

I Budget di Salute e il Welfare di Comunità

Metodi e pratiche di costruzione

Angelo Righetti



***I BUDGET DI SALUTE
E
IL WELFARE DI COMUNITÀ***

METODI E PRATICHE DI COSTRUZIONE

"Tutti i diritti sono riservati a tutti coloro che vorranno utilizzare la seguente metodologia"

Angelo Righetti

INDICE

Introduzione – Verso nuove forme di produzione sociale	5
Luciano Carrino	
PARTE I – Quadro generale	
1.1 - Introduzione	Pg. 7
1.1.1 <u>La crisi dello stato sociale non si risolve con il mercato</u>	7
1.1.2 <u>La crisi della finanza mondiale non si supera con l'eliminazione dei sistemi di diritti e delle tutele portati dallo Stato sociale</u>	8
1.1.3 <u>L'alternativa offerta dall' "economia sociale"</u>	10
1.2 - Le componenti socio-economiche ed ambientali della salute	11
1.3 - Le strategie degli interventi sociosanitari	13
1.4 - Quadro normativo nel settore sociosanitario	15
1.4.1 <u>Interventi sociosanitari: normativa di riferimento</u>	15
1.4.1.1 <u>Livelli essenziali di assistenza sociosanitaria</u>	15
1.4.1.2 <u>Le prestazioni dell'assistenza sociosanitaria</u>	15
1.4.1.3 <u>Efficacia ed appropriatezza dell'assistenza sociosanitaria</u>	16
1.5 - L'integrazione gestionale	17
1.5.1 <u>Il contesto normativo sull'integrazione sociosanitaria</u>	18
1.5.2 <u>La programmazione sociosanitaria</u>	20
1.6 - Modello di riferimento: la welfare community	21
1.6.1 <u>Lo scenario, l'obiettivo, le strategie</u>	21
1.6.2 <u>Sostenere la capacità di presa in carico comunitaria delle persone con disabilità</u>	22
1.6.3 <u>Promuovere i legami di comunità</u>	23
1.6.4 <u>Nuovo rapporto con gli attori privati: dall'esternalizzazione alla cogestione</u>	23
1.6.5 <u>Alcuni principi ispiratori dell'intervento comunitario</u>	25
PARTE II – Quadro operativo	26
2.1 - Il budget di salute: la scelta metodologica e gli elementi caratterizzanti	26
2.1.1 <u>Le ragioni della scelta metodologica del budget di salute</u>	26
2.1.2 <u>Gli obiettivi del budget di salute</u>	27
2.1.3 <u>Dall'esternalizzazione alla cogestione: ruolo del pubblico e del privato</u>	28
2.1.4 <u>Le quattro aree/diritti</u>	29
2.1.5 <u>Intensità dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali e corrispondenti livelli di investimento economico</u>	33
2.1.6 <u>La scelta del cogestore</u>	34
2.1.7 <u>Continuità assistenziale del servizio pubblico</u>	35
2.1.8 <u>Temporalità</u>	35
2.1.9 <u>Il contesto tecnico organizzativo</u>	36
2.2 - Ulteriori strumenti di governo del sistema e di promozione del Welfare comunitario	36
2.2.1 <u>Perché un organismo autonomo di governo del sistema</u>	36
2.2.1.1 <u>Superamento delle possibili criticità</u>	36
2.2.1.2 <u>Un governo coerente unitario del sistema</u>	37
2.2.2 <u>Le alternative organizzative</u>	37
2.3 - Gli strumenti organizzativi per l'integrazione	39

2.3.1	<u>Unità di valutazione integrata</u>	39
2.3.2	<u>Uffici sociosanitari distrettuali integrati</u>	39
2.3.3	<u>Registro cittadino degli amministratori di sostegno</u>	39
2.3.4	<u>Uffici sociosanitari ospedalieri</u>	39
2.3.5	<u>Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta</u>	39
2.4	Gli strumenti contabili-amministrativi e finanziari	43
2.4.1	<u>Processo di Budgeting</u>	43
2.4.2	<u>Dalla contabilità per prestazioni alla contabilità per persona</u>	44
2.4.3	<u>I regolamenti contrattuali normativi per i budget di salute</u>	44
2.4.4	<u>La semplificazione burocratica-amministrativa</u>	45
2.4.5	<u>Il B.d.S. come capitale sociale</u>	45
2.4.6	<u>Il fondo di garanzia</u>	46
2.4.7	<u>Altri strumenti finanziari</u>	46
2.5	Gli strumenti di monitoraggio e programmazione per la promozione del welfare comunitario	46
2.5.1	<u>Il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale</u>	46
2.5.1.1	Formulazione del bilancio partecipativo	51
2.5.2	<u>Consulta aziendale del terzo settore</u>	47
2.5.3	<u>Tavolo distrettuale per la costruzione del bilancio partecipativo</u>	48
2.5.4	<u>La formazione, l'aggiornamento ed il sistema incentivante del personale</u>	48
2.5.5	<u>Case management</u>	48
2.5.6	<u>Lavoro di rete</u>	48
2.5.7	<u>Lavoro di gruppo</u>	49
2.5.8	<u>Il Distretto di economia sociale</u>	50
2.6	Conclusioni	50
	Il diritto ad occuparsi degli altri nella costruzione del welfare comunitario	50
Tablelle		53
1.	Tabella prevista dall'art. 4, comma 1 del D.P.C.M. 14/02/01 - Prestazioni e criteri di finanziamento	54
2.	Prestazioni compartecipate previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) (sintesi tratta dall'allegato 1 del dpcm 29/11/01)	59
Allegati		61
1.	Schema di Avviso pubblico per la selezione dei soggetti del terzo settore idonei alla cogestione dei PTRI – Budget di salute -	61
A	Linee d'indirizzo e strategie operative per gli interventi sociosanitari Integrati. Obiettivi e azioni di cogestione dei PTRI sostenuti da BdS	82
B	Domanda e formulario proposta progettuale.	93
C	Valutazione di merito della proposta progettuale	105
D	Schema di riferimento per la definizione del regolamento normativo contrattuale per il rapporto fra i cogestore e le persone in PTRI	107
E	Scheda attivazione PTRI per Distretto Sanitario e Ambito Territoriale	118

***La pietra scartata dai costruttori
è divenuta la pietra d'angolo
(Salmo 117)***

Introduzione – Verso nuove forme di produzione sociale

Luciano Carrino

Questo volume smentisce un luogo comune di questi ultimi anni: che i sistemi di protezione sociale siano insostenibili e costino troppo, al punto che le società umane non possano permetterseli.

Il luogo comune dà per scontato che i finanziamenti dei servizi e delle allocazioni per garantire la salute e la sopravvivenza dei cittadini debbano provenire dalla crescita economica nazionale, quella che si misura con il PIL (Prodotto Interno Lordo). Perciò, *prima* bisogna crescere e accumulare ricchezza e *poi*, con una parte di questa, ci si potrà pagare i servizi. Più il PIL aumenta e più si hanno risorse da ridistribuire nel sociale, in particolare per le persone che si trovano in difficoltà. Il luogo comune fa credere che la crescita economica sia sempre in sé positiva e che la diffusione del benessere dipende solo dalle politiche di maggiore o minore redistribuzione delle ricchezze comunque accumulate.

Ma è giusta questa idea che la crescita sia sempre positiva e sia condizione necessaria per le politiche sociali?

Sembra proprio di no.

Innanzitutto occorre considerare che il PIL è l'equivalente in moneta degli scambi economici di un paese. Tanto gli scambi buoni quanto quelli cattivi. Quelli che creano benessere e quelli che distruggono l'ambiente. Quelli delle piccole imprese artigiane e quelli delle grandi imprese che, delocalizzando i loro centri produttivi, creano da un giorno all'altro migliaia di disoccupati. Quelli delle cooperative che, in collegamento tra loro, creano un circuito economico virtuoso che alimenta il benessere di intere comunità e quelli delle imprese senza scrupoli che intrecciano i loro affari con la criminalità. Quelli dei piccoli risparmiatori e quelli delle grandi banche che speculano sul mercato dei cosiddetti "prodotti derivati" e producono le crisi.

Non è vero, dunque, che la crescita sia sempre in sé positiva. C'è la buona e la cattiva crescita. E quest'ultima è stata così forte, negli ultimi anni, da provocare le gravissime crisi finanziarie, economiche, ambientali, migratorie e di altro genere che preoccupano diffusamente le popolazioni del pianeta. Eppure, il modello di sviluppo occidentale è riuscito a legittimare e consolidare anche la sua cattiva crescita suggerendo che sia necessaria per le politiche sociali. Ha fatto ritenere che i privilegi, gli squilibri e i danni della cattiva crescita siano inevitabili e siano necessari per assicurare il bene comune. Il miracolo è questo: far credere che l'interesse delle persone in difficoltà coincida con quello di coloro che contribuiscono a creare queste difficoltà.

Ma è almeno vero che la crescita è condizione preliminare, indispensabile alle politiche sociali?

Anche questo sembra essere messo in discussione e, dopo circa due secoli di funzionamento, i sistemi di servizi e allocazioni sono oggi dichiarati insostenibili e non vanno più bene.

Sono addotte diverse ragioni. Innanzitutto ci sono le crisi ricorrenti che intralciano la crescita e riducono le risorse disponibili. Poi c'è l'enorme aumento delle persone in difficoltà in tutti i paesi. Non solo quelle assolutamente povere (cioè quelle che vivono, si fa per dire, con meno di due dollari al giorno), ma anche quelle che, pur avendo qualche risorsa, si sentono povere, tradite e abbandonate dalla società che aveva fatto credere loro di poter avere ben altri livelli di successo, soddisfazioni e sicurezza. Oggi, oltre i quattro quinti degli esseri umani si sentono così e vivono nell'insicurezza e nella frustrazione, mentre sotto i loro occhi crescono a dismisura le pericolose concentrazioni di poteri e risorse nelle mani di pochi.

Nessun sistema di servizi e allocazioni, oggi, potrebbe compensare l'enorme massa di bisogni materiali e culturali delle persone emarginate dagli stessi processi che

producono la cattiva crescita. La distanza tra chi è al vertice delle piramidi sociali e tutti gli altri aumenta, con un effetto di profonda disgregazione sociale che si manifesta con l'aggressività di tantissime persone nei confronti di società che non le proteggono come avrebbero dovuto. E queste persone non si trovano ormai solo tra i gruppi più poveri. Si trovano in tutte le classi sociali e in tutte le strutture delle società, dovunque esse non riescono a far valere i loro diritti e a esprimere le loro capacità.

E' dunque divenuta impossibile la protezione sociale?

Niente affatto. La situazione attuale non fa che rivelare pienamente un equivoco, o meglio un'idea sbagliata nata circa tre secoli fa, con le grandi rivoluzioni industriali, economiche, politiche e culturali che segnarono l'avvio delle società basate sull'eguaglianza dei diritti, il pensiero laico e scientifico, le forme della democrazia liberale, l'idea di progresso e il capitalismo consumistico. Quest'idea sbagliata è che la funzione fondamentale di ogni società, cioè quella di assicurare una buona protezione a tutti i suoi cittadini, si possa esercitare attraverso un sistema di servizi e allocazioni che si specializza nell'assistenza alle persone in difficoltà e si finanzia con la crescita.

Lo sbaglio è triplice. Innanzi tutto perché la protezione sociale non può essere considerata un beneficio da assicurare solo se vi sono risorse sufficienti, ma è fondamento di ogni organizzazione sociale. Poi perché l'esperienza ha dimostrato che, a fronte della sacrosanta esigenza di tutti i cittadini di essere protetti dal loro appartenere ad una società, le risposte date con i servizi frammentari, costosi e di bassa qualità umana sono molto insoddisfacenti. E, infine, perché il modo particolarmente aggressivo e squilibrato con cui è prodotta correntemente la crescita economica produce anche immensi danni che nessun sistema di servizi e allocazioni potrà mai riparare.

E allora? Allora occorre arrivare a vedere lo sviluppo delle società e le loro funzioni protettive in modo profondamente diverso. Quest'affermazione, che può sembrare frutto di sogni irrealizzabili, è invece contenuta nelle dichiarazioni conclusive dei vertici mondiali delle Nazioni Unite degli ultimi vent'anni e nei famosi Obiettivi del Millennio.

Per la prima volta, la comunità internazionale dei governi e degli attori sociali dispone di una piattaforma che indica proprio la strada da percorrere per una grande rivoluzione culturale e politica che metta i bisogni delle popolazioni al centro dell'attenzione. La piattaforma indica la via verso uno sviluppo umano equo, pacifico e sostenibile, capace di sradicare la povertà, valorizzare la natura e mobilitare tutti gli attori sociali in modo che possano partecipare, secondo le proprie capacità, ai processi di sviluppo e possano beneficiarne adeguatamente senza discriminazioni. Una visione che critica esplicitamente le concezioni basate sull'ossessione per la crescita economica e che, anzi, afferma chiaramente che il miglior modo di assicurare la "sicurezza umana" (cioè la fondamentale funzione protettiva dei propri cittadini di ogni società) è di cambiare i processi economici, facendo in modo che la competizione non sia distruttiva e violenta e che il modo in cui si crea ricchezza non produca, contemporaneamente, povertà, discriminazioni, esclusione, violenza e distruzione delle risorse naturali. Insomma, mentre le concezioni correnti mettono al primo posto l'economia e la crescita ad ogni costo, la piattaforma del futuro indica che l'economia deve essere al servizio dei bisogni della gente e che la crescita serve solo se è di buona qualità.

Naturalmente, questa piattaforma esprime il punto di vista dei governi, condizionati dalla forte pressione dei propri cittadini preoccupati dall'aggravarsi continuo degli aspetti negativi dello sviluppo. Sfortunatamente non esprime, invece, il punto di vista dei grandi poteri industriali, finanziari, militari, ideologici e d'altro genere che non hanno partecipato ai vertici mondiali e che continuano per la loro strada di sempre.

Così, siamo in un'epoca di grandi instabilità, in cui tutte le direzioni sono possibili, anche quelle più catastrofiche. E c'è bisogno assoluto di cercare e mettere a punto le nuove soluzioni che possano far fare dei concreti passi avanti nella direzione di uno sviluppo umano capace di proteggere tutte le persone.

Ecco perché il tema di questo volume è importante. Perché affronta concretamente, e con esperienze molto convincenti, il problema di come costruire economie subordinate al benessere. Economie che fanno crescere la ricchezza collettiva senza produrre i danni di quelle correnti. Anzi, addirittura, capaci di trasformare le funzioni protettive e i

servizi alle persone in processi produttivi che creano lavoro, ricchezza e benessere diffuso.

Il lettore è guidato in un affascinante viaggio nel corso del quale cadono, uno a uno, i luoghi comuni del welfare corrente, quello che ha i suoi punti di forza nelle istituzioni residenziali e nelle convenzioni che affidano a gruppi privati la gestione del malessere della gente in modi standardizzati e burocratici. Sono gli stessi luoghi comuni che, trent'anni fa, dovette combattere il movimento per il superamento dei manicomi e delle istituzioni totali. Quelli che descrivono il paziente o la persona in difficoltà come incapace, passiva, eternamente dipendente dagli altri e, sopra tutto, dai servizi. Tutto falso. Già allora si dimostrò che ogni paziente, anche dopo anni di manicomio, aveva ancora un potenziale attivo e creativo che si trattava di saper riconoscere e valorizzare. Ma, con le vie indicate in questo volume, le possibilità di far esprimere queste capacità si ampliano enormemente. Tutti, perfino coloro che hanno vissuto anni nei manicomi giudiziari, hanno malattie invalidanti, disabilità o addirittura patologie terminali, possono essere inseriti in circuiti umanizzati e produttivi in cui la loro presenza ha valore, la loro soggettività è riconosciuta e il loro apporto produce soddisfazioni individuali e collettive.

Ma la cosa straordinaria è che questo capovolgimento della qualità dei servizi si ottiene senza nuovi finanziamenti. Solo razionalizzando le spese che già si fanno e, addirittura, risparmiando. Ecco il miracolo dei budget di salute e dei progetti personalizzati che essi finanziano: riconvertire le spese irrazionali, prime fra tutte le rette per strutture residenziali tradizionali, e innescare processi produttivi sostenibili a partire proprio dalle politiche sociali.

Così questo volume aiuta a ripensare a come funzionano male oggi le società, ma anche a come possono davvero funzionare meglio. Le esperienze cui fa riferimento, comprese quelle emozionanti che riutilizzano i beni confiscati alla criminalità organizzata, sono frammenti del futuro, di quello che vale la pena vivere.

PARTE I – Quadro generale

1.1 – Introduzione

1.1.1 La crisi dello stato sociale non si risolve con il mercato

L'Europa ha visto, in un tempo non poi così lontano, la nascita e lo sviluppo di un Welfare assistenziale popolato di istituti di pubblica assistenza, fossero questi (in minoranza) statuali o di privata dispiegata beneficenza.

In Italia lo Stato ha fatto proprie funzioni e obblighi, accumulatesi nel tempo anche a livello locale, per lunghi anni mutuando culture dai pii istituti.

Transitando dal Welfare assistenziale ad uno Stato sociale, a un Welfare dei servizi, si è rapidamente passati in questi ultimi anni ad un Welfare dei consumatori¹.

Questo meccanismo, presente soprattutto nel settore sanitario, viene giustificato con una presunta "sovranità del consumatore", che equipara pertanto il soggetto bisognoso ad un consumatore di merci. A questo consumatore si offrirebbe altresì, a differenza del passato, la possibilità di scegliere tra un'ampia gamma di fornitori di prestazioni.

Da questo punto di vista, il processo socio-assistenziale viene assimilato ad uno scambio di prestazioni mercantili, dove sono esattamente definite le tipologie di prodotto, i prezzi e le quantità domandate e offerte.

Si tratta in realtà di un processo solo apparentemente di mercato poiché largamente virtuale in quanto finanziato principalmente dallo Stato.

Negli scorsi decenni questo trasferimento al mercato dei bisogni socio-assistenziali è stato concomitante con un più generale processo di delegittimazione dell'intervento pubblico.

La profonda crisi in atto rende necessario affrontare in altro modo la questione dei bisogni di salute, di benessere e sociali, rispetto ai quali, questo welfare dei consumatori e dei voucher risponde impropriamente.

D'altra parte, a fronte dell'ondata di liberalizzazioni del sistema socio-assistenziale, strutturato sulla delega, è stato promosso un sistema di welfare fortemente istituzionalizzato che ha incentivato il mercato dei consumatori. In un modello di welfare di prodotti e prestazioni di questo tipo, il cittadino diventa un insieme di patologie e di bisogni standardizzati e predefiniti, che si traducono in domande adeguate a quanto il mercato sanitario vuole vendere/proporre, perdendo completamente l'integrità della persona e il suo inserimento nell'insieme sociale.

Questo sistema, fortemente istituzionalizzato, è da molti anni, sistematicamente sull'orlo di una crisi di sostenibilità finanziaria. Inoltre, con il progresso tecnico ed il miglioramento delle condizioni di vita diffuse, si espandono indefinitamente i bisogni diagnostico-terapeutici predefiniti: nessuno è più al sicuro dalla malattia, ed è invitato coattivamente ad accedere al consumo, sistematico e continuativo di prestazioni istituzionali, la cui erogazione è delegata al privato².

Il limite del modello di Welfare dei servizi, laddove si è realizzato pienamente, sta proprio nella delega ad un sistema reso sempre più quantitativamente efficiente ma non per questo efficace nella risposta ai differenti e sempre più complessi bisogni sanitari e sanitario-sociale. La persona, come la famiglia, la comunità di appartenenza,

¹ Scritti sul tema: [Habermas Jürgen](#), *La nuova oscurità. Crisi dello Stato sociale ed esaurimento delle utopie*, Edizioni Lavoro, Roma, 1998; Zygmunt Bauman, *L'etica in un mondo di consumatori*, Edizioni Laterza, Bari-Roma, 2010

² Si veda in proposito: Ivan Illich, *Nemesi Medica*, ed. Boringhieri, Milano (ristampa), 2005

gradualmente non intervengono più nella produzione della salute, non contano più come risorsa. Le reti informali e naturali di accudimento e di cura sono sostituite da una riduzione a schemi "tecnicamente" preordinati e parcellizzati dei bisogni, comprensivi delle risposte altrettanto preordinate e parcellizzate, che spingono le persone stesse, le famiglie e le comunità a non considerarsi più come risorsa.

Per affrontare e risolvere la cronica crisi del welfare, tuttavia, non risultano adeguate né la frequentata risposta "liberista", che consiste nella mercatizzazione dei bisogni, né la risposta statalistico-burocratica che incasella le persone, le famiglie e le comunità in standard di bisogni prevalentemente funzionali all'organizzazione che fornisce le prestazioni secondo tariffario.

Pare oggi evidente la necessità di ripartire dal tema fondativo del welfare, cioè il tema delle disuguaglianze e della giustizia sociale. L'uguaglianza da perseguire nei diritti universalistici e la disuguaglianza da contrastare, prodotta anche dall'utilizzo istituzionale da parte del mercato e dello Stato dei diritti stessi, che presenta oggi difficoltà interpretative insolite.

La disuguaglianza è prodotta da dimensioni diverse: accanto a quella economica si sono approfondite infatti quelle nelle libertà, capacità e capacitazioni umane, speculari alla disuguaglianza di reddito, che sono oggi divenute determinanti per l'accesso a processi di capacitazione.

Un circolo vizioso che consegna le persone senza reddito o con reddito insufficiente alla "povertà trappola", che spogliandole di ogni prerogativa di libera scelta, le consegna alle istituzioni dell'assistenza facendole divenire, attraverso il meccanismo della delega, fattori di produzione per altri e costi improduttivi per lo Stato.

Proprio nel rapporto tra la disuguaglianza di reddito e le capacitazioni personali, diviene cruciale il ruolo dello Stato e dei servizi pubblici erogati direttamente o in cogestione con il privato, in una relazione di corresponsabilità e non di delega.

La qualità dei servizi pubblici non ha, oggi, più un impatto sulle disuguaglianze perché si affida alla sola variabile economica, proponendo risorse e diritti uguali per persone diseguali, erogando prodotti standard per tutti, che non tengono conto né della diversità delle persone né di quella dei contesti.

Riconoscere diritti diseguali a persone diseguali, è il presupposto per produrre giustizia sociale e promuovere processi di capacitazione personalizzata garantendo di più a chi ha meno³.

Il contesto della crisi economica continua invece a proporre la stessa ideologia artefatta della disuguaglianza inversa, secondo la quale l'accumolo della ricchezza nelle mani di pochi è in grado di produrre a cascata benessere per tutti e dunque è auspicabile: chi ha di più deve avere, per chi lo merita, di più. Questo, sulla base del principio secondo il quale, la crescita della ricchezza di una collettività, seppur concentrata nelle mani di pochi, sarà in parte redistribuita anche ai poveri, i quali dovrebbero contribuire con i propri corpi a questa fandonia economica.

Mentre è ormai inconfutabilmente vero il contrario, è l'investimento diseguale a favore di persone diseguali che costruisce la ricchezza delle comunità. È la giustizia sociale all'origine del benessere e dell'accumulo diffuso di ricchezza. È la democrazia che da ad ognuno lo spazio pubblico, di espressione e di azione, per essere partecipe dei processi economici.

Il potere finanziario concentrato, al contrario, perpetua le disuguaglianze, orienta i governi nazionali, espropria sempre di più i territori e le persone del potere di decidere della propria vita e del proprio destino, trasferendo in tal modo le scelte a poteri che non hanno territorio e responsabilità.

³ Cit. "Non c'è nulla che sia più ingiusto quanto far parti uguali fra diseguali" Lorenzo Milani, da Lettera ad una professoressa, Libreria Editrice Fiorentina, (ristampa), 2011

1.1.2 La crisi della finanza mondiale non si supera con l'eliminazione dei sistemi di diritti e delle tutele garantiti dallo Stato sociale

"Dobbiamo dunque adattarci all'idea che il welfare è diventato un lusso che le nostre economie non possono più permettersi e che dobbiamo smantellare le conquiste del XX secolo per potere competere coi paesi emergenti privi di comparabili sistemi di protezione sociale?"

È ormai chiaro che il welfare è sotto attacco. La crisi dei conti pubblici ha messo in discussione la sostenibilità economico/finanziaria dei sistemi di welfare occidentali e nello specifico europei.

In gioco c'è il ruolo di principale fattore di redistribuzione del reddito che i sistemi di welfare hanno assunto sin dalla loro origine.

La crisi economica che ha investito l'economia globalizzata si sta trasformando, con sempre maggiore evidenza, in una crisi delle economie occidentali, o meglio ancora in una crisi dell'occidente⁴.

Nel suo rimbalzare dalla finanza irresponsabile dei derivati, all'economia reale col crollo delle produzioni e dell'occupazione, la crisi sembra aver trovato nei bilanci pubblici il punto su cui scaricare la sua residua energia distruttiva.

Agli Stati è toccato il compito di salvare il sistema finanziario sostituendo con debiti pubblici una quota assai rilevante di debiti privati, enfatizzando, in questo modo, la già cronica debolezza delle loro strutture di bilancio.

