE STRUTTURE  
SANITARIE, SOCIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI TERRITORIALI**

**L'integrazione tra pubblico e privato  
nell'organizzazione e gestione di servizi socio-sanitari:  
il modello GEA nella residenzialità per la salute  
mentale dell'ASL Salerno**

**Relatore**

**ROSA IANNONE**

**Dott. Angela Canonico**

**Matr. ZE3000191**

**Coordinatrice**

**Prof.ssa Gianfranca Ranisio •**

**ANNO ACCADEMICO 2017 – 2018**

## **INDICE**

### **INTRODUZIONE**

### **CAPITOLO 1. LEGGE N. 328 DEL 8 NOVEMBRE 2000 “LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI”**

#### **1.1 SCOPO E OBIETTIVO**

#### **1.2 SOGGETTI DESTINATARI**

#### **1.3 SERVIZI PREVISTI**

#### **1.4 SOGGETTI EROGATORI**

#### **1.5 PRINCIPI ISPIRATORI**

### **CAPITOLO 2. L’INTEGRAZIONE TRA IL SETTORE PUBBLICO E IL SETTORE PRIVATO NELLA GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

#### **2.1 CRISI DEI SISTEMI PUBBLICI DI WELFARE**

#### **2.2 RICONOSCIMENTO E CENTRALITA’**

#### **2.3 PROBLEMI DEFINITORI**

#### **2.4 IL SISTEMA DELLE ESTERNALIZZAZIONI NEI SERVIZI ALLA PERSONA**

### **CAPITOLO 3. WELFARE MIX E GESTIONI MISTE: IL MODELLO GEA NELLA RESIDENZIALITA’ DEL DSM DELL’ASL SA.**

3.1 L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NELLA GESTIONE DEI  
SERVIZI SOCIO-SANITARI

3.2 LA SPERIMENTAZIONE DELLA RESIDENZA PER GLI ESORDI  
PSICOTICI NELL'ASL SALERNO

3.3 ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' E PROGETTI RIABILITATIVI.

3.4 AREE DI OSSERVAZIONE E MONITORAGGIO

3.5 PROCEDURE E MODALITA' DI ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE  
PUBBLICO E PRIVATO: IL MODELLO GEA.

)CONCLUSIONI

)RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

**Dedico questo lavoro:**

**al Presidente della Cooperativa Sociale GEA**

**Dott. Claudio Romano**

**“Grazie per aver creduto in me!”**

**E a me**

**che, nonostante tutto.....**

**ce l'ho fatta anche questa volta!**

## INTRODUZIONE

Il sistema di sicurezza sociale italiano è stato interessato, a partire dagli ultimi 30-40 anni, da un processo di rinnovamento che ha interessato sia il livello delle competenze amministrative, che quello delle modalità di intervento degli attori chiamati in causa nella gestione ed erogazione dei servizi. Tale processo ha avuto inizio negli anni '70 con l'istituzione delle Regioni. Successivamente con il D.P.R. n. 616 del 1977, si realizzò il “decentramento”, cioè il trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative e in particolare con l'attribuzione ai Comuni, delle funzioni di organizzazione dei servizi sociali. Ulteriori innovazioni vennero introdotte negli anni 90 e in particolare con la prima legge Bassanini (L. n°59 del 1997) che introdusse il principio di sussidiarietà, in base al quale le decisioni vengono prese dall'organo di governo più vicino ai cittadini (il Comune), e cioè da quello che è maggiormente in grado di interpretare i bisogni e le risorse della comunità territoriale di riferimento. Tale principio ha portato allo sviluppo di modelli organizzativo-istituzionali che attribuiscono ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative riguardanti i servizi sociali, e che valorizzano la collaborazione tra pubblico e privato. Questo quadro di ridefinizione del rapporto Stato-Regioni-Enti locali è stato completato attraverso l'introduzione della **Legge Quadro di Riforma dell'assistenza, la L. 328 del 2000** e poi successivamente dalla Riforma del Titolo V della Costituzione (L. 3 del 2001).

La legge n° 328 del 2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ha ridefinito il profilo delle politiche sociali, apportando tutta una serie di elementi di novità. Questa legge si colloca in un

vuoto legislativo di oltre 110 anni in cui è mancata una regolamentazione organica dei servizi socio-assistenziali. Prima della L. 328, infatti, solo la Legge Crispi del 1890 aveva costituito la norma organica di riferimento per l'assistenza sociale. Tra le due norme numerosi sono stati i cambiamenti e le riforme, ma solo con la legge del 2000 si è giunti alla creazione di un quadro normativo unitario valido per l'intero territorio nazionale.

# **CAPITOLO 1. LEGGE N. 328 DEL 8 NOVEMBRE 2000 “LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI”**

## **1.1 SCOPO E OBIETTIVO**

La Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è la legge per l'assistenza, finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e socio-sanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà.

Scopo principale della legge è, oltre la semplice assistenza del singolo, anche il sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare.

La qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni, sono gli obiettivi della L. 328. Per la prima volta, altresì, viene istituito un fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali, aggregando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti e destinandoli alla programmazione regionale e degli enti. Dal titolo si può osservare che si tratta di una legge quadro, pertanto la relativa applicazione è delegata all'emanazione di decreti da parte del governo, ministeri, regioni, ecc.

## **1.2 SOGGETTI DESTINATARI**

La legge in esame stabilisce che hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali, i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi

regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

La legge 328 supera il concetto assistenzialistico dell'intervento sociale, nel senso che considera il cittadino non come passivo fruitore, ma come soggetto attivo e in quanto tale portatore di diritti, a cui devono essere destinati interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico-sociale e di marginalità.

### **1.3 SERVIZI PREVISTI**

Il capo III elenca le disposizioni relative alla realizzazione di particolari interventi sociali e più esattamente a favore di persone disabili, anziani non autosufficienti, famiglie. Sono previsti infatti:

▪ Progetti individuali per le persone disabili: i comuni, d'intesa con le aziende/unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale. Il progetto individuale comprende:

- la valutazione diagnostico-funzionale;
- le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale;
- i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale;
- le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

▪ Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti: il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta. Una quota dei finanziamenti di cui al primo comma, è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare, secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge.

▪ Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari: il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie, e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana.

Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, sono inoltre previsti i seguenti servizi:

a) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio - educativi della prima infanzia;

b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

c) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;

d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari, ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;

f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale; i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito.

La Legge 328 ha innanzitutto segnato il passaggio dalla concezione di utente quale portatore di un bisogno specialistico, a quella di persona nella sua totalità, costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale; quindi il passaggio da una accezione tradizionale di assistenza, come luogo di realizzazione

di interventi meramente riparativi del disagio, ad una di protezione sociale attiva, luogo di rimozione delle cause di disagio, ma soprattutto luogo di prevenzione e promozione dell'inserimento della persona nella società, attraverso la valorizzazione delle sue capacità. L'attenzione con tale legge si è spostata poi:

- dalla prestazione disarticolata al progetto di intervento e al percorso accompagnato;
- dalle prestazioni monetarie volte a risolvere problemi di natura esclusivamente economica, a interventi complessi che intendono rispondere ad una molteplicità di bisogni;
- dall'azione esclusiva dell'ente pubblico, a una azione svolta da una pluralità di attori quali quelli del terzo settore.

#### **1.4 SOGGETTI EROGATORI**

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato, ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, e della presente legge.

Alle Regioni e ai Comuni spettano alcuni compiti importanti, ma anche lo Stato è chiamato a fare la sua parte.

Lo Stato ha il compito di: fissare un Piano sociale nazionale che indichi i livelli uniformi e di base delle prestazioni (LEA), stabilire i requisiti che devono avere le comunità-famiglie e i servizi residenziali nonché i profili professionali nel campo sociale, ed infine ripartire le risorse del Fondo sociale nazionale e controllare l'andamento della riforma.

Le Regioni dovranno programmare e coordinare gli interventi sociali, spingere verso l'integrazione degli interventi sanitari, sociali, formativi e di inserimento lavorativo, stabilire i criteri di accreditamento e vigilare sulle strutture e i servizi sia pubblici che privati, costituire un albo dei soggetti autorizzati a svolgere le funzioni indicate dalla normativa, stabilire la qualità delle prestazioni, determinare i livelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti, finanziare e programmare la formazione degli operatori. In ultima analisi non bisogna dimenticare come questa legge abbia riconosciuto una centralità al ruolo dei Comuni che, per questo motivo, sono gli interlocutori privilegiati, con i quali bisogna tracciare politiche di intervento.

I Comuni (in forma singola o associata) sono gli organi amministrativi che gestiscono e coordinano le iniziative per realizzare il "sistema locale della rete di servizi sociali". In questo, i Comuni devono coinvolgere e cooperare con le strutture sanitarie, con gli altri enti locali e con le associazioni dei cittadini.

Dai Comuni dipende:

- la determinazione dei parametri per la valutazione delle condizioni di povertà, di limitato reddito e di incapacità totale o parziale per inabilità fisica e psichica, e le relative condizioni per usufruire delle prestazioni;
- l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza sui servizi sociali e sulle strutture residenziale e semiresidenziali pubbliche e private;
- il garantire il diritto dei cittadini a partecipare al controllo di qualità dei servizi.

Le azioni, gli obiettivi e le priorità degli interventi comunali sono definiti nei Piani di Zona. I Comuni devono anche realizzare ed adottare la Carta dei servizi sociali che illustra le opportunità sociali disponibili e le modalità per accedervi.

I Comuni, Regioni e Stato devono coinvolgere e responsabilizzare il settore non-profit. I soggetti del Terzo settore sono inseriti tra gli "attori" della legge, sia nella programmazione e organizzazione del sistema integrato (art. 1 comma 4) sia nell'erogazione dei servizi (art. comma 5).

Tra i principi generali e le finalità indicate dall'articolo 1 della citata legge n. 328 del 2000, meritano una menzione particolare alcuni passaggi che affidano, infatti, in posizione paritaria, agli enti locali, alle regioni ed allo Stato la programmazione e l'organizzazione dei servizi e degli interventi sociali. Nell'intento di valorizzare al massimo grado il principio di sussidiarietà, le regioni riconoscono ed agevolano il ruolo di tutti i soggetti sociali, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, compreso quello degli enti riconosciuti dalle confessioni religiose, con cui lo Stato ha stipulato intese nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali.

Sempre nel medesimo articolo, al comma 5, viene enunciato un altro importantissimo principio e, cioè, che alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, nonché associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni ed altri organismi privati, in qualità di soggetti attivi nella progettazione, nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e degli interventi sociali.

## **1.5 PRINCIPI ISPIRATORI**

La legge si ispira ad una serie di principi fondamentali che enuncia nei primi cinque articoli e poi sviluppa ulteriormente negli articoli successivi e negli atti applicativi ivi indicati.

Tra i principi indicati sembrano particolarmente meritevoli di attenzione quelli riguardanti l'universalità dei destinatari, la programmazione degli interventi, il diritto alle prestazioni, il decentramento amministrativo, l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie, la sussidiarietà cosiddetta "orizzontale" ed il pluralismo partecipativo dei soggetti non pubblici.

### **L'universalità dei destinatari**

A differenza della precedente normativa in tema di assistenza sociale, la legge di riforma introduce il principio del superamento della logica assistenziale basata sulle "categorie". Infatti il sistema integrato di interventi e servizi sociali viene offerto a tutti i cittadini, ed in taluni casi anche agli stranieri ed agli apolidi, che versino in particolari situazioni di vita.

### **La programmazione**

La programmazione, espressamente enunciata nell'art. 3, è il principio che attraversa tutto il testo legislativo. La programmazione si snoda attraverso successivi livelli istituzionali e territoriali. Lo Stato fissa, nel Piano sociale nazionale, i livelli quantitativi e qualitativi minimi delle prestazioni e dei servizi sociali; le regioni nel Piano sociale regionale individuano l'ammontare delle risorse idonee a garantire livelli di interventi sociali; per la realizzazione coordinata di tutti gli interventi sociali, sanitari, educativi, di politiche attive del lavoro, etc., i Comuni si avvalgono di tutti i mezzi negoziali che favoriscono l'attuazione di servizi in rete fra diversi piccoli Comuni, e fra gli stessi ed i soggetti

del terzo settore; fra tali mezzi viene privilegiato il Piano di zona, che viene approvato o tramite accordi di programma, di cui all'art. 27 L. 142/90 o tramite "intese istituzionali di programma", di cui all'art. 2 comma 203, lett. " b " della L. n. 662/96 che, a differenza dei primi, possono essere sottoscritte anche da soggetti privati, come espressamente detto all'art.3, comma 3 della legge di riforma.

La programmazione pertanto non si realizza solo con riguardo ai livelli territoriali, ma anche ai soggetti del "privato sociale", secondo un dialogo interistituzionale che vede il ruolo di questi ultimi riconosciuto a doppio titolo, sia come soggetti che avanzano autonome proposte, sia come soggetti cui gli enti locali affidano la realizzazione di interventi. Certo, la responsabilità istituzionale delle decisioni finali di programmazione è attribuita ai soggetti pubblici, per il loro ruolo di tutela di tutti gli utenti dei servizi. La programmazione riguarda non solo gli interventi, ma ancor prima le risorse disponibili ai diversi livelli territoriali e da parte dei diversi soggetti pubblici e privati.

I soggetti responsabili dell'attivazione degli interventi e dei servizi sociali integrati sono i comuni singoli ed associati, i quali si avvalgono di risorse proprie, di quelle assegnate dalle Regioni, che comprendono i trasferimenti finanziari operati dallo Stato tramite il fondo sociale nazionale, appositamente istituito. Anche le Regioni istituiscono un fondo sociale regionale.

Il piano deve: realizzare un coordinamento di servizi locali complementari e flessibili; responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica della qualità degli stessi; far confluire per la realizzazione dei suoi obiettivi le risorse umane e finanziarie messe a disposizione sul territorio da soggetti pubblici e privati; contenere la ripartizione delle spese ed il loro ammontare specifico fra i

diversi soggetti pubblici e privati firmatari; prevedere iniziative di formazione per gli operatori in esso coinvolti.

### **L'esigibilità del diritto alle prestazioni**

E' questo il principio che ha suscitato le maggiori perplessità e talune dure contestazioni. Infatti l'art.2 della legge parla addirittura di esigibilità dei diritti alle prestazioni. Ora è noto che si può parlare di un diritto esigibile solo quando il legislatore abbia individuato, non solo il titolare del diritto affermato ed il debitore della prestazione dovuta, ma anche l'ammontare esatto di tale prestazione, le modalità di tempo e di luogo della spontanea esecuzione della prestazione ed i mezzi coattivi di realizzazione dell'interesse del creditore in caso di inadempienza del debitore.

Di tutto questo si può parlare solo per le prestazioni economiche di competenza dello Stato, quali pensioni ed assegni. Nulla invece è detto per quanto riguarda le prestazioni e gli interventi relativi ai servizi sociali di competenza dei Comuni, per i quali la legge ribadisce che essi dipendono dalle disponibilità di bilancio. Non si ha quindi la certezza della realizzazione del diritto alla loro erogazione e quindi non può tecnicamente parlarsi di esigibilità del diritto.