Proprio l'insieme delle politiche, che hanno consentito all'Europa di gestire il punto più acuto della crisi, sono diventate l'oggetto di un attacco che non è solo o tanto speculativo finanziario ma è anzitutto politico.

Non è solo la dubbia sostenibilità dei disavanzi e del debito di molti paesi europei a scatenare la speculazione finanziaria, ma è, piuttosto, la rigidità che accompagna i precari valori alla base di molti bilanci pubblici.

Dietro quei debiti pubblici, c'è una una rigidità "sociale" vale a dire, un intero sistema di relazioni sociali ed economiche difficilmente modificabile.

Incidere sul bilancio significa in molti casi incidere su un modello sociale incentrato su diritti e stato sociale.

Si sta sempre più diffondendo la cultura e la pratica che, per ridurre il debito pubblico, occorra un progressivo smantellamento dei nostri sistemi di welfare. L'idea fondativa alla base di questa cultura è che i modelli di garanzia e tutela sociale hanno un costo che le nostre economie, i nostri Stati, non possono più permettersi, soprattutto, in un mondo nel quale, siamo in competizione crescente, con paesi apparentemente più efficienti proprio perché privi di sistemi di welfare sociale e sanitario.

Così la finanza è giunta a mettere in discussione la natura più profonda del sistema economico europeo. Siamo ormai giunti a una inversione totale dei ruoli: il welfare, la coesione sociale che ne deriva, non sono più visti come elemento portante dello sviluppo europeo ma piuttosto sono diventati un freno alla capacità competitiva e di crescita dei nostri sistemi economici.

Il welfare è un lusso che non possiamo più permetterci e che dobbiamo rapidamente ridimensionare se non smantellare.

Sembra essere questo il nuovo "pensiero unico" che ha sostituito il liberismo pre-crisi.

⁴ Sulla crisi delle civiltà tradizionali: Edgar Moren, *La Via*, [Raffaello Cortina Edizioni](#), Milano, 2012; Serge Latouche, *Come sopravvivere allo sviluppo. Dalla decolonizzazione dell'immaginario economico alla costruzione di una società alternativa*, Bollati Boringhieri editore, Torino, 2005

Ma è proprio così? E' proprio vero che le difficoltà dell'Europa a tenere il passo dei nuovi Paesi emergenti deriva dal suo sistema di diritti e di tutele? Può esserci un sistema di welfare che non sia solo redistributivo? E come dovrebbe funzionare? Ci sono esempi di come può funzionare? Cosa intendiamo per "economia sociale"?

Il welfare altro non è che la sedimentazione progressiva di conquiste da parte dei lavoratori che vengono messe in cassaforte affidandole a diritti riconosciuti e tutelati dallo Stato. Una sedimentazione che si è alimentata attraverso la crescita della produttività e che a sua volta ha alimentato tale crescita.

Mettere a rischio tale patrimonio costituisce un vero e proprio esproprio di ricchezza sociale a favore di pochi.

In soccorso di chi pensa che il costo sociale di una simile eventualità sarebbe insostenibile può venire il rovesciamento del ruolo affidato ai sistemi di welfare. **Non più solo espressivo di reddito ma produttore di economia.**

1.1.3 L'alternativa offerta dall' "economia sociale"

Partendo dai bisogni delle persone più deprivate, marginalizzate, escluse, istituzionalizzate, può nascere e svilupparsi una nuova area di produzione capacitativa che chiamiamo "economia sociale".

Il passaggio fondamentale per rendere produttivo il welfare è ribaltare l'idea, sino ad ora egemone, che la fornitura di un servizio (sia per mano pubblica che privata) è un'azione che si esaurisce in se stessa e che da un punto di vista economico vede l'assistito come oggetto passivo di un'attività che non crea valore aggiunto ma brucia risorse generate in altre aree della economia e della società e che dunque si traduce solo in un costo a perdere.

Noi pensiamo che parte del welfare possa invece diventare elemento di innesco di processi capacitativi di produzione di valore in modo autonomo e autopropulsivo. **La persona designata da assistere cessa di essere "centro di costo" ma diventa soggetto economico attivo.** Attorno alla soluzione dei suoi problemi si genera una azione economica che, almeno in parte, esce dalle logiche assistenziali e distributive.

Alleggerire il welfare da alcuni compiti redistributivi, ridurre la sfera di esclusiva pertinenza pubblica, superare la fase di esternalizzazione ai privati in cerca di efficienza e contemporaneamente attivare percorsi di economia sociale cogestita, di valorizzazione di risorse locali, di riappropriazione collettiva di beni comuni in un'ottica di multifunzionalità⁵. Sono queste linee possibili ed azioni concrete per difendere "la più grande conquista del XX secolo". Cambiare con decisione il cambiabile per consentire a noi ed alle generazioni future di avere ancora a disposizione uno Stato Sociale non residuale.

⁵ Il Governo Inglese, nel maggio 2010, ha lanciato il *civil society programme*, il cosiddetto **Big Society policy programme**, <http://www.cabinetoffice.gov.uk/news/government-launches-big-society-programme>, l'obiettivo previsto è quello di creare un clima che consenta alle persone ed alle comunità locali di promuovere la costruzione di una "grande società" che "toglie potere ai politici per darlo alle persone". L'idea sottostante è alleggerire il ruolo e la presenza diretta dello stato nelle politiche sociali e restituire potere alle comunità, alla loro capacità di autoaiuto ed autorganizzazione. Riconoscendo le capacità inclusive delle comunità locali, rimette al centro dell'azione sociale le persone dando loro più potere e incoraggiandole ad assumere un ruolo attivo nelle comunità stesse.

Il cambiamento culturale più importante è il rilancio dei "beni comuni" (*commons*), che l'ondata neoliberista degli ultimi trent'anni sta spazzando via⁶. Nel modello di sviluppo liberista, centrato sul mercato di concorrenza pura e perfetta, la società è composta di individui egoisti, singoli e completamente desocializzati. La riduzione della persona ad "individuo" disintegrato il cui scopo sociale è la massimizzazione della propria utilità, del proprio interesse, non riguarda solo il suo agire economico, riguarda altresì il suo comportamento sociale in senso lato, rispetto al contesto di riferimento ed alla relazione con l'altro, a partire dalle sue relazioni familiari.

I processi di inurbamento, la costante diminuzione del numero dei componenti le famiglie, il depauperamento della cultura della condivisione, hanno profondamente modificato le relazioni familiari e sociali e le reti di reciprocità sulle quali ciascuna persona ha l'opportunità di contare.

Quella che un tempo era la cosiddetta "famiglia allargata", tende a diventare la "famiglia nucleare" e, sempre di più, la "famiglia mononucleare". Molte di queste famiglie mononucleari sono costituite in Italia da anziani. In realtà, il nostro paese presenta differenziazioni molto marcate. Il modello tendenziale della famiglia nucleare è largamente dominante nel Nord Italia, a differenza del Sud Italia, dove ancora è molto presente il modello della famiglia allargata. Negli ultimi decenni, il giudizio socio-antropologico su questa discrepanza è stato per lo più negativo. La presenza della famiglia allargata veniva valutato come un residuo premoderno.

Un discorso parzialmente analogo si può fare con riferimento al concetto di comunità. Anche in questo caso infatti, la presenza di una forte relazione locale di prossimità poteva essere considerato come un indice di arretratezza.

Nella nostra concezione invece, il recupero e la ricostruzione delle relazioni sociali, familiari e comunitarie, devono essere considerati come veri e propri beni relazionali, come un vero capitale relazionale, come capitale sociale⁷.

Occorre rimettere in discussione nella cultura dominante il concetto di individuo singolo, desocializzato, egoista, che è l'eroe della modernità liberista e ripartire da un recupero e una rivalorizzazione della persona, della famiglia, della comunità. Riaffermare il valore di ciascuno all'interno delle reti relazionali, di reciprocità e di solidarietà, quali elementi fondativi del benessere del singolo come delle collettività. Tutto ciò va fatto in un'ottica non puramente tradizionalista, ma orientata ad una persona inserita in una complessità di comunità relazionali, che vanno da quelle più tradizionali, a partire dalla famiglia, a quelle più immateriali basate sulle tecnologie dell'informazione.

In questa direzione è possibile dare una connotazione non puramente regressiva a quel sistema ancora operativo nel Sud Italia, che possiamo chiamare di "welfare familiare e comunitario". Esso si basa sui beni relazionali, ed ha permesso di evitare l'istituzionalizzazione massiccia delle fasce deboli, e può costituire, oggi, una risorsa importante per la modifica dei sistemi di welfare, da istituzionali e dei consumatori a comunitario e familiare. Premessa, questa indispensabile per rendere possibile un

⁶ Sui beni comuni: Ostrom Elinor, *Governare i beni collettivi*, Marsilio Editore, Venezia, 2006; Ostrom Elinor - Hesse Charlotte (a cura di), *Understanding Knowledge as Commons: From Theory to Practice*, MIT Press, Cambridge, 2006; Ugo Mattei, *Beni Comuni*, Edizioni Laterza, Roma-Bari, 2011

⁷ Sui beni relazionali e sul capitale sociale si veda (fra gli altri): Ivan Illich, *La Convivialità*, Boroli Editore, Milano, 2005; Nicholas Georgescu-Roegen - Mauro Bonaiuti (a cura di) *Bioeconomia, Verso un'altra economia ecologicamente e socialmente sostenibile*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003; James Samuel Coleman *Social Theory, Social Research, and a Theory of Action*, article in [American Journal of Sociology](#) 91: 1309-1335, 1986. James Samuel Coleman, *Social Capital in the Creation of Human Capital*, article in *The American Journal of Sociology*, Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure, pp. S95-S120, 1988. James Samuel Coleman *Foundations of Social Theory*, MA, The Belknap Press of Harvard University Press, 1990

approccio concreto allo sviluppo umano, volto a ricostruire contesti di cura, di conoscenza, di partecipazione, di libertà, di riappropriazione dei diritti, di democrazia, di condivisione, di Spiritualità, attraverso processi di capacitazione individuale, familiare e comunitaria dove al centro dell'azione ritorni la persona.

Il paradosso della situazione attuale può essere esemplificato con la questione del grande internamento degli anziani, dei disabili e dei malati di mente che, praticato soprattutto al Nord, si rivela insostenibile, oltre che da un punto di vista etico, da quello finanziario. Questo ha prodotto l'ideologia delle "strutture" come risposta prevalente alla improduttività delle persone anziane, cronicamente malate o disabili. Non c'è servizio pubblico, territoriale, ospedaliero o comunale che non invochi di continuo soluzioni per strutture, contenitori, spesso vere e proprie discariche sociali, dove mettere le persone improduttive ed in modo concomitante malate e povere.

Al contempo, però, al Sud, dove l'istituzionalizzazione è surrogata in gran parte dalla famiglia, si rischia che il lavoro di coesione e di prestazione sociale venga disconosciuto come valore umano ed economico.

In sostanza, per ridare nuove prospettive possibili e sostenibili alle politiche sociali di welfare, è necessario costruire sistemi di organizzazioni espressione dei contesti locali e percorsi di cogestione pubblico/privato, che siano in grado di recuperare valori tradizionali e ricostruttivi di capitale sociale, oggi essenziali per rilanciare la coesione e l'economia dei territori.

Occorre dare attuazione ad un modello di "welfare familiare e comunitario" in grado di rimettere al centro dell'azione la persona, ripartendo dalla responsabilità collettiva della presa in carico, dalle capacità di risposta inesplorate ed inutilizzate delle comunità locali.

La metodologia qui di seguito proposta è uno degli strumenti di questa trasformazione che dà valore e rappresenta, rilanciando, ciò che ancora resiste: il bene relazionale.

1.2 - LE COMPONENTI SOCIOECONOMICHE ED AMBIENTALI DELLA SALUTE

Le presenti linee guida si collocano nell'ambito dei programmi di contenimento e riconversione della spesa sanitaria e sociale che gli Enti pubblici, anche in conseguenza all'attuale crisi economico finanziaria, devono realizzare nella gestione delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali al fine di continuare a garantire il loro ruolo nella promozione dei diritti di cittadinanza e nella tutela della salute, diritti fondamentali delle persone e delle comunità.

La razionalizzazione della spesa, può essere realizzata solo attraverso la riconversione dei costi improduttivi dell'assistenza in investimenti produttivi di salute e di un destino possibile per le persone. La spesa destinata al welfare deve recuperare la capacità di produrre "uguaglianza diseguale", di più a chi ha meno, fuoriuscendo dall'attuale sistema istituzionale e di mercato, oggi in crisi.

E' noto, infatti, che la povertà istituzionalizzata nella malattia, produce disabilità sociale quando è concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute. Oppure in quelle condizioni in cui, non essendo chiaramente definita la pertinenza esclusiva ad una "malattia" o a fattori socio-ambientali, sorgono situazioni individuali e collettive di vulnerabilità, che lasciano ferite che accompagnano la vita delle persone, delle loro famiglie e della comunità.

Queste ferite non hanno ancora ricevuto, a fronte delle risorse disponibili e degli interventi sostenibili, le attenzioni dovute, anche perché sono divenute occasione di

“business” assistenziale anziché opportunità di processi capacitativi delle persone, delle famiglie e delle comunità locali.

Di fronte ai crescenti bisogni sociali e sociosanitari complessi, interrelati in modo inestricabile con habitat sociali qualitativamente scadenti, la risposta prevalente rimane ancora quella del modello sanitario-ospedaliero, tipico del prodotto rigido.

Questa tipologia di prestazioni, costituita appunto dal **Prodotto rigido**, ha bisogno di standard tecnici, organizzativi e strutturali, nei quali la perfezione delle procedure tecniche è predittiva dell’efficienza e dell’efficacia dell’intervento.

Risulta pertanto essere indispensabile per buona parte degli interventi sanitari di medicina d’urgenza, chirurgici e diagnostico macro e micro invasivi, riferibili alle malattie acute, dove la persona è spenta e appare solo il suo corpo, mentre non rappresenta una risposta adeguata nelle malattie croniche, dove la persona precede il corpo e la qualità dell’habitat è decisiva per determinare le prognosi.

In questi contesti, infatti, cresce la quota di pazienti cronici, anziani non autosufficienti, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali, che insieme ai propri familiari⁸, vive il mondo della cronicità e dell’esclusione sociale.

Qui il prodotto deve reclamare la ricostruzione di tessuti di solidarietà, essere flessibile, calibrarsi appunto su un **prodotto flessibile**, capace di cogliere e suscitare opportunità non specifiche, modificare in senso qualitativo l’habitat, capacitando le persone, le famiglie e le comunità nel processo di cura, orientando le risorse pubbliche a questa finalità.

In una società complessa difficilmente può esistere solidarietà vera senza il sostegno di servizi complessi e senza una dinamica di rapporto tra cittadino e servizi, basata sulla valorizzazione delle persone sempre e comunque anche quando sprofondate nella più totale assenza di vitalità.

Per contrastare e prevenire gli esiti invalidanti delle malattie, dell’abbandono e finanche di alcuni metodi di cura (si consideri, in proposito, l’ampia letteratura sulle conseguenze invalidanti dell’istituzionalizzazione protratta), è necessario implementare azioni e strumenti, non solo inerenti alla malattia e alle tecniche di cura specifiche, ma fondati su interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali⁹.

In quest’ottica **si pone al centro l’insieme delle condizioni di vita delle persone quali fattori costitutivi della salute**: l’habitat sociale, la casa, la formazione e il lavoro, le relazioni interpersonali, la promozione e l’integrazione sociale. In altri termini

⁸ Il Servizio sanitario nazionale deve “prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell’integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata)” ... “Gli obiettivi di questa assistenza sono la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti, raramente quelle della loro guarigione”. Piano nazionale sanitario 2003-05, 2.2.2 Le sfide per il servizio sanitario nazionale.

⁹ Per un’ampia sintesi sul tema si veda tra gli altri, in particolare: Franco Basaglia (a cura di), *L’istituzione Negata, rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini e Castoldi Editori, Torino, 1968; Franco Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000; Cochrane, Archibald L; Blythe, Max, *One Man’s Medicine: An autobiography of Professor Archie Cochrane*, London: British Medical Journal, 1989; Archie Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (2nd ed.), London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1989; Hannah Arendt, *La condizione umana*, Bompiani, Milano, 1964; Martha Nussbaum and Amartya Sen, *The Quality of Life*, Oxford University Press, 1993

i diritti fondamentali di cittadinanza sono al contempo i più significativi determinanti sociali della salute.

Questo è il quadro di riferimento necessario per definire interventi specificamente rivolti alla salute. Quest'obiettivo è raggiungibile attraverso metodologie d'investimento, riconversione e redistribuzione delle risorse, basate sulla ricontrattualizzazione e responsabilizzazione delle persone, sulla consapevolezza competente dell'importanza dei legami interumani, sociali e d'oggetto.

Diventa necessario, pertanto, da parte delle istituzioni sanitarie e sociali, il superamento dell'istituzionalizzazione della sofferenza, con concreti interventi a sostegno dell'habitat sociale, della formazione e del lavoro. Interventi che siano in grado di modificare le prognosi delle persone affette da esiti invalidanti di malattie croniche e cronico-degenerative e di aumentare l'aspettativa e la qualità della salute, per le persone che versano in condizioni di rischio e di vulnerabilità, con particolare riferimento a quelle istituzionalizzate. Condizione, quest'ultima, che di per sé aumenta la disabilità e l'inabilità pregiudicando le prognosi positive.

Una tale opzione strategica **si fonda sull'incremento della capacitazione contrattuale dell'utente** dei servizi sanitari e sociali, su una sua attiva e diretta partecipazione alla costruzione delle risposte corrispondenti ai bisogni prioritari, **in modo da partecipare alla scelta** e alla costruzione delle modulazioni possibili degli interventi in base alle risorse esistenti.

Come riporta il PSN 2003-2005: *"La dignità e la partecipazione di tutti coloro che entrano in contatto con i servizi e di tutti i cittadini costituisce nella nuova visione della salute un principio imprescindibile, che comprende il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più piena possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti"*¹⁰.

1.3 – LE STRATEGIA DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

E' ormai generalmente riconosciuto che, nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria, un intervento esclusivamente tecnico sanitario non è in grado di garantire prognosi positive ed addirittura può rivelarsi un fattore di cronificazione e disabilità per la persona e la sua comunità di riferimento¹¹.

Le azioni tecniche, messe in atto attraverso il prodotto flessibile, si connotano in termini di efficacia, efficienza ed economicità attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria, con reimmissione delle persone nel corpo sociale.

Tuttavia, la modifica dei contesti disabilitanti e la valorizzazione dei contesti relazionali abilitanti non può essere attuata esclusivamente dal Sistema Sanitario, ma deve incontrare la volontà e le risorse locali e familiari. Queste, a loro volta, stimoleranno le organizzazioni professionali e sanitarie a modificare lo sguardo, l'impegno e l'investimento dalle disabilità individuali a quelle sociali¹², riconvertendo continuamente

¹⁰ Piano nazionale sanitario 2003-05, 1.2 *Dalla Sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali.*

¹¹ Come ad esempio nella sindrome da istituzionalizzazione.

¹² I diversi modelli concettuali utilizzati per definire e comprendere la disabilità e il funzionamento, possono essere semplificati nella dialettica tra "modello medico" e "modello sociale". Il *modello medico* considera la disabilità come un problema della persona, causato direttamente da malattie, traumi e altre condizioni che necessitano di assistenza medica sotto forma di trattamento individuale da parte di professionisti. La gestione della disabilità mira alla loro cura oppure all'adattamento ad essa da parte dell'individuo attraverso un cambiamento

le risorse professionali, umane ed economiche, dalle istituzioni alle persone con disabilità, alle comunità locali, alle famiglie e alle loro organizzazioni associative e imprenditoriali.

Le tecniche di cura stesse, nella loro massima espressione conoscitiva, hanno necessità, per poter essere efficaci, di un contesto ambientale e relazionale favorente e solidale, volto al sostegno del funzionamento sociale delle persone con malattia cronica o cronico-degenerativa (**processo di capacitazione**¹³) ed incrementativo della qualità dell'habitat sociale (**processo di sviluppo umano**). In tali contesti abilitanti, diviene migliore l'applicabilità e più probabile il buon esito di tecniche di cura specifiche.

L'incremento della qualità relazionale, dell'habitat e dei sistemi di aiuto costituisce altresì un potente fattore preventivo dello sviluppo di condizioni disabilitanti. D'altro canto, il conseguimento di prognosi positive per la persona, la sua famiglia e la comunità locale è possibile se vengono investite risorse tecniche, umane ed economiche sui sistemi locali di benessere. Tali investimenti possono trovare le risorse necessarie, in misura significativa e addirittura prevalente, dalla riconversione dei costi sanitari e sociali degli attuali prodotti prestazionali rigidi e dalla loro trasformazione in investimenti produttivi di salute concretamente spendibili: **investimenti per la capacitazione delle persone.**

Raggiungere gli obiettivi di salute indicati richiede, come è del tutto evidente, metodologie e tecnologie per la costruzione di prodotti sanitari flessibili, con la più ampia integrazione tra risorse formali ed informali di comunità, nei quali il contributo dato dai contesti familiari, sociali e del paziente stesso siano determinanti nella costruzione di un prodotto qualitativamente alto e prognosticamente positivo. Metodologie e tecnologie che promuovano, valorizzino e rafforzino continuamente il "capitale sociale"¹⁴ e la cultura che lo caratterizza, come fattore di sviluppo della salute. Il processo di capacitazione individuale e comunitario è co-gestito dal sistema pubblico insieme con il privato sociale, utilizzando strumenti imprenditoriali ed aziendali.

comportamentale. L'assistenza medica è vista come questione primaria; a livello politico la risposta prioritaria risiede nella riforma delle politiche di assistenza sanitaria. Il *modello sociale*, d'altro canto, considera la disabilità come un problema di piena integrazione degli individui nella società. La disabilità non è caratteristica di un individuo, ma è determinata da una complessa interazione di condizioni, molte delle quali create dall'ambiente sociale. Ne deriva che la gestione del problema richiede azioni sociali; è responsabilità collettiva, della società nel suo complesso, implementare le modifiche ambientali necessarie per la piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale. La questione riguarda gli atteggiamenti e le ideologie e richiede cambiamenti sociali; a livello politico la risposta prioritaria risiede nell'affermazione dei diritti umani fondamentali. WHO, ICF, 2003.

¹³ Sui processi di capacitazione e l'estensione delle libertà come pratiche riabilitative e per l'empowerment delle persone si veda: Amartya K. Sen, *Lo sviluppo è libertà, perché non c'è crescita senza democrazia*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 2000; Amartya K. Sen, *Etica ed Economia*, Edizioni Laterza, Roma-Bari, 2002; Martha Nussbaum, Franca Faralli (a cura di) *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership* (2006) - trad. it.: *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna 2007; Jhon Rawls *Il diritto dei popoli*, Einaudi, Torino, 2001; Jhon Rawls *Giustizia come equità. Una riformulazione*, Feltrinelli, Milano, 2002; Jhon Rawls *Una teoria della giustizia [1971]*, Feltrinelli, Milano, 2008;

¹⁴ Il piano sanitario nazionale 2003-05 individua tra i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità da potenziare, insieme al capitale umano e fisico, il "capitale sociale": "inteso come quella rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell'assistenza, del volontariato e del no profit, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione, della ricerca, che possono contribuire ad aumentare le risorse per l'area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata". PSN 2003-05, 2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità.

In questo quadro si inserisce **la presente proposta di sperimentazione gestionale**, volta al rafforzamento di metodologie e tecniche, **già parzialmente sperimentate**, che permettano di coniugare le teorie scientifiche consolidate con le pratiche quotidiane più avanzate degli operatori e dei servizi pubblici e del privato sociale.

1.4 – QUADRO NORMATIVO NEL SETTORE SOCIO SANITARIO

1.4.1 INTERVENTI SOCIO SANITARI: NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1.4.1.1 Livelli essenziali di assistenza socio sanitaria

L'assistenza socio-sanitaria rientra tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Essa è definita come quella *“prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”* (art. 2, comma 1, del DPCM del 14/2/01) e viene erogata attraverso i Distretti Sanitari.

L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato: fase intensiva, fase estensiva e fase lungoassistenziale¹⁵.

1.4.1.2 Le prestazioni dell'assistenza socio sanitaria

Le prestazioni e le funzioni di pertinenza dell'assistenza socio sanitaria attengono prevalentemente alle **aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative** e sono elencate, insieme alle rispettive fonti normative, nella tabella prevista dall'art.4, comma 1, del D.P.C.M. 14/02/01 allo stesso allegata (**cf tabella n° 1**).

Le prestazioni afferenti a queste aree, che concorrono alla realizzazione dei progetti personalizzati, si distinguono in *“sanitarie a rilevanza sociale”¹⁶, “socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”¹⁷ e “sociali a rilevanza sanitaria”¹⁸*. Le prime due

¹⁵ La fase *intensiva* è caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari; la fase *estensiva* è caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito; la fase di *lungoassistenza* è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi. Art. 2, comma 4, DPCM 14/02/01.

¹⁶ Sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite (DLgs 229/99, art. 3 septies, comma 2, lettera a). Esse sono di competenza delle AA.SS.LL. e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali (art. 3 DPCM 14.02.2001).

¹⁷ Rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza” (DPCM 14.02.2001, art 3, comma 3.) e possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali. Attengono prevalentemente alle aree: materno infantile;

tipologie prestazionali sono di competenza delle ASL ed a carico del Fondo Sanitario¹⁹, mentre la terza compete ai Comuni con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini²⁰, in misura stabilita dai Comuni stessi.

Il fondamento del lavoro sociosanitario deve tendere alla trasformazione dei bisogni a prevalenza "sanitaria a rilevanza sociale" in bisogni a prevalenza "sociale a rilevanza sanitaria", con restituzione al corpo sociale delle persone con disabilità primaria, secondaria e terziaria. E' questo il percorso efficace di un processo terapeutico-riabilitativo.

1.4.1.3 Efficacia ed appropriatezza dell'assistenza sociosanitaria

"Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE del bisogno, la definizione di un PIANO DI LAVORO INTEGRATO E PERSONALIZZATO e la valutazione periodica dei risultati ottenuti" (art. 4 comma 3 del DPCM del 14/02/01).

La valutazione multidisciplinare funzionale alla definizione del piano di lavoro e la presa in carico dell'individuo non può che scaturire, sul piano operativo, dall'integrazione tra i diversi attori coinvolti: ASL, Comuni, privato sociale ed imprenditoriale. Questo è stato, pertanto, un obiettivo primario degli indirizzi nazionali e recepiti dalle Regioni, che hanno individuato nell'integrazione programmatoria, gestionale e professionale dei servizi e delle risorse sociosanitarie una priorità strategica, volta alla costruzione e valorizzazione dei sistemi di benessere comunitario e familiare.

1.5 - L'INTEGRAZIONE GESTIONALE

L'integrazione *gestionale* si colloca a livello territoriale e di struttura operativa, individuando, come già riportato nel PSN 1998-2000 "**configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Sul piano gestionale, vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia del lavoro per progetti. Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle**

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

¹⁸ Sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi (DPCM 14.02.2001, art. 3, comma 2).

¹⁹ Le prestazioni *socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* prevedono quote percentuali di compartecipazione economica, variabili a seconda delle caratteristiche delle stesse, da parte dei Comuni di residenza degli assistiti. In merito alle percentuali dei costi a carico dell'utente (o del comune) per le diverse prestazioni compartecipate erogate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza si vede tabella n° 1.

²⁰ La compartecipazione è vista come mezzo per ampliare l'ammontare delle risorse di cui le amministrazioni dispongono per la realizzazione di servizi a vantaggio dei cittadini all'interno di una più complessiva scelta di equità che caratterizza il sistema regionale di welfare. Si tratta di uno strumento con finalità perequative: proprio perché le situazioni di partenza non sono uguali, è legittimo utilizzare anche l'istituto della compartecipazione per raggiungere obiettivi di equità e di inclusione sociale. Per la determinazione dell'entità della compartecipazione si utilizza l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) disciplinato dal D.Lgs. n.109/ 1998 e dal D.Lgs. n.130/ 2000 (e successivi atti integrativi).

risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità. Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo territoriale²¹.

La legislazione sociale e sanitaria insiste molto sulla necessità della elaborazione di progetti terapeutici riabilitativi integrati e personalizzati, elaborati a livello distrettuale e fondati sulla valutazione multi-dimensionale e multi-disciplinare del bisogno complesso, sul concorso di più apporti professionali sociali e sanitari e sulla valutazione periodica dei risultati²².

È tuttavia illusorio pensare che l'impulso all'intervento attivo ed integrato, proveniente dal D.Lgs 229/99, dalla L. 328/00 e dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento, possa essere recepito, assimilato e riproposto autonomamente, in maniera "ordinaria", dagli attuali servizi sanitari e sociali, strutturalmente organizzati e storicamente gestiti in maniera autonoma e separata²³.

E' necessario, quindi, ripensare, promuovere ed investire nell'organizzazione dei servizi territoriali, nelle forme di collaborazione e corresponsabilizzazione tra pubblico e privato, negli strumenti, nelle tecniche e nei metodi di lavoro impiegati dagli operatori, considerando e promuovendo le persone e le famiglie le comunità locali come risorse da attivare.

La tendenza alla parcellizzazione e separazione degli interventi e alla rigida delimitazione delle competenze può essere, in fase di prima applicazione, concretamente invertita attraverso:

- **l'istituzione di organismi integrati ASL-Enti Locali e portatori di bisogni sociosanitari** quali: *porte Uniche di Accesso, Unità di Valutazione Integrate* a livello distrettuale per la elaborazione/attuazione/verifica dei piani personalizzati, *Uffici Integrati* distrettuali di ricerca e analisi dei bisogni, monitoraggio ed elaborazione dei flussi informativi, di valutazione e verifica della programmazione sociale e sanitaria distrettuale, di promozione continua delle capacità e delle scelte dei soggetti implicati;
- **la predisposizione di "meccanismi di coordinamento"**, fra i suddetti organismi integrati, che sono automaticamente attivati ogni qual volta una domanda di prestazione pervenga ad uno qualsiasi dei punti di accesso della rete dei servizi sociali e sanitari e faccia avviare, contestualmente, una valutazione multidimensionale del bisogno complesso;
- **la programmazione di servizi sociali e sanitari strutturalmente fondati sulla "presa in carico"** complessiva, la promozione delle opportunità non sulla risposta passiva, "assistenzialistica", alla prestazione richiesta;

²¹ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, parte II "Le strategie del cambiamento", *l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale*.

²² Oltre al citato DPCM del 14/02/01, si segnala l'art. 14 della L. 328/00 (*Progetti individuali per le persone disabili*) che detta: "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..."

²³ Falciatore MG e Musella M, a cura di, *Diritti di cittadinanza in Campania*, Carocci, 2005.

- **la promozione di modelli concettuali ed approcci culturali** che qualifichino il passaggio teorico e pratico dalla prestazione riparativa, ancorché articolata e multiprofessionale, all'intervento complessivo per la salute della persona, della famiglia e della comunità locale.

1.5.1 Il contesto normativo sull'integrazione sociosanitaria

Il contesto normativo nazionale che permette la definizione dei contenuti, dei percorsi e delle metodologie condivise circa le prestazioni di carattere socio-sanitario, si riassume nel seguente modo:

- D.Lgs n. 229/99 recante "*Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*";
- Legge n. 328/2000 recante "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*";
- DPCM del 14.2.2001 recante "*Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria*";
- *Accordo Stato Regioni del 22 Novembre 2001 sui LEA Sanitari.*

Su questa base è possibile impegnare gli Assessorati delle Regioni alla Sanità, alle Politiche Sociali e agli Enti Locali a predisporre organici ed unitari livelli di programmazione per il conseguimento di alcuni rilevanti obiettivi prioritari di integrazione socio-sanitaria, alla definizione di una più compiuta disciplina regionale dei LEA socio-sanitari e di una complessiva programmazione sociale e sanitaria, attraverso l'elaborazione di un insieme di atti specifici.

In questo percorso possono quindi essere definite linee guida regionali integrate per la programmazione dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie che rivestono cruciale importanza per la funzione di accompagnamento ed indirizzo per la programmazione locale finalizzata ad indirizzare ed impegnare Comuni e AA.SS.LL. a definire livelli di intesa per una programmazione socio-sanitaria locale omogenea e coerente nei Piani di Zona e nei Programmi delle Attività Territoriali dei distretti.

Infatti, ai sensi dell' art. 3-quater D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

A loro volta i Comuni, cui il D.Lgs. 229/99 già attribuisce un significativo ruolo nella programmazione socio-sanitaria territoriale, dalla legge 328/00 vengono definiti come attori principali del ridisegno del sistema integrato territoriale dei servizi sociali²⁴.

²⁴ Per una dettagliata individuazione delle rilevanti funzioni attribuite ai Comuni nella programmazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari si segnala l'art. 6 della L. 328/00:

"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:

In questo nuovo sistema di welfare, gli interventi socio-sanitari rappresentano un impegno ineludibile degli enti locali a garanzia di diritti che presuppongono la centralità e l'univocità della persona, e che richiedono, per trovare appropriata ed adeguata risposta, la definizione di percorsi unitari di accoglimento della domanda, di presa in carico e di intervento.

L'integrazione Socio-Sanitaria rappresenta un'opzione strategica e una concreta sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari e il potenziamento delle politiche sociali dei Comuni.

Questo obiettivo si attua attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00 e la promozione nelle AA.SS.LL. di una riconversione graduale della spesa a favore della Sanità Territoriale e dello sviluppo umano (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione relative all'assistenza anziani, disabili, salute mentale, ecc).

L'integrazione socio-sanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, consente l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie.

Basti pensare, ad esempio, ai pazienti disabili di grado lieve-medio, con bisogni prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, che sono *impropriamente* ospitati in strutture sanitarie istituzionalizzanti e ad alto costo.

In questi casi, adeguati interventi sociali consentono sia una riduzione della spesa complessiva, che risposte più appropriate ed incisive, anche sul versante dello sviluppo locale, attraverso la partecipazione diretta alle scelte ed alle opportunità degli utenti stessi e delle famiglie.

L'Integrazione Socio-Sanitaria è pertanto opzione strategica, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, in quanto in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali. Ancora di più essa rappresenta un passaggio decisivo verso la costruzione di Welfare comunitario e familiare.

-
- 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."*

Le linee guida regionali sui Piani di Zona e sull'Atto Aziendale ed il Piano Sanitario Regionale, devono delineare quadri organici delle Politiche Sociali e Sanitarie, e fornire indicazioni compiute per l'integrazione sociosanitaria.

Di conseguenza, gli atti aziendali delle AA.SS.LL. ed i piani di zona dei Comuni devono prevedere assetti organizzativi-gestionali, coerenti con gli obiettivi dell'integrazione socio-sanitaria così come per un loro governo unitario.

Seguendo le indicazioni provenienti dalla disciplina nazionale, le Regioni devono produrre Linee guida sull'integrazione sociosanitaria modificando e integrando, dove necessario, le linee guida per l'Atto Aziendale. Devono dare indicazioni in materia socio-sanitaria per la formulazione dei Piani Attuativi Locali e dei Programmi di Attività Territoriali da parte delle AA.SS.LL., così come per la definizione dei Piani di Zona da parte dei Comuni.

1.5.2 La programmazione sociosanitaria

La programmazione in materia socio-sanitaria trova la sua disciplina nazionale nel D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nella L. 328/00, nei DPCM 14.2.2001 e 29.11.2001.

Gli atti normativi nazionali, così come quelli programmatici, relativi alle politiche sanitarie e sociali, sottolineano l'importanza e l'urgenza di promuovere l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale, professionale, individuano e disciplinano conseguentemente un rinnovato e reciproco coinvolgimento dei Comuni e delle AA.SS.LL. nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari.

La normativa e la programmazione nazionale e regionale, in ambito sociale e sanitario, prescrivono che le funzioni e le attività sociosanitarie vengano programmate congiuntamente da Comuni ed ASL, con scelte concordate e coerenti espresse tanto nei Piani di Zona che nei Programmi delle Attività Territoriali dei Distretti sanitari.

L'integrazione istituzionale, che nasce dal perseguimento di comuni obiettivi di salute tra istituzioni diverse (ASL, Comuni, terzo settore ecc.), può formalizzarsi in convenzioni ed accordi di programma o sostanziarsi, per coordinare le gestioni o per prevedere deleghe di funzioni, in forme associative come i consorzi, o ancora generare nuovi enti, quali aziende o fondazioni.

1.6 - IL MODELLO DI RIFERIMENTO: LA WELFARE COMMUNITY

1.6.1 LO SCENARIO, L'OBIETTIVO, LE STRATEGIE

Abbiamo visto che le strutture assistenziali messe in campo negli ultimi 25 anni (*R.S.A., Case di riposo, Strutture protette, Istituti per minori, Comunità terapeutiche, Case famiglia, Centri diurni, Case albergo, Case di cura convenzionate per degenze medio-lunghe a carattere riabilitativo, Hospice*) si sono purtroppo spesso configurate come luoghi senza ritorno, contenitori di ogni "cronicità".

In questo quadro si è assistito poi ad una riorganizzazione dei sistemi di welfare sanitario e sociale, descritta nelle pagine precedenti, che ha visto il progressivo passaggio da un modello prevalentemente istituzionale assistenziale, ad un modello di Welfare dei consumatori, in cui la produzione di servizi sociali viene affidata da parte dell'Ente pubblico ad una pluralità di organizzazioni, *no profit* ma anche *forprofit*, che operano in regime di concorrenza.

Con l'introduzione di questo "sistema" si passa quindi da un modello integrato, centrato sulla titolarità di funzioni di erogazione in capo al soggetto pubblico, a un modello contrattuale, imperniato sulla separazione fra soggetti acquirenti e soggetti erogatori delle prestazioni.

In questa cornice, compete alle ASL l'esercizio dell'esclusivo ruolo di programmazione, acquisto e controllo (PAC) con la conseguente chiusura dei servizi a gestione diretta.

La conseguenza che si prefigura dalla dismissione di questo tipo di attività delle ASL è una progressiva destrutturazione del sistema dei servizi pubblici in favore della creazione di un quasi-mercato in cui i produttori di prestazioni socio-sanitarie competono sulla base di un tariffario prefissato e cercano di attrarre i pazienti, che sono liberi di scegliere il fornitore a cui fare riferimento²⁵.

In questo quadro, allora, le leggi di riorganizzazione dell'assistenza sociale e sanitaria, pur avendo rappresentato grandi innovazioni di sistema e di concreta liberazione per decine di migliaia di persone, non si sono trasformate in occasioni continuative di cambiamento avvertite dalle persone e dalle famiglie. Non sono divenute risorse effettive usufruite e percepite come tali, dai portatori di bisogno. Non sono divenute, in modo esteso, patrimonio sociale e cultura concretamente spendibile.

Una ragione, forse prevalente, delle difficoltà a procedere sulla strada indicata dalle leggi di sistema citate (Legge 229/98, Legge 328/00), è dovuta anche al mancato sviluppo dei sistemi di Welfare a carattere comunitario, volti ad accrescere protagonismo, contrattualità e libertà di scelta delle persone e delle famiglie nei confronti delle Istituzioni e, ciò che più conta, trasformazione dei costi delle cure e dell'assistenza in investimenti produttivi di salute e soddisfazione per le persone e le famiglie.

Questa proposta di sperimentazione gestionale, Welfare a carattere comunitario, si colloca quindi nel passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere, e con esso salute, diventa un compito anche della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario; fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo, divenendo innesco di sviluppo umano ed economico locale.

Uno scenario che vede, quale funzione principale dell'azione pubblica, quella di "incrementare le capacità dei soggetti" secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà.

Si parla quindi di "comunità solidale", o di "welfare community", per indicare un modello di politica sociosanitaria che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune²⁶.

Questa proposta, infatti, rappresenta un contributo per un sostegno attivo al processo di pluralizzazione degli attori e degli strumenti nella protezione sociale degli utenti che divengono protagonisti dello sviluppo locale, in cui la politica sociale e sociosanitaria

²⁵ Le risorse destinate al finanziamento delle prestazioni vengono assegnate direttamente ai cittadini attraverso l'uso di buoni il cui valore viene rimborsato ai fornitori dei servizi (Le Grand, Bartlett, eds., 1993).

²⁶ Si vedano i principi della "Big Society" già esposti in nota 4

non coincide più esclusivamente con la politica pubblica, intesa come istituzioni statuali, ma diviene funzione sociale diffusa.

1.6.2 SOSTENERE LA CAPACITÀ DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

La *centralità della persona* ed il *valore dei legami di comunità* sono gli assunti che sostengono le linee d'intervento della progettualità individuale.

Sono ben noti e dimostrati gli effetti negativi sulla salute e sul benessere delle persone non solo e non tanto della noxa patogena quanto dell'assenza di sostegno, o di sostegni sbagliati, non personalizzati, decontrattualizzati e acontestualizzati o, peggio, di processi di vera e propria oppressione e sfruttamento.

Una imponente letteratura documenta il ruolo determinante, nel passaggio da una situazione di rischio e vulnerabilità ad una di malattia, delle condizioni di età e di genere, reddituali, ambientali e di stress, di assenza, scarsità, o perfino nocività, dei legami interpersonali e sociali, del mancato accesso o della nocività dei sistemi di aiuto.

Gli impedimenti esterni all'accesso ed esercizio dei diritti espressivi, formativi, lavorativi, di habitat sociale, trasformano una persona vulnerabile o a rischio, in un "Caso di disabilità".

Questi elementi pongono seriamente in discussione l'efficacia e l'appropriatezza di una rilevante parte delle tipologie di assistenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale, riguardo alle specifiche esigenze delle persone in condizioni di disabilità sociale conseguente o concomitante a malattie psichiche o fisiche e a marginalità socio-ambientale. E allo stesso tempo, spingono alla costruzione di sistemi di sostegno delle persone fondati sul rafforzamento delle reti naturali di comunità, sulla qualificazione degli interventi di volontariato, di economia sociale e sulla migliore integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari "capaci" di fare "Comunità".

Si delinea, quindi, la necessità di un programma di trasformazione progressiva degli interventi, da forme prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario, a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale, capaci di innescare sviluppo umano esteso, scelta e opportunità per le persone, le famiglie le comunità locali.

In particolare, appare necessario avviare forme di presa in carico delle persone con disabilità sociale, radicate nel tessuto di vita normale, complessive e personalizzate, sia dal punto di vista abitativo, sia dal punto di vista del contributo alla vita sociale ed economica, nelle quali le persone con disabilità sociale riassumano la loro funzione di risorsa e non di peso per la comunità.

Per rompere, quindi, l'alternativa secca oggi esistente: FAMIGLIA-COMUNITÀ-ISTITUZIONE, è necessario aumentare la capacità di presa in carico comunitaria, formale e informale dei bisogni delle persone con disabilità sociale e realizzare soluzioni in cui la persona sia sostenuta, capacitata negli atti e nelle aspettative di vita quotidiana da una organizzazione mutuale, che la veda partecipare insieme alle famiglie, ai volontari, agli operatori pubblici e privati.

1.6.3 PROMUOVERE I LEGAMI DI COMUNITÀ

La proposta di sperimentazione gestionale intende in tal senso contribuire alla costituzione di un *welfare mix* fondato sulla comunità, sulla responsabilizzazione dei suoi membri ed, in primo luogo, dei destinatari dei programmi che, in questa prospettiva, devono giocare un ruolo più attivo e, perfino, imprenditoriale. Non più *consumers* ma *pro-sumers*, cioè cittadini portatori di un bisogno che sono al contempo

produttori, distributori e consumatori dei beni e servizi di welfare. Sono essi i protagonisti di nuove forme di mercato non più esclusivamente fondato sullo scambio di beni o servizi ma sulla creazione di legami, altrimenti detti **beni relazionali**.

In questo scenario, gli interventi di programmazione sociosanitaria integrata sono orientati ad identificare modalità di integrazione e partenariato (sistema relazionale) tra gli attori, ed a costruire pratiche operative che favoriscano, sostengano ed alimentino processi di "qualità sociale" e che aumentino gli spazi di vita pubblica e di partecipazione alla costruzione del bene comune.

1.6.4 NUOVO RAPPORTO CON GLI ATTORI PRIVATI: DALL'ESTERNALIZZAZIONE ALLA COGESTIONE

Operare nelle aree di competenza sociosanitaria coincide, in ogni contesto, con la promozione di processi e pratiche di attribuzione di senso e soggettività alle domande di chi spesso, invece, viene ridotto al silenzio, catalogato e reso anonimo.

L'attività riabilitativa nelle aree sociosanitarie è, quindi, innanzitutto attività di promozione attiva, garanzia, ricostruzione dell'accesso ai diritti di cittadinanza delle persone con disabilità sociale. Ciò richiede l'attivazione di un processo continuo di abbattimento del pregiudizio e dello stigma attraverso un'opera di promozione culturale dell'accoglienza, a partire dall'organizzazione delle istituzioni pubbliche. E' necessario, pertanto, valorizzare la differenziazione e la creatività delle risposte mai definitive, mai totalizzanti, mai derivanti da un solo soggetto autocentrato, mai "solo sanitarie o solo sociali".

In tale contesto va ridefinito il rapporto con gli attori privati, sinora ispirato, in modo diretto o implicito, al meccanismo della delega di attribuzioni e competenze.

Nel modello di comunità solidale, qui proposto, i Servizi Pubblici non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato²⁷, ma piuttosto ricercare cogestori per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire sulle determinanti sociali.

Si tratta di partire da queste determinanti sociali per fornire "prodotti flessibili"²⁸ predittivi delle prognosi positive che *devono essere parte integrante del trattamento medico*.

Il ruolo del cogestore privato, non sarà quindi la produzione di un rigido, anche se articolato, set di prestazioni o la gestione di strutture più o meno protette, ma sarà quello di fornire occasioni di casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività opportunamente modulate, per la co-gestione di **Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati**.

Al centro del sistema sarà quindi la persona con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di valori, convinzioni, scelte individuali e non una struttura ed un'organizzazione, anche se non profit. Al cogestore si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie, delle relazioni.

²⁷ Sui rischi di deresponsabilizzazione dell'autorità pubblica e di deriva delle politiche sociosanitarie verso interventi volatili e disarticolati, animati da una logica prestazionale che l'affermazione di modelli di accreditamento-voucher possono creare, si veda: Monteleone R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: Bifulco L. (a cura di), Le Politiche sociali. Temi e prospettive emergenti, Roma, Carocci, 2005.

²⁸ Come rileva la letteratura più critica sul "consumerismo" (Ostergren, 2004), quando le prestazioni diventano un prodotto da vendere in un mercato concorrenziale i destinatari delle misure sono incentivati ad assumere una postura consumista, che porta con sé una ridefinizione di come viene concepita la salute stessa. Ibidem

E' necessario realizzare, come previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Sanità sulla riabilitazione, l'obiettivo di *ridurre le conseguenze disabilitanti della malattia attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo*²⁹.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti d'integrazione organizzativa (Unità di Valutazione e Progettazione) per la *formulazione di piani terapeutico riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica*³⁰ con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi, possibilmente su base locale/comunale.

La variabile economica, seppur necessaria, deve in questa progettualità essere "*incorporata*" nel sociale e gli elementi di scambio devono centrarsi sui legami più che sui beni. I beni forniscono l'indispensabile mediazione d'oggetto in un percorso riabilitativo. Si ottiene in questo modo "capacitazione delle persone e delle comunità locali"

Si dovranno promuovere, in altri termini, forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di *soci fruitori*, volontari, lavoratori, sovventori dei destinatari dei servizi, come strategia di ri-attribuzione di poteri e diritti ai soggetti deboli. Si tratta in sostanza di evitare che qualcuno, una organizzazione, faccia qualcosa su o per qualcun altro, i fruitori, a fronte di un vantaggio economico, il bene; ma di ottenere che qualcuno faccia qualcosa con qualcun altro, il legame, attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.

E', quindi, opportuno che il **cogestore** privato sociale, insieme con gli altri soggetti, promuova e sostenga *la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di persone con disabilità sociale e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo*. Si devono perciò realizzare organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse, **multistakeholders**: gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari ecc., coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico che comunque mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare Comunitario. Questo nella convinzione del valore terapeutico di ricostruzione dell'identità che tale processo di recupero del protagonismo e della contrattualità sociale porta con sé. Il cogestore promuoverà altresì con le stesse modalità soprariportate la costituzione del DES, Distretto di Economia Sociale, con il compito di sostenere le attività promuovendo e valorizzando le competenze e le risorse del territorio, interagendo sulle filiere economiche e i gruppi organizzati.

1.6.5 ALCUNI PRINCIPI ISPIRATORI DELL'INTERVENTO COMUNITARIO

La metodologia dell'intervento comunitario dovrà tendere a:

²⁹ "La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali. Per raggiungere un buon livello di efficacia qualsiasi progetto di riabilitazione, per qualsiasi individuo, deve quindi essere mirato su obiettivi plurimi, programmati in maniera ordinata, perché l'autonomia raggiungibile nei diversi ambiti possa tradursi in autonomia della persona nel suo complesso e comunque in una migliore qualità della vita della persona". Linee guida del Ministero della Sanità per le attività riabilitative. Le strategie dell'intervento riabilitativo. Provvedimento 7 maggio 1998.

³⁰ "Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle di semplice terapia fisica strumentale per disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi". Linee guida del Ministero della Sanità per le attività riabilitative. Le strategie dell'intervento riabilitativo, Provvedimento 7 maggio 1998.