Di possibile realizzazione può parlarsi solo se ci si riferisce alla normale dialettica politica che si concretizza nei bilanci dei Comuni. Solo se la sensibilità politica degli amministratori o la forza contrattuale dei cittadini sono tali da inserire nell'agenda politica l'urgenza di certi servizi sociali, si avranno stanziamenti in grado di far fronte alle spese di attivazione dei servizi.

## **Il diritto all'informazione per l'accesso alle prestazioni**

Presupposto essenziale per la fruibilità dei diritti è la loro conoscenza da parte di chi dovrà esercitarli. Infatti, l'art. 2, comma 5, della legge di riforma, stabilisce che gli erogatori dei servizi, quindi i comuni e gli enti con essi in rapporto di collaborazione, tramite accreditamento e convenzioni, "sono tenuti...ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate".

Il termine tecnico "*sono tenuti*" è il segno inequivocabile che la legge pone un obbligo di informazione a carico degli erogatori dei servizi e un corrispondente diritto soggettivo pieno ed esigibile a favore dei potenziali utenti, che nella logica universalistica della legge, sono tutti cittadini e, per taluni aspetti, anche gli stranieri. Di questo diritto la stessa legge fissa i contenuti, oltre che i soggetti, e cioè le diverse prestazioni, cui si può avere diritto, i requisiti che i titolari del diritto devono dimostrare di possedere (ad es. situazione di handicap, minore a rischio, immigrato, etc.), ed infine tempi, luoghi e modi di erogazione.

Il segretariato sociale, come si vedrà meglio in seguito, pur avendo un ruolo fondamentale di "accompagnamento" delle persone attraverso la rete dei servizi, ha compiti indispensabili di "informazione" agli utenti.

La seconda precisazione concerne la "priorità" nell'accesso ai servizi di alcune tipologie di soggetti rispetto a tutti i potenziali utenti. Tali servizi essenziali e tali priorità di utenti debbono essere indicati sia nel piano sociale nazionale, sia in quelli regionali e, soprattutto, nei "Piani di Zona". Ciò riesce a rendere

effettivamente esigibili i diritti che la legge di riforma, da sola, non riesce immediatamente a realizzare.

### **L'integrazione socio-sanitaria**

L'integrazione fra interventi sociali e sanitari è un altro principio fondamentale della legge di riforma, che viene enunciato nell'art. 3, comma 2, lett. a. Trattasi di prestazioni in cui è difficile distinguere l'incidenza sulla salute degli interventi sociali rispetto a quelli sanitari. Anzi la salute psicofisica è meglio garantita dall'intreccio dei due tipi di interventi. L'atto di indirizzo si riferisce espressamente agli interventi nei confronti dei minori, dei disabili, degli anziani, dei dipendenti da droga, alcool e farmaci, degli effetti da patologie psichiatriche, per i colpiti da AIDS, per i pazienti terminali.

Per queste persone si prevedono interventi sociosanitari in fase acuta intensiva, in fase estensiva, più prolungata nel tempo, in fase di lungo degenza, anche senza limiti di durata. Gli interventi sono definiti

<b>AREA</b>	<b>PRESTAZIONI-FUNZIONI</b>	<b>FONTE LEGISLATIVA</b>	<b>CRITERI DI FINANZIAMENTO</b> <b>(% di attribuzione della spesa)</b>
<b>Materno infantile</b>	1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative	L. 29 luglio 1975, n. 405	100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) 100% a carico del SSN 100% a carico del SSN le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie.
	2. Attività	L. 22 maggio	100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed

	<p>assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche</p> <p>3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni</p> <p>Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza</p> <p>Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi</p> <p>4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi</p>	<p>1978, n. 194</p> <p>Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali</p> <p>L. 28 agosto 1997, n. 285 Leggi regionali</p> <p>L. 15 febbraio 1996, n. 66 L. 3 agosto 1998, n. 269 D.M. 24 aprile 2000: P.O. Materno Infantile</p>	<p>economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale ai minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia. 100% a carico dei Comuni l'accoglienza in comunità educative o familiari 100% a carico del SSN</p>
--	--	---	--

<b>Disabili</b>	<p>1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali,</p>	<p>L. 23 dicembre 1978, n. 833-art.26 Provvedimento 7 maggio 1998: linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione</p>	<p>100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione della fase estensiva e nei casi di responsività minimale. 100% a carico del SSN l'accoglienza in strutture</p>
-----------------	---	---	---

	<p>semiresidenziali e assistenza protesica.</p> <p>2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia</p>	<p>L. 5 febbraio 1992, n. 104 L. 21 maggio 1998, n. 162 Leggi regionali</p>	<p>terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.</p> <p>100% a carico del SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica 70% a carico del SSN e 30% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali. 40% a carico del SSN e 60% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione d parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente. 100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo.</p>
--	--	---	---

<p><b>Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative</b></p>	<p>1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite serv. residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di</p>	<p>LineeGuida emanate dal Ministero della Sanità del 31/3/94 ☐ L. 11 marzo 1988, n. 67 ☐ L..</p>	<p>100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungo assistenza semiresidenziali e</p>
--	---	--	---

	solievo alla famiglia	<p>451/1998</p> <p><input type="checkbox"/> D. Lgs. n. 229/1999</p> <p><input type="checkbox"/> D.P.R. 23 luglio 1998:</p> <p><input type="checkbox"/> Piano sanitario 1998/2000</p> <p>Leggi e Piani regionali</p>	<p>residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera, il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.</p> <p>100% a carico del SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione.</p> <p>50% a carico del SSN e 50% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza tutelare.</p> <p>100% a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare</p>
	2. Assistenza domiciliare integrata	P.O. Anziani	

<b>Dipendenze da droga, alcool e farmaci</b>	1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione	<p><input type="checkbox"/> D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309</p> <p><input type="checkbox"/> L. 18 febbraio 1999, n. 45</p> <p>Accordo Stato-Regioni</p>	<p>100% a carico del SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative e i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in comunità terapeutica.</p> <p>100% a carico dei Comuni</p>
--	--	---	---

	reinserimento sociale	21.01.1999	i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza.
<b>Patologie psichiatriche</b>	<p>1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale</p> <p>Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo</p>	<p>D.P.R. 10 novembre 1999: P.O. Tutela della salute mentale 1998/2000</p>	<p>100% a carico del SSN</p> <p>Nella fase di lungo assistenza, ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, una quota minima di concorso alla spesa non inferiore al 30% e non superiore al 70% fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.</p>
<b>Patologie per infezione da HIV</b>	<p>1. Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali</p> <p>2. eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo</p>		
<b>Pazienti terminali</b>	1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale	L. 28 febbraio 1999, n. 39	100% a carico del SSN

## **La sussidiarietà**

L'articolo 1, comma 3 della legge di riforma individua nella "sussidiarietà" uno dei principi cui la programmazione del sistema integrato dei servizi sociali dovrà ispirarsi.

Con il termine "sussidiarietà verticale", si designa lo spostamento dei poteri decisionali dallo Stato centrale verso gli Enti locali territoriali, centri più vicini ai cittadini che sono i destinatari dei servizi.

Con il termine "sussidiarietà orizzontale", si intende il fatto che gli stessi enti locali, pur essendo i soggetti rappresentanti delle comunità locali dei cittadini debbono lasciare ad essi la priorità nella scelta delle risposte ai propri bisogni sociali.

Lo spostamento della titolarità delle funzioni pubbliche dallo Stato agli Enti locali è giustificato non solo perché essi sono una entità più vicina agli utenti dei servizi sociali, ma ancor di più perché essi sono rappresentativi delle "comunità locali dei cittadini" che, attraverso questa forma di sussidiarietà, possono più democraticamente ed attivamente "partecipare" alla vita della Comunità stessa.

L'art. 1, comma 3 stabilisce che "La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato, ....., secondo i principi di sussidiarietà.....". Qui il concetto di sussidiarietà verticale è chiarissimo; ma è chiarissimo pure il concetto di sussidiarietà orizzontale inteso come presenza attiva del potere pubblico nella "programmazione".

La sussidiarietà orizzontale viene esplicitata nei due commi successivi; nel comma 4 si dichiara che "gli enti locali, le regioni e lo Stato...(cioè i soggetti che hanno il

potere della programmazione) riconoscono ed "agevolano" il ruolo dei soggetti del terzo settore". Il termine "agevolano" è indicativo del compito di "sostegno" proprio della solidarietà orizzontale. Il sostegno però è fornito ai soggetti del terzo settore, come chiarisce il successivo comma 5 limitatamente alla loro "qualità di soggetti attivi nella "progettazione" e nella realizzazione "concertata" degli interventi.

Allo Stato è riservata l'attribuzione delle prestazioni economiche di assegni e pensioni. Esso inoltre fissa gli indirizzi per il funzionamento del sistema, i livelli essenziali delle prestazioni tramite il piano sociale nazionale ed eventuali interventi sostitutivi per impedire il blocco organizzativo del sistema a causa di inadempienze di taluni soggetti.

I Comuni sono i veri titolari, salvo piccole eccezioni, della gestione dei servizi sociali. Si attua nei loro confronti il principio della cosiddetta "sussidiarietà verticale". Essendo i Comuni gli enti politici esponenziali della comunità locale ad essi spetta la programmazione coordinata e la gestione partecipata dei servizi sociali sul territorio. Il territorio è ripartito in aree omogenee che consentano una erogazione di servizi quanto più possibile vicina agli utenti.

Ad una vecchia logica statalista e comunque di supremazia dell'intervento pubblico generalizzato, si è sostituito il principio del decentramento o comunque del riconoscimento di spazi di libertà a soggetti privati da parte delle pubbliche istituzioni. Questo riconoscimento è andato di pari passo alla maturazione del bisogno di decentrare in tutte le direzioni funzioni troppo accentrate nel settore pubblico, che non riusciva più ad esercitarle con soddisfazione dei cittadini. Tanto più, questa esigenza si è avvertita ed affermata nel campo dei servizi sociali. Di

qui la diffusione sempre crescente di affidamento a soggetti privati di gestione di servizi prima gestiti direttamente dal settore pubblico.

L'art 5 comma 2 della legge di riforma stabilisce che gli enti pubblici, oltre a rispettare le norme in materia di autorizzazione, di trasparenza e semplificazione amministrativa, debbono adottare “forme di aggiudicazione o negoziali rispettose della progettualità“ dei soggetti del terzo settore. Inoltre la valutazione comparativa dei progetti deve tener conto della “qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale”. Ciò significa che intanto l'appalto non è l'unico mezzo per la scelta del contraente nell'affidamento di servizi alla persona, potendosi fare ricorso anche a gare fra soggetti preselezionati per la loro specifica professionalità come ad es. la “licitazione privata”. Inoltre non è più consentito agli enti pubblici, nell'indire gare, fissare il solo criterio economico “del maggior ribasso”, ma si deve obbligatoriamente tener conto anche della migliore qualità. Per garantire la qualità dei servizi sociali da chiunque erogati, la legge prevede la definizione dei profili professionali degli operatori sociali e la adozione di carte dei servizi sociali da parte di ciascun ente erogatore.

## **CAPITOLO 2**

### **L'INTEGRAZIONE TRA IL SETTORE PUBBLICO E IL SETTORE PRIVATO NELLA GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

#### **2.2 CRISI DEI SISTEMI PUBBLICI DI WELFARE**

I sistemi pubblici di welfare nell'ultimo ventennio sono entrati in crisi a causa della difficoltà per lo Stato e per gli Enti pubblici, di mantenere il ruolo di produttori diretti e di finanziatori di un ammontare crescente di beni e servizi. La necessità di riduzione del livello della spesa pubblica, insieme a quella di accrescere l'efficienza e la qualità dei servizi, ha condotto i soggetti pubblici ad affidare ai soggetti privati l'erogazione dei servizi attraverso il ricorso a nuove formule organizzative. Progressivamente si è assistito, così, all'abbandono del monopolio pubblico nel sistema di erogazione dei servizi alla persona, per abbracciare un sistema misto che vede per lo più coinvolte le organizzazioni senza fini di lucro, maggiormente specializzate nell'erogazione delle prestazioni sociali proprio in quei settori dove, maggiormente evidenti sono stati i fallimenti dello Stato e delle istituzioni. Tale tendenza ad esternalizzare le prestazioni socio - assistenziali ha dato origine a quello che viene comunemente definito sistema di welfare mix (tra Stato - mercato e terzo settore), all'interno del quale operano contemporaneamente soggetti pubblici e privati profit e non profit. Il forte legame che nel corso degli anni, a partire dalla risalente legge sulle Ipab (legge 17 luglio 1890, n. 6972), si è creato tra pubblico e privato, ha trovato la sua massima esplicitazione proprio nella legge n. 328 dell'8 novembre 2000, "legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali" che, attraverso

anche il principio di sussidiarietà orizzontale - in base al quale lo Stato, le Regioni, le Città metropolitane, le Province e i Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e delle loro formazioni sociali per lo svolgimento di attività di interesse generale - ha ulteriormente avvalorato il ruolo fondamentale degli attori privati nel sistema dei servizi alla persona. Così, il privato sociale che nel passato è stato chiamato a svolgere un ruolo di supplenza del soggetto pubblico e del privato con finalità di lucro, è venuto ad assumere una veste nuova: quello di protagonista privilegiato nel sistema di erogazione dei servizi, contribuendo alla creazione di "una società di servizi, in luogo di uno Stato di servizi". Il quadro attuale mostra, infatti, la tendenziale preferenza, da parte degli enti locali, di avvalersi per l'erogazione delle prestazioni sociali dei soggetti del non profit, piuttosto che di quelli operanti con fini di lucro sia per questioni di contenimento di costi, sia perché tradizionalmente gli organismi non lucrativi sono maggiormente presenti nell'area dei servizi socio-assistenziali rispetto ai privati for profit, più sensibili, invece, a operare in ambiti di rilevanza economica. Lo stato dell'arte descritto impone la necessità di interrogarsi su quali siano, oggi, gli strumenti impiegati nel nostro ordinamento per procedere all'esternalizzazione dei servizi socio - assistenziali, dove essi rinvengano la loro disciplina e infine come si componga la varietà degli atti normativi italiani.

## **2.1 RICONOSCIMENTO E CENTRALITA'**

Con la Legge 328 del 2000, quindi viene riconosciuto il ruolo del c.d. terzo settore come attore essenziale dell'intero sistema.