- valorizzare e promuovere la capacità delle comunità locali a conoscere, rappresentare e valorizzare le proprie risorse e affrontare i problemi derivanti dalla rottura dei legami familiari e comunitari, dalla povertà, dall'illegalità e dall'analfabetismo funzionale;
- sostenere ed integrare la capacità degli utenti e dei loro familiari ad interpretare i rispettivi bisogni scegliendo soluzioni adeguate e la comunità locale ad organizzarsi per rispondervi;
- comprendere il terzo settore, l'auto-aiuto organizzato, le altre espressioni della comunità locale, tra i protagonisti delle risposte ai bisogni del territorio (l. 328/00)³¹;
- ribadire il ruolo centrale della coprogettazione e cogestione dei sistemi di Welfare comunitario, fra Terzo Settore e pubblica amministrazione, come strumento per garantire l'universalità di accesso ai servizi, la definizione condivisa delle regole, la loro giusta applicazione, la corretta redistribuzione e il funzionamento del sistema;
- favorire un percorso di riappropriazione da parte delle famiglie e delle associazioni di utenza, di un ruolo prioritario nel provvedere ai bisogni sociali in modo mutualistico;
- trasformare gli stili professionali volgendoli verso il supporto familiare, comunitario e verso la domiciliarizzazione continua delle cure, della riabilitazione e dell'assistenza;
- garantire la piena applicazione del Bilancio partecipativo socio-sanitario ed ambientale al fine di individuare le aree di trasformazione dei costi sanitari impropri in investimenti produttivi di salute e di sviluppo locale;
- costituire e promuovere distretti di economia sociale (D.E.S) che si presentano come "luogo di produzione e di scambio economico sociale", formalizzato da un accordo strategico e programmatico, in cui le imprese sociali possano trovare la loro naturale collocazione e contribuire conseguentemente a disegnare e produrre innovazione, ricerca e applicazione, sistemi di riferimento utili allo sviluppo economico e umano locale;

PARTE II – Quadro operativo

2.1 - BUDGET DI SALUTE: LA SCELTA METODOLOGICA E GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI

2.1.1 Le ragioni della scelta metodologica del Budget di Salute

Lo strumento metodologico di base di questa proposta è il Budget di Salute (BdS). Questo strumento risponde alla domanda su quali e quante risorse professionali, umane ed economiche sono necessarie per restituire funzionamento sociale, diritti e prognosi positive a persone istituzionalizzate o a grave rischio di istituzionalizzazione, a

³¹ "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.". Art.1 (Principi generali e finalità), comma 5 della Legge Quadro 328/00.

causa o in modo concomitante a malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità sociale: processo di capacitazione.

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

Dentro questa unità di misura, il budget di salute, il LEA sociosanitario, si configura non come prestazione a se stante, bensì come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso e la sua comunità.

La centralità della persona e delle sue relazioni pretendono luoghi (servizi) belli ed efficienti per potersi esercitare, integrazione delle risorse e omogeneità d'obiettivi fra il bene pubblico-Comune e il bene pubblico-Azienda Sanitaria.

Ciò comporta il superamento del sistema di delega alle organizzazioni private e la messa in opera di sistemi cogestiti e di forme gestionali miste (Welfare mix) dove insieme si persegue la stessa finalità con strumenti e ruoli diversi.

Tale centralità deve orientare il progetto individuale e le risorse verso alcuni obiettivi di carattere generale, esplicitati *ex ante*, valutabili come aree di carenza su cui investire:

- apprendimento/espressività
- casa/habitat
- formazione/lavoro
- affettività/socialità

In tale direzione converge l'ampia mole di studi i quali, univocamente, segnalano che le prognosi positive, per persone con disabilità sociali conseguenti o concomitanti a condizioni patologiche o a vulnerabilità bio-psico-sociali, sono più significativamente correlate con il funzionamento dei soggetti nelle aree citate piuttosto che con la diagnosi o la terapia medica³².

Tale metodologia, partendo dall'approccio unitario alla persona, attraverso la presa in carico globale della stessa e del suo contesto, orienta gli operatori pubblici, privati, i pazienti stessi e i loro contesti, verso il recupero, valorizzazione e sostegno di sistemi del benessere comunitario e familiare (Welfare di comunità). Ciò attraverso forme gestionali miste tra Enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali organizzate o meno (Welfare mix)³³.

Obiettivo delle azioni terapeutico-riabilitative individuali è l'innalzamento delle capacità e del potere contrattuale del cittadino/utente e la fruibilità per lo stesso delle aree/diritti casa-habitat, formazione-lavoro e socialità-affettività.

A tal fine è necessario impegnarsi per la costruzione di un welfare comunitario e familiare territoriale che veda l'ASL coinvolta, attraverso i Distretti Sanitari, a trasformare qualitativamente i propri costi prestazionali, attualmente esternalizzati e ridondanti, in investimenti produttivi sulle aree integrate e sulle comunità locali.

Motore di questa trasformazione sarà la cogestione pubblico/privato sociale e imprenditoriale, che si realizza attraverso una prima fase di presa in carico dei percorsi individuali di cura e di benessere comunitario e familiare.

³² Per un'ampia ed aggiornata sintesi sul tema si confronti: Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione, Suppl., 28, 3, 2004.

³³ Con il termine Welfare mix si definisce l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni sociosanitari e di salute della persona.

La funzione di portare avanti la cogestione dovrà essere assunta a livello centrale dal Coordinamento Sociosanitario Aziendale che governerà in modo funzionale un'aggregazione di strutture organizzative aziendali afferenti alle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Quest'area organizzativa, anch'essa a matrice progettuale ed in grado di attivare risorse extraistituzionali, interverrà rendendo possibili, ricche ed efficaci, le azioni integrate tra Comune-ASL-organizzazioni dei cittadini, famiglie e persone singole, costruite a livello territoriale dagli Uffici sociosanitari distrettuali e dalle Unità di valutazione integrate anch'esse distrettuali e dai D.E.S. (distretti di economia sociale).

2.1.2 GLI OBIETTIVI DEL BUDGET DI SALUTE

Attraverso il budget di salute s'intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle quattro aree di possibile carenza sopra descritte (apprendimento/espressività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità), che sono anche i principali determinanti sociali della salute e afferiscono ai diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti.

Destinatari di tali interventi saranno i cittadini in condizioni di disabilità sociale concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente (malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità sociale) o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la prognosi, che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale.

Tali interventi sono specificamente diretti a persone che richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione e caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite all'area materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, ovvero attraverso l'intreccio tra l'iniziativa pubblica e le risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona (welfare mix).

2.1.3 DALL'ESTERNALIZZAZIONE ALLA COGESTIONE: RUOLO DEL PUBBLICO E DEL PRIVATO

L'inserimento delle persone nei budget di salute non fa decadere, ma integra la presa in carico degli utenti da parte delle Unità Operative competenti del Servizio Pubblico, che si esplica attraverso tutte le attività necessarie a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA): le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali locali.

La metodologia pone l'enfasi sulla coprogettazione, cogestione e cofinanziamento, nonché sulla valutazione dei processi e progetti da allestire e realizzare tra Enti pubblici e privato con tre obiettivi:

- a) evitare l'istaurarsi di meccanismi di delega dell'uno all'altro;
- b) porre attenzione a processi ed esiti e non all'accreditamento di strutture³⁴;
- c) promuovere l'associazionismo e la cooperazione diffusa quale garanzia contro l'accentramento monopolistico ed autoriproduttivo del privato sociale.

³⁴ Funzione demandata a Regioni e Comuni.

Per raggiungere questi obiettivi si propongono i seguenti passaggi:

1. istituire un Elenco di soggetti cogestori costituito attraverso un Avviso ad evidenza pubblica
2. a questo elenco possono partecipare:
 - a) il Terzo Settore che sottoscrive un impegno/progetto d'investimento di risorse, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza, comprese quelle derivanti dai budget di salute nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di salute e riabilitazione su territori definiti;
 - b) persone e famiglie che accettino di sottoscrivere un concreto impegno ad incrementare ed autopromuovere le proprie capacità d'inclusione, abilitazione, emancipazione delle persone e della comunità, stipulando accordi con cooperative B/plurime.

Si definiscono quindi cogestori i soggetti inseriti nel suddetto elenco che, spontaneamente e consapevoli di svolgere affari altrui, forniranno a persone che abbiano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento sociale soddisfacente, nel loro interesse e con attività utili per gli stessi, il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire l'accesso ai diritti all'apprendimento-espressività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione, alla socialità-affettività³⁵.

A partire da ciò, i cogestori devono promuovere e contribuire alla costruzione di uno sviluppo economico locale, sociale ed ambientale sostenibile ed alla riabilitazione integrale del territorio.

3. I soggetti inseriti nell'elenco amministreranno una dotazione finanziaria, nei limiti fissati dall'intensità del progetto terapeutico riabilitativo individuale³⁶, assegnata ad un utente, da utilizzare per far acquisire allo stesso lo status di socio dell'organizzazione, o di altra organizzazione collegata alla stessa, e per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice, al fine di evitare l'istaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la reistituzionalizzazione. La dotazione economica fissata dovrà essere gestita, nell'interesse della persona fruitrice, con la diligenza del buon padre di famiglia.

Il coinvolgimento del cogestore, nella presa in carico, deve essere organizzato sulle quattro aree contemporanee d'intervento:

- apprendimento/espressività,
- casa/habitat sociale,
- socialità/affettività,
- formazione/lavoro,

³⁵ Il riferimento normativo ad un tale obblighi di cooperazione gestoria è quello dell'istituto giuridico di diritto privato della *negotiorum gestio*, o "*gestione di affari*" (artt. 2028 ss., c.c.), la cui disciplina impone a chi, senza esservi tenuto, assuma scientemente la gestione di un affare altrui, non soltanto l'obbligo di continuarla finché necessaria, ma altresì tutti gli obblighi che deriverebbero da un mandato (art. 2030 c.c.), incluso quello di operare con la diligenza del buon padre di famiglia (art. 1710 c.c.).

³⁶ Le intensità sono tre: alta, media e bassa, come meglio specificate di seguito, e corrispondono ad un corrispondente investimento economico.

ferma restando la priorità assegnata a ciascuna in sede di definizione del progetto terapeutico riabilitativo individuale con BdS.

2.1.4 LE QUATTRO AREE/DIRITTI

Le quattro aree/diritti corrispondono ai principali determinanti della salute, elementi che influenzano e promuovono in modo significativo il benessere della persona, alla cui fruibilità vanno orientate le capacità/abilità della stessa.

Fermo restando gli obiettivi e le azioni specifiche di seguito indicate, in tutte le quattro aree, il Servizio Pubblico ed il Privato Sociale ed Imprenditoriale si impegnano, rispettivamente, al conseguimento dei seguenti obiettivi generali:

IL PRIVATO

- Sostiene l'acquisizione di comportamenti volti alla promozione ed al mantenimento dello stato di piena salute, come definita dall'OMS;
- Promuove e contribuisce alla costituzione di sviluppo economico sociale locale e alla ri-abilitazione integrale del territorio;
- Sostiene e formula il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale insieme ai Comuni e all'ASL, per la parte rilevante l'area in questione;
- Contribuisce, con l'ASL ed i Comuni, alla trasformazione del prodotto sanitario rigido (Welfare dei servizi) in prodotto flessibile (Welfare Comunitario/municipale), attraverso i PTRI sostenuti da budget di salute;
- Sostiene lo sviluppo locale anche attraverso l'uso delle risorse dei progetti regionali, nazionali ed europei volti alla re-inclusione delle persone svantaggiate.

IL PUBBLICO

- Sostiene l'acquisizione di comportamenti volti alla promozione ed al mantenimento dello stato di piena salute, come definita dall'OMS;
- Persegue la cultura della deistituzionalizzazione e della prevenzione della nuova istituzionalizzazione delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario in carico ai servizi pubblici, attraverso piani di sviluppo del territorio, anche attraverso l'uso delle risorse dei progetti strutturali regionali, nazionali ed europei;
- Sviluppa insieme ai Comuni il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale;
- Sostiene la trasformazione e regola l'interdipendenza fra Welfare dei servizi e Welfare Comunitario municipale, favorendo la trasformazione di prodotti rigidi (servizi) in prodotti flessibili (progetti individuali).

Nel promuovere e contribuire alla costruzione di sviluppo economico locale e alla ri-abilitazione integrale del territorio, il settore privato (nella forma di organismi del Terzo Settore, di imprese sociali di cui al d.lgs 155 del 24.3.2006, le associazioni di volontariato di cui alla legge 266/91, le cooperative sociali di tipo B plurime) opererà prioritariamente con piani d'impresa specifici nei seguenti settori:

- **Settore produzione e risparmio energetico da fonti rinnovabili:** allestendo per le famiglie piccoli impianti diffusi di energie da fonti rinnovabili con sgravio della bolletta elettrica. Medi impianti per le gli edifici pubblici, le parrocchie e le piccole-medie imprese e dove è possibile, si prevede lo specifico sviluppo delle iniziative di produzione e risparmio energetico attraverso la geotermia, il biogas e il ciclo dei rifiuti. Sul ciclo dei rifiuti si sottolinea la necessità che i cogestori sviluppino specifiche iniziative e imprese sul proprio territorio;
- **Settore del riciclaggio dei rifiuti:** attività economiche legate alla selezione, recupero e riciclo di materiali riutilizzabili, quali ad esempio plastica, legno, carta, vetro, metalli ecc.

- **Settore autocostruzione e autorecupero:** riferita in particolare alla valorizzazione ed alla reimpresarializzazione dei beni confiscati alla criminalità organizzata, dei beni pubblici e religiosi abbandonati o sottoutilizzati. Particolare interesse viene riservato alle iniziative di housing sociale, di fattorie sociali anche volte alla ricettività turistica e commerciale.
- **Settore agroalimentare e allevamento:** con costituzione di filiere corte per la produzione, la trasformazione e la vendita di prodotti da agricoltura biologica e biodinamica prioritariamente partendo dai beni confiscati alla criminalità organizzata e salvaguardando la tipicità e la biodiversità dei prodotti agroalimentari e di allevamento. Le attività di ristorazione, agriturismo, GAS (gruppi di acquisti solidali) saranno alimentati dalla filiera corta sopradescritta.
- **Settore cultura:** investire sulla cultura e la ricerca permette sviluppo. La valorizzazione del patrimonio archeologico, culturale, musicale, artigianale, artigianale artistico e paesaggistico deve essere gestito in maniera imprenditoriale e rappresentare un asset importante per i cogestori.

CASA/HABITAT SOCIALE

La Casa/Habitat sociale costituisce obiettivo da conseguire, e possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata.

Le abitazioni, sono rese disponibili per i nuovi soci in PTRI (Progetti Terapeutico-riabilitativi Individualizzati) con BdS (Budget di Salute) nelle seguenti forme in ordine di priorità:

- 1) Riutilizzando e reimpresarializzando i beni confiscati;
- 2) Costituendo, in accordo con i Comuni, gruppi di autoconstruzione e auto recupero;
- 3) Individuando aree dove esercitare housing sociale e attivare fattorie sociali con possibilità ricettive e commerciali (agriturismi etc...);
- 4) donate per scopi sociali da privati
- 5) date in enfiteusi dagli enti pubblici o religiosi;
- 6) messe a disposizione per il "dopo di noi" da privati o enti pubblici;
- 7) locate tra privati e il cogestore;

In tutti i casi sopraelencati l'abitazione entra nella disponibilità dei nuovi soci attraverso l'istituto civilistico della "*negotiorum gestio*". La protezione deve essere una scelta delle stesse persone-utenti e del servizio pubblico, sempre volta al sostegno ed alla partecipazione diretta ai processi capacitativi e di cura.

I PTRI prioritariamente orientati verso l'area casa/habitat sociale avranno l'obiettivo di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità di autogestione degli utenti stessi.

Il supporto assistenziale da parte dei servizi sanitari competenti si attua, con i livelli di intensità necessari, presso il domicilio dell'utente di PTRI in BdS.

L'uso dell'abitazione, da parte dei soci in PTRI sostenuti da BdS delle organizzazioni cogestrici, deve essere previsto all'interno del piano d'impresa e/o di sviluppo dell'organizzazione stessa, che deve quindi comprendere un piano d'investimento e ammortamento delle case per i propri soci.

I gruppi di soci coabitanti non possono superare le sei persone. Gli spazi abitativi dovranno essere belli con servizi plurimi e quando possibili con accesso a spazi verdi. Dovranno, inoltre, essere collocati in aree, nella normale rete di fruibilità dei servizi del territorio.

Ogni nucleo abitativo avrà un *case manager* individuato tra i responsabili dei PTRI presenti nell'abitazione. L'individuazione avverrà con criteri concordati fra il servizio Pubblico (ASL e Servizi Sociali territoriali) e il cogestore per la gestione dei PTRI.

FORMAZIONE/LAVORO

L'obiettivo dell'area è la formazione professionale e la pratica di un'attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative o economiche. Oppure come partecipazione attiva e fruizione, in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano. L'***otium intelligente*** nutrito da forme di reddito attive.

Il luogo dove viene ricostruito il diritto alla formazione/lavoro deve rendere possibile lo sviluppo di microsistemi economico-sociali locali, integrati e contestuali a quel luogo stesso, in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni locali del Terzo Settore e del privato imprenditoriale.

I cogestori di PTRI con BdS si attivano per attingere a fonti di sostegno del reddito delle persone in PTRI con BdS prioritariamente:

- 1) attingendo alle fonti di finanziamento strutturate nei progetti europei e regionali della "dote" per la formazione lavoro;
- 2) attraverso quanto previsto per i tirocini formativi;
- 3) attraverso il reddito di cittadinanza quando previsto;
- 4) attraverso la contrattualizzazione, così come previsto nell'art. 4 della legge 381/91 secondo la certificazione dell'UVI (Unità di Valutazione Integrata). Dovranno altresì essere ricostruiti sistemi di protezione sociale:
 - Legge 104/92
 - Posizione previdenziale e sociale
 - Assegno di accompagnamento ed ogni altro sostegno sociale esistente o futuro;

L'obiettivo è garantire a ciascuna persona in PTRI con BdS la continuità di permanenza nelle nicchie economico-sociali costruite.

- 5) promuovendo i D.E.S. (distretti di economia sociale), quali contesti economici a forte

vocazione sociale e territoriale, nel quale i soggetti non profit (terzo settore) e le imprese *forprofit* insieme cooperano per:

- a) individuare gli obiettivi da realizzare;
- b) individuare le risorse disponibili;
- c) definire un modello di *governance* chiaro e allargato;
- d) identificare le funzioni programmatiche e gestionali;
- e) organizzare business plain specifici per settore di intervento;
- f) sostenere innovazione e ricerca insieme agli istituti universitari e i centri di ricerca;

Proprio in questo contesto le organizzazioni del Terzo Settore e del privato imprenditoriale promuovono e attuano insieme ai Comuni, Province, ASL la L. 68/99 per sviluppare i patti territoriali per la formazione-lavoro delle persone svantaggiate.

APPRENDIMENTO/ESPRESSIVITÀ

Alla persona in PTRI con BdS devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata, reti formali e non strutturata, reti informali. In ogni caso, la persona sarà messa in condizione di poter prendere ed usare un PC con un collegamento alla rete internet.

Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di una abilità, prima non posseduta, e/o lo sviluppo della stessa, avendo cura di identificare ciò che la persona è capace di fare.

La persona in PTRI con Budget di Salute dovrà essere messo in grado di usare l'immaginazione e il pensiero in collegamento con l'esperienza e la produzione di opere

autoespressive, di eventi di natura religiosa, letteraria, musicale, artistica, teatrale ecc., scelti autonomamente e sostenuti collettivamente. La persona dovrà essere sostenuta nel poter usare le proprie capacità in modi tutelati dalla garanzia delle libertà di espressione politica, artistica, religiosa; dovrà poter andare in cerca del significato ultimo dell'esistenza a modo proprio; poter fare esperienze piacevoli ed evitare dolori inutili. La persona dovrà essere sostenuta nel formarsi una concezione di ciò che è bene e impegnarsi in una riflessione critica su come programmare la propria vita.

La conservazione e la valorizzazione dei possessi, mobili ed immobili, personali delle persone con disabilità sociale, dovranno essere utilizzati come principali mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza.

Nel caso fosse necessario, dovrà essere promosso l'apprendimento di base, come l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare e a fare esperienze sensoriali intenzionali, come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli (toccare, gustare, sentire profumi, ecc.).

SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ

L'obiettivo del budget di salute nell'area socialità/affettività è fornire occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali).

Devono, inoltre, essere fornite concrete risposte a bisogni minimali delle persone in budget di salute di promozione dell'avere, del possedere, della proprietà personale intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e, quindi, della contrattualità.

La promozione continua degli strumenti di democrazia e di partecipazione, all'interno delle organizzazioni del Terzo Settore e non, devono risultare nel piano di lavoro dei progetti individuali sostenuti da budget di salute proposti.

Dovranno poi risultare presenti a posteriori nei verbali di assemblea, di consiglio di amministrazione, nella costituzione di gruppi di persone in budget di salute con bisogni omogenei finalizzati, nell'organizzazione collettiva del tempo libero, negli obiettivi formativi e di orientamento individuali e mediante piani, progetti ed investimenti evidenziabili.

INTEGRAZIONE TRA LE AREE

In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone-utenti, potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante "abitare", o sul versante "lavoro", o su quello "apprendimento-espressività", ovvero sul versante "affettività-socialità".

Tuttavia, le quattro aree non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda dei bisogni e del grado di disabilità.

I cogestori dovranno, quindi, operare coerentemente su tutte le aree, lavorando in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel progetto terapeutico-riabilitativo individuale. Dovranno riferirsi ad un territorio (luogo) definito e limitato nel quale il tema riabilitativo dovrà essere affrontato in modo integrale con la comunità civile locale e le sue espressioni di rappresentanza politica, produttiva e di volontariato, innescando o inserendosi in un più ampio processo di sviluppo economico sociale locale.

2.1.5 Intensità dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali e corrispondenti livelli di investimento economico

I progetti individuali assumono tre livelli di intensità – alta, media, bassa – cui corrispondono differenti livelli di investimento attraverso il budget di salute.

● **alta intensità**

E' prevista per persone-utenti con un indice di funzionamento sociale molto basso e misurato con la scala ICF³⁷ che hanno bisogno di notevoli risorse professionali, umane ed economiche per riprendere un funzionamento sociale accettabile (processo di capacitazione).

Tali persone per la complessità delle loro problematiche, la loro scarsa contrattualità e l'assenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un significativo sostegno a carattere mediativo, attivativo, sussidiario personale e sociale;

● **media intensità**

E' prevista per persone-utenti che, per lo scarso funzionamento sociale misurato con la scala ICF e l'insufficiente presenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario personale e di rete in alcune fasce orarie e/o per determinate attività e soluzioni abitative di mediazione e attivazione sociale.

● **bassa intensità**

E' prevista per persone-utenti che, per le loro condizioni di salute misurato con la scala ICF e l'insufficiente funzionamento sociale, con la presenza però di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario in alcune fasce orarie e/o per determinate attività al fine di aumentare la loro capacità di auto determinarsi, di aumentare il potere contrattuale e l'accesso ai diritti di cittadinanza.

L'investimento finanziario è negoziato e programmato dall'ASL con il cogestore privato, attraverso la tecnica della *finanza di progetto*³⁸. La **priorità** dell'immissione delle persone in PTRI sostenuti con BdS è riferita ai seguenti gruppi:

- 1) persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative con grave disabilità sociale internate a tempo indeterminato nelle strutture protette o case di cura convenzionate fuori dalla Regione di appartenenza;
- 2) persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative con grave disabilità sociale internate a tempo indeterminato nelle strutture protette, case di cura convenzionate, centri riabilitativi della Regione di appartenenza;
- 3) persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale con ricoveri ripetuti negli ospedali civili o nelle case di cura convenzionate fuori e dentro la Regione di appartenenza;
- 4) persone di pertinenza territoriale internate negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG);
- 5) persone di pertinenza territoriale affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale e recluse nelle carceri;

³⁷ L'ICF, in italiano Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute è un'evoluzione dell'ICIDH. La scala Icf è uno strumento sviluppato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (precisamente vi hanno collaborato 191 paesi, tra cui l'Italia), per misurare e classificare la salute e la disabilità. Si rimanda al par. 2.3.1. e nota 43.

³⁸ Definiamo, nello specifico, con questo termine la tecnica di finanziamento di progetti o di investimenti, nella quale una iniziativa d'investimento determinata, di norma realizzata da parte di più promotori, attraverso la costituzione di una società (associazione, associazione di fatto) di progetto specifica, è valutata dai soggetti che la finanziano, in via principale, per la sua capacità di promuovere *vantaggi sociali* e sulla base dei flussi di cassa connessi con la gestione. Tali flussi di cassa costituiscono la fonte primaria per il servizio.

- 6) i minori di pertinenza territoriali internati negli Istituti educativi assistenziali;
- 7) persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale in stato di abbandono nei territori;
- 8) persone affette da malattie croniche con disabilità sociale e a rischio di essere ricoverate nelle Strutture Intermedie Residenziali o in altre strutture equivalenti dentro e fuori la Regione di appartenenza.

Per le priorità sopramenzionate la riconversione delle rette avverrà in **isorisorse** (la riconversione in isorisorse trasforma il costo della retta o del d.r.g. che l'ASL spendeva in investimento su un corrispondente PTRI sostenuto con BdS) e valutate dall'UVI distrettuale nei tempi, nei modi e nelle possibilità congrue. Il cogestore organizzerà insieme al *case manager* del o dei casi in oggetto la presa in carico delle persone e i passi concreti per rimetterla in condizione di poter fruire di un PTRI con BdS.

2.1.6 LA SCELTA DEL COGESTORE

La scelta del cogestore avverrà, attraverso forme negoziali (tenendo in considerazione la proposta/progettuale generale d'investimento e cofinanziamento presentata al momento della richiesta d'iscrizione all'elenco di cogestori), con norme di diritto privato, ai sensi di legge³⁹, e promuovendo il consenso informato dell'utente o del civilmente obbligato.

La priorità aziendale sarà la *trasformazione delle attuali rette corrisposte per l'assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali (con le priorità sopraelencate) in progetti individuali sostenuti attraverso Budget di Salute*, mediante specifico atto contrattuale per ogni persona in BdS.

I *regolamenti normativi contrattuali*⁴⁰ (contratti) per la realizzazione dei PTRI attraverso i budget di salute, specifici per ogni persona, costituiscono l'atto formale che regola i rapporti tra il servizio pubblico ASL/Comune, il cogestore privato e l'utente (o il civilmente obbligato).

Saranno stipulati sulla base di un progetto personalizzato, formulato dagli/le operatori/trici referenti, dall'utente e dai suoi familiari (ove presenti e disponibili), contenente obiettivi ed indicatori di risultato identificati all'interno delle proposte/opportunità previste dal progetto.

I regolamenti normativi contrattuali costituiscono per l'ASL strumento per l'impegno, il controllo e l'ordinativo della spesa. La governance dei PTRI con BdS è responsabilità dell'U.V.I (Unità di Valutazione Integrata).

2.1.7 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DEL SERVIZIO PUBBLICO

L'entrata delle persone nei PTRI sostenuti dai budget di salute non fa decadere la presa in carico degli utenti da parte delle U.O. competenti del Servizio Pubblico, che si esplica tra l'altro attraverso le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centro pubblici diurni e non diurni, l'attivazione di reti sociali, familiari, municipali locali.

2.1.8 TEMPORALITÀ

I contratti dei PTRI sostenuti da budget di salute hanno una temporalità massima di

³⁹ Art. 3, comma 1 ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

⁴⁰ Si adopera questa terminologia per esaltare il concetto di "contratto" come strumento per disciplinare condizioni e rapporti futuri tra le parti, più che come fonte autonoma di obbligazioni (contratto di appalto, compravendita...).

tre anni, durante i quali l'obiettivo progettuale è il passaggio degli utenti da una tipologia di contratto d'intensità maggiore ad un'altra di minore intensità, operando ed investendo sulle aree citate in costanza di budget assegnato.

Dopo i tre anni massimo le persone in PTRI con BdS passano da bisogni a prevalenza sanitaria e a rilevanza sociale e dunque a totale carico ASL, a bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria in regime di compartecipazione.

Ciascuna organizzazione cogestrice, può cogestire PTRI con BDS fino a 200.000 euro che rappresentano le risorse minime per divenire operativi sul versante riabilitativo locale. Raggiunto il limite massimo di 200.000 euro, questo deve essere mantenuto, per garantire il turn over, la premialità e la resa ottimale di cogestione.

Il finanziamento dei PTRI sostenuti con Budget di Salute è a totale carico delle ASL per i primi tre anni, nei casi di specie con entità pari ai costi già sostenuti per le rette convenzionate riqualficate in BdS.

Trascorsi massimo tre anni e, comunque, allorquando i bisogni siano divenuti prevalentemente sociali a rilevanza sanitaria, i PTRI sostenuti con Budget di Salute sono compartecipati dall'utente stesso o dal civilmente obbligato, così per quanto concerne i LEA sociosanitari come previsto dall'allegato 1C del DPCM 14/02/2001, e sono erogati presso il domicilio dell'utente (azione di domiciliarizzazione delle cure);

I PTRI sostenuti con BdS a **prevalenza sociale e rilevanza sanitaria** sia derivanti dalla trasformazione dei bisogni e relativi PTRI con BdS a **prevalenza sanitaria e rilevanza sociale**, sia preordinati in ingresso nel sistema possono avere rispettivamente una durata massima di 3 anni più altri 3 anni. Essi devono avere come esito la fuoriuscita dal sistema di PTRI con BdS, con permanenza comunque delle persone nelle nicchie economico-sociale attivate, in quanto, divenute socie delle compagini sociali cogestrici.

Le persone in PTRI con BdS possono in qualsiasi momento scegliere di uscire dal sistema.

Quando un PTRI con BdS termina o si interrompe per scelta della persona dovrà essere dato ad altri, mantenendo continuativo il budget assegnato al cogestore.

Il PTRI con BdS può essere anche completamente finanziato dal privato pur mantenendo la metodologia in essere, in particolare per dare continuità di presa in carico e garantendo un **"dopo di noi"** per le famiglie.

2.1.9 IL CONTESTO TECNICO ORGANIZZATIVO

E' illusorio pensare che l'impulso all'intervento attivo ed integrato, proveniente dal D.Lgs 229/99, dalla L. 328/00 e dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento, possa essere recepito, assimilato e riproposto autonomamente, in maniera "ordinaria", dagli attuali servizi sanitari e sociali, strutturalmente organizzati e storicamente gestiti in maniera autonoma e separata⁴¹.

Alla revisione/ripensamento delle metodologie d'intervento socio-sanitario finora attuate, come quella presentata nella presente proposta di sperimentazione gestionale, è essenziale affiancare un'analoga revisione del contesto tecnico, amministrativo ed organizzativo, fondato su prassi consolidate riproduttive dello status quo e poco permeabili all'innovazione, ancorché considerate valide e necessarie.

⁴¹ Falciatore MG e Musella M, a cura di, *Diritti di cittadinanza in Campania*, Carocci, 2005.

Tutto ciò in quanto la tecnica, intesa come l'universo dei mezzi, delle tecnologie di processo e di prodotto e la razionalità che presiede il loro impiego, non è neutra, in quanto crea un mondo con caratteristiche determinate, che non possiamo evitare di abitare e, abitando, contrarre abitudini che ci trasformano ineluttabilmente⁴².

E' necessario, pertanto, promuovere ed investire nella costruzione di un diverso contesto tecnico: nell'organizzazione dei servizi territoriali, nelle forme di collaborazione e corresponsabilizzazione tra pubblico e privato, negli strumenti contabili-amministrativi, in quelli programmatori, nelle tecniche e nei metodi di lavoro impiegati dagli operatori e nelle conseguenti azioni formative.

2.2 - ULTERIORI STRUMENTI DI GOVERNO DEL SISTEMA E DI PROMOZIONE DEL WELFARE COMUNITARIO

2.2.1 PERCHÉ UN ORGANISMO AUTONOMO DI GOVERNO DEL SISTEMA

2.2.1.1 SUPERAMENTO DELLE POSSIBILI CRITICITÀ

Nel medio e lungo termine sarà necessario affrontare ulteriori criticità nel percorso applicativo e in particolare:

1. difficoltà amministrative;
2. scarsa cultura della programmazione;
3. eccessiva burocratizzazione delle procedure;
4. conflitti sulle competenze di spesa per le prestazioni;
5. scarsa propensione al lavoro integrato e di equipe degli operatori;
6. mancanza di un sistema informativo centrato sulla persona;
7. tempi lunghi nei pagamenti per deficit finanziari;
8. scarsa pratica nei distretti della programmazione partecipata;
9. incoerenza nelle pratiche degli operatori;
10. radicamento negli operatori della cultura della delega;
11. scarsa propensione alla coprogettazione e cogestione;
12. cultura dell'assistenzialismo, quale retaggio del sistema di interventi sociali e sanitari configuratosi sino alla fine degli anni '90

Alle criticità elencate si aggiungono quelle dei cogestori simili per imitazione a quelle del sistema pubblico e che possono portare il sistema di cogestione complessivamente ad una scarsa capacità imprenditoriale e progettuale.

Il superamento di tali criticità appare possibile attraverso una regia del sistema che spinga gli attori verso pratiche, attività ed azioni orientate allo sviluppo socio-economico locale sostenibile, attualmente assenti all'interno dei servizi pubblici e scarsamente presenti nel terzo settore, per la riconversione dei costi sanitari in investimenti per la salute, la razionalizzazione e il risparmio nella spesa.

2.1.1.2 UN GOVERNO COERENTE E UNITARIO DEL SISTEMA

Le criticità sopra evidenziate, spingono a ritenere necessaria la costituzione di un organismo dedicato al governo del sistema, regolato da norme di diritto privato e da logica imprenditoriale.

Un organismo che supporti i diversi attori del sistema, ne presidi i ruoli e le funzioni più critiche e promuova cultura, competenze, pratiche ed azioni necessarie alla costruzione di welfare di comunità.

⁴² Sul tema si confronti U. Galimberti, *Psiche e techne, l'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, 2000.

Un organismo che investa nello sviluppo di comunità, nella qualità della vita delle persone e nelle pratiche d'inclusione sociale nei territori, attraverso uno stretto collegamento tra soggetti pubblici e privati.

Coerentemente con lo scenario delineato, il sistema che s'intende costruire potrà essere governato da uno degli organismi proponibili da specifiche leggi regionali, quali *convenzioni, aziende di servizi alla persona, fondazioni, consorzi e accordi di programma*.

Il sistema dovrà essere aperto ad una partecipazione privata diffusa, avente lo scopo di orientare gli attori del sistema stesso verso pratiche di sviluppo di welfare comunitario e familiare, di miglioramento della qualità di vita e di promozione delle libertà positive delle persone svantaggiate, in alternativa all'assistenzialismo.

L'organismo individuato è il D.E.S. (distretto di economia sociale) che verrà organizzato secondo le linee di produzione congrue ed integrate con le comunità locali.

2.2.2 LE ALTERNATIVE ORGANIZZATIVE

Tra le possibilità offerte dalla normativa per la costituzione di forme organizzative, una prima distinzione viene fatta tra quelle che possono essere costituite da soggetti totalmente pubblici (consorzi pubblici) e quelle parzialmente pubbliche (società di capitale e fondazioni).

L'esigenza di avere nella compagine, la presenza di soggetti privati e la necessità d'individuare opportuni equilibri tra le esigenze dei diversi soggetti pubblici ha fatto orientare l'analisi verso un assetto organizzativo che permettesse forme miste di gestione pubblico/privato.

SOCIETÀ DI CAPITALE MISTE PUBBLICO/PRIVATO

Si ritiene da escludere la possibilità di utilizzare la tipologia "società di capitale mista" per diverse ragioni. Tra le ragioni preminenti, quelle ritenute assorbenti sono state la considerazione che, essendo la società di capitale "lucrativa", pur potendo prevedere patti di non distribuzione degli utili, i soggetti finanziatori e gestori delle medesime si attenderebbero comunque, contropartite proporzionali alle risorse erogate, il che appare in contraddizione con le finalità sociali previste. Inoltre questo tipo di figura soggettiva, non ha il carattere della stabilità nel tempo, data la possibilità di sciogliere il vincolo associativo. Sono, dunque, enti *non necessari*, che non garantiscono la continuità del servizio nel tempo e la possibilità di seguire progetti di lungo periodo, elemento che, invece, caratterizza la fondazione.

FONDAZIONE

Rispetto allo schema tipico previsto dal codice civile, si è venuta a determinare un'evoluzione della fattispecie fondazione negli ultimi anni. La dottrina tradizionale, in presenza di tali evoluzioni, ha cercato d'individuare i connotati minimi e costanti, che formano una sorta di normativa di base della fondazione, rintracciabile anche nelle varie e molteplici organizzazioni previste dalle leggi speciali, a meno che queste ultime non provvedano diversamente.

Dall'analisi delle disposizioni codicistiche risultano sostanzialmente *tre* caratteri peculiari:

- lo scopo socialmente rilevante;
- lo svolgimento di una attività essenzialmente devolutiva;
- l'indisponibilità del patrimonio.

Queste caratteristiche, da sole o combinate con altre, dovrebbero essere rintracciabili anche nelle fondazioni in partecipazione.

LA FONDAZIONE IN PARTECIPAZIONE

La fondazione in partecipazione è un nuovo istituto giuridico di diritto privato. E' un istituto senza scopo di lucro, cui ci si può iscrivere apportando denaro oppure beni materiali, immateriali, professionalità o servizi.

Le varie categorie di partecipanti possono eleggere i propri rappresentanti negli organi direttivi: questo permette *un'armonica e fattiva collaborazione, all'interno di un medesimo istituto, d'istituzioni pubbliche e private*, ed il crearsi di una sorta di *azionariato diffuso* che garantisce diritti e stabilità.

Pur non essendo un istituto commerciale, a tale Fondazione possono collegarsi ed affiancarsi organismi lucrativi, in via strumentale ed accessoria agli scopi istituzionali della Fondazione, che resta centro direzionale e strategico delle attività.

La Fondazione nei suoi organi non prevede necessariamente la maggioranza pubblica: ai rappresentanti degli Enti pubblici fondatori, può venire attribuito il voto "*pesante*" nelle delibere di importanza strategica. Ciò consente che la Fondazione sia a tutti gli effetti un ente di diritto privato.

Tuttavia i soggetti finanziatori e partecipanti alla Fondazione, gestori della medesima, non si attendono contropartite proporzionali alle risorse erogate, come accade nella S.p.a. mista. Le attività operative della Fondazione non si misurano in termini di profitto economico o di finalità anticoncorrenziali, pur adottandosi i principi dell'economicità ed efficacia di gestione.

Il patrimonio della fondazione è indivisibile (non essendo suddiviso in azioni) e comporta divieto di trasferimento, riscatto e distribuzione. Quest'ultima considerazione non inibisce una "larga base partecipativa" alla Fondazione, composta da tanti privati cittadini o semplici operatori: questi ultimi, infatti, versando un piccolo contributo, potranno iscriversi all'ente, che li distribuirà secondo categorie determinate, potranno amministrare il medesimo, secondo principi di democraticità indiretta, e usufruire delle sue iniziative ed eventi.

2.3 – GLI STRUMENTI ORGANIZZATIVI PER L'INTEGRAZIONE

2.3.1 UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA

Il progetto individuale è redatto sulla base della valutazione dall'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) distrettuale. L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto terapeutico-riabilitativo individuale.

All'U.V.I. partecipano i Servizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta (MMG/PLS) ed eventuali altri soggetti ritenuti necessari ad un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni.

Quando la valutazione riguarda minori, l'equipe dovrà essere integrata dalla presenza di operatori del mondo della scuola, come gli insegnanti di sostegno o personale che negli istituti scolastici hanno il compito di assistere i ragazzi con particolari difficoltà.

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una valutazione del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa (il "sintomo"/condizione patologica di presentazione) dall'utente e dalla sua famiglia, dal MMG/PLS e/o dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, se necessario, nell'ambito dei soggetti cogestori (di concerto con l'utente o il civilmente obbligato), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati nelle aree apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività;
- modulare sul singolo caso la presa in carico a seconda dell'evoluzione del bisogno.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è effettuata secondo criteri qualitativi e quantitativi, partendo dalla conoscenza della storia individuale e di contesto e dalle aspettative della persona. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale verrà condotta applicando *l'International Classification of Functioning, Disability and Health (I.C.F.)*⁴³ sia all'avvio del progetto individuale che ai follow-up periodici.

L'ICF è stata la base di studio e ricerca per formulare gli obiettivi aggregati del funzionamento sociale. La sperimentazione e la validazione di obiettivi-oggetti intorno ai quali si aggregano gli *items* di funzionamento sociale, sono i seguenti: casa-dimora, formazione-lavoro, affettività-socialità, espressività-apprendimento. Sono quindi divenuti questi gli obiettivi dei BdS.

La valutazione deve essere capace di estrarre, insieme alle criticità, anche le vitalità e le positività nel raggiungimento dei quattro obiettivi citati.

La quantità di risorse, necessarie ad aumentare il funzionamento sociale nelle aree valutate critiche, è descritta attraverso la differente intensità, richiesta caso per caso, di utilizzo di risorse professionali, umane ed economiche, che con buona probabilità permettono il raggiungimento degli obiettivi di ri-capacitazione (funzionamento sociale).

Dal punto di vista matematico-statistico, il BdS è una scommessa probabilistica formulata a priori, che l'esperienza potrà validare o ricalibrare.

La statistica bayesiana è lo strumento che meglio si attaglia a questa tipologia di progetto.

Il BdS è quindi un metodo per capacitare una persona al raggiungimento di un funzionamento sociale, prognosticamente favorevole e più soddisfacente, ricostruendo la relazione d'oggetto-obiettivo che tutti gli esseri umani perseguono e quindi possono condividere.

⁴³ Approvata dall'Assemblea dell'OMS e pubblicata il 15 novembre 2001, l'ICF è stato sperimentato dal 1994 al 2001 in 65 Paesi ed è stato riconosciuto da 191 Paesi, tra cui l'Italia, come il nuovo riferimento internazionale per descrivere e misurare la salute e l'handicap. Le politiche regionali per l'inclusione delle persone con disabilità utilizzano come riferimento i criteri adottati dall'ICF, prendendo in considerazione il funzionamento della persona nel contesto ambientale (familiare, sociale, economico, lavorativo). Secondo la stessa OMS, questo strumento riformula radicalmente i concetti di salute e disabilità. Infatti, mentre gli indicatori tradizionali si basano su delle "negatività", come i tassi di mortalità, l'ICF pone al centro dell'attenzione, le "positività", la vita e la maniera in cui le persone vivono - anche con le loro patologie - e migliorano le loro condizioni di vita per avere un'esistenza produttiva e arricchente. Questa diversa focalizzazione determina conseguenze sulla pratica medica, sulla legislazione e sulla politica sociale per migliorare i trattamenti e l'accesso alle cure e sulla protezione dei diritti degli individui e dei gruppi.

In questo modo anche la valutazione è condivisa e diversa per ciascuna persona: si condivide la diversità se gli oggetti-obiettivi sono gli stessi e se la scommessa probabilistica è condivisa.

Sulla base di tali valutazioni, le Unità di Valutazione Integrata moduleranno a cadenze regolari le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale.

Una volta al mese, o più frequentemente qualora se ne ravvisi la necessità, il/la referente dell'unità operativa competente dell'ASL e il Referente del Servizio Sociale Territoriale ove è residente la persona per la quale è stato attivato un budget di salute convocheranno un incontro con gli operatori del cogestore coinvolti nel PTRI-budget di salute per la verifica del progetto, per la discussione sulle problematiche emergenti e per concordare linee comuni di intervento.

Il monitoraggio in itinere del bisogno e del percorso riabilitativo verrà effettuato a cura dell'U.V.I., costituita dal referente del progetto individuale del Servizio sanitario competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza della persona-utente, coinvolgendo l'utente, i familiari, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta (MMG/PLS), il referente del cogestore ed eventuali altri operatori coinvolti. Ogni sei mesi verrà svolta una verifica degli esiti del processo riabilitativo da parte dell'UVI territorialmente competente che comprenderà, oltre all'I.C.F., indicatori di processo, rilevazione di eventi sentinella, valutazione della qualità di vita e di soddisfazione dell'utente e dei familiari ed indicatori di sviluppo economico sociale locale.

L'UVI distrettuale provvederà a produrre un elenco delle persone ricoverate nelle strutture protette o di lungo degenza (compreso gli OPG) fuori dal territorio regionale e di quello degli alti utilizzatori di ricoveri ospedalieri. La valutazione dei casi avverrà a cura dell'UVI integrata con i MM.MM.GG ed i PP.LL.SS. Dove si configura la necessità di proporre un PTRI con B.d.S., sentito il cogestore disponibile, l'utente ed i familiari, si procederà all'attribuzione del PTRI con BdS in isorisorse (trasformazione dei costi). Il recupero e la trasformazione dei costi sociosanitari in investimenti produttivi di salute e sviluppo locale è azione prioritaria che le ASL attraverso le UVI distrettuali devono fare al fine di rendere disponibili a livello locale competenze, risorse umane, professionali ed economiche altrimenti disperse.

2.3.2 UFFICI SOCIOSANITARI DISTRETTUALI INTEGRATI

Lo strumento d'integrazione gestionale e professionale, tra le diverse UU.OO. dell'ASL e tra queste ed i servizi sociali dei Comuni, sia nella fase di valutazione multidisciplinare del bisogno, sia d'attuazione degli interventi individuali, viene individuato nell'*Ufficio sociosanitario distrettuale* (USSD); l'USSD agisce a supporto alla direzione distrettuale, nella sua funzione d'analisi, programmazione e monitoraggio della salute territoriale, di attivazione delle UVI (*Unità di valutazione integrate*) e di raccordo con i diversi attori e servizi presenti sul territorio distrettuale.

All'ufficio sociosanitario distrettuale è assegnata la fase d'attivazione della sperimentazione e promozione metodologica della stessa; ad esso è inoltre assegnato, in raccordo con i competenti Uffici Centrali della ASL, il controllo di gestione dei Budget di Salute, realizzati e da realizzare nelle aree ad integrazione sociosanitaria.

2.3.3 REGISTRO CITTADINO DEGLI AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO

La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare, ai sensi della L. n°6/04, del luogo in cui questa ha la residenza o il

domicilio⁴⁴. Non possono essere nominati amministratori di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario.

Attraverso specifico protocollo d'intesa con l'ufficio del giudice Tutelare, si promuoverà la creazione di un elenco, a disposizione dei giudici tutelari, di soggetti disponibili a proteggere le persone che non sono in grado, da sole, di organizzare la propria vita quotidiana e gestire i propri beni. I soggetti interessati a diventare amministratori di sostegno, in seguito ad uno specifico corso di formazione, saranno ammessi, inoltre, a cogestire progetti terapeutico riabilitativi individuali in budget di salute con i servizi pubblici. Presso gli Uffici sociosanitari distrettuali, sarà tenuto un registro cittadino degli amministratori di sostegno, su scala comunale.

Il giudice Tutelare a sua volta potrà trasmettere i nominativi degli amministratori di sostegno già nominati, per permettere agli uffici sociosanitari distrettuali di definire con gli stessi percorsi terapeutico-riabilitativi individuali più appropriati per le persone amministrate.

2.3.4 UFFICI SOCIO SANITARI OSPEDALIERI

La realizzazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali attraverso il modello organizzativo gestionale del Budget di Salute costituisce modalità privilegiata per dare piena attuazione alla necessaria integrazione tra le risorse assistenziali ospedaliere, quelle territoriali e tra queste ed i servizi sociali dei Comuni, il terzo settore, la comunità nelle sue espressioni associative e rappresentative, nella presa in carico rapida dei casi critici riferibili a tutti i settori dell'alta integrazione sanitaria e sociale.

Obiettivo strategico è la riduzione dei ricoveri impropri e delle giornate di degenza successive alla risoluzione dell'evento acuto, attraverso l'attivazione delle dimissioni protette e l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata.

Lo strumento d'integrazione professionale e gestionale tra le diverse Unità Operative (ospedaliere e territoriali) dell'ASL per la valutazione/costruzione di PTRI Ospedale/territorio attraverso il Budget di salute viene individuato nell'Ufficio Sociosanitario Ospedaliero. Esso agisce come supporto alla Direzione di Presidio ospedaliero per l'attivazione ed il raccordo con i servizi e le risorse presenti nel Distretto di residenza del paziente.

⁴⁴ Art. 404 CC. *La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.*

Art. 406 CC. *Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno può essere proposto dallo stesso soggetto beneficiario, anche se minore, interdetto o inabilitato, ovvero da uno dei soggetti indicati nell'articolo 417. Se il ricorso concerne persona interdetta o inabilitata il medesimo è presentato congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione davanti al giudice competente per quest'ultima. I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero.*

Art. 410 CC. *Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario. L'amministratore di sostegno deve tempestivamente informare il beneficiario circa gli atti da compiere nonché il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario stesso. In caso di contrasto, di scelte o di atti dannosi ovvero di negligenza nel perseguire l'interesse o nel soddisfare i bisogni o le richieste del beneficiario, questi, il pubblico ministero o gli altri soggetti di cui all'articolo 406 possono ricorrere al giudice tutelare, che adotta con decreto motivato gli opportuni provvedimenti. L'amministratore di sostegno non è tenuto a continuare nello svolgimento dei suoi compiti oltre dieci anni, ad eccezione dei casi in cui tale incarico è rivestito dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dagli ascendenti o dai discendenti*

Operando di concerto con l'Ufficio Sociosanitario Distrettuale, esso attiva con procedure d'urgenza l'UVI, cui partecipa anche il responsabile dell'U.O. ospedaliera presso la quale il paziente è ricoverato. Verifica l'eleggibilità del paziente alla dimissione protetta, promuove la definizione della stessa di durata massima di 30 giorni, attiva gli enti cogestori disponibili sul territorio per tali attività, favorisce la qualità della presa in carico, segue la realizzazione delle azioni sino alla convocazione dell'UVI (entro i 30 gg.) nella quale viene valutato ed eventualmente programmato un Progetto terapeutico-riabilitativo individuale per la prosecuzione dell'intervento.