Le organizzazioni del Terzo Settore entrano così a pieno titolo nel sistema di welfare, sancendo il passaggio da un sistema di erogazione dei servizi tipicamente centralizzato (state), ad uno in cui si integrano le risorse possedute dai soggetti pubblici con quelle disponibili nei soggetti del cosiddetto privato sociale (mix). In piena sintonia con il principio di sussidiarietà, il ruolo di fornitore di servizi sociali affidato al Terzo Settore, è reso possibile dall'apprezzata e consistente, capacità di lettura dei bisogni dei cittadini che queste organizzazioni riescono ad esprimere. Bisogna ricordare che a tali competenze si lega, anche, l'affidamento di ulteriori ruoli: il Terzo Settore è, infatti, chiamato a mettere in gioco la propria competenza nel momento concertativo della programmazione degli interventi, nella fase, cioè, di definizione dei Piani di zona. L'idea è che si possa procedere nella direzione del superamento della giustapposizione e/o integrazione tra pubblico e privato, accordando allo Stato non tanto la regolazione dei meccanismi di mercato, quanto piuttosto un'azione politica di alto profilo, espressa nella costruzione di uno spazio allargato dove interagiscono ed operano molteplici attori e principi regolativi. L'integrazione tra pubblico e privato sociale risponde all'esigenza di una presa in carico totale delle persone, offrendo risposte sia sanitarie sia sociali, attraverso un lavoro d'équipe multidisciplinare che mette in campo diverse figure e competenze professionali, tutte indispensabili.

### **2.3 PROBLEMI DEFINITORI**

Il ruolo del Terzo settore nel sistema dei servizi sociali, tracciati a grandi linee i contenuti generali della sussidiarietà orizzontale e in particolare il ruolo di

complementarietà da essa svolto tra istituzioni e società civile, occorre soffermarsi sull'incidenza che essa svolge nel rapporto pubblico - privato nell'area dei servizi sociali, avendo preliminarmente cura di chiarire la portata definitoria di quest'ultimo, anche alla luce del recente D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, c.d. Codice del Terzo settore. Il Terzo settore si connota per una sostanziale disomogeneità, annoverando al suo interno soggetti di natura composita. Se da un lato la legge n. 328/00 ha sottolineato che le istituzioni locali, le Regioni e lo Stato riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi del Terzo settore nell'organizzazione e gestione, il successivo "Atto di indirizzo e coordinamento", D.p.c.m. 30 marzo 2001, ha invece conferito un contenuto definitorio al Terzo settore, precisando che: "si considerano soggetti del terzo settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, gli organismi della cooperazione, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato e gli altri soggetti privati non a scopo di lucro" (art. 2), facendo così emergere da un lato la loro natura privatistica, dall'altro l'assenza di scopo di lucro.

In mancanza di una nozione positiva di Terzo settore gli studi giuridici nel tempo hanno cercato di enucleare una sua definizione, in base alla quale si ritenevano riconducibili al c.d. Terzo settore le organizzazioni non statali e non aventi scopo di lucro che perseguono fini di utilità sociale, ovvero l'insieme di quelle azioni organizzate di rilevanza sociale con esplicite finalità solidaristiche, terze, rispetto allo Stato (e alle altre istituzioni pubbliche in genere) e al mercato. In tal senso, peraltro, si era orientato anche il Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva, disposta dalla XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, del 14 febbraio 2001, laddove evidenziava che i soggetti del Terzo settore sono:

“organizzazioni private che perseguono interessi di natura collettiva in aree di rilievo sociale e con fini solidaristici contraddistinti dall’assenza di uno scopo di lucro che si sostanzia non nella preclusione a svolgere attività imprenditoriali, bensì nel divieto di ridistribuire gli utili tra gli associati”. L’assenza di una definizione normativa di Terzo settore, come del resto l’individuazione dell’identità e dei confini di esso, ha spinto il legislatore a conferire una delega al Governo, avente ad oggetto la “Riforma del Terzo settore e del servizio civile”, al fine di superare le antinomie che una disciplina disorganica aveva nel tempo originato. L’intendimento, ben espresso nell’incipit della legge delega 6 giugno 2016, n. 106, è quello di sostenere l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune, a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, favorendo la partecipazione, l'inclusione e il pieno sviluppo della persona, a valorizzare il potenziale di crescita e di occupazione lavorativa, in attuazione degli articoli 2, 3, 18 e 118, quarto comma, della Costituzione.

L’art. 1, della legge n. 106/2016, fornisce una compiuta definizione di Terzo settore, quale “complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e che, in attuazione del principio di sussidiarietà e in coerenza con i rispettivi statuti o atti costitutivi, promuovono e realizzano attività di interesse generale, mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi” (art. 1, comma 1). Non fanno parte del Terzo settore le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche. Sono, altresì, escluse dall’applicazione della legge n.

106/2016 e dei suoi decreti attuativi le fondazioni bancarie, le quali, pur essendo enti che concorrono al perseguimento delle finalità in essa contenute, sono soggette a una speciale disciplina. Sulla base della richiamata legge delega sono stati adottati il D.lgs. 3 luglio 2017, n. 112, sulla “Revisione della disciplina in materia di impresa sociale” e il D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, c.d. “Codice del Terzo settore”<sup>12</sup>. Ai sensi dell’art. 4, del Codice, sono enti del Terzo settore: le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore. Dunque, all’interno della macro - categoria del Terzo settore convivono diverse organizzazioni riconducibili sia agli enti di diritto privato, di cui al Libro I del Codice Civile, sia altri soggetti giuridici disciplinati da leggi di settore: gli enti ecclesiastici (legge n. 222/85), le organizzazioni non governative (legge n. 49/87), il volontariato (legge n. 266/91), le cooperative sociali (legge n. 381/91), le associazioni di promozione (legge n. 383/2000) le ONLUS (D.lgs. n. 460/1997).

Resta ferma la disciplina dettata dalla legge n. 3881/1886 per le società di mutuo soccorso, dalla legge n. 381/91 per le cooperative sociali e dal D.lgs. n. 112/2017 per le imprese sociali. Se la individuazione della natura privatistica del non profit è

facilmente identificabile, ciò su cui occorre soffermarsi è il requisito dell'assenza di finalità lucrative. Infatti, affermare che tali soggetti non perseguono fini di lucro è cosa ben diversa dal sostenere che essi non possono produrre utili. Non a caso si annoverano nel Terzo settore sia il volontariato (connotato per la completa liberalità nelle prestazioni), sia il non profit in senso stretto, il quale, pur producendo utili derivanti dall'esercizio della propria attività attraverso un'organizzazione che ricalca il modello dell'azienda, non procede alla loro distribuzione, essendo questi ultimi reinvestiti per lo svolgimento delle attività istituzionali dell'organismo sociale. La finalità che spinge i soggetti del non profit ad entrare nel circuito delle erogazioni delle prestazioni socio-assistenziali non è pertanto motivata dal perseguimento di scopi lucrativi, bensì da motivazioni di solidarietà umana, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.

La legge n. 328/00, così come molte leggi regionali che ad essa si sono ispirate, contiene una serie di disposizioni dalle quali traspare la complementarità dei soggetti pubblici e privati nella costruzione del sistema integrato. La presenza delle iniziative private a fianco di quelle pubbliche esige però un non facile coordinamento "al fine di assicurare che i servizi siano disponibili per tutti senza limitazioni delle libertà dei produttori privati dei servizi stessi, né delle libertà degli utenti, ma anche senza sprechi di risorse pubbliche". A tal riguardo l'art. 1, della legge n. 328/00, contiene riferimenti al privato sociale, ma in contesti diversi: nel primo caso (comma 4) nell'ambito dell'enunciazione implicita del principio di sussidiarietà verticale, laddove si afferma che gli enti locali, le regioni e lo Stato, in base alle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo di una serie di soggetti privati; nel secondo caso (comma 5) in riferimento alla sussidiarietà

orizzontale, laddove si evidenzia che i soggetti privati partecipano alla progettazione e realizzazione del sistema integrato unitamente agli enti pubblici. L'integrazione pubblico e privato viene, così, formalmente delineata nell'ottica della realizzazione di un welfare sussidiario, che vede il pubblico cedere il passo al privato nell'erogazione dei servizi quando ne risulti palese l'equivalenza e la fungibilità delle prestazioni. Il tutto però sotto l'occhio vigile del soggetto pubblico, indispensabile per la garanzia dei diritti dei destinatari dei servizi alla persona.

## **2.4 IL SISTEMA DELLE ESTERNALIZZAZIONI NEI SERVIZI ALLA PERSONA**

### **La convenzione**

Prima dell'approvazione della legge quadro sul sistema integrato, l'istituto maggiormente utilizzato tra le forme di gestione indiretta per la regolazione dei rapporti di collaborazione tra Pubbliche amministrazioni e organizzazioni del Terzo settore nell'area dei servizi sociali, è stata la convenzione. Anche nell'ambito del Sistema sanitario, la legge n. 833/78, prevedeva la possibilità per le Unità sanitarie locali di avvalersi dell'apporto delle associazioni di volontariato o di altre istituzioni private per lo svolgimento di attività di rilevanza sanitaria attraverso la stipula di apposite convenzioni (art. 44 e 45, comma 5), lasciando in seguito spazio al meccanismo dell'accreditamento con il D.lgs. n. 502/92. La convenzione è stata definita come un atto negoziale, a titolo oneroso, redatto in

forma scritta “concordato tra Pubblica Amministrazione e una controparte (pubblica o privata) contenente la determinazione consensuale di reciproci impegni assunti mediante la comune sottoscrizione”. La convenzione si caratterizza per essere contrassegnata dalla non patrimonialità dell’oggetto della prestazione, che la differenzia dal contratto concluso tra Pubblica Amministrazione e privato. Il dibattito scientifico si è da sempre incentrato sulla natura giuridica dell’istituto. Accanto alla tesi di coloro che hanno ricondotto la convenzione nell’ambito dello schema privatistico del contratto (peraltro prevalente) e alla teoria del contratto di diritto pubblico, vi è chi, negando ogni riferimento contrattuale, ha annoverato la figura in esame tra gli atti amministrativi di natura autoritativa. L’utilizzo crescente di questi moduli consensuali tra amministrazioni e privati, unitamente ai problemi di compatibilità con la disciplina europea, hanno condotto il legislatore a dettare norme puntuali che disciplinassero il procedimento per la loro stipulazione.

Le convenzioni tra enti pubblici e soggetti privati in ambito socio – assistenziale hanno natura di contratti di diritto pubblico, e danno vita a rapporti che si inquadrano nelle concessioni amministrative di pubblico servizio.

### **L’autorizzazione e l’accreditamento**

L’art.11, della legge n. 328/00, dedicato agli strumenti attraverso i quali i soggetti privati si inseriscono nell’erogazione delle prestazioni sociali, recepisce, nella legge quadro, due istituti giuridici: l’autorizzazione e l’accreditamento, già utilizzati, in precedenza, in ambito sanitario con il D.lgs. n. 502/92, prima e con il D.lgs. n. 229/99, poi.

L'aver inserito all'interno del sistema dei servizi alla persona la procedura dell'accreditamento, risponde all'esigenza di garantire la qualità delle prestazioni e di assicurare all'utente libertà di scelta tra i diversi soggetti erogatori.

Nella legge quadro l'accreditamento, viene preceduto dall'autorizzazione all'erogazione di servizi gratuiti o a pagamento e/o alla gestione di strutture a ciclo residenziale o semiresidenziali da parte di soggetti pubblici o privati. La titolarità del potere autorizzatorio nel sistema delineato dalla legge quadro spetta ai comuni (singoli o associati) che lo esercitano sulla base dei requisiti stabiliti dalla legge regionale (che recepisce e integra le esigenze locali) e sulla base dei requisiti minimi nazionali determinati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali.

Occorre inoltre evidenziare che, in tutte le regioni, il sistema autorizzatorio è previsto per tutti i servizi residenziali e semiresidenziali, mentre soltanto in alcune realtà esso è contemplato per i servizi domiciliari e socio - educativi. Il rilascio dell'autorizzazione è subordinato al possesso di requisiti di onorabilità e di capacità professionale e tecnica, e deve avvenire nel rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e concorrenza, individuando previamente le procedure e i criteri di valutazione adottati per la selezione dei soggetti (aspetti organizzativi, gestionali e metodologici), nonché le garanzie offerte agli utenti e le qualità dei progetti proposti. La disciplina prevede inoltre un sistema di monitoraggio e di verifica periodico sull'esecuzione del contratto. I soggetti autorizzati sono poi accreditati dai comuni o associazioni di comuni, (art. 6, comma 2, lettera c), i quali corrispondono ai primi le tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della

programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera n).

L'accREDITAMENTO istituzionale possiede due anime che gli conferiscono una valenza al contempo certificatoria ed equiparatoria. Attraverso la prima il comune certifica che una determinata struttura è in possesso di alcune caratteristiche che le consentono di accedere a determinati finanziamenti pubblici diversificati, a seconda del livello di qualità raggiunto; attraverso la seconda si mira a garantire agli utenti dei servizi sociali (in ottemperanza all'art.38, ultimo comma Cost.) una perfetta equiparazione tra soggetti pubblici e privati nell'erogazione dei servizi, mettendoli in condizione di poter effettuare una scelta consapevole.

Nella disciplina della legge n. 328/00 l'accREDITAMENTO diviene, pertanto, la condizione necessaria affinché i soggetti previamente autorizzati, sia essi pubblici o privati, possano erogare servizi e prestazioni ammesse al finanziamento pubblico, entrando, così, a far parte del servizio pubblico.

La selezione dei soggetti accREDITATI a cui affidare l'erogazione dei servizi socio - assistenziali può avvenire tramite procedura ad evidenza pubblica, oppure attraverso l'individuazione "di tetti di attività", definiti con convenzioni (con soggetti del Terzo settore) o con accordi contrattuali. In questo caso si parla di accREDITAMENTO misto.

All'accREDITAMENTO misto si contrappone quello puro, nel quale il comune rimette alla libera volontà del destinatario la scelta del soggetto erogatore al quale rivolgersi per ottenere (acquistare) prestazioni. E' il caso dei c.d. voucher (art. 17 legge n. 328/00), che possono essere concessi dai comuni su richiesta dell'interessato, per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accREDITATI del sistema

integrato di interventi e servizi sociali, tracciando così un welfare socio - assistenziale competitivo che consente ai destinatari del sistema integrato di accedere ai servizi erogati dai soggetti accreditati tramite l'utilizzo dei titoli per l'acquisto dei servizi sociali (art. 17), in ossequio al principio di libertà di scelta dell'utente

La legge quadro, dopo aver sottolineato che: “alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati” (art.1, c. 5), dispone che per l'affidamento dei servizi ai soggetti del Terzo settore, gli enti pubblici - fermo restando quanto stabilito dall'art.11, in tema di autorizzazione e accreditamento - devono ricorrere “a forme di aggiudicazione o negoziali che consentono ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità” (all'art. 5, comma 2). La predetta disposizione ha poi demandato alle regioni, previa adozione di un atto di indirizzo del Governo, “l'adozione di specifici indirizzi per regolamentare il sistema di affidamento dei servizi alla persona” agli operatori del non profit.