L'ufficio sociosanitario ospedaliero curerà la formazione continua nella presa in carico congiunta fra infermieri, medici del territorio e dell'ospedale e privato sociale sui casi, prevedendo anche "stages" formativi degli infermieri e medici del territorio presso le Unità Operative ospedaliere.

2.3.5 Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta

Sono queste le figure professionali che più di altri possiedono competenza relazionale sulle famiglie, le comunità locali e gli utenti. Sono in grado, quindi, di affrontare le malattie, la sofferenza e la disabilità dando contestualità ed individuando, capacitandole, le più opportune soluzioni. Possono, inoltre, agire per riorientare i costi ridondanti (farmaci, esami di laboratorio, ricoveri in ospedale o strutture) che il welfare istituzionale e dei consumatori hanno reso insostenibili.

Molte esperienze, soprattutto nel nord Europa, dimostrano la possibilità di poter limitare il ricorso al consumo inutile ed a volte dannoso degli strumenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di ospedalizzazione con consistente controllo della spesa, risparmio e conseguente premialità sia per i MM.MM.GG. e PP.LL.SS. sia per la comunità di riferimento.

Per quanto concerne il riassorbimento delle fughe e dei ricoveri ripetuti sono proprio i MM.MM.GG e i PP.LL.SS. che possono individuare le migliori strategie per la riconversione dei costi in investimento di prognosi positive per gli utenti, di sviluppo umano per le comunità locali attraverso i PTRI con BdS.

Occorre perseguire la massima limitazione del ricorso alle strutture protette comunque denominate, a causa della tendenza che queste hanno a trasformare le persone con malattie croniche e/o cronico-degenerative in cronici. Purtroppo questo processo si attua ogni volta che vengono disattivate le relazioni umane e di oggetto significative, per sostituirle con relazioni istituzionali gerarchico-organizzative, che infine determinano la passivizzazione della persona con inesorabili prognosi negative.

L'evidenza di questi risultati è data dal confronto degli studi di mortalità, morbilità e consumo sanitario tra le persona ricoverate cronicamente in strutture e quelle che, a parità di diagnosi, possono rimanere in famiglia e nella comunità di riferimento per capire la portata enorme dei problemi tecnici, istituzionali ed umani che l'istituzionalizzazione determina.

Il fabbisogno di cura, riabilitazione ed assistenza domiciliare è patrimonio conoscitivo ed esperienziale del M.M.G e P.L.S.. L'attivazione del PTRI con BdS, incrementativo della presa in carico e delle cure domiciliari è precipuo compito del M.M.G e P.L.S all'interno dell'UVI distrettuale. A loro compete, infine, valutare fabbisogno e tipologia formativa assistenziale di cui le famiglie necessitano. L'UVI a sua volta valuta la possibilità di inserire il personale di cura e di assistenza che la famiglia eventualmente sceglie nel B.d.S. che sostiene il PTRI programmato.

2.4 – GLI STRUMENTI CONTABILI-AMMINISTRATIVI E FINANZIARI

2.4.1 PROCESSO DI BUDGETING

La sperimentazione gestionale, nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria, secondo la metodologia dei Budget di salute e basato sulla cogestione con il privato sociale e imprenditoriale richiede:

- la promozione del processo di *budgeting distrettuale*;
- una contabilità economico-patrimoniale analitica separata per quanto concerne le attività ad integrazione sociosanitaria;
- la costituzione del *Budget* di risorsa nel Coordinamento sociosanitario a partire dal *Budget d'esercizio* dei Dipartimenti, Distretti e U.O.C., afferenti alle sette aree di alta integrazione sociosanitaria;
- il controllo di gestione programmatico, economico e attuativo delle azioni integrate da parte dell'Area di Coordinamento Sociosanitario, con l'ausilio degli uffici sociosanitari di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero;
- la concertazione delle proposte di deliberazione dei singoli dirigenti di Distretto, Dipartimento e U.O.C. sulle aree/azioni/governo dei fattori produttivi delle aree integrate, con l'Area di Coordinamento sociosanitario.

Alla formazione del *Budget* di risorsa sociosanitario concorrono:

- 1) le risorse di trasformazione gestionale del FSR;
- 2) le risorse dei progetti speciali (tra cui i fondi CIPE finalizzati) per le parti riferite alle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- 3) le risorse trasferite dagli Ambiti territoriali per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria e per le attività sociosanitarie delegate all'ASL, previste nei Piani Sociali di Zona e negli Accordi di Programma;
- 4) le altre risorse non provenienti dal FSR e finalizzate alla sperimentazione gestionale nelle aree ad integrazione sociosanitaria o comunque destinate allo svolgimento delle attività sociosanitarie.
- 5) Altro

La determinazione dell'ammontare delle risorse dell'area *Budget* sociosanitario è atto propedeutico alla *budgettizzazione* distrettuale delle risorse nelle aree ad integrazione sociosanitaria, da programmare in base ai bisogni sociosanitari rilevati.

In funzione della riconversione realizzata e rendicontata in PTRI, il fondo per le attività sociosanitarie potrà essere incrementato annualmente al fine di realizzare l'obiettivo dell'efficacia, efficienza ed economicità degli interventi.

2.4.2 Dalla contabilità per prestazioni⁴⁵ alla contabilità per persona/prospetto

È necessario definire l'articolazione della spesa a livello territoriale, in relazione al singolo utente e alla sua residenza anagrafica. Questo consente di imputare e aggregare la spesa ai diversi livelli territoriali (il singolo cittadino, il nucleo familiare, la popolazione di un distretto o di un territorio specifico, etc.) e di effettuare sia operazioni di analisi che di programmazione degli interventi.

⁴⁵ Uno dei maggiori problemi emergenti nel processo d'integrazione tra Comuni ed Aziende sanitarie è quello dei conflitti sulle competenze di spesa per le prestazioni e sull'eccessiva attenzione ad esse, che in molti casi disorienta il confronto programmatico e gestionale rispetto all'attenzione da porre nella costruzione di adeguate risposte integrate ai bisogni dei singoli cittadini e delle comunità.

Quest'obiettivo è fondamentale nell'ottica di un sistema di risposte sociosanitarie che si basi sulla centralità della persona, perché determina la ridefinizione del sistema informativo integrato aziendale, e lo obbliga a porre l'attenzione all'utente e non solo alle prestazioni fornite.

2.4.3 I Regolamenti contrattuali normativi per i budget di salute

La sottoscrizione del regolamento normativo contrattuale (RNC) per i budget di salute costituisce l'atto formale che regola i rapporti tra il servizio pubblico ASL/Comune, il cogestore privato e l'utente o il civilmente obbligato.

Esso sarà stipulato sulla base di un progetto personalizzato, formulato dagli/le operatori/trici della/e U.O. della ASL, dall'utente e dai suoi familiari (ove presenti e disponibili), dai soggetti cogestori coinvolti, e contenente obiettivi ed indicatori di risultato identificati all'interno delle proposte/opportunità previste.

Il regolamento definisce i soggetti coinvolti, gli obiettivi, la metodologia, i servizi/strumenti di fruizione, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica del contratto atipico di natura privatistica.

Attraverso questo strumento, una persona che abbia difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad una integrazione sociale soddisfacente, dietro corrispettivo del trasferimento di risorse anche private, acquisisce lo status di socio di un'organizzazione ed ottiene da parte della stessa, o da altra ad essa collegata, il possesso mutuale di una serie di strumenti e di servizi in grado di garantirgli l'accesso ai diritti alla casa, al lavoro, alla socialità, alla formazione, all'apprendimento⁴⁶.

Il PTRI, sostenuto da budget di salute, sarà ridefinito/rimodulato a cadenza semestrale ed integrato e/o modificato in relazione al processo ri-abilitativo integrale (individuale/sociale) in atto.

La "somma" e/o il bene, cioè le risorse, trasferite contrattualmente dalla persona, attraverso il PTRI con BdS, diviene capitale sociale del cogestore, entrando nel suo patrimonio sociale e permettendo la sostenibilità degli investimenti finanziari, anche mediante l'accesso a linee di credito dedicate eventualmente garantite da uno specifico fondo di garanzia della Regione.

2.4.4 LA SEMPLIFICAZIONE BUROCRATICO-AMMINISTRATIVA

La co-progettazione, co-gestione e co-finanziamento esigono lo sviluppo di processi piuttosto che di procedure. Tale esigenza nasce anche dalla necessità di garantire risposte appropriate e rapide ai bisogni delle persone.

Ciò richiede alle amministrazioni pubbliche il massimo della semplificazione amministrativa per evitare che lungaggini burocratiche compromettano l'efficienza delle risposte, interventi e servizi, oltre a deprimere le motivazioni degli operatori⁴⁷.

L'impegno in tal senso dovrà concretizzarsi nello snellimento di procedure limitate ai soli passaggi essenziali a tutelare la salute delle persona⁴⁸.

⁴⁶ Le leggi ed i documenti di riferimento del regolamento contrattuale riguardano: l'istituto civilistico della *negotiorum gestio* ai sensi dell'art. 2028 e succ. c.c. l'art. 354 c.c., l'art. 361 c.c., l'art. 428 c.c. e la normativa sull'amministratore di sostegno L. n°6/04.

⁴⁷ I ruoli e le strutture tendono, se lasciati a se medesimi, a imporre alla pratica del servizio di rete la logica dei rapporti di tipo *Gesellschaft*, dettati dalla razionalità strumentale e sostenuti per via autoritativa dalle norme organizzative, piuttosto che la logica dei rapporti *Gemeinschaft*, dettati dall'esperienza quotidiana, dalle percezioni individuali e dalle relazioni informali. Cfr.: Fazzi L. L'attivazione di una cultura di rete nei servizi sociali. In AAVV, L'intervento di rete, concetti e linee d'azione. Quaderni di animazione e formazione, EGA, 1995.

E' necessario, infatti, "alleggerire le organizzazioni pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano la capacità gestionale e rallentano l'innovazione"⁴⁹.

A tal fine la sperimentazione gestionale prevede che il regolamento normativo contrattuale costituisca per l'ASL strumento perfetto per l'impiego, controllo e ordinativo di spesa inerente il budget di salute.

2.4.5 B.D.S. COME CAPITALE SOCIALE

Il principale strumento finanziario conseguente al contratto del B.d.S è l'impiego del budget stesso per incrementare o costituire il capitale sociale della cooperativa che lo cogestisce.

Il contratto del BdS potrà infatti prevedere che la cifra prevista possa essere assunta come apporto di capitale sociale del beneficiario nella cooperativa di cui diviene socio. Alla stipula del contratto sarà individuata l'esatta quantificazione delle risorse finanziarie e/o dei beni che si qualificherà come "apporto di capitale sociale" del neo socio del cogestore (il beneficiario).

Sempre in sede contrattuale il cogestore si impegnerà ad utilizzare l'apporto di capitale sociale del beneficiario anche come "leva finanziaria" per investimenti finalizzati all'inclusione formativo/lavorativa/abitativa del beneficiario.

Il mancato investimento mirato da parte del cogestore delle risorse trasformate in capitale sociale della compagine, determinerà l'immediata risoluzione contrattuale con conseguente rescissione anticipata da socio e restituzione dell'investimento al beneficiario che dovrà investirlo, attraverso l'UVI, su un altro cogestore.

2.4.6 Fondo di garanzia

È fondamentale che ogni Regione istituisca un apposito fondo di garanzia dei B.d.S.. Il fondo nasce al fine di supportare i cogestori di PTRI con BdS per gli investimenti mirati alla promozione formativo/lavorativa/abitativa e dell'inclusione sociale dei beneficiari.

Il fondo ha come funzione quella di erogare garanzie in favore di investitori istituzionali che apportano strumenti finanziari ai cogestori che compiono investimenti mirati a partire dal contratto di B.d.S..

Il valore di tali garanzie deve essere pari al 50% degli investimenti (fino ad un massimale da stabilirsi).

La Regione individuerà, attraverso avviso di evidenza pubblica, un Ente economico finanziario quale gestore del Fondo, allo scopo di rendere più veloce l'erogazione di tali garanzie (in linea con i tempi previsti dai contratti di PTRI con BdS) ed al fine di individuare soggetti che possano a loro volta incrementare il valore stesso del fondo.

2.4.7 Altri strumenti finanziari

Le Regioni dovranno promuovere incontri con gli istituti di credito e con i DES operanti nel territorio finalizzati alla promozione della pratica dei PTRI con BdS. Occorre infatti sottolineare che l'implementazione continua dei BdS consentirà un miglioramento del rating dei cogestori, sia attraverso l'aumento del capitale sociale, sia mediante l'erogazione di garanzie apposite, sia per effetto dell'aumento complessivo del capitale sociale locale.

⁴⁸ "La pubblica amministrazione non può aggravare il procedimento se non per straordinarie e motivate esigenze imposte dallo svolgimento dell'istruttoria". Art. 1, comma 2, della L. 241/90.

⁴⁹ Obiettivo strategico del PSN 2003-05, 2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità.

2.5 - GLI STRUMENTI DI MONITORAGGIO E PROGRAMMAZIONE PER LA PROMOZIONE DEL WELFARE COMUNITARIO

2.5.1 IL BILANCIO PARTECIPATIVO SOCIOSANITARIO ED AMBIENTALE

Lo strumento d'analisi e di programmazione della salute territoriale è stato individuato nel bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale di tipo previsionale e consuntivo. Esso costituisce uno strumento di *processo* e di *prodotto* per l'integrazione tra Distretto sanitario e Comuni (raggruppati negli Ambiti Territoriali Sociali), a partire dal Programma delle Attività Territoriali (PAT sociosanitario)⁵⁰.

La necessità d'individuare le aree di riconversione della spesa o la riallocazione dei fattori produttivi nella comunità di riferimento richiede la definizione di uno strumento partecipativo d'intervento che negozi gli obiettivi e si doti di concreti strumenti per raggiungerli.

Il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale è appunto tale strumento che cittadini, organizzazioni locali, famiglie, medici di base, amministratori e distretti dell'ASL concorrono a costruire.

Il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale è dunque il dispositivo di programmazione e di verifica del sistema di welfare comunitario.

Alcune linee produttive ed imprenditoriali sono oggi le più adatte per investire le risorse desunte dalla riconversione dei costi di sistema e contribuiscono più di altre allo sviluppo umano ed economico locale. I D.E.S. organizzeranno interventi produttivi tenendo presenti le seguenti priorità locali:

- progetti di risparmio energetico e di produzione di energia da fonti rinnovabili;
- ciclo rifiuti;
- autocostruzione ed autorecupero di abitazioni, con particolare riferimento ai beni confiscati ed a quelli pubblici o religiosi in disuso;
- fattorie sociali ed housing sociale;
- progetto di costruzione del marchio di qualità sanitaria sulla produzione agroalimentare del territorio;
- creazione di GAS (gruppi di acquisto solidale);
- cultura e valorizzazione patrimonio culturale, archeologico ed artistico.

2.5.1.1 FORMULAZIONE DEL BILANCIO PARTECIPATIVO

Il documento del bilancio partecipativo sarà formulato dall'ASL e dai Comuni e conterrà:

- il profilo di salute di comunità;
- i costi sostenuti dall'ASL e dai Comuni nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- gli indicatori di salute scomposti per Comune e riferiti al consumo sanitario per cittadini;
- gli eventi sentinella del grado di integrazione sociosanitaria della comunità municipale;
- gli indicatori socioeconomici ed ambientali in grado di descrivere le aree critiche (epidemiologia ambientale che studia le correlazioni tra gli indici di mortalità e morbilità e le principali cause ambientali);

⁵⁰ In base alla Legge 328/00 sull'integrazione sociosanitaria, il PAT sociosanitario viene recepito nel Piano sociale di zona (PSZ) degli Ambiti. Il PSZ, infatti, è stato individuato come strumento unitario di definizione delle strategie di risposta dai bisogni sociali e sociosanitari degli individui su Ambiti territoriali definiti (art. 19, L. n°328/00).

- valutazioni epidemiologiche specifiche dell'accessibilità, accettabilità, soddisfazione e qualità di vita della popolazione, e per il controllo a distanza delle azioni intraprese.

Con ogni Comune, i distretti della ASL e il Terzo settore costituiranno il DES che formulerà il bilancio partecipativo sociosanitario e per lo sviluppo locale.

2.5.2 CONSULTA AZIENDALE DEL TERZO SETTORE

La Consulta svolgerà funzioni di impulso e sostegno alla programmazione e realizzazione delle attività intersettoriali d'integrazione sociosanitaria, nel rispetto del principio della sussidiarietà e dei diritti della popolazione portatrice di bisogni sanitari e sociali complessi, con attività consultive, propositive e di attivo concorso all'esercizio della *mission* dell'Azienda Sanitaria Locale.

La Consulta potrà costituirsi in sottogruppi di lavoro tematici e formulare indirizzi, pareri, progetti e quant'altro sia ritenuto utile allo svolgimento delle attività. Le funzioni della Consulta, in particolare, saranno riferite:

- all'elaborazione di proposte in merito alla programmazione delle attività sociosanitarie;
- al concorso nel raggiungimento degli obiettivi individuati nella programmazione aziendale;
- alla promozione di ogni forma di partecipazione delle realtà territoriali alla rilevazione dei bisogni da soddisfare e alla definizione di priorità di intervento;
- all'individuazione dei cogestore locali della rete e delle possibilità di collaborazione;
- alla proposta di progetti d'innovazione e sperimentazione da realizzare in accordo e in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, le Associazioni, il Volontariato, le imprese sociali ed altri soggetti del Terzo settore.

2.5.3 Tavolo distrettuale per la costruzione del bilancio partecipativo

Presso i distretti sanitari saranno costituiti i tavolo di concertazione con i cogestori, che parteciperanno attivamente alla definizione del Bilancio sociosanitario ed ambientale, per individuare le aree di riconversione della spesa o la riallocazione dei fattori produttivi nella comunità, integrandole con quella dei Comuni e degli altri attori territoriali.

Il lavoro dei tavoli distrettuali tenderà a valorizzare, attraverso tecniche di finanza di progetto, gli investimenti che i cogestori si sono impegnati a realizzare nella proposta progettuale generale presentata al momento della richiesta d'iscrizione all'elenco dei cogestori.

Il lavoro dei tavoli distrettuali sarà organizzato dagli Uffici sociosanitari distrettuali.

2.5.4 La formazione, l'aggiornamento ed il sistema incentivante del personale

Il sistema integrato per la costruzione del welfare comunitario richiede l'acquisizione, oltre che di linguaggi uniformi e procedure integrate, anche di competenze ed abilità di base, più ampie di quelle tradizionalmente utilizzate, che permettano d'individuare, valorizzare e promuovere il sistema relazionale inclusivo ed abilitante, per le persone svantaggiate e la comunità, e di realizzare gli interventi più efficaci a tal fine.

E' necessario, pertanto, che attraverso metodiche di formazione e aggiornamento continuo si accrescano le competenze del capitale umano, cioè l'insieme degli attori pubblici e privati, verso abilità, tecniche e metodologie fondate sul *case management*, sul lavoro di rete, di gruppo e di *empowerment* comunitario.

2.5.5 Case management

E' necessario promuovere competenze ed abilità professionali di esperti in grado di organizzare, gestire e rendere operativi gruppi di specialisti, operatori e responsabili del caso (*case manager*), attivi in specifiche aree di competenza sociale e sanitaria, fra cui fragilità, invecchiamento, malattie croniche, disagio mentale, handicap ed emarginazione. Figure esperte che svolgano funzione di coordinamento degli operatori professionali che si occupano di un utente all'interno di team integrati ed equipe multiprofessionale.

Tale figura professionale dovrà essere in grado di valutare i bisogni degli utenti, creare reti di assistenza sociale e sanitaria, svolgere funzioni di collegamento, monitoraggio, valutazione ed *advocacy*, controllare la qualità dei servizi e degli interventi, intervenire sulle crisi, analizzare e attivare la rete, promuovere sistemi di benessere locali.

2.5.6 Il lavoro di rete⁵¹

Attraverso la metafora della rete, oggi ampiamente utilizzata nell'ambito dei servizi alle persone, è possibile schematizzare rapporti tra differenti soggetti, siano essi singoli individui, gruppi, organizzazioni. Sul piano operativo lavorare in rete significa promuovere, facilitare, organizzare l'instaurarsi di legami tra differenti soggetti allo scopo di attivare risposte a bisogni. I soggetti che possono essere coinvolti sono molti: singole persone, famiglie, volontari, operatori dei servizio pubblici e non, leader comunitari e così via.

Nella prospettiva di rete, il lavoro con il singolo, il gruppo, l'organizzazione, la comunità trova una sua naturale ricomposizione; per la presenza di legami di interdipendenza, ogni azione ha simultaneamente effetti su più soggetti.

Questo modo di ragionare, e di operare, comporta elementi di vantaggio non trascurabili. Innanzitutto l'ottica della rete va oltre l'ormai superato modello lineare causa-effetto e permette di affrontare in maniera integrata le differenti sfaccettature di problemi complessi come quelli umani. Si agisce in tal senso su più fronti promuovendo flussi di comunicazione, favorendo l'incontro dei bisogni con le risposte reperibili nell'ambiente, minimizzando gli effetti dispersivi.

La valorizzazione e l'ottimizzazione delle risorse esistenti rappresenta oggi una scelta necessaria. I modelli di aiuto del Welfare State tradizionale sono entrati in crisi proprio per la loro inefficacia di fronte a problemi complessi, cui è stata offerta risposta frammentaria. La sfida della complessità richiede risposte nuove e più adeguate, soprattutto in termini qualitativi. In questa prospettiva il lavoro di rete rappresenta un percorso obbligato, in quanto da un lato prevede l'affrontare i problemi su più fronti impegnando una molteplicità di risorse di tipo formale ed informale; dall'altro utilizza modalità d'intervento che sono al tempo stesso flessibili, personalizzate e strettamente radicate all'ambiente di vita dei destinatari.

In una visione ecologica, il benessere dell'individuo non può derivare da un singolo intervento di aiuto, una singola relazione, dall'erogazione di una singola prestazione specialistica, ma è favorito dall'insieme armonioso di tutti questi elementi. Perché ciò possa avvenire è necessario realizzare strategie differenti ma complementari: alcune mirate allo stimolo ed al consolidamento di relazioni già esistenti; altre destinate invece alla creazione, a lungo termine, di nuovi legami e di nuove sinergie.

51

Il concetto di lavoro di rete è esaurientemente descritto in: F. Folgheraiter, Interventi di rete e comunità locali, [Edizioni Centro Studi Erickson](#), 1996; AA.VV., L'intervento di rete - Concetti e linee d'azione, Quaderni di animazione e formazione - Collana a cura di Animazione Sociale Università della Strada, Edizioni Gruppo Abele, 1995; I gruppi di mutuo aiuto, Phyllis R. Silverman, [Edizioni Centro Studi Erickson](#), 1993; Analisi delle reti sociali, Philip Seed, [Edizioni Centro Studi Erickson](#), 1997.

2.5.7 Il lavoro di gruppo

La maggior parte degli operatori sanitari opera in contesti nei quali il lavoro di gruppo è parte fondamentale. In alcuni casi la funzione del gruppo si esaurisce nella circolazione corretta delle comunicazioni; più spesso l'équipe degli operatori deve assumere compiti di problem solving di gruppo, rispetto a difficoltà di ordine assistenziale, relazionale e gestionale.

Per questi motivi diventa necessaria la formazione su contenuti di team-building e del team-working, a partire dalle competenze personali e dalle abilità relazionali individuali.

La collaborazione, il lavoro in team, diviene un'esigenza prioritaria all'interno delle organizzazioni sociali e sanitarie.

Gli operatori debbono condividere quindi abilità specifiche che forniscano "attrezzi" per il lavoro reale, oltre che conoscenze utili a migliorare anche la qualità del loro lavoro e di conseguenza della loro vita di ogni giorno.

Dalla vasta letteratura sui gruppi e in particolare sui gruppi di lavoro provengono idee e suggestioni ampiamente approfondite anche nello specifico contesto sociale e sanitario: da qui si sono consolidati percorsi formativi specifici "contestualizzati" per singoli campi d'intervento sui temi della comunicazione, cooperazione e conflitto, leadership, ascolto, negoziazione, identità professionale, responsabilità, processi decisionali.

A partire da queste risorse teoriche e operative è dunque possibile costruire una specifica competenza che faccia del lavoro di un gruppo un valore aggiunto non solo rispetto al raggiungimento degli obiettivi di volta in volta fissati, ma anche rispetto all'innalzamento degli standard di qualità delle modalità individuate per raggiungerli.