Il D.p.c.m. 30 marzo 2001, dal canto suo ha distinto due ipotesi: quella dell'acquisto di servizi, contemplata dall'art. 5, che prevede che i Comuni stipulino convenzioni con i fornitori di servizi autorizzati e accreditati ai sensi dell'art. 11, della legge n. 328/00 e quella relativa all'affidamento all'esterno della gestione dei servizi di cui all'art. 6. La lacunosità di entrambe le disposizioni ha indotto la dottrina ad elaborare la seguente interpretazione delle medesime. Mentre

nel caso dell'affidamento non dovrebbero sussistere dubbi sul fatto che il legislatore abbia fatto riferimento al caso in cui l'ente pubblico affidi (tramite gara) ad un soggetto privato la gestione del servizio sociale da erogare, nell'altra ipotesi, contemplata all'art. 5, è dato ritenere che il legislatore abbia voluto riferirsi all'acquisto, da parte dell'ente locale, di servizi erogati da soggetti del terzo settore (iscritti in un apposito elenco), dietro corresponsione di una tariffa. Emerge allora chiaro il legame tra acquisto e accreditamento. Il comune acquista il servizio dagli operatori del terzo settore che abbiano ottenuto l'accreditamento e procede a regolare i reciproci rapporti attraverso lo strumento della convenzione, nella quale vengono stabiliti l'entità delle prestazioni da somministrare e le tariffe che il soggetto pubblico si impegna a corrispondere al privato. Tale formula consente cioè alle amministrazioni di continuare ad esercitare in via diretta la funzione connessa all'erogazione dei servizi.

Attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento vengono individuati gli operatori economici (appartenenti al Terzo settore) che possono erogare il servizio, mentre è l'utente finale che sceglie la struttura a cui rivolgersi, sulla base della qualità del servizio offerto (concorrenza nel mercato), anche attraverso i titoli per l'acquisto delle prestazioni socio - assistenziali. Per le altre tre tipologie di affidamento, in deroga al Codice dei Contratti, l'amministrazione deve selezionare, sulla base del progetto presentato, l'operatore economico che eroga il servizio e la concorrenza si svolge per entrare nel mercato.

Per mezzo dello strumento giuridico dell'accreditamento, l'amministrazione riconosce al privato l'idoneità a proporre e realizzare le proprie attività con risorse pubbliche, dopo averne verificato la rispondenza con gli interessi della collettività.

L'accreditamento permette quindi di garantire la qualità di un servizio attraverso la definizione di parametri specifici che devono essere rispettati dalle imprese che intendono erogare servizi sociali. Si tratta di uno strumento dinamico, in quanto il soggetto accreditato deve garantire un miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati inserendosi a pieno titolo nel sistema integrato dei servizi sociali pubblici e ponendosi in un rapporto strettissimo con il territorio e con i soggetti pubblici e privati in esso operanti.

## **CAPITOLO 3: WELFARE MIX E GESTIONI MISTE: IL MODELLO GEA NELLA RESIDENZIALITA' DEL DSM DELL'ASL SA.**

### **3.1 L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NELLA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI..**

La crisi del Welfare State, in cui un ruolo centrale è affidato allo Stato, ha portato all'affermazione di un modello di welfare diverso, caratterizzato dal coinvolgimento di un insieme di soggetti pubblici e privati, che ci spinge, attualmente a parlare di welfare mix. Questo termine, infatti, fa riferimento alla nuova fisionomia assunta negli ultimi decenni dal sistema di welfare, determinata dal passaggio dalla concezione di Welfare State, tipica degli anni Settanta in cui il ruolo centrale era affidato allo Stato, alla situazione odierna, in cui la realizzazione del sistema di welfare è affidata ad un mix di soggetti/attori che operano all'interno della comunità locale sulla base dei principi della sussidiarietà orizzontale e verticale, della partnership, della partecipazione, dell'integrazione, del lavoro di rete, della concertazione e negoziazione per sviluppare il benessere in un determinato territorio/settore/servizio.

La società italiana vive da oltre un decennio un'epoca di rapidi mutamenti, che investono la funzione pubblica, i rapporti tra società e Stato, i rapporti tra i privati. Le esigenze di controllo della spesa e di gestione di risorse limitate, nonché la componente di forte eterogeneità economica e sociale a livello regionale, hanno storicamente inciso sulla definizione della fisionomia del sistema sanitario italiano. Pur trattandosi di un sistema a finanziamento prevalentemente pubblico, esso prevede la possibilità di far riferimento a soggetti privati per quel che

concerne la funzione di produzione di beni e servizi socio-sanitari. La moltiplicazione degli attori erogatori di servizi, ha determinato una diffusione di nuovi modelli di gestione caratterizzati dal passaggio da un modello di government (centralizzato), ad un sistema di governance (policentrato), in cui l'azione politica è il risultato di una regolazione negoziata tra una pluralità di attori pubblici e privati. L'elemento che segna la necessità di una reale ridefinizione delle modalità organizzative e d'intervento in ambito sanitario e della rimodulazione del rapporto fra pubblico e privato, è rappresentato senza dubbio dal riconoscimento costituzionale del diritto alla salute. Difatti, l'articolo 32 della Costituzione sancisce che: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". La tutela della salute, dunque, trova ufficialmente riconoscimento in quanto diritto fondamentale del singolo individuo e, non solo, come interesse da garantire in funzione del mantenimento dell'igiene e dell'ordine pubblico. Questa piena affermazione del diritto alla salute implica la necessità di accordare un'attenzione maggiore alla funzione prestazionale pubblica, attraverso la predisposizione di un insieme adeguato di strumenti organizzativi e finanziari.

Riferendosi nello specifico al rapporto fra pubblico e privato, la riforma del 1978 (Legge n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), ha inciso in maniera significativa sotto diversi aspetti. Essa ha provveduto, infatti, alla creazione di un servizio pubblico in cui la presenza dell'offerta privata resta contemplata, ma

inizialmente destinata a svolgere un ruolo di secondaria importanza. I pubblici poteri svolgono la funzione di regolamentazione delle diverse categorie di soggetti privati, e ne garantiscono l'integrazione nel sistema sanitario nazionale. In questa prospettiva si ricorre allo strumento della programmazione regionale, attraverso la definizione del fabbisogno e l'individuazione della quota di quest'ultimo che deve essere soddisfatta dai soggetti privati.

Con la legge 328/00 che ha portato tra le altre cose, ad una maggiore affermazione del ruolo e del peso degli enti di Terzo Settore, anche nella gestione di servizi ad elevata rilevanza sanitaria, sono state avviate sempre di più in ambito sanitario, sperimentazioni gestionali che prevedevano un livello di collaborazione ed integrazione sempre maggiore tra pubblico e privato sociale, e a livelli che richiedevano sempre maggiore competenza, formazione, diversificazione e capacità organizzative.

### **Le sperimentazioni gestionali**

Già l'articolo 4 del Decreto legislativo n.412/1991 e l'articolo 9-bis del Decreto legislativo n.502/1992 introducono la possibilità di dar vita, anche in deroga alla normativa vigente, a forme di sperimentazione gestionale nell'ambito del sistema sanitario. Si tratta di una forma di collaborazione che può instaurarsi fra soggetti pubblici e privati avente ad oggetto lo svolgimento dell'attività sanitaria, attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi e gestionali innovativi, e mediante la realizzazione di esperienze di proficuo scambio di conoscenze e di risorse. Le esigenze sottese alla previsione e all'utilizzo di questo strumento, sono legate all'evoluzione subita dal sistema sanitario e dal contesto economico e sociale. In

primo luogo, è necessario tener conto di una domanda crescente di prestazioni sanitarie di elevata qualità, da erogare in un ambito in cui si realizza un sempre maggior contingentamento delle risorse. In secondo luogo, bisogna prendere in considerazione gli effetti prodotti dagli interventi di riforma, che hanno interessato il SSN nel corso degli anni Novanta, e che hanno modificato in maniera significativa il rapporto pubblico-privato. Difatti, prima che sul SSN si producessero gli effetti dell'aziendalizzazione e di una progressiva tendenza alla separazione fra la funzione di committenza e quella di produzione, le Unità sanitarie locali (USL) potevano considerarsi soggetti autosufficienti in quanto concentravano al proprio interno lo svolgimento di diverse e numerose funzioni. Tale tendenza si è modificata in seguito agli interventi di riforma che si sono succeduti dal 1992 in poi e che hanno trasformato le USL in Aziende sanitarie locali (ASL), caratterizzate da una più accentuata tendenza alla specializzazione istituzionale e dall'incentivo alla costruzione di una rete di relazioni all'interno del sistema. Nel corso degli ultimi anni, si è evidenziata la tendenza al rapportarsi al privato al fine di perseguire migliori risultati in termini di efficienza ed efficacia nella gestione delle risorse. Lo strumento di flessibilità organizzativa rappresentato dalla sperimentazione gestionale non sfugge a questo orientamento, anzi si colloca nel solco della ricerca di occasioni per dar vita a collaborazioni maggiormente strutturate, che vadano oltre la semplice esternalizzazione delle attività no core e dell'acquisto di beni.

Le sperimentazioni gestionali si configurano come uno strumento di estrema complessità dal punto di vista gestionale, istituzionale e delle forme giuridiche ma che permette, al contempo, di beneficiare sotto molti aspetti di una grande

flessibilità per quel che attiene le soluzioni adottabili. Tale dato è legato al fatto che la sperimentazione gestionale nasce come esperienza di tipo misto, che si colloca in una zona di confine fra il mercato e lo Stato. A tal proposito, è possibile rilevare una grande varietà sia nelle politiche regionali sia nelle forme giuridiche che tale strumento può assumere. Le sperimentazioni gestionali, infatti, possono essere classificate come contrattuali o associative o come istituzionalizzate. Nel primo caso, si instaurano fra le parti rapporti di tipo contrattuale che assegnano al soggetto “convenzionato” o “associante” la funzione dello svolgimento dell’attività. Nel secondo caso, invece, si procede alla costituzione di una società mista pubblico-privato – nella forma di società per azioni, società a responsabilità limitata o società consortile – o di una fondazione di partecipazione.

### **3.2 LA SPERIMENTAZIONE DELLA RESIDENZA PER GLI ESORDI PSICOTICI NELL’ASL SALERNO**

E’ proprio sulla base dei riferimenti normativi e teorici riportati, che nasce nel 2014 all’interno del Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL Salerno, la Struttura Residenziale per gli esordi psicotici *Residenza Esordi*, con annesso *Centro Diurno*. Essa rappresenta una realtà interdistrettuale collocata in un edificio che attualmente ospita anche gli Ambulatori di Neuropsichiatria infantile, una Residenza con annesso Centro Diurno per i Disturbi della condotta alimentare, e gli uffici del Dipartimento di Salute Mentale.

La Residenza Esordi dispone di 6 posti letto per utenti che necessitano di un intervento intensivo che va dai 6 ai 18 mesi, per i quali, alla base del proprio

percorso riabilitativo, vi è la necessità per svariate motivazioni, di allontanarsi dal proprio contesto familiare. Ai sei posti letto in regime residenziale, si aggiungono circa altri 30 posti in regime semi-residenziale diurno.

Il regime assistenziale H24, viene garantito in maniera integrata da personale ASL (Psichiatri, Psicologi, Neuropsichiatra, Nutrizionista, Assistenti Sociali) e da personale qualificato e formato *ad hoc* afferente alla Cooperativa Sociale GEA (Sociologo, Infermieri, OSS, Assistente Sociale, Riabilitatori Psichiatrici, Esperti di laboratorio), cooperativa che tramite contratto, a seguito di aggiudicazione di gara, gestisce il servizio. A tali figure professionali, si aggiungono varie altre professionalità che collaborano in regime di volontariato, con il gruppo di lavoro.

Gli esordi psicotici compaiono in tarda adolescenza e nel giovane adulto, in fasi molto delicate per lo sviluppo psicologico della persona, durante le quali l'impatto con gravi problemi affettivi e la conseguente esacerbazione di una crisi, possono contribuire a compromettere in modo definitivo la successiva strutturazione della personalità del paziente.

Questi scompensi possono raggiungere livelli di criticità molto intensi, al punto di rendere spesso necessaria l'effettuazione di ricoveri ospedalieri in reparti dedicati. In questi contesti gli interventi psicofarmacologici sono sempre necessari per normalizzare il rapporto del paziente con la realtà, anche se questi devono essere di volta in volta tagliati su ogni singolo caso, monitorando con molta attenzione gli effetti della terapia, sia in termini di efficacia che di tollerabilità.

Tuttavia, al di là della gestione delle fasi di acuzie, critica che caratterizzano l'esordio psicotico, nel corso degli ultimi 10 anni si è diffusa l'idea che l'obiettivo più importante nella gestione di realtà cliniche complesse come queste, sia

piuttosto rappresentato dall'individuazione precoce dei prodromi nei giovani soggetti "a rischio", nella prospettiva di anticipare il più possibile il loro inserimento in protocolli specifici finalizzati a ridurre il rischio di esacerbazioni psicotiche.

L'identificazione dei soggetti che più avanti svilupperanno sintomi psicotici non è comunque facile. Può accadere ad esempio che alcuni soggetti sviluppino una sintomatologia psicotica "aspecifica" a seguito dell'esposizione ad un lutto o ad eventi esistenziali gravi di altro tipo, anche se non necessariamente tutti questi casi transiteranno in epoche successive in quadri psicotici cronici.

### **3.3 ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' E PROGETTI RIABILITATIVI.**

La Residenza, che non si configura come una struttura pronta ad accogliere le urgenze, può tuttavia ospitare utenti in fase subacuta se l'ingresso è concordato con i familiari e con le strutture territoriali che propongono il percorso.

Il paziente viene "inviato" presso il Centro Esordi, dalle unità operative di salute mentale (UUOSSMM), dai Medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) o da specialisti della Neuropsichiatria infantile (NPI). In tutti i casi in cui l'invio non avvenga tramite il servizio territoriale se in presenza di un maggiorenne (UOSM), o tramite la NPI in caso di utente minorenni, si parla di "invio spurio", e contestualmente all'avvio del primo colloquio, si contatta il servizio territoriale competente per residenza, al fine di avviare un rapporto altamente funzionale per l'intero percorso riabilitativo, e soprattutto fondamentale per il rientro a casa dopo.

Il Centro opera in totale integrazione con le Unità Operative che si fanno promotrici dell'invio e che, come da mandato istituzionale, conoscono la storia dell'utente e sono chiamate a gestirne sia le fasi critiche che quelle post-dimissive. Il gruppo di lavoro effettua una valutazione globale del caso e si esprime circa la compatibilità del medesimo con le caratteristiche della struttura e dei programmi terapeutici in essa disponibili.

Alcuni primi incontri quindi, sono dedicati alla valutazione globale, finalizzata alla verifica del possesso dei requisiti per l'inserimento. Nel corso di essi, l'utente e tutte le figure coinvolte nel suo percorso vengono informate ed orientate circa la metodologia utilizzata e le regole vigenti all'interno del Centro Esordi; vengono valutate la motivazione alle cure, oltre che la quantità e la qualità di risorse mobilizzabile dal paziente e dalla sua famiglia.

Momenti di lavoro collettivo successivi vengono utilizzati per la stesura del PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato). Tra la fase di ingresso e la formalizzazione del PTRI si collocano una valutazione del funzionamento globale del paziente, realizzata attraverso la VADO e altri strumenti diagnostici.

Trattasi di una residenza assolutamente "aperta", nella quale gli ospiti si trattengono dal lunedì al venerdì, rientrando in famiglia nei fine settimana ed in ogni circostanza di particolare significatività relazionale e psicologica per il nucleo familiare (compleanni, anniversari, feste e celebrazioni specifiche). Durante i primi due mesi circa, gli utenti non rientrano a casa nei fine settimana, in quanto non essendo ancora interiorizzati gli obiettivi su cui lavorare, né tantomeno compresa insieme la strada da seguire per raggiungere tali obiettivi

individualmente, né con il nucleo familiare, l'equipe ritiene opportuno la permanenza in residenza sette giorni su sette.

Gli ospiti inoltre, compatibilmente con gli impegni riabilitativi e di studio preliminarmente assunti, possono uscire, in orari consoni, sia da soli che in gruppo, con o senza accompagnatore (a seconda di ciò che è stato per loro stabilito dall'equipe), per obiettivi specifici o per semplice diversivo, a fronte di accordi negoziati con il personale della Struttura. Qualsiasi esperienza, all'interno del contesto di cura e dei suoi differenti piani di "offerta terapeutica", rappresenta materiale prezioso per un lavoro di scoperta interiore e di rielaborazione simbolica, teso al potenziamento delle risorse, della coesione intrapsichica e della stabilità affettiva e relazionale.

I criteri di inserimento dei pazienti nei percorsi comunitari prevedono orientativamente l'ammissibilità di soggetti tra i 16 e i 28/30 anni con diagnosi di psicosi non in stato di acuzie e con una storia clinica non superiore ai tre anni. Vengono naturalmente esclusi soggetti portatori di patologie organiche incompatibili con la vita di Comunità.

All'ingresso l'utente, oltre al consenso informato, firma un contratto se maggiorenne, in caso contrario viene firmato dai genitori, ove sono esplicitati i doveri da rispettare relativamente alla vita di comunità.

Ciascun pz. al suo ingresso viene affiancato da un *operatore di riferimento* (case manager) che lo seguirà per tutta la durata del PTRI.

La terapia farmacologica, impostata dalla struttura territoriale inviante, se ritenuta congrua dall'equipe della residenza, viene mantenuta invariata e resta in ogni modo costantemente monitorata dallo psichiatra del Centro Esordi che, nel caso

ravvisi necessità, richiede al responsabile della struttura territoriale inviante, una rivalutazione/modifica.

Quello che ci si propone è il raggiungimento di un livello di stabilizzazione clinica, dentro il quale: le abilità già possedute possano essere sostenute e tutelate dal deterioramento, e le abilità nuove possano essere promosse in una condizione di sfondo generale che consenta all'utente di accedere a competenza, contrattualità sociale, reale diritto di cittadinanza.

La Struttura si pone l'obiettivo finale di intervenire precocemente sugli esordi psicotici limitando al massimo il rischio di cronicizzazione e di deterioramento correlato alla condizione psicopatologica. L'obiettivo intermedio è rappresentato dall'intento di sostenere gli ospiti e di favorire in loro lo sviluppo di tutte le abilità personali e sociali che costituiscono un indispensabile prerequisito dell'autonomia. Le svariate abilità riabilitative e risocializzanti (gruppo esperienziale relativo alle attività di vita quotidiana, gruppo espressivo, laboratorio corporeo, grafica e arteterapia, laboratorio di videoproduzione, cineforum, laboratorio di narratologia, orto e giardinaggio, laboratorio bar) rappresentano solo alcune delle attività grazie alle quali l'utente riesce a portare avanti il suo percorso riabilitativo, e a raggiungere gli obiettivi previsti.

La partecipazione alle attività è sempre scelta e negoziata tra l'utente, la famiglia, l'equipe residenziale e i Servizi Territoriali di riferimento, che rimangono i primi interlocutori dell'utente.

Ai suddetti percorsi riabilitativi si aggiungono, quali attività strutturate: la psicoterapia individuale, la psicoterapia familiare e gli incontri multifamiliari dedicati ad attività di psico-educazione.

Tutti i percorsi prevedono un forte coinvolgimento dei familiari nell'alleanza terapeutica, per una attiva partecipazione del sistema di appartenenza più prossimo al processo riabilitativo dell'utente.

### **3.4 AREE DI OSSERVAZIONE E MONITORAGGIO**

Le principali aree di osservazione e di monitoraggio del pz. all'interno del Centro Esordi, possono essere così sintetizzate:

- parametri psicopatologici ed area dei sintomi;
- area delle risorse;
- area relazionale e familiare;
- area dell'autonomia;
- definizione ed impostazione di linee di progettualità che si sviluppino anche oltre la dimissione.

Tutte le azioni terapeutiche e psico-riabilitative possibili, vengono poste in essere al fine di scongiurare il rischio di interruzione dei percorsi fisiologici di sviluppo, di realizzazione dei progetti personali, affettivi e sociali. Ad esempio, non è raro che ospiti della struttura, continuino regolarmente i loro naturali percorsi formativi, incluso il raggiungimento di step importanti, come il conseguimento del Diploma o della Patente di Guida. In tali percorsi gli ospiti vengono costantemente sostenuti da una "rete di contenimento" che vede alleati e in costante comunicazione tra loro il sistema curante, la scuola e le diverse agenzie di volta in volta coinvolte nel progetto di recovery individuale.

In tutti i settings terapeutici allestiti per ciascun utente, un obiettivo di lavoro prioritario consiste sicuramente nella individuazione condivisa di orizzonti

scolastici e formativi in senso ampio (diplomi, certificazioni, qualifiche professionali etc.) adeguati, naturalmente, alle inclinazioni e alle risorse del pz. medesimo. Rispetto agli obiettivi stabiliti, la Struttura stessa si fa carico di avviare e/o orientare il dialogo dell'utente e della sua famiglia con la Scuola e con le altre agenzie e/o istituzioni coinvolte. Nell'ambito di tali azioni ci si avvale tanto di livelli di comunicazione informale, che di iniziative maggiormente strutturate tese, ad esempio, ad attivare percorsi e presidi istituzionalmente previsti come possono essere i BES.

La permanenza del pz. nella struttura, è rigorosamente a termine, così da poter caratterizzare il periodo di residenzialità come un ciclo di formazione attiva. Si tratta di interrompere momentaneamente una convivenza familiare al momento disfunzionale a causa della crisi e, verosimilmente, dei difetti di comunicazione imperanti. L'ipotesi è che un lavoro assiduo sul pz., sulla famiglia e sulle comunicazioni al suo interno, consenta una riduzione della disfunzionalità, una migliore gestione della malattia ed un prezioso recupero di fiducia reciproca.

Il periodo di ospitalità costituisce una dimensione certamente arbitraria, ma abbastanza lunga per poter determinare un cambio radicale dei comportamenti personali e familiari ed una interruzione degli equivoci e delle stereotipie relazionali.

Questo periodo è, d'altra parte, un tempo abbastanza breve per non tramutarsi in delega di responsabilità all'esterno da parte della famiglia, delega spesso foriera di cronicizzazione e abbandono.

Questo break temporale, associato a tutte le procedure di coinvolgimento familiare, rappresenta terreno fertile per la ricostituzione di lacerazioni familiari

spesso apparentemente indotte dal disagio psichico che affligge il pz. ma, in realtà, sconosciute e fautrici del disagio medesimo.

Una ridefinizione dei punti di vista sul disturbo, destinata a realizzarsi in un territorio diverso da quello familiare e disfunzionale, e diverso da quello ospedaliero tradizionale, può certamente ambire a modificare schemi relazionali e comportamentali scorretti e, di conseguenza, a configurarsi come "scuola di vita e di relazioni".

Dunque si può affermare che il programma è diretto a pazienti, familiari e operatori e che tende a modificare in maniera utile i fattori negativi che sono sotto il controllo di costoro. Alcuni di tali fattori sono relativi a comportamenti errati e consolidati nel tempo, per cattiva conoscenza dei meccanismi di antagonizzazione e/o per inadeguatezza culturale del contesto.

Sullo sfondo di un ambiente accogliente e privo di pregiudizi, lo sforzo collettivo è quello di mantenere un atteggiamento coerente e di riconoscere condotte ambivalenti. I livelli di stimolazione proposti vengono attentamente calibrati perché gli obiettivi da raggiungere dal pz. siano realistici rispetto alle risorse disponibili.

Uno dei "fronti di apprendimento" che gli operatori costantemente propongono è quello che stimola nei pazienti una implementazione della capacità di fronteggiare sia la fluttuazione della consapevolezza di essere malato che i comportamenti imprevedibili. Fondamentale importanza riveste altresì la necessità di imparare a fronteggiare le allucinazioni, le illusioni, la passività e di usare al meglio l'aiuto professionale ampiamente disponibile.

Gran parte dell'apprendimento, per tutti i partecipanti al programma, avviene nei gruppi di lavoro, nei quali, in maniera protocollare, vengono trasferite informazioni cliniche e tecniche di approccio.

Tra le tecniche di apprendimento l'insieme degli strumenti strutturati utilizzati è così sintetizzabile:

- Terapia di gruppo con finalità espressive
- Psicoeducazione (I. Falloon)
- Gruppi operativi esperenziali
- Terapia Neurocognitiva Integrata (INT)
- Rimedio Cognitivo
- Gruppi di Social Skills Training
- Casa Lavoro Tempo Libero (CLT)
- Laboratori occupazionali di avviamento al lavoro
- Associazione di Familiari e gruppi di auto-aiuto.

Tra le modalità di apprendimento fortemente utilizzate all'interno della struttura, specificamente menzioniamo l'apprendimento dal modello dello staff e quello per "surrogato".

La prima modalità di apprendimento si fonda sulla capacità degli operatori-gestori di flettere la propria operatività adattandola progressivamente ai mutati bisogni degli ospiti. Lo stile di lavoro e le prassi si modificano in funzione dell'evolversi della relazione terapeutica e si può passare da fasi di maggior coinvolgimento/controllo/complicità tra pazienti ed equipe, a fasi di maggior disimpegno/autonomia/distanza.

Per quanto attiene all'apprendimento "per surrogato", esso consiste nell'apprendere ed attuare determinati comportamenti da membri di famiglie diverse dalla propria. Trattasi di una modalità utile in quanto consente di ridefinire la distanza emotiva ed il coinvolgimento personale che ostacola la corretta gestione della crisi o dei comportamenti non tollerati.

Il gruppo di lavoro, che costituisce il principale fattore terapeutico di una Comunità, deve essere messo in grado, attraverso una continua "manutenzione", di affrontare i problemi, di mettersi in discussione, di apprendere dagli errori e dall'esperienza e di comprendere che le conflittualità tra curanti ostacolano o addirittura impediscono la funzione curante.

Tali conflitti pertanto, insieme a tutte le difficoltà eventuali, devono essere affrontati in spazi di riflessione e di organizzazione previsti e protetti.

Nella struttura l'equipe si riunisce stabilmente in incontri programmati:

- una volta la settimana, in una riunione alla quale partecipano psichiatri, psicologi, riabilitatori, personale della Cooperativa GEA, cioè tutti coloro che sono coinvolti nelle prese in carico specificamente discussa in quel momento; tale riunione tende soprattutto a consentire lo sviluppo di un pensiero comune rispetto ad un pz. o ad una determinata situazione e a scongiurare, per ciascun operatore, il rischio di seduzione narcisistica rispetto ai pzz. o di competitività distruttiva rispetto ai colleghi;
- una volta al mese in un incontro riservato agli operatori sanitari e della Cooperativa GEA, allo scopo di affinare metodologie e prese in carico;
- una volta al mese è fissata la supervisione degli psicoterapeuti da parte di uno psicoterapeuta anziano;

- una volta al mese è fissata la supervisione degli psicologi volontari da parte di uno psicologo/psicoterapeuta di maggiore esperienza;

- una volta al mese è fissata la supervisione del personale infermieristico e socio-sanitario della Cooperativa da parte di uno psicologo con esperienza in tal senso.

### **3.5 PROCEDURE E MODALITA' DI ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE PUBBLICO E PRIVATO: IL MODELLO GEA.**

Attraverso una procedura di gara, l'ASL ha esternalizzato alla Cooperativa Sociale GEA (in qualità di cooperativa esecutrice per conto del Consorzio Nazionale Servizi di Bologna, aggiudicatario dell'appalto), la gestione di parte delle attività e del personale necessario alla realizzazione dei PRTI per gli ospiti della Residenza e del Centro Diurno per gli Esordi.

La **Cooperativa Sociale GEA**, con esperienza trentennale nella gestione di servizio socio-assistenziali, sanitari e riabilitativi per conto di enti pubblici e privati, concorre alla realizzazione degli obiettivi previsti dal Centro Esordi, attraverso la realizzazione di un progetto di integrazione tra professionalità pubbliche e private di fondamentale importanza.

La responsabilità medico-psichiatrica resta in capo all'Azienda Sanitaria, che la esercita attraverso il proprio personale dipendente, e attraverso la nomina di un Responsabile di struttura. Sempre a personale ASL è affidata la cura dell'aspetto psicologico degli ospiti, con personale dipendente e volontario.

Tutto l'aspetto socio-sanitario, infermieristico e riabilitativo, è affidato a personale qualificato della Cooperativa che, attraverso un confronto e una condivisione

continua in setting strutturati e non, definisce strategie specifiche per redigere, aggiornare e portare avanti i PTRI.

Grazie alle certificazioni possedute dalla Cooperativa, garanti della conformità delle procedure utilizzate per ciascuna attività, tutti i processi vengono monitorati e tenuti sotto controllo; valutati e modificati in base alle esigenze dell'utenza e al momento in cui si trovano.

La disponibilità di personale pubblico e privato, permette di identificare chiaramente ruoli, funzioni e responsabilità.

Il *case manager*, che affianca ciascun utente nel proprio percorso, viene scelto tra il personale della Cooperativa in quanto maggiormente presente nelle 24 ore presso la struttura, e pertanto più in grado di monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi posti. E' poi il case manager che, a cadenza settimanale, riferisce all'equipe completa, circa l'aggiornamento sul caso. Decisioni prese durante gli aggiornamenti delle varie riunioni, vengono comunicate al paziente e alla famiglia dal case manager, che si occupa poi di raccogliere, ascoltare, contenere, e trasferire all'equipe responsabile del paziente.

I rapporti con le famiglie vengono curati dal personale della Cooperativa che, attraverso i Tecnici della riabilitazione e i case manager, fungono da veri punti di riferimento e di trasferimento privilegiato di informazioni e di "formazione". A ciascun operatore viene anche affidata la responsabilità di un singolo processo: attività di socializzazione esterne, rapporti con il MMG, rapporti con gli ambulatori per prestazioni specialistiche e disbrigo pratiche, ecc. al fine di accentrare le informazioni organizzative e trasferirle con semplicità al resto del gruppo di lavoro.