2.5.8 D.E.S. (distretto di economia sociale)

Il D.E.S. è un "luogo di produzione e di scambio economico sociale", formalizzato da un accordo strategico e programmatico, in cui le imprese sociali possono trovare la loro naturale collocazione e contribuire conseguentemente a disegnare modelli e sistemi di riferimento utili, soprattutto a livello locale, per affrontare e forse anche per superare la situazione di crisi attuale.

Unicità e valore della persona; personalizzazione degli interventi; valutazione e controllo dell'efficacia degli stessi; lavoro di rete con gli altri soggetti; promozione di comportamenti che portino all'assunzione di responsabilità; reciprocità degli scambi e dei vantaggi; esperienza lavorativa quale strumento di integrazione sociale; modello cooperativo quale modalità di organizzare risorse umane e materiali coerenti con i valori di fondo.

Sono questi gli elementi caratteristici delle moderne imprese sociali.

Occorre inoltre sottolineare come sono ancora molto inesplorate e poco sfruttate le potenzialità delle organizzazioni economiche "socially oriented", capaci di contribuire alla definizione e realizzazione del "Distretto di Economia Sociale" (DES).

Si tratta di costruire un contesto economico a forte vocazione sociale e territoriale, nel quale i soggetti *non profit* (terzo settore) e imprese *for profit* insieme cooperano per individuare gli obiettivi da realizzare, individuare le risorse disponibili, definire un modello di *governance* chiaro e allargato, identificare le funzioni programmatica e gestionale.

CONCLUSIONI

IL DIRITTO AD OCCUPARSI DEGLI ALTRI NELLA COSTRUZIONE DEL WELFARE COMUNITARIO

Tra i diritti umani da sostenere e promuovere, non in quanto meritati dalle persone, ma costitutivi della persona stessa, ve ne è uno particolarmente disatteso, discriminato, stravolto o trasformato in un dovere appartenente al mondo dei poteri e non dei diritti naturali della persona: *il diritto di occuparsi degli altri*, con rispetto, benevolenza, tolleranza, senza finalità di potere o di lucro.

Da questo diritto discendono la conoscenza come accumulo e come esperienza. Dall'esercizio di questo diritto dipende anche la qualità sociale delle relazioni e della vita delle comunità.

Le professioni d'aiuto si sono sviluppate a partire da questo diritto. La riconoscenza sociale ha dato loro un valore economico e un'organizzazione che permettesse lo sviluppo delle conoscenze, abilità applicative (professionali) e riproducibili.

I sistemi di *welfare* nascono e divengono imponenti a partire da questi presupposti. Prima direttamente caritatevoli, poi con la nascita degli Stati moderni, statali appunto, organizzati come emanazione diretta dello Stato e con un tasso di democrazia corrispondente alla tipologia politica degli Stati stessi; sempre, comunque, tendenzialmente istituzioni autoritarie e, in alcuni casi, votate all'eugenetica dei comportamenti. Successivamente, con lo sviluppo delle democrazie, i sistemi di *welfare* divengono servizi pubblici più deregolati-partecipati e meno autoritari, ma facile preda del *welfare* dei consumatori, nel quale il *diritto a occuparsi degli altri* diviene una tecnica da vendere e comprare globalmente.

Quest'ultima tipologia di *welfare* si è diffusa voracemente, sull'assioma della coincidenza fra sviluppo dei sistemi di protezione sociale e società di mercato, assegnando ad essa dapprima una funzione riparativa e poi riproduttiva del mercato stesso espropriando i territori, le comunità e le persone di ogni potere e ponendole in balia di poteri che non hanno più territorio. Le risorse pubbliche, organizzate nei sistemi di *welfare*, vengono consumate come fattori di sviluppo e incremento del mercato. Per il proprio auto-mantenimento, conservazione o difesa, tendono continuamente a sequestrare un diritto sostanziale di tutte le persone, trasformandolo in un privilegio di casta o corporazione, a costi esponenziali.

L'uguaglianza come principio viene usata contro le libertà, trasformando il diritto ad occuparsi degli altri in un dovere di alcuni sui molti.

Il *diritto di occuparsi degli altri*, diviene allora un bisogno da parte di coloro che sono fuori dal sistema e si riaggrega in un diritto naturale collettivo di condivisione, responsabilità del destino del prossimo: quindi proprio e delle proprie relazioni.

I sistemi di *welfare* vivono una crisi, solo apparentemente economica, ma in effetti di potere e solo redistributiva sul versante economico.

In tale contesto, il sistema di protezione sociale cui si fa riferimento nella presente proposta, per promuoverlo e sostenerlo, è il **welfare comunitario e familiare**.

E' questa la condizione attraverso cui la persona riprende una parte del potere e dei diritti che gli erano stati tolti o che aveva dato in delega alle istituzioni/mercato, pretendendo anche una maggiore autonomia economica per scegliere come educare i propri figli, dove e come accedere alle cure; chiedendo inoltre di non essere costretti a consegnare i membri della propria rete familiare, divenuti non adattivi e improduttivi, ai sistemi di auto-riproduzione del mercato; infine, di conservare e rendere più bello l'ambiente nel quale vivere.

La persona, in questo sistema, vuole essere considerata bene pubblico e fondamento dell'esistenza delle istituzioni pubbliche, ribadite quali enti indispensabili; essa comincia ad affrancarsi dalla schiavitù dei consumi e richiede indietro il proprio destino, reso mercato e venduto come prestazione o tecnica, affermando sistemi di *welfare* di rete, di comunità, di villaggio, di paese e di quartiere dove le relazioni, l'ambiente, i consumi

ridiventano strumenti regolati di responsabilità delle persone stesse nei confronti del loro prossimo e per questo autoprodotti in modo microcollettivo e di rete. Si determina in tal modo una globalizzazione che mette in rete il valore della persona, della comunità locale, dell'ambiente, dei prodotti, delle esperienze e dei risultati ottenuti nell'esercitare il *diritto naturale ad occuparsi degli altri*.

La sperimentazione che si propone, intende prioritariamente sostenere e promuovere il *diritto di occuparsi degli altri*, con rispetto, benevolenza, tolleranza, senza finalità di potere o di lucro, all'interno di un sistema di protezione fondato sui legami comunitari e familiari.

ALLEGATI

TABELLE

- 1 Tabella prevista dall'art. 4, comma 1 del D.P.C.M. 14/02/01 - Prestazioni e criteri di finanziamento
- 2 Prestazioni compartecipate previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) *(sintesi tratta dall'allegato 1 del dpcm 29/11/01)*

TABELLA 1*(prevista dall'art. 4, comma 1 del DPCM 14/02/01))***PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO**

AREA	PRESTAZIONI – FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO (% di attribuzione della spesa)
Materno infantile	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)
	2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche	L. 22 maggio 1978, n. 194	100% a carico del SSN
	3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi	Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali L. 28 agosto 1997, n. 285 Leggi regionali	100% a carico del SSN le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie. 100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed 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
	4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	L. 15 febbraio 1996, n. 66 L. 3 agosto 1998, n. 269 D.M. 24 aprile 2000: P.O. Materno infantile	100% a carico del SSN

AREA	PRESTAZIONI – FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO (% di attribuzione della spesa)
Disabili	<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, semiresidenziali e residenziali 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. 23 dicembre 1978, n. 833 – art. 26 Provvedimento 7 maggio 1998: linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione</p> <p>L. 5 febbraio 1992, n. 104 L. 21 maggio 1998, n. 162 Leggi regionali</p>	<p>100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsività minimale</p> <p>100% a carico del SSN l'accoglienza in strutture 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</p> <p>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.</p> <p>40% a carico del SSN e 60% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente.</p> <p>100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo</p>

AREA	PRESTAZIONI – FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO (% di attribuzione della spesa)
Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative	1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia 2. Assistenza domiciliare integrata	Linee Guida emanate dal Ministero della Sanità del 31/3/1994 L. 11 marzo 1988, n. 67 L. 451/1998 D.Lgs.229/1999 D.P.R. 23 luglio 1998: Piano Sanitario 1998/2000 Leggi e Piani regionali P.O. Anziani	100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso 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. 100% a carico del SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione. 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. 100% a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare.

AREA	PRESTAZIONI – FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO (% di attribuzione della spesa)
------	------------------------	-------------------	---

Dipendenze da droga, alcool e farmaci	1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 L. 18 febbraio 1999, n. 45 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999	100% a carico del SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative e i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in comunità terapeutica. 100% a carico dei Comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza
Patologie psichiatriche	1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale 2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo	D.P.R. 10 novembre 1999: P.O. Tutela della salute mentale 1998/2000	100% a carico del SSN Nella fase di lungoassistenza, ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, un 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
Patologie per infezioni da HIV	1. Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali 2. Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo	L.n. 135/1990 D.P.R. 8 marzo 2000: P.O. AIDS	100% a carico del SSN nella fase intensiva ed estensiva. Ripartizione della spesa tra ASL e Comuni in misura non inferiore al 30% per ognuno nella fase di lungoassistenza, fatta salva la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in base a criteri stabiliti dalla Regione. 100% a carico dei Comuni, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale

<i>Pazienti terminali</i>	1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale	L. 28 febbraio 1999, n. 39	100% a carico del SSN
----------------------------------	--	----------------------------	-----------------------

TABELLA N°2

PRESTAZIONI COMPARTECIPATE PREVISTE DAI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) (Sintesi tratta dall'Allegato 1 del DPCM 29/11/01)

Prestazioni	Livello di assistenza	% costi a carico dell'utente o del comune
Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	50%
Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	30%
Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	50%
Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	60%
Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	30%
Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	60%
Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	50%
Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS	30%

ALLEGATI

- 1 Schema di Avviso pubblico per la selezione dei soggetti del terzo settore idonei alla gestione dei PTRI – Budget di salute

SCHEMA AVVISO PUBBLICO

PER LA RICERCA DI COGESTORI DI PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI INDIVIDUALI SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE

INDICE

- ART. 1 Finalità ed aspetti generali dell'avviso
- ART. 2 Destinatari dell'avviso
- ART. 3 Modalità di iscrizione nell'elenco
- ART. 4 Impegni dei cogestori
- ART. 5 Durata di validità e caratteristiche dell'elenco
- ART. 6 Intensità dei PTRI e quantificazione dell'investimento in bds
- ART. 7 Limite alla cogestione di risorse in budget di salute
- ART. 8 Motivi e modalità di esclusione dell'elenco
- ART. 9 Modalità di espletamento di PTRI da parte dei cogestori
- ART. 10 Scelta e rapporti con il cogestore
- ART. 11 Specifiche organizzative
- ART. 12 Addetti al progetto terapeutico-riabilitativo individuale
- ART. 13 Obblighi contrattuali ed assicurativi
- ART. 14 Bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale
- ART. 15 Verifica, controllo e accompagnamento
- ART. 16 Responsabilità
- ART. 17 Norme transitorie

ART. 1
FINALITÀ ED ASPETTI GENERALI DELL'AVVISO

Il presente avviso ha per oggetto la costituzione, l'aggiornamento e l'ampliamento continuo di un elenco di compagini sociali disponibili alla cogestione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali (di seguito indicati PTRI) in favore dei cittadini dell'ASL _____ e dei relativi Ambiti Territoriali Sociali, **in condizioni di disabilità e di bisogno sociosanitario concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente, o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la salute che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali.**

Nel ribadire che nelle condizioni sopra descritte risulta **in tutti i casi indispensabile la definizione del PTRI da parte dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI)**, si sottolinea che tale definizione **non implica necessariamente l'attivazione di un progetto di cogestione ai sensi del presente avviso**, laddove la presa in carico da parte delle UU.OO. competenti del Servizio Pubblico (ASL e Comuni) garantisca adeguate risposte ai bisogni evidenziati dall'UVI attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni.

Lo strumento per realizzare la cogestione dei PTRI è individuato nel **Budget di Salute** (di seguito **BdS**). **Il BdS rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per promuovere e sostenere un processo volto a restituire alla persona affetta da disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario un funzionamento personale, relazionale e sociale accettabile, alla cui scelta e produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.**

L'attivazione di un BdS per sostenere un PTRI integra, non sostituisce, la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte delle UU.OO. competenti del Servizio Pubblico (ASL- Comune).

*Attraverso il **BdS** s'intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi nelle aree:*

- 1) apprendimento / espressività,**
- 2) formazione / lavoro,**
- 3) casa / habitat sociale,**
- 4) affettività / socialità,**

che rappresentano i principali determinanti sociali della salute e al tempo stesso diritti costituzionalmente garantiti.

Le linee di indirizzo e di strategia operativa del modello di intervento fondato sul Budget di Salute, sono riportate nell'Allegato A, parte integrante del presente Bando.

In applicazione del D. Lgs. 502/92 (come modificato dal D. Lgs. 229/99), del D.P.C.M. 14/02/01 e delle Linee guida sull'integrazione Regione Campania (DGRC n°6467/02), tali interventi sono specificamente diretti a persone che richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione e caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alla **aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico- degenerative.**

Il BdS sarà programmato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, con modalità tipiche del "**welfare mix**", ossia che prevedano l'intreccio tra iniziativa pubblica e risorse della comunità, al fine di costruire una presa in carico integrata e personalizzata dei bisogni di salute della persona.

L'obiettivo prioritario della cogestione è la promozione dell'inclusione e mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità e/o in condizioni di bisogno sociosanitario; tale obiettivo andrà perseguito attraverso la progressiva

trasformazione, nel limite dei tre anni di validità del presente Avviso, dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria.

I soggetti inseriti nell'elenco, consapevoli di svolgere affari di persone che presentano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento personale, relazionale e sociale soddisfacente, nell'interesse e con attività utili per gli stessi, **forniranno il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire percorsi abilitativi** nelle aree/diritti: apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, lavoro-formazione e socialità-affettività.

I soggetti inseriti nell'elenco amministreranno una dotazione finanziaria, relativa ad una persona fruitrice, da utilizzare per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione, con essa, di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione e, ove appropriato, per far acquisire alla stessa lo status di socio/associato dell'organizzazione, o di altra organizzazione collegata; **ciò al fine di evitare l'istaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso la istituzionalizzazione e l'assistenzialismo**. La dotazione economica, fissata in relazione all'intensità del PTRI, dovrà essere gestita, nell'interesse della persona fruitrice, con la diligenza del buon padre di famiglia ed adeguatamente rendicontata.

Quando la persona, dopo massimo tre anni, esce dal PTRI con B.d.S. a totale carico ASL, e trasforma i propri bisogni da sanitari a rilevanza sociale in sociali a rilevanza sanitaria, la dotazione finanziaria è compartecipata secondo l'allegato 1C del DPCM 14/2/2001;

ART. 2 DESTINATARI DELL'AVVISO

Destinatari del presente avviso sono le **organizzazioni del Terzo Settore**⁵² (inteso come ambito istituzionalizzato di produzione e riproduzione di relazioni sociali fondate su fiducia, gratuità e solidarietà) che intendono cogestire PTRI su di un territorio determinato, sul quale investire le proprie risorse economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo della Comunità.

Sono individuati quali interlocutori per le suddette attività i singoli soggetti del Terzo Settore, con esclusione degli organismi consortili e/o federativi di loro rappresentanza. Eventuali collegamenti di tipo consortile e/o federativo con altri soggetti andranno riportati nella domanda di iscrizione per la valutazione di merito.

Il soggetto ritenuto idoneo, con l'inserimento nell'elenco acquista il ruolo di cogestore. Il cogestore, a seconda della categoria di appartenenza, sarà inserito nell'elenco in apposite sezioni distrettuali, con l'indicazione dei territori comunali in cui intende operare.

Le **organizzazioni di volontariato**, ai sensi dell'art.2, Legge 266/91, e della DGRC n. 1079 del 15/3/02, iscritte nell'Elenco nella specifica categoria, potranno operare in cogestione a titolo gratuito ed esclusivamente per fini di solidarietà; potranno altresì operare, limitatamente alle attività di affiancamento ai servizi di rete, attraverso la stipula di appositi protocolli di intesa con altri soggetti del Terzo Settore iscritti nell'Elenco, nei quali potrà essere previsto il riconoscimento delle sole spese documentate a titolo di rimborso.

Gli organismi del Terzo settore, le imprese sociali di cui al D.lgs 155 del 24.3.2006, le associazioni di volontariato di cui alla legge 266/91, l'associazionismo locale in genere e gli enti profit, pur non inseriti in elenco, potranno operare in cogestione attraverso la stipula di appositi protocolli di intesa con altri soggetti del Terzo Settore iscritti nell'Elenco, e segnatamente con cooperative sociali di tipo B plurime, nell'ambito di programmi di formazione-lavoro volti all'inserimento lavorativo ed abitativo delle persone in PTRI con Budget di salute.

⁵² Sono 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, altri soggetti privati non a scopo di lucro (DPCM 30/03/01).

ART. 3
MODALITÀ DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO

Il richiedente, per essere iscritto nell'*elenco di cogestori dei PTRI sostenuti da BdS* dovrà inviare nei termini e secondo le modalità di seguito riportate, la seguente documentazione:

- **Domanda e formulario** proposti, redatta in cartaceo e su supporto informatico come da modulistica riportata in allegato B. In particolare la proposta progettuale dovrà contenere i seguenti elementi:
 1. indicazione del/dei territorio/i comunale/i, ove s'intende operare in modo globale con le famiglie, la comunità civile locale e le sue espressioni di rappresentanza politica, produttiva e di volontariato; e del/i quale/i devono essere specificati le possibilità e le attese di progresso socio-economico locali e i problemi/bisogni più rilevanti di esclusione sociale presenti e sui quali s'intende operare;
 2. programma dettagliato delle attività da porre in essere per la gestione dei PTRI attuati mediante i BdS, coerenti con i criteri ispiratori delle azioni di cogestione e delle relative disposizioni attuative della metodologia, per ogni comune del territorio individuato ed i relativi tempi di attuazione;
 3. strategie di intervento territoriale, per ogni singolo comune del territorio individuato, con particolare riferimento alle reti informali ed al progresso socio-economico locale, indicando in particolare come s'intende promuovere la cultura, la valorizzazione e lo sviluppo di reti informali, il coinvolgimento e lo sviluppo di quelle familiari e sociali, come dare sostegno alla capacità di fruizione, di scambio affettivo ed economico, di aumento della capacità sociale delle persone in PTRI;
 4. indicazione del numero di PTRI e delle aree prevalenti d'intervento su cui gli stessi possono essere messi in opera dal cogestore in considerazione delle proprie risorse attuali e dell'investimento di sviluppo che s'intende intraprendere specificandone il piano di intervento in termini di risorse umane, professionali, economiche necessarie;
 5. indicazione del numero di borse di formazione/lavoro che si prevede realizzare per le persone in PTRI, specificandone le caratteristiche qualitative (tipologia lavorativa e ambiente di lavoro);
 6. indicazione del numero di inserimenti occupazionali che si prevede realizzare per le persone in PTRI, specificandone le caratteristiche qualitative (tipologia lavorativa e ambiente di lavoro);
 7. descrizione degli strumenti, già applicati o che si ritiene di utilizzare, per misurare la qualità dell'impatto e degli esiti dei PTRI;
 8. indicazione dei sistemi di valutazione dei risultati che il cogestore intende effettuare – oltre quelli già adottati dall'ASL (con particolare riferimento alla versione italiana dell'International Classification of Functioning, ICF, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) – durante e a conclusione del servizio, atti a consentire all'Amministrazione valutazioni di efficienza, di efficacia, di qualità e di premialità, sia riferita alla persona in PTRI sia al

territorio di riferimento;

9. iniziative di formazione ed aggiornamento dei soci/associati/dipendenti che il cogestore ha già realizzato o intende realizzare per il raggiungimento degli obiettivi ed indicazione della percentuale di investimento nella formazione/innovazione/ricerca rispetto all'ammontare complessivo dei BdS;
10. documentata esperienza in servizi/attività/iniziativa analoghe a quelle oggetto del presente avviso, svolti per almeno 6 mesi, con indicazione dei periodi di attivazione e dei destinatari, pubblici o privati;
11. descrizione delle iniziative e degli investimenti intrapresi sui processi di deistituzionalizzazione e sulla prevenzione della istituzionalizzazione o dell'abbandono delle persone, con riferimento a quelle con bisogni riferibili alle aree ad integrazione sociosanitaria, ai luoghi specifici, alle municipalità e alle famiglie coinvolte;
12. indicazione delle case che il cogestore intende utilizzare per la realizzazione dei PTRI per persone che necessitano di interventi nell'area casa / habitat sociale, con allegate le planimetrie dei locali;
13. indicazione degli strumenti e delle iniziative che il cogestore intende utilizzare per aumentare la qualità dell'habitat sociale delle persone in PTRI, che già possiedono una casa;
14. indicazioni sui collegamenti e sulle attività collaborative con altri attori locali (organismi consortili e/o federativi, associazioni di volontariato, piccole e medie imprese, organizzazioni, enti, istituti scolastici, sindacati, ecc.)

Alla domanda-formulario di proposta-progetto dovranno essere **allegati**:

1. copia dello statuto o atto costitutivo
2. copia libro soci/associati
3. certificato iscrizione CCIIAA con vigenza e dicitura antimafia (per i soggetti tenuti all'iscrizione)
4. autocertificazione circa la composizione degli organi sociali, l'organico attuale e le caratteristiche professionali degli operatori
5. copia documentazione di assolvimento degli obblighi assicurativi e previdenziali
6. copia dell'ultimo bilancio approvato
7. copia iscrizione albi regionali/nazionali
8. altri documenti ritenuti idonei alla valutazione della propria domanda

I cogestori dovranno essere disponibili ad operare in tutte e quattro le aree/diritti (apprendimento/espressività, formazione/lavoro; casa/habitat sociale; socialità/affettività), anche se alla presentazione della domanda sono in grado di investire in una sola, specificando in tal caso attraverso quali modalità, anche esterne alla propria organizzazione, intendono perseguire gli obiettivi complessivi del Bando.

La compagine richiedente potrà essere rappresentata legalmente (presidente/amministratore delegato, ecc.) da persona fisica che non ricopra analogo incarico in altra compagine richiedente l'iscrizione o che ne sia socio al qualsiasi titolo, sia nel caso si verifichi la contemporanea presenza all'atto della domanda o successivamente. Medesima limitazione è estesa ai componenti del Consiglio di Amministrazione.

Qualora l'organismo richiedente faccia parte di un Consorzio, una Federazione, un Gruppo o altro Organismo di coordinamento di soggetti, ciò andrà riportato nella domanda di iscrizione, segnalando ai fini della valutazione di merito, le caratteristiche del raggruppamento.

Le richieste di iscrizione, redatte conformemente ai moduli allegati al presente avviso, dovranno pervenire all'ASL _____ - Area di Coordinamento Socio-Sanitario - via _____, **a mezzo raccomandata AR.**

Il plico dovrà recare all'esterno la dicitura "*Domanda d'iscrizione nell'elenco dei cogestori di progetti terapeutico-riabilitativi individuali sostenuti da Budget di Salute*".

MODALITÀ DI VALUTAZIONE

L'elenco dei soggetti idonei sarà predisposto da un'apposita **Commissione Tecnica** nominata dal Direttore Generale e formata dal Direttore dell'Area di Coordinamento Sociosanitario dell'ASL _____, o suo delegato, dal Direttore del Dipartimento Attività Territoriali Distrettuali, o suo delegato, e dai Coordinatori di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali che hanno sottoscritto gli Accordi di Programma ex Legge 328/2000 sull'integrazione sociosanitaria. La partecipazione alla Commissione Tecnica avviene a titolo gratuito, fatto salvo il rimborso delle spese di viaggio per il personale esterno all'amministrazione dell'ASL.

La commissione esaminerà le richieste pervenute a **cadenza trimestrale.**

In caso di documentazione incompleta o affetta da errore sanabile (ad esempio: errori materiali di compilazione della domanda e degli allegati e/o incompleta compilazione di parti di essa), ai sensi della legge 8 agosto 1990 n°241 e s.m.i., la commissione tecnica richiederà all'interessato le integrazioni o le correzioni necessarie, che dovranno essere prodotte nei sette giorni successivi alla richiesta della Commissione con consegna al protocollo generale dell'ASL _____.

La Commissione potrà effettuare **colloqui di approfondimento** con i richiedenti e richiedere eventuali integrazioni e chiarimenti.

L'istruttoria tecnico-amministrativa della commissione sulle singole istanze si concluderà con un **giudizio positivo o negativo** sull'ammissibilità del richiedente a essere inserito nell'elenco, giudizio che va riportato sul verbale di istruttoria.

Gli elementi sui quali avviene la valutazione sono indicati nell'allegato C, con i relativi pesi attribuiti. Al richiedente che non raggiunge il **punteggio minimo di 12** viene attribuito un giudizio negativo circa l'ammissione all'elenco.

Il giudizio negativo non preclude al richiedente la possibilità di ripresentare l'istanza, entro la successiva scadenza utile.