La capacità degli operatori di creare un contesto in grado di essere rassicurante, contenitivo e non confuso ma, allo stesso tempo dinamico, interattivo e non rigido, un contesto psichicamente fertile, in cui gli operatori tutti siano in grado di sostenere proiezioni e complesse dinamiche senza ritenere difensivamente di esserne estranei, è fondamentale per il buon esito delle attività della struttura.

Il clima di integrazione e collaborazione realizzato, è il frutto di un intenso lavoro svolto sul gruppo per la condivisione del senso di appartenenza, delle procedure, delle strategie, modelli comunicazionali da utilizzare per il raggiungimento di obiettivi condivisi, senza cadere nel vortice della confusione, dell'eccessiva gerarchizzazione di ruoli e funzioni e della conflittualità.

## CONCLUSIONI

Il modello GEA, costruito per la gestione del Centro per gli Esordi psicotici (residenziale e semi-residenziale) dell'ASL SA, rappresenta un esempio di come settori estremamente diversi (pubblico e privato), prefissato l'obiettivo comune rintracciabile nel benessere degli utenti che accedono ai servizi, riescano non solo a convivere, ma anche a fornire un servizio qualitativamente elevato, rispondente alle esigenze dell'utenza, attraverso un mirato processo di integrazione e collaborazione tra le diverse professionalità che ne fanno parte.

A questo punto, si è ritenuto opportuno concludere il presente lavoro, riportando una breve intervista con poche domande aperte, sia al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL SA, anche responsabile per conto dell'ASL della sperimentazione realizzata presso la struttura per gli Esordi, che al Presidente della Cooperativa Sociale Gea, soggetto privato erogatore delle prestazioni.

L'idea di riportare il punto di vista delle figure apicali degli enti coinvolti in questo processo di co-gestione, parte dalla necessità di scoprire ed evidenziare la diversa valutazione, punti di forza e debolezza, nonché gli spunti di miglioramento su cui continuare a riflettere, ottimizzare e crescere per rendere tale integrazione ancor più efficace ed efficiente.

La breve intervista ha riguardato l'analisi di sei aspetti del modello realizzato:

1. contesto di riferimento
2. necessità o opportunità alla base della co-gestione
3. modalità pratiche di integrazione tra pubblico e privato
4. elementi di forza e di debolezza
5. un bilancio a quattro anni dall'avvio della sperimentazione

6. prospettive future/spunti di miglioramento.

Si riporta di seguito una sintesi dell'intervista realizzata al ***Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL SA Dott. Giulio Corrivetti***.

1. Il contesto è rappresentato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL Salerno della Regione Campania che, sul piano organizzativo, oltre alle Unità Operative di Salute Mentale (che sono dieci e che in questa Azienda Sanitaria coprono tutto il territorio della provincia) si compone anche di tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) con funzioni di ricovero e di esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii, si completa (nel suo assetto strutturale e funzionale) di Strutture intermedie articolate in varie tipologie, sia per intensità assistenziale che per specificità terapeutico-riabilitative-come da Decreto n. 5 del 2011). Sulla base di un vuoto circa la fornitura di una prestazione residenziale e semi-residenziale fortemente richiesta, nasce l'idea nel 2014 della sperimentazione della struttura per degli Esordi Psicotici in seno al Polo Adolescenti.

2. Tale sperimentazione nasce dalla necessità di mettere sù un servizio per il quale non era e non è ancora oggi possibile, contare sulle sole risorse del pubblico, considerati i continui tagli alle risorse disponibili, ai piani di rientro, al blocco delle assunzioni..... La stessa necessità però si fa forte della positiva esperienza raccolta in diversi anni di gestione mista seppur in altre tipologie strutturali della salute mentale e con fascia d'utenza meno delicata. Nata quindi come necessità, col tempo è diventata una vera e propria opportunità per l'intera salute mentale.

3. L'esperienza condotta in alcune strutture della ASL Salerno, si è caratterizzata per un sistema di co-gestione dei percorsi terapeutici con una integrazione dei compiti e delle azioni programmate insieme, per il

raggiungimento di obiettivi condivisi. L'aspetto specifico ed innovativo insiste proprio nella condivisione progettuale tra due settori profondamente diversi. La maggior parte delle esperienze è caratterizzata dalla delega a strutture ed a soggetti terzi (privato sociale e privato imprenditoriale) per la gestione dei progetti terapeutici. In quei casi si tratta di strutture di proprietà del privato o del privato sociale e di una condivisione solo del programma riabilitativo residenziale, mentre viene meno l'azione condivisa. La delega, così fatta, determina frequentemente un rischio di istituzionalizzazione ed un indebolimento del ruolo di valutazione e decisione del sistema pubblico. Nella Struttura esordi invece, il processo di integrazione e condivisione comprende ciascun singolo processo o fase dell'intero percorso, dall'invio dell'utente, fino all'uscita dello stesso.

4. Questo sistema di integrazione, governato da percorsi di evidenza pubblica attraverso i quali un soggetto del privato imprenditoriale o del privato sociale (vincitore di gara) è virtuoso in quanto ricopre compiti e funzioni programmate, condivide spazi e tempi dell'azione terapeutica e partecipa, giornalmente agli sviluppi ed ai progressi del percorso, per ogni singolo utente assistito, in un contesto reale di maturazione continua dei risultati raggiunti.

Altro punto di forza è determinato dall'azione di maggiore controllo degli esiti clinici, di monitoraggio degli investimenti e della spesa.

L'unico punto di debolezza che si possa ritenere realistico, è rappresentato dal non buon fine sempre e in modo assoluto del suddetto percorso di co-gestione. Non sempre e non con tutti i soggetti pubblici e privati, si riesce a realizzare tale percorso virtuoso.

5. L'attività condotta, riassume un'esperienza di 4 anni in cui sono state sperimentate azioni terapeutiche relative ad una tipologia di utenti del tutto nuova per il Dipartimento, o meglio per la quale per la prima volta, è stato attivato un percorso residenziale mai avviato nella ASL Salerno. Tale metodologia di approccio ha permesso non solo il raggiungimento degli obiettivi prefissati, ma anche un maggiore e più razionale controllo della spesa, ha determinato percorsi terapeutici più ricchi e moderni con esiti coerenti con i progetti sottoscritti. Ha permesso inoltre all'intera salute mentale, di poter beneficiare, tra le alte cose, di personale giovane e nuovo introdotto dalla Cooperativa nel servizio, che ha un approccio fresco verso la patologia mentale, senza stigmi e pregiudizi, approccio questo fondamentale per parlare di recovery.

6. Si prevede una estensione dell'esperienza condotta negli ultimi quattro anni, a tutte le strutture residenziali esistenti a gestione diretta del DSM, allo scopo di ottimizzare le risorse messe in campo, e soprattutto di rendere più dinamico ed efficiente il sistema tracciato dalla rete di strutture dipartimentali, differenziandole tra di loro al fine di comporre una tavolozza adeguata di opportunità terapeutiche, e non riprodurre tante residenze tutte uguali a se stesse, senza evoluzione e specifica destinazione terapeutica, Tutto ciò per offrire un più ricco percorso a tutti gli utenti del Dipartimento.

Si prevede la continuazione del processo di innovazione, con l'inserimento di nuove strutture per bisogni speciali e specifici al fine di ad adeguare il Dipartimento, alle esigenze specifiche delineate dal Piano di Azione Nazionale Salute Mentale.

In particolare (come da Atto Aziendale della ASL Salerno) si prevede di realizzare 3 strutture residenziali per l'esordio psicotico e per l'intervento precoce sulle psicosi per un totale di 18 posti letto con annesso tre strutture semiresidenziali per l'intervento riabilitativo intensivo su specifici deficit di funzionamento e di natura cognitiva; strutture residenziali e semiresidenziali per i Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (gestendo la struttura sovra-aziendale e regionale per la riabilitazione residenziale di questi disturbi che si compone di 12 posti letto). Si prevede inoltre di riorganizzare cinque strutture residenziali per l'intervento riabilitativo psicosociale con pazienti con storia media di malattia, con competenze sociali adeguate alla recovery ed al reinserimento sociale e lavorativo, e tre strutture residenziali per l'intervento con pazienti con storia lunga di malattia e con esigenze assistenziali di natura prevalentemente di supporto e di sostegno negli atti quotidiani della vita.

Il sistema delle strutture assistenziali di un Dipartimento, come quello della ASL Salerno, deve poter innovare i suoi percorsi e le sue metodologie assistenziali, configurandosi sempre meno quali strutture connesse e correlate alla singola Unità Operativa di Salute Mentale e contribuendo a creare, sempre più, una rete assistenziale atta a favorire i percorsi in maniera evolutiva e realmente autonomizzante per il singolo, coinvolgendo tutte le agenzie sociali quali risorse per la recovery personale e funzionale, oltre che per quella clinica. Solo un adeguato sistema di rete, tra le strutture riuscirà ad offrire a tutti gli interventi più innovativi e più attuali per garantire la qualità della vita e la soddisfazione personale dell'utente.

La necessità, oggi, a quaranta anni dalla approvazione della Legge di riforma psichiatrica, è quella di dare nuovo impulso a contrasto della cronicizzazione e della istituzionalizzazione delle strutture residenziali. In particolare serve una spinta innovativa che punti alla individualizzazione delle terapie ed alla personalizzazione dei percorsi terapeutici. Interventi che puntano alla reale acquisizione di strumenti per l'autonomia personale e per una transizione alla vita autonoma ovvero alla formazione con inserimenti lavorativi supportati.

Ad oggi tutto questo è realizzabile grazie all'integrazione e alla collaborazione nella gestione delle varie strutture tra pubblico e privato.

Si riporta ora una sintesi dell'intervista realizzata al ***Presidente della Cooperativa Sociale GEA Dott. Claudio Romano***, ente gestore insieme all'ASL della Residenza per gli Esordi Psicotici di Mariconda-Salerno.

1. Il contesto di riferimento in cui l'ideazione di tale struttura ha preso forma, era caratterizzato da un sistema basato in generale sulla scarsa collaborazione tra ASL e Terzo Settore, o meglio sulla generale considerazione non estremamente positiva che l'ASL aveva rispetto ai soggetti del Terzo Settore, perché visti sempre come subalterni rispetto all'azienda sanitaria e solo come un mero braccio operativo. Le collaborazioni messe in atto dall'Azienda Sanitaria con enti del privato sociale in servizi sperimentali ed innovativi, erano risultate spesso appena sufficienti, con dei picchi di incompatibilità e di difficile convivenza in quanto settori basati su logiche profondamente diverse. In questo contesto generale, si è deciso di avviare la progettualità della Residenza e Centro Diurno per gli Esordi, che ha previsto quasi un anno di riunioni organizzative e di creazione/condivisione del regolamento e del modello da realizzare.

2. L'integrazione e la collaborazione invece che si è riuscita a realizzare, è un vero e proprio ottimo modello gestionale, che, rispetto all'avvio, è cresciuto e migliorato nel corso del tempo. Rappresenta un modello che permette di realizzare un buon connubio pubblico-privato, che permette di avere un risparmio elevato in termini di spesa pubblica, e una buona qualità delle prestazioni offerte. L'iniziale progetto è diventato un vero e proprio modello gestionale. I risultati ottenuti rappresentano un punto di partenza ottimo anche per la duplicazione dello stesso sul territorio nazionale.

Sicuramente questo modello è nato inizialmente dalla necessità di ridurre la spesa sanitaria nella gestione dei servizi, diventato però una vera e propria opportunità di miglioramento delle prestazioni erogate e dell'intero servizio.

3. La progettazione dei servizi e il controllo viene svolto dall'ente pubblico. Il coordinamento ha visto per la prima volta un'esperienza di concertazione completa e totale dell'intero processo, dalla decisione di inserimento dell'utente nella struttura/centro alla condivisione del percorso riabilitativo da realizzare, all'individuazione del sistema di monitoraggio degli obiettivi, alla creazione/individuazione del percorso di uscita/rientro a casa. Il personale infermieristico, socio-sanitario e riabilitativo, dopo un primo periodo di adattamento, ha visto il raggiungimento di un equilibrio e una integrazione che ha rappresentato l'arma vincente del percorso, senza vedere mai una confusione e/o sovrapposizione di ruoli e responsabilità.

Questa è stata la vera integrazione che si è realizzata tra pubblico e privato.

4. Diversi sono i punti di forza di questo modello, ma anche quelli di debolezza su cui continuare a dover lavorare. Sicuramente il primo elemento di

forza è rappresentato dalla forte riduzione dei costi. Il costo per la gestione della struttura, attraverso questo tipo di esternalizzazione, è quasi la metà rispetto al costo che abitualmente viene sostenuto attraverso la gestione con diretto personale dipendente ASL. Altro aspetto positivo è rappresentato dall'elevata qualità del servizio offerto, garantito anche grazie all'inserimento di personale qualificato di giovane età, in alcuni casi alla prima esperienza lavorativa, pertanto con un approccio verso la "malattia mentale" molto più leggero e totalmente libero da stigmi e pregiudizi tipici di chi, con esperienza decennale nel campo, ha avuto contatto con i vecchi Ospedali Psichiatrici, o con le case di cura, diventate ormai il luogo della cronicità. Attraverso l'inserimento di tale personale infatti, la realizzazione di tutte le più normali attività (giardinaggio, serigrafia, laboratorio bar, laboratorio di cucina, cucito, socializzazione con uscite serali, balneazione...) sono risultate di semplice realizzazione e monitoraggio dei risultati raggiunti.

Uno degli elementi di debolezza può essere sicuramente rappresentato dal fatto che questo modello rappresenta un sistema avulso da tutto il resto del mondo ASL. E' una esperienza che, essendo diventata un vero modello per l'Azienda Sanitaria, dovrebbe essere duplicata in altre realtà in costruzione, al fine di raggiungere gli stessi ottimi risultati e obiettivi.

5. A quattro anni di gestione si raccolgono dati in uscita estremamente positivi. Il sistema ha subito diverse variazioni nel corso degli anni. E' partito come un'idea su carta che, dopo vari aggiustamenti che hanno portato ad un processo di evoluzione nel tempo, ha trovato ormai un buon equilibrio. La buona intesa e collaborazione raggiunta tra le varie professionalità presenti, ha portato all'acquisizione di una grande considerazione e fiducia da parte dell'intero

dipartimento e dei singoli responsabili, relativamente al lavoro svolto dalla Cooperativa nel processo di gestione in generale e riabilitativo nello specifico. Diversi sono stati gli obiettivi raggiunti in termini riabilitativi, e diversi sono stati i ragazzi che, sono usciti dalla struttura, con evidenti miglioramenti in termini di salute e benessere (personale, familiare e sociale), ma anche con in tasca risultati spendibili per il futuro (conseguimento del diploma, della patente di guida...). L'ultimo percorso ha previsto per i ragazzi che hanno potuto accedere, il conseguimento di qualifiche professionali di "Esperto in caffetteria", "Esperto in rosticceria", "Addetto cucina", in collaborazione con l'I.P.S.E.O.A. (Istituto Professionale di Stato per i Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera) "Virtuoso" di Salerno.

6. Nel futuro prossimo si vede sicuramente un processo di aumento di queste esperienze sul territorio. Le prospettive future sono relative ad una maggiore diffusione di questi sistemi e buone pratiche nella gestione dei vari servizi dell'ASL, soprattutto innovativi e sperimentali. Tutti gli obiettivi raggiunti, le buone pratiche realizzate è necessario che diventino elementi base per la costruzione delle prossime gare d'appalto che saranno bandite dall'ASL per servizi similari, così da raccogliere e far tesoro di tutto ciò che è stato creato e raggiunto, nell'ottica del miglioramento continuo.

In quanto Coordinatore per conto della Cooperativa GEA della Residenza e del Centro Diurno per gli Esordi Psicotici, non posso che fare sintesi tra le considerazioni espresse dai due Responsabili, e confrontare tutto con la realtà di chi la struttura la vive quotidianamente.

Non è stato semplice entrare in un contesto che guardava in cagnesco dall'alto, aspettando di continuo la mossa sbagliata per puntare il dito, per mostrare che rispetto ai grandi Dirigenti ASL eri poco, o che chiudeva le porte per non permetterti di ascoltare i loro discorsi. Non è stato semplice farsi accettare come parte integrante del sistema. Non è stato semplice far comprendere che conveniva ad entrambi fidarsi l'uno dell'altro, *cercando almeno di provare*, mettendo da parte tutte le resistenze e darsi un periodo di tregua per capire cosa ciascuno potesse dare di buono all'altro. Non è stato semplice superare sguardi diffidenti e frasi taglienti che, dopo essere state ascoltate, andavano messe da parte facendo finta che nulla fosse successo e che, seppur consapevole delle differenze di ruolo, settore di appartenenza e della considerazione, si era comunque disposti a mettersi in gioco e provare.

Per me è stata una grande sfida che, dalla carta ha preso forma sempre di più giorno per giorno e si è trasformata in una realtà tangibile dove, un piccolissimo posto sono riuscita a guadagnarmelo faticosamente anche io (come persona e come Referente della Cooperativa GEA). Diversi sono stati i problemi da affrontare e superare anche con il personale dipendente della Cooperativa impegnato nel servizio, visto anch'esso come non appartenente alla *classe* dei dipendenti ASL. Il primo anno è stato molto complesso, il personale ha avuto diversi momenti di sconforto, non solo per la delicatezza dell'utenza che accedeva al servizio, ma anche per le difficoltà di comunicazione con il personale Dirigente ASL. Il sistema di comunicazione tra i vari pezzi è stato (ed è ancora oggi), un continuo costruirsi/ricostruirsi. Solo quando, dopo la iniziale diffidenza, si è deciso di, a carte scoperte, parlare delle criticità l'uno dell'altro, si è riusciti a comprendere

che il fine era comune, e che pertanto era obbligatorio trovare un modo per raggiungerlo.

La pazienza necessaria è stata tanta, e tantissimi sono stati i momenti di formazione/informazione/confronto in setting specifici e non per risolvere e costruire su ogni problema emerso.

A quattro anni dall'avvio della sperimentazione si può dire che il livello di integrazione raggiunto tra pubblico e privato nella Struttura per gli Esordi Psicotici è davvero elevato. La fiducia e la considerazione che ormai la Dirigenza ASL ripone relativamente al ruolo fondamentale che il personale della Cooperativa svolge quotidianamente nella realizzazione degli obiettivi previsti per ciascun utente e per la struttura stessa nel suo complesso, è stato uno dei risultati più importanti raggiunti. Oggi tutto viene condiviso; qualunque decisione, anche dalla più banale, è il frutto di una concertazione tra le parti che porta all'individuazione della soluzione migliore per tutti. I case manager dell'utenza, vengono sempre identificati dai Dirigenti tra il personale della Cooperativa (che conosce l'utenza più di chiunque altro, visto che vi è a contatto 24 ore su 24), che ha mostrato di aver ormai acquisito dei buoni strumenti per essere parte integrante dei percorsi riabilitativi.

Tanto è stato fatto in questi quattro anni, soprattutto nel senso di abbattere quei muri di diffidenza nei confronti delle competenze e delle capacità del Settore Privato, di poter sedere allo stesso tavolo del Pubblico per condividere strumenti, metodologie ed obiettivi.

Tanto ancora c'è da fare, soprattutto per diffondere questo modello creato e per renderlo utilizzabile in altre realtà simili, ma a voce alta si può affermare che la

struttura per gli Esordi Psicotici di Mariconda ASL SA, rappresenta un Modello dove è stato chiaramente messo in evidenza come l'integrazione tra settore pubblico e settore privato non solo è possibile, ma permette, oltre ad una concreta riduzione dei costi, di raggiungere dei livelli qualitativi nell'erogazione di prestazioni concretamente elevati, in quanto permette l'integrazione e la compensazione tra competenze, capacità, professionalità e punti di vista diversi. Nel sistema ognuno ha messo il suo, e il risultato ottenuto è stato addirittura superiore alle aspettative.

## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- )Gualdani, “I servizi sociali tra universalismo e selettività” Milano, 2007.
- ) G. Pastori “Il sistema integrato di interventi e servizi sociali” Milano, 2003.
- )E. Rossi “La necessità di una revisione organica della legislazione del Terzo settore: un’opportunità da cogliere, un lavoro da realizzare, in Non profit” n. 3/2014.
- ) S. Zamagni “Il Terzo settore nell’Italia unita” Bologna, 2011.
- )S. Zamagni “Libro bianco sul terzo settore” Bologna, 2011.
- )E. Rossi “Che cos’è il terzo settore? (Prime riflessioni sulla definizione legislativa introdotta dal decreto legislativo 117 del 2017)”, in [www.paradoxaforum.it](http://www.paradoxaforum.it).
- )D. Caldirola “Stato, mercato e Terzo settore nel decreto legislativo n. 17/2017: per una nuova governance della solidarietà” in [Federalismi.it](http://Federalismi.it) - n. 3/2018.
- )5 [federalismi.it](http://federalismi.it) - ISSN 1826-3534 - n. 12/2018.
- )L. Gori “La legge delega n. 106 del 2016 di riforma del Terzo settore”, in Osservatorio sulle fonti, 2016.
- )A. Albanese “I rapporti fra soggetti “non profit” e pubbliche amministrazioni nel d.d.l. delega di riforma del Terzo settore: la difficile attuazione del principio di sussidiarietà”, in Non profit, 2014.
- )S. Benvenuti - S. Martini, La crisi del “welfare” pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016, in Osservatorio costituzionale, 2017.
- )G. Ponzanelli “Terzo settore: la legge delega di riforma” in La Nuova giurisprudenza civile e commentata, 2017.

- JM.V. De Giorgi “Terzo settore. Verso la riforma” in *Studium juris*, 2016.
- JFederalismi.it - ISSN 1826-3534 - n. 12/2018.
- JG. Pastori “Il sistema integrato di interventi e servizi sociali”, 2002.
- JA. Albanese “Le convenzioni fra enti pubblici, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale nel Codice del Terzo settore. Il confronto con il diritto europeo”, in *Non profit* 3/2017.
- JG. Fiorentini “I servizi sanitari in Italia” 2000.
- JF. Trimarchi Banfi, “Pubblico e privato nella sanità: autorizzazioni e convenzioni nel sistema della riforma sanitaria” Milano, 1990.
- JG. Pastori “Sussidiarietà e diritto alla salute” in *Dir. pubbl.*, 2002.
- JC. Corbetta “Sanità privata nell’organizzazione amministrativa dei servizi sanitari” Milano, 2004.
- JM. Conticelli “Privato e pubblico nel servizio sanitario” Milano, 2012.
- JW. Pinna Nossai “Sistema di accreditamento in ambito sociale” in [www.socialesalute.it](http://www.socialesalute.it), 3 novembre 2011.
- JN. Aicardi “I soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie” in *San. Pubbl.*, 1999.
- JA Battistella “L’accreditamento istituzionale: una sfida difficile” in *Prosp. soc. san.*, n. 21/2000.
- JFazzi L., Scaglia A. “Il governo della città nella trasformazione del welfare” Franco Angeli, Milano, 2001.

# ALLEGATI

1. LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI LEGGE N. 328 DEL 8 NOVEMBRE 2000.
2. MODELLO FUNZIONALE SISTEMA ESORDI PSICOTICI



Legge 8 novembre 2000, n. 328

## "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186

---

### Capo I

#### PRINCÌPI GENERALI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

##### Art. 1.

*(Principi generali e finalità)*

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.
4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

6. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.

7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

## Art. 2.

### *(Diritto alle prestazioni).*

1. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonchè gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera *h*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della presente legge, nonchè delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

3. I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonchè i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4. I parametri per la valutazione delle condizioni di cui al comma 3 sono definiti dai comuni, sulla base dei criteri generali stabiliti dal Piano nazionale di cui all'articolo 18.

5. Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono tenuti, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241, ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate.

## Art. 3.

### *(Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali).*

1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonchè della valutazione di impatto di genere.

2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

*a)* coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonchè con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;

*b)* concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4,

che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonchè le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio- sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

3. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, per le finalità della presente legge, possono avvalersi degli accordi previsti dall'articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, anche al fine di garantire un'adeguata partecipazione alle iniziative ed ai finanziamenti dell'Unione europea.

4. I comuni, le regioni e lo Stato promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi e per consentire, in via sperimentale, su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1) e 2), della presente legge, nonchè delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

#### Art. 4.

##### *(Sistema di finanziamento delle politiche sociali).*

1. La realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3.

2. Sono a carico dei comuni, singoli e associati, le spese di attivazione degli interventi e dei servizi sociali a favore della persona e della comunità, fatto salvo quanto previsto ai commi 3 e 5.

3. Le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonchè in attuazione della presente legge, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonchè, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato articolo 132.

4. Le spese da sostenere da parte dei comuni e delle regioni sono a carico, sulla base dei piani di cui agli articoli 18 e 19, delle risorse loro assegnate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, nonchè degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci.

5. Ai sensi dell'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, competono allo Stato la definizione e la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, la spesa per pensioni, assegni e indennità considerati a carico del comparto assistenziale quali le indennità spettanti agli invalidi civili, l'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 59, comma 47, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, nonchè eventuali progetti di settore individuati ai sensi del Piano nazionale di cui all'articolo 18 della presente legge.

#### Art. 5.

##### *(Ruolo del terzo settore).*

1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

>tj;2> 2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonchè il ricorso a

forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

3. Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

4. Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi.

## Capo II

### ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

#### Art. 6.

##### *(Funzioni dei comuni)*

1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, come da ultimo modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265.

2. Ai comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle seguenti attività:

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;

b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;

c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera f), e 9, comma 1, lettera c);

d) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a);

e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i comuni provvedono a:

- a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;
- b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona;
- c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera a);
- d) effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;
- e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

4. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

#### Art. 7.

##### *(Funzioni delle province)*

1. Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 15 della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo le modalità definite dalle regioni che disciplinano il ruolo delle province in ordine:

- a) alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;
- b) all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;
- c) alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;
- d) alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

#### Art. 8.

##### *(Funzioni delle regioni)*

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'ambito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge.

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

*a)* determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;

*b)* definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;

*c)* promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;

*d)* promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;

*e)* promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;

*f)* definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5;

*g)* istituzione, secondo le modalità definite con legge regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla presente legge;

*h)* definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;

*i)* definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;

*l)* definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *g*);

*m)* predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;

*n)* determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;

*o)* esercizio dei poteri sostitutivi, secondo le modalità indicate dalla legge regionale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nei confronti degli enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere *a*), *b*) e *c*), e 19.

4. Fermi restando i principi di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, le regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori.

5. La legge regionale di cui all'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, disciplina il trasferimento ai comuni o agli enti locali delle funzioni indicate dal regio decreto - legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dal decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67. Con la medesima legge, le regioni disciplinano, con le modalità stabilite dall'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 112 del 1998, il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse.

#### Art. 9.

##### *(Funzioni dello Stato)*

1. Allo Stato spetta l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché dei poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per i seguenti aspetti:

- a) determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18;
- b) individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori ed adulti dal Ministero della giustizia, all'interno del settore penale;
- c) fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni;
- d) determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;
- e) esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e dell'articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;
- f) ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali secondo i criteri stabiliti dall'articolo 20, comma 7.

2. Le competenze statali di cui al comma 1, lettere b) e c), del presente articolo sono esercitate sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; le restanti competenze sono esercitate secondo i criteri stabiliti dall'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

#### Art. 10.

##### *(Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo recante una nuova disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) definire l'inserimento delle IPAB che operano in campo socio-assistenziale nella programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22, prevedendo anche modalità per la partecipazione alla programmazione, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera b);

b) prevedere, nell'ambito del riordino della disciplina, la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica;

c) prevedere l'applicazione ai soggetti di cui alla lettera b):

1) di un regime giuridico del personale di tipo privatistico e di forme contrattuali coerenti con la loro autonomia;

2) di forme di controllo relative all'approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, delle spese di gestione del patrimonio in materia di investimenti, delle alienazioni, cessioni e permuta, nonché di forme di verifica dei risultati di gestione, coerenti con la loro autonomia;

d) prevedere la possibilità della trasformazione delle IPAB in associazioni o in fondazioni di diritto privato fermo restando il rispetto dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e dagli statuti, tenuto conto della normativa vigente che regola la trasformazione dei fini e la privatizzazione delle IPAB, nei casi di particolari condizioni statutarie e patrimoniali;

e) prevedere che le IPAB che svolgono esclusivamente attività di amministrazione del proprio patrimonio adeguino gli statuti, entro due anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, nel rispetto delle tavole di fondazione, a principi di efficienza, efficacia e trasparenza ai fini del potenziamento dei servizi; prevedere che negli statuti siano inseriti appositi strumenti di verifica della attività di amministrazione dei patrimoni;

f) prevedere linee di indirizzo e criteri che incentivino l'accorpamento e la fusione delle IPAB ai fini della loro riorganizzazione secondo gli indirizzi di cui alle lettere b) e c);

g) prevedere la possibilità di separare la gestione dei servizi da quella dei patrimoni garantendo comunque la finalizzazione degli stessi allo sviluppo e al potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

h) prevedere la possibilità di scioglimento delle IPAB nei casi in cui, a seguito di verifica da parte delle regioni o degli enti locali, risultino essere inattive nel campo sociale da almeno due anni ovvero risultino esaurite le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti; salvaguardare, nel caso di scioglimento delle IPAB, l'effettiva destinazione dei patrimoni alle stesse appartenenti, nel rispetto degli interessi originari e delle tavole di fondazione o, in mancanza di disposizioni specifiche nelle stesse, a favore, prioritariamente, di altre IPAB del territorio o dei comuni territorialmente competenti, allo scopo di promuovere e potenziare il sistema integrato di interventi e servizi sociali;

i) esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti i pareri della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e delle rappresentanze delle IPAB. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Le regioni adeguano la propria disciplina ai principi del decreto legislativo di cui al comma 1 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo.

## Art. 11.

### *(Autorizzazione e accreditamento)*

1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali determinati ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. I requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per servizi e strutture di nuova istituzione; per i servizi e le strutture operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie, prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali e nazionali nel termine stabilito da ciascuna regione e in ogni caso non oltre il termine di cinque anni.

3. I comuni provvedono all'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, lettera c), e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera n).

4. Le regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera e), disciplinano le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, delle autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

## Art. 12.

### *(Figure professionali sociali)*

1. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.

2. Con regolamento del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:

a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca

scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;

b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni, nonché i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione;

c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 2, lettera a), sono definiti dall'università ai sensi dell'articolo 11 del citato regolamento adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.

4. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 3-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione socio-sanitaria.

5. Ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con decreto dei Ministri per la solidarietà sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate, per le figure professionali sociali, le modalità di accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

6. Le risorse economiche per finanziare le iniziative di cui al comma 2 sono reperite dalle amministrazioni responsabili delle attività formative negli stanziamenti previsti per i programmi di formazione, avvalendosi anche del concorso del Fondo sociale europeo e senza oneri aggiuntivi a carico dello Stato.

### Art. 13.

#### (Carta dei servizi sociali)

1. Al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali. Entro sei mesi dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti.

2. Nella carta dei servizi sociali sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

3. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

### Capo III

#### DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PARTICOLARI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO SOCIALE

## Art. 14.

*(Progetti individuali per le persone disabili)*

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.
2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.
3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

## Art. 15.

*(Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti)*

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.
2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalità di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 è emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.
3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.
4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o più regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al comma 2, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentita la

Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.

## Art. 16.

### *(Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari)*

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale, di cui all'articolo 22, e i progetti obiettivo, di cui all'articolo 18, comma 3, lettera *b*), tengono conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

3. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno priorità:

*a*) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, ulteriori rispetto agli assegni e agli interventi di cui agli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e alla legge 28 agosto 1997, n. 285, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio-educativi della prima infanzia;

*b*) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

*c*) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;

*d*) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

*e*) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;

*f*) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

4. Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. L'onere dell'interesse sui prestiti è a carico del comune; all'interno

del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota per il concorso alla spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale.

5. I comuni possono prevedere agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura. I comuni possono, altresì, deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a più servizi educativi e sociali.

6. Con la legge finanziaria per il 2001 sono determinate misure fiscali di agevolazione per le spese sostenute per la tutela e la cura dei componenti del nucleo familiare non autosufficienti o disabili. Ulteriori risorse possono essere attribuite per la realizzazione di tali finalità in presenza di modifiche normative comportanti corrispondenti riduzioni nette permanenti del livello della spesa di carattere corrente.

#### Art. 17.

##### *(Titoli per l'acquisto di servizi sociali)*

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera *a*), numeri 1) e 2), della presente legge, nonché dalle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

2. Le regioni, in attuazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *i*), disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli di cui al comma 1 nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

#### Capo IV

### STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIORDINO DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

#### Art. 18.

##### *(Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali)*

1. Il Governo predispose ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato "Piano nazionale", tenendo conto delle risorse finanziarie individuate ai sensi dell'articolo 4 nonché delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dagli enti locali.

2. Il Piano nazionale è adottato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a*) e *b*), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

### 3. Il Piano nazionale indica:

- a) le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22;
- b) le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivo e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico-fisica;
- c) le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;
- d) gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;
- e) gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, comprese quelle indicate dall'articolo 3, comma 4, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;
- f) gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali;
- g) i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;
- h) i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;
- i) gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore di cui all'articolo 16, comma 4, e dei titoli di cui all'articolo 17;
- l) gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili, in base a quanto previsto dall'articolo 14;
- m) gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;
- n) i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali previsti dall'articolo 22, secondo parametri basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;
- o) gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti.

4. Il primo Piano nazionale è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Il Ministro per la solidarietà sociale predisponde annualmente una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano nazionale, con particolare riferimento ai costi e all'efficacia degli interventi, e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La relazione indica i risultati conseguiti nelle regioni in attuazione dei piani regionali. La relazione dà conto altresì dei risultati conseguiti nei servizi sociali con l'utilizzo dei finanziamenti dei fondi europei, tenuto conto dei dati e delle valutazioni forniti dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

6. Le regioni, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla presente legge, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale di cui al comma 3 del presente articolo, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano stesso adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'articolo 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

## Art. 19.

### *(Piano di zona)*

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a*), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

- a*) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- b*) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera *h*);
- c*) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
- d*) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- e*) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- f*) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- g*) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

- a*) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b*) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera *g*);
- c*) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d*) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

## Art. 20.

### *(Fondo nazionale per le politiche sociali)*

1. Per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, lo Stato ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.
2. Per le finalità della presente legge il Fondo di cui al comma 1 è incrementato di lire 106.700 milioni per l'anno 2000, di lire 761.500 milioni per l'anno 2001 e di lire 922.500 milioni a decorrere dall'anno 2002. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo utilizzando quanto a lire 56.700 milioni per l'anno 2000, a lire 591.500 milioni per l'anno 2001 e a lire 752.500 milioni per l'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica; quanto a lire 50.000 milioni per l'anno 2000 e a lire 149.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, l'accantonamento relativo al Ministero della pubblica istruzione; quanto a lire 1.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero dell'interno; quanto a lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero del commercio con l'estero.
3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
4. La definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria.
5. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo provvede a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo di cui al comma 1 ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:
  - a) razionalizzare e armonizzare le procedure medesime ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;
  - b) prevedere quote percentuali di risorse aggiuntive a favore dei comuni associati ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera a);
  - c) garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi e prevedere modalità di accertamento delle spese al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano nazionale;
  - d) prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi

determinati;

e) individuare le norme di legge abrogate dalla data di entrata in vigore del regolamento.

6. Lo schema di regolamento di cui al comma 5, previa deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri, acquisito il parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è trasmesso successivamente alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Decorso inutilmente tale termine, il regolamento può essere emanato.

7. Il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede, con proprio decreto, annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto della quota riservata di cui all'articolo 15, sulla base delle linee contenute nel Piano nazionale e dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n). In sede di prima applicazione della presente legge, entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore, il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui al citato articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, adotta il decreto di cui al presente comma sulla base dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n). La ripartizione garantisce le risorse necessarie per l'adempimento delle prestazioni di cui all'articolo 24.

8. A decorrere dall'anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dalla legge finanziaria con le modalità di cui all'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 24 della presente legge.

9. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24, confluiscono con specifica finalizzazione nel Fondo nazionale per le politiche sociali anche le risorse finanziarie destinate al finanziamento delle prestazioni individuate dal medesimo decreto legislativo.

10. Al Fondo nazionale per le politiche sociali affluiscono, altresì, somme derivanti da contributi e donazioni eventualmente disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni, anche internazionali, da organismi dell'Unione europea, che sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere assegnate al citato Fondo nazionale.

11. Qualora le regioni ed i comuni non provvedano all'impegno contabile della quota non specificamente finalizzata ai sensi del comma 9 delle risorse ricevute nei tempi indicati dal decreto di riparto di cui al comma 7, il Ministro per la solidarietà sociale, con le modalità di cui al medesimo comma 7, provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse, fermo restando l'obbligo di mantenere invariata nel triennio la quota complessiva dei trasferimenti a ciascun comune o a ciascuna regione.

## Art. 21.

### *(Sistema informativo dei servizi sociali)*

1. Lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è nominata, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, una commissione tecnica, composta da sei esperti di comprovata esperienza nel settore sociale ed in campo informativo, di cui due designati dal Ministro stesso, due dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle

province autonome di Trento e di Bolzano, due dalla Conferenza Stato-città e autonomie locali. La commissione ha il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali. La commissione è presieduta da uno degli esperti designati dal Ministro per la solidarietà sociale. I componenti della commissione durano in carica due anni. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente comma, nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

3. Il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, definisce le modalità e individua, anche nell'ambito dei sistemi informativi esistenti, gli strumenti necessari per il coordinamento tecnico con le regioni e gli enti locali ai fini dell'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, in conformità con le specifiche tecniche della rete unitaria delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 15, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n. 59, tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 6 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997, in materia di scambio di dati ed informazioni tra le amministrazioni centrali, regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni, le province e i comuni individuano le forme organizzative e gli strumenti necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo dei servizi sociali a livello locale.

4. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali. Nell'ambito dei piani di cui agli articoli 18 e 19, sono definite le risorse destinate alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali, entro i limiti di spesa stabiliti in tali piani.

## Capo V

### INTERVENTI, SERVIZI ED EMOLUMENTI ECONOMICI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

#### *Sezione I*

#### Disposizioni generali

#### Art. 22.

#### *(Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)*

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o

incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

*c)* interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

*d)* misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

*e)* misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

*f)* interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

*g)* interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

*h)* prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

*i)* informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera *c)*, sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle leggi 4 maggio 1983, n. 184, 27 maggio 1991, n. 176, 15 febbraio 1996, n. 66, 28 agosto 1997, n. 285, 23 dicembre 1997, n. 451, 3 agosto 1998, n. 296, 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a)*, tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

*a)* servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

*b)* servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

*c)* assistenza domiciliare;

*d)* strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

## Sezione II

### Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali

#### Art. 23.

##### *(Reddito minimo di inserimento)*

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, è sostituito dal seguente:

"Art. 15. – *(Estensione del reddito minimo di inserimento)*. – 1. Il Governo, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, riferisce al Parlamento, entro il 30 maggio 2001, sull'attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti. Con successivo provvedimento legislativo, tenuto conto dei risultati della sperimentazione, sono definiti le modalità, i termini e le risorse per l'estensione dell'istituto del reddito minimo di inserimento come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito, quali gli assegni di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e le pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni".

2. Il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è definito quale misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito nell'ambito di quelle indicate all'articolo 22, comma 2, lettera a), della presente legge.

#### Art. 24.

##### *(Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo)*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità spettanti ai sensi delle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riclassificazione delle indennità e degli assegni, e dei relativi importi, che non determini una riduzione degli attuali trattamenti e, nel complesso, oneri aggiuntivi rispetto a quelli determinati dall'andamento tendenziale degli attuali trattamenti previsti dalle disposizioni richiamate dal presente comma. La riclassificazione tiene inoltre conto delle funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrasto alla povertà o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di *handicap*, per la valorizzazione delle capacità funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:

1) reddito minimo per la disabilità totale a cui fare afferire pensioni e assegni che hanno la funzione di integrare, a seguito della minorazione, la mancata produzione di reddito. Il reddito minimo, nel caso di grave disabilità, è cumulabile con l'indennità di cui al numero 3.1) della presente lettera;

2) reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro di cui al decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1984, n. 863, e successive

modificazioni, alla legge 29 dicembre 1990, n. 407, e al decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451, ed a borse di lavoro di cui al decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280, da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;

3) indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia. A tale indennità afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilità, totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l'esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilità grave o totale non autosufficienza a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L'indennità può essere concessa secondo le seguenti modalità tra loro non cumulabili:

3.1) indennità per l'autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;

3.2) indennità di cura e di assistenza per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti;

*b)* cumulabilità dell'indennità di cura e di assistenza di cui alla lettera *a)*, numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23;

*c)* fissazione dei requisiti psico-fisici e reddituali individuali che danno luogo alla concessione degli emolumenti di cui ai numeri 1) e 2) della lettera *a)* del presente comma secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, secondo periodo, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

*d)* corresponsione dei nuovi trattamenti per coloro che non sono titolari di pensioni e indennità dopo centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, prevedendo nello stesso la equiparazione tra gli emolumenti richiesti nella domanda presentata alle sedi competenti ed i nuovi trattamenti;

*e)* equiparazione e ricollocazione delle indennità già percepite e in atto nel termine massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo;

*f)* disciplina del regime transitorio, fatti salvi i diritti acquisiti per coloro che già fruiscono di assegni e indennità;

*g)* riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito;

*h)* revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap – *International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)*, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a)* e *b)*, della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

Art. 25.

*(Accertamento della condizione economica del richiedente)*

1. Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

Art. 26.

*(Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali)*

1. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

Capo VI

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 27.

*(Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale)*

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Commissione di indagine sulla esclusione sociale, di seguito denominata "Commissione".

2. La Commissione ha il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predispose per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate.

3. Il Governo, entro il 30 giugno di ciascun anno, riferisce al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale, sulla base della relazione della Commissione di cui al comma 2, secondo periodo.

4. La Commissione è composta da studiosi ed esperti con qualificata esperienza nel campo dell'analisi e della pratica sociale, nominati, per un periodo di tre anni, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale. Le funzioni di segreteria della Commissione sono assicurate dal personale del Dipartimento per gli affari sociali o da personale di altre pubbliche amministrazioni, collocato in posizione di comando o di fuori ruolo nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi della collaborazione di tutte le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, degli enti pubblici, delle regioni e degli enti locali. La Commissione può avvalersi altresì della collaborazione di esperti e può affidare la effettuazione di studi e ricerche ad istituzioni pubbliche o private, a gruppi o a singoli ricercatori mediante convenzioni.

5. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione, determinati nel limite massimo di lire 250

milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

#### Art. 28.

##### *(Interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema)*

1. Allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di una somma pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002.
2. Ai fini di cui al comma 1, gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi non lucrativi di utilità sociale nonché le IPAB possono presentare alle regioni, secondo le modalità e i termini definiti ai sensi del comma 3, progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale.
3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con atto di indirizzo e coordinamento deliberato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti di cui al comma 1, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento dei progetti di cui al comma 2, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi di cui al presente articolo sono considerati prioritari.
4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2001 e 2002 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

#### Art. 29.

##### *(Disposizioni sul personale)*

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzata a bandire concorsi pubblici per il reclutamento di cento unità di personale dotate di professionalità ed esperienza in materia di politiche sociali, per lo svolgimento, in particolare, delle funzioni statali previste dalla presente legge, nonché in materia di adozioni internazionali, politiche di integrazione degli immigrati e tutela dei minori non accompagnati. Al predetto personale non si applica la disposizione di cui all'articolo 12, comma 1, lettera c), della legge 15 marzo 1997, n. 59. Le assunzioni avvengono in deroga ai termini ed alle modalità di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.
2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a lire 2 miliardi per l'anno 2000 e a lire 7 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

#### Art. 30.

##### *(Abrogazioni)*

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e il

comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

2. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 10 è abrogata la disciplina relativa alle IPAB prevista dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24 sono abrogate le disposizioni sugli emolumenti economici previste dalle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni.

# MODELLO FUNZIONALE DI ACCESSO E FUNZIONAMENTO RESIDENZA E CENTRO DIURNO PER GLI ESORDI PSICOTICI