L'elenco delle istanze con giudizio positivo sarà sottoposto all'approvazione del Direttore Generale dell'ASL _____.

L'inserimento nell'elenco non prefigura di per sé alcun obbligo per l'Amministrazione. L'ASL _____ si riserva la facoltà di modificare o revocare, in qualsiasi momento, il presente avviso.

ART. 4

IMPEGNI DEI COGESTORI

Il cogestore s'impegna ad investire le proprie risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche, di competenza e quelle derivanti dall'amministrazione dei BdS nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di salute, cura e riabilitazione.

Di tali attività il cogestore offrirà descrizione nel Bilancio Sociale, da redigere a cadenza annuale ed inviare in copia all'Area di Coordinamento Sociosanitario ASL _____, che aggiornerà il fascicolo dei singoli cogestori. Il mancato invio corrisponderà alla decadenza dall'elenco.

Il cogestore, nell'ambito di ciascun PTRI attivato, oltre al perseguimento degli obiettivi specifici ivi definiti osserverà gli obiettivi e realizzerà le azioni di carattere generale di cui all'allegato A. In particolare il cogestore si impegna:

1. ad associare le famiglie e le persone in PTRI ed a promuoverne l'attiva partecipazione alla vita dell'organizzazione;
2. a costituire cooperative sociali di tipo B⁵³, che vogliano divenire cogestrici, e/o implementare quelle già cogestrici, ove le persone in PTRI diverranno soci/associati;

Tali attività, **propedeutiche al raggiungimento degli obiettivi prioritari della cogestione**, saranno verificate a cadenza annuale dall'Area di Coordinamento Sociosanitario ASL _____, sia per quanto concerne i singoli cogestori che per quanto riguarda le UU.OO. dell'ASL coinvolte nelle attività di cogestione. L'obiettivo si intenderà raggiunto se – nell'arco dei 18 mesi dall'inizio della cogestione ai sensi del presente Avviso (12 mesi per i PTRI già in corso) – almeno il 50% delle persone in PTRI avrà conseguito lo status di socio della compagine.

Inoltre, il cogestore avente statuto di cooperativa sociale di tipo b o misto a/b si impegna:

1. ad avere nella propria compagine sociale almeno il 30% di soci svantaggiati così come definito dall'art. 4 Legge 381/1991⁵⁴ e rendere operativa la possibilità di ospitare in stage formativo soci provenienti dall'applicazione della Legge 68/99;
2. a rendere il bilancio adeguato ad una scomposizione che preveda che almeno il 20% del totale delle retribuzioni dei soci lavoratori sia stato destinato ai soci svantaggiati;
3. a perseguire finalità di progresso economico e sociale inclusivo delle fasce a bassa contrattualità e istituzionalizzate (nelle carceri, nelle case di riposo, negli OPG, negli istituti e nelle RSA) e a documentarle adeguatamente;
4. a collocare le persone disabili sociali, come definite dall'art. 4 Legge 381/1991, quali soci lavoratori nella misura di almeno il 30% e come soci volontari, lavoratori, fruitori, sovventori per un ulteriore 20%;
5. a promuovere la partecipazione delle municipalità locali, delle AASSLL, delle famiglie singole e/o delle organizzazioni dei familiari e degli utenti, delle organizzazioni del III settore - come soci fruitori, volontari, sovventori - agli organi rappresentativi e gestionali delle cooperative sociali;
6. a documentare e reinvestire gli eventuali utili d'impresa ricavati dall'investimento dei BdS, in accordo con gli Enti pubblici, per ulteriori PTRI;
7. a far diventare soci della cooperativa le persone in PTRI ed a promuoverne l'attiva partecipazione alla vita dell'organizzazione;

⁵³

Le cooperative sociali di tipo B hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. (Art. 1, comma 1, L. 381/91).

⁵⁴

Nelle cooperative di tipo B, si considerano persone svantaggiate gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione. Si considerano inoltre persone svantaggiate i soggetti indicati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro dell'interno e con il Ministro per gli affari sociali, sentita la commissione centrale per le cooperative.

8. ad avere massimo 50 soci ad ogni titolo iscritti (salvo deroghe motivate ed approvate dalla Commissione Tecnica) e legami operativi formali ed informali con la comunità locale (di quartiere, di paese, di villaggio);
9. a garantire la presenza di soci/dipendenti competenti e orientati alla mutualità, secondo le necessità dell'intervento abilitativo della persona in PTRI, concordandola con l'U.O. di pertinenza nella persona del referente del progetto;
10. a redigere annualmente il bilancio sociale.

La documentazione necessaria alla verifica di quanto compreso ai punti precedenti verrà inviata entro il 31 dicembre di ciascun anno di validità del presente Avviso, all'Area di Coordinamento Sociosanitario ASL ____ che la sottoporrà per l'approvazione alla Commissione Tecnica di cui al precedente art. 3. Il mancato invio o la mancata approvazione comporteranno la decadenza dall'elenco.

IMPEGNI GENERALI

L'ASL ____, direttamente o attraverso altro organismo da essa incaricato, potrà affiancare e supportare i cogestori nello sviluppo delle loro proposte progettuali d'investimento in Welfare di comunità e nell'attuazione degli impegni derivanti dall'adesione e partecipazione al presente avviso.

art. 5

DURATA DI VALIDITÀ E CARATTERISTICHE DELL'ELENCO

L'elenco ha validità **triennale**, è in forma aperta ed in qualunque momento potrà essere avanzata richiesta all'ASL ____ d'inserimento nello stesso, secondo le modalità su esposte.

L'elenco sarà suddiviso in apposite **sezioni** corrispondenti a ciascun **Distretto Sanitario** dell'ASL ____ e alle categorie di appartenenza dei cogestori (cooperative sociali di tipo B plurime, associazioni di promozione sociale, altri soggetti del Terzo settore), per ognuno dei quali sarà indicato:

- il territorio su cui intende operare: Distretto Sanitario, singoli comuni;
- le aree di integrazione sociosanitaria (come da DPCM 14/2/01 e 29/11/01) prioritarie nelle quali intende cogestire PTRI sostenuti da BdS ed il loro numero ed intensità;
- il punteggio attribuito nella valutazione;
- gli eventuali collegamenti con altri soggetti iscritti o esterni all'elenco.

Ogni qualvolta si verificano variazioni/modifiche delle informazioni prodotte dal cogestore all'atto della richiesta di inserimento nell'elenco le stesse dovranno essere tempestivamente comunicate a cura dello stesso, pena la decadenza dall'iscrizione, al Coordinamento Sociosanitario dell'ASL ____ mediante consegna al Protocollo Generale dell'ASL di un plico chiuso indicante la dicitura "Modifiche ed integrazioni alla domanda di iscrizione nell'elenco dei cogestori di PTRI sostenuti da BdS". Tali comunicazioni saranno sottoposte alla valutazione della Commissione nella prima seduta utile.

ART. 6

INTENSITÀ DEI PTRI E QUANTIFICAZIONE DELL'INVESTIMENTO IN BUDGET DI SALUTE

INTENSITÀ DEI PTRI

I PTRI possono essere:

- **alta intensità**

E' prevista per persone-utenti con un indice di funzionamento sociale molto basso e misurato con la scala ICF che hanno bisogno di notevoli risorse professionali, umane ed economiche per riprendere un funzionamento sociale accettabile. Tali persone per la complessità delle loro problematiche, la loro scarsa contrattualità e l'assenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un significativo sostegno a carattere mediativo, attivativo, sussidiario personale e sociale;

- **media intensità**

E' prevista per persone-utenti che per lo scarso funzionamento sociale misurato con la scala ICF e l'insufficiente presenza di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario personale e di rete in alcune fasce orarie e/o per determinate attività e soluzioni abitative di mediazione e attivazione sociale.

- **bassa intensità**

E' prevista per persone - utenti che per le loro condizioni di salute misurato con la scala ICF, l'insufficiente funzionamento sociale e con la presenza però di microsistemi di sviluppo economico sociali locali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo e sussidiario in alcune fasce orarie e/o per determinate attività al fine di aumentare la loro capacità di auto determinarsi, di aumentare il potere contrattuale e l'accesso ai diritti di cittadinanza.

Il livello di intensità dei PTRI **non corrisponde necessariamente ad un maggior impegno orario, ma al livello di complessità dei bisogni della persona e alla articolazione degli obiettivi da raggiungere.**

La **durata complessiva** del PTRI sostenuto da Budget di Salute, relativo al singolo utente, **non può essere superiore a 36 mesi**, durante i quali **l'obiettivo progettuale** è il **passaggio degli utenti da una tipologia di contratto d'intensità maggiore ad una di minore intensità**, operando ed investendo nelle quattro aree/diritti citati, al fine di promuovere l'inclusione ed il mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità e/o in condizioni di bisogno sociosanitario.

L'obiettivo si intenderà raggiunto se, **per almeno il 50% delle persone in PTRI** nelle differenti fasce di intensità, sarà documentato – su base annuale – il **passaggio da intensità maggiore a intensità minore del PTRI.**

I responsabili dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti della ASL, di concerto con i responsabili dei servizi sociali dei Comuni afferenti, **trasmetteranno entro il 1 marzo di ciascun anno** all'Area di Coordinamento Sociosanitario dell'ASL ed agli Ambiti Territoriali Sociali, **relazione sugli obiettivi raggiunti nell'anno precedente.**

L'investimento omnicomprensivo dei BdS varia a seconda dell'intensità del PTRI, determinata per singolo utente dall'Unità di Valutazione Integrata distrettuale, come di seguito indicato:

Bassa intensità	42 €/die
Media intensità	62 €/die
Alta intensità	82 €/die

Tali importi **non sono suscettibili di diversificazioni sistematiche**. La selezione dell'offerta progettuale sarà ispirata alla valorizzazione dell'articolazione, comprensività e coerenza con gli obiettivi generali e specifici fissati dall'Unità di Valutazione Integrata sulla base dei bisogni dell'utente. L'ASL _____ può prevedere, per particolari e documentati casi, investimenti maggiori di quelli presentati, che saranno **soggetti ad autorizzazione specifica**.

L'ammontare della dotazione finanziaria investita come BdS costituisce la quota di cofinanziamento pubblico (ASL / Ambiti Territoriali) per le attività previste nel PTRI.

Il finanziamento delle attività connesse alla realizzazione di PTRI sostenuti da Budget di Salute viene definita, per la quota sanitaria, nell'ambito della programmazione annuale di spesa dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti; per la quota sociale, nell'ambito della programmazione di zona, relativamente alle "attività sociosanitarie integrate"; i costi a carico dei Comuni, concordati in sede di Accordo di programma non sono esaustivi delle obbligazioni derivanti dall'applicazione delle percentuali di compartecipazione previste dal DPCM 29/11/2001 che possono essere calcolate esclusivamente a consuntivo; come tali, pertanto, sono da ritenersi quale anticipazione sulle somme effettivamente dovute.

I cogestori di PTRI con BdS provvederanno alla rendicontazione unica all'ASL di riferimento anche laddove i PTRI siano divenuti a prevalenza sociale con rilevanza sanitaria demandando centralmente la eventuale ripartizione e conguaglio delle quote dovute dal civilmente obbligato.

ART. 7

LIMITE ALLA COGESTIONE DI RISORSE IN BUDGET DI SALUTE

L'Ente Pubblico riconoscerà al cogestore la possibilità di operare in cogestione fino ad un ammontare di **200 mila Euro/anno solare**.

Ai cogestori cooperative sociali di tipo B plurime che avranno dimostrato la capacità di trasformare i PTRI progressivamente ad intensità decrescenti sarà data la possibilità di operare con l'ASL _____, in convenzioni per la fornitura di beni e di servizi, sino ad un massimo di **200 mila euro/anno solare**, ai sensi dell'art. 5 della L. 381/91⁵⁵, per creare opportunità di lavoro e reinserimento sociale per le persone in PTRI.

I cogestori possono cogestire PTRI con BDS fino a 200.000,00 euro che rappresentano le risorse minime per divenire operativi sul versante riabilitativo locale. Raggiunto il limite massimo di 200.000,00 euro deve essere mantenuto, per garantire il tour over, la premialità e la resa ottimale di cogestione.

Il finanziamento dei PTRI sostenuti con Budget di Salute è a totale carico delle ASL per i primi tre anni, nei casi di specie con entità pari ai costi già sostenuti per le rette convenzionate riqualificate in BdS. Trascorsi massimo tre anni e, comunque, allorquando i bisogni siano divenuti prevalentemente sociali a rilevanza sanitaria, i PTRI sostenuti con Budget di Salute sono compartecipati dall'utente stesso o dal civilmente obbligato così per quanto concerne i Lea sociosanitari come previsto dall'allegato 1 c del DPCM 14/02/2001, e sono erogati presso il domicilio dell'utente (azione di domiciliarizzazione delle cure). La durata massima è comunque di tre anni, salvo eccezioni documentate, anche per i PTRI a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria;

ART. 8

MOTIVI E MODALITÀ DI ESCLUSIONE DALL'ELENCO

⁵⁵ Gli enti pubblici possono, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, stipulare convenzioni con le cooperative che svolgono le attività d'inserimento lavorativo, per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, purché finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate

Il rapporto tra l'ASL ____ ed il cogestore si configura come **rapporto fiduciario** fondato sul rispetto dei reciproci impegni.

L'ASL ____ può con giudizio insindacabile escludere un cogestore dall'elenco qualora:

- a) verifichi la mancata o incompleta attuazione della proposta progettuale di cui all'art. 3;
e/o
- b) non adempia agli impegni assunti in sede di cogestione di PTRI;
e/o
- c) vengano meno le condizioni del rapporto fiduciario.

L'esclusione del cogestore dall'elenco è motivata e comunicata all'interessato e agli altri soggetti eventualmente impegnati nella cogestione del PTRI – BdS.

Il cogestore può recedere dal contratto **previo avviso di 30 giorni**; ciò non farà, comunque, decadere lo stesso dagli obblighi cui sarà tenuto per legge⁵⁶.

Sia nel caso di esclusione del cogestore da parte dell'ASL che di recessione del cogestore, eventuali PTRI in corso verranno immediatamente riesaminati dell'Unità di Valutazione Integrata competente onde prevedere l'individuazione di altro cogestore.

ART. 9

MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DEI PTRI DA PARTE DEI COGESTORI

DISPOSIZIONI GENERALI

Il PTRI mira prioritariamente alla deistituzionalizzazione e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione di utenti ed all'assorbimento delle "fughe" in altre regioni da parte di persone con malattie cronico e cronico e/o eredo-degenerative alti consumatori di risorse sanitarie per l'assenza di domiciliarizzazione delle cure data la mancanza di rete sociale e familiare di supporto ad un habitat qualitativo. La prioritaria azione sopra elencata è basata sulla riconversione delle rette e dei D.R.G. specifici (ricoveri ripetuti) in PTRI con Budget di salute disposti ed organizzati delle UVI distrettuali.

L'ASL ____, quindi, s'impegna a **riconvertire prioritariamente**, secondo la metodologia dei PTRI sostenuti da BdS, i costi in essere intra ed extra territoriali per D.R.G. specifici (ricoveri ripetuti) e prestazioni terapeutico-riabilitative-assistenziali residenziali, semi-residenziali e domiciliari e per cicli di prestazioni nelle aree sociosanitarie, trasformandoli progressivamente in investimenti produttivi nei sistemi di welfare comunitario e familiare locale.

PRESA IN CARICO CON IL COGESTORE

Il coinvolgimento del cogestore nella presa in carico deve essere organizzato contemporaneamente in tutte le quattro aree / diritti di intervento: apprendimento / espressività, formazione / lavoro, casa / habitat sociale, socialità / affettività.

I rapporti con il cogestore sono regolati da apposito regolamento contrattuale nelle modalità di cui al seguente art. 10.

L'investimento finanziario è negoziato e programmato attraverso la tecnica della finanza di progetto con i cogestori. Tale tecnica, in questo contesto, è intesa come la modalità con cui è cofinanziata e supportata la proposta-progetto dei cogestori prevista all'art. 3 - o eventuale altro investimento ritenuto coerente dall'ASL con la propria politica aziendale, definito con specifiche convenzioni – attraverso le risorse dei BdS.

⁵⁶ Si precisa che ai sensi dell'art. 2028 del Codice Civile, la gestione dell'affare altrui assunto deve essere continuato e condotto a termine finché l'interessato non sia in grado di provvedervi da se stesso.

In tal senso, la finanza di progetto è lo strumento concreto per il raggiungimento degli obiettivi di seguito sommariamente elencati per ciascuna delle aree dei PTRI:

1. APPRENDIMENTO – ESPRESSIVITÀ

Alla persona in PTRI devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali).

Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di abilità, prima non possedute, e/o lo sviluppo delle stesse, avendo cura d'identificare ciò che la persona è in grado di fare.

Alla persona in PTRI devono essere fornite occasioni per poter usare il proprio corpo e i propri sensi per immaginare, pensare e ragionare, avendo la possibilità di farlo in modo informato e sostenuto da un'istruzione adeguata.

La persona in PTRI dovrà essere messa in grado di usare l'immaginazione e il pensiero in collegamento con l'esperienza e la produzione di opere autoespressive, di eventi di natura religiosa, letteraria, musicale ecc., scelti autonomamente. La persona dovrà poter usare le proprie capacità esercitando pienamente la propria libertà di espressione politica, artistica, religiosa; dovrà poter andare in cerca del significato ultimo dell'esistenza a modo proprio; poter fare esperienze piacevoli ed evitare dolori inutili. La persona dovrà essere in grado di formarsi una concezione di ciò che è bene e impegnarsi in una riflessione critica su come progettare la propria vita.

La conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità sociale, dovranno essere utilizzati come principali mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza.

Nel caso fosse necessario, dovrà essere promosso l'apprendimento di base (come l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare ecc.), le esperienze sensoriali intenzionali (come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli, toccare, gustare, sentire profumi, ecc.) e la cura estetica del corpo (attraverso cure dentarie, attività sportive, trattamenti estetici, ecc.).

2. CASA – HABITAT SOCIALE

La Casa/Habitat sociale costituisce obiettivo da conseguire, e possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata.

Le abitazioni, sono rese disponibili per i nuovi soci in PTRI con BDS nelle seguenti forme in ordine di priorità:

- 1) Riutilizzando e reimprenditorizzando i beni confiscati;
- 2) Costituendo, in accordo con i comuni, gruppi di autocostruzione e auto recupero;
- 3) Individuando aree dove esercitare housing sociale e attivare fattorie sociali con possibilità ricettive e commerciali (agriturismi etc...);
- 4) donate per scopi sociali da privati
- 5) date in enfiteusi dagli enti pubblici o religiosi;
- 6) messe a disposizione per il "dopo di noi" da privati o pubblici;
- 7) locate tra il privato e il cogestore;

In tutti i casi sopraelencati l'abitazione entra nella disponibilità dei nuovi soci attraverso l'istituto civilistico della "*negotiorum gestio*". La protezione deve essere una scelta delle

stesse persone-utenti e del servizio pubblico, sempre volta al sostegno ed alla partecipazione diretta ai processi capacitativi e di cura.

I PTRI prioritariamente orientati verso l'area casa/habitat sociale avranno l'obiettivo di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità di autogestione degli utenti stessi.

Il supporto assistenziale da parte dei servizi sanitari competenti si attua, con i livelli di intensità necessari, presso il domicilio dell'utente di PTRI in BDS.

L'uso dell'abitazione, da parte dei soci in PTRI sostenuti da budget di salute delle organizzazioni cogestrici, deve essere previsto all'interno del piano d'impresa e/o di sviluppo dell'organizzazione stessa, che deve quindi comprendere un piano d'investimento e ammortamento delle case per i propri soci.

I gruppi di soci coabitanti non possono superare le sei persone. Gli spazi abitativi dovranno essere belli con servizi plurimi quando possibili con accesso a spazi verdi; dovranno, inoltre, essere collocati in aree, nella normale rete di fruibilità dei servizi del territorio.

Ogni nucleo abitativo avrà un *case manager* individuato tra i responsabili dei PTRI presenti nell'abitazione. L'individuazione avverrà con criteri concordati fra il servizio Pubblico (ASL e Servizi Sociali territoriali) e il cogestore per la cogestione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali.

Gli obiettivi della cogestione tra l'ASL ed i cogestori in questa area vengono descritti **nell'allegato 1**

3. FORMAZIONE/LAVORO

L'obiettivo dell'area è la formazione professionale e la pratica di una attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative o economiche, oppure come partecipazione attiva e fruizione, in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano.

Il luogo dove viene ricostruito il diritto alla formazione/lavoro deve rendere possibile lo sviluppo di microsistemi economico-sociali locali integrati e contestuali a quel luogo stesso, in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni locali del III settore e del privato imprenditoriale.

I cogestori di PTRI con BDS si attivano per attingere a fonti di sostegno del reddito delle persone in PTRI con BDS prioritariamente:

- 1) attingendo alle fonti di finanziamento strutturate nel progetto europeo e regionale della "dote" per la formazione lavoro
- 2) attraverso quanto previsto per i tirocini formativi;
- 3) attraverso il reddito di cittadinanza quando previsto;
- 4) attraverso la contrattualizzazione così come previsto nell'art. 4 della legge 381/91 secondo la certificazione dell'UVI;

e con azioni di sistema:

- 1) promuovendo i D.E.S. (distretti di economia sociale), quali contesti economici a forte vocazione sociale e territoriale, nel quale i soggetti non profit (terzo settore) e imprese for profit insieme cooperano per:
 - 1) individuare gli obiettivi da realizzare;
 - 2) individuare le risorse disponibili;

- 3) definire un modello di *governance* chiaro e allargato;
- 4) identificare le funzioni programmatiche e gestionali;
- 5) organizzando business plain specifici per settore di intervento;
Proprio in questo contesto le organizzazioni del III settore e del privato imprenditoriale promuovono e attuano insieme ai Comuni, Province, ASL la L. 68/99 per sviluppare i patti territoriali per la formazione-lavoro delle persone svantaggiate.

4. APPRENDIMENTO/ESPRESSIVITÀ

Alla persona in PTRI con budget di salute devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali).

Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di una abilità, prima non posseduta, e/o lo sviluppo della stessa, avendo cura di identificare ciò che la persona è capace di fare.

La persona in PTRI con budget di salute dovrà essere messo in grado di usare l'immaginazione e il pensiero in collegamento con l'esperienza e la produzione di opere autoespressive, di eventi di natura religiosa, letteraria, musicale, artistica, teatrale ecc., scelti autonomamente e sostenuti collettivamente. La persona dovrà essere sostenuta nel poter usare le proprie capacità in modi tutelati dalla garanzia delle libertà di espressione politica, artistica, religiosa; dovrà poter andare in cerca del significato ultimo dell'esistenza a modo proprio; poter fare esperienze piacevoli ed evitare dolori inutili. La persona dovrà essere sostenuta nel formarsi una concezione di ciò che è bene e impegnarsi in una riflessione critica su come programmare la propria vita.

La conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità sociale, dovranno essere utilizzati come principali mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza.

Nel caso fosse necessario, dovrà essere promosso l'apprendimento di base, come l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare e le esperienze sensoriali intenzionali, come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli (toccare, gustare, sentire profumi, ecc.).

5. SOCIALITÀ - AFFETTIVITÀ

L'obiettivo dei PTRI orientati nell'area socialità - affettività, è fornire occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali) a tutte le persone e famiglie a qualsiasi titolo coinvolte negli stessi.

Devono, soprattutto, essere fornite concrete risposte ai bisogni minimali delle persone in PTRI di promozione dell'avere, del possedere, della proprietà personale, intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e, quindi, della contrattualità.

La promozione continua degli strumenti di partecipazione attiva, all'interno delle organizzazioni del III settore e non, devono risultare nel piano di lavoro dei progetti individuali proposti. Dovranno poi risultare presenti a posteriori nei verbali di assemblea, di consiglio di amministrazione, nella costituzione di gruppi di persone in PTRI con bisogni omogenei finalizzati; nell'organizzazione collettiva del tempo libero, negli obiettivi formativi e di orientamento individuali e con piani, progetti ed investimenti evidenziabili e che siano e rimangano nel possesso delle persone.

I luoghi dove viene promossa la socialità/affettività devono rendere possibile lo sviluppo di microsistemi economico sociali integrati e contestuali a quel luogo stesso, in rete ed in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni del Terzo settore locali.

CONTINUITÀ DELLA PRESA IN CARICO DEL SERVIZIO PUBBLICO

L'attivazione di un BdS per sostenere un PTRI non fa decadere, ma integra, potenza e rende efficace la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte delle U.O. competenti del Servizio Pubblico (ASL-Comune), che attraverso il referente del PTRI (pubblico) preordina le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo dei centri pubblici diurni o notturni, l'attivazione di reti sociali, familiari, Municipali locali.

INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI

In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone-utenti potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante dell'area "abitare", o sul versante dell'area "lavoro", ovvero sul versante "affettività-socialità", "apprendimento-espressività" anche se le quattro aree dovranno sempre essere complessivamente considerate all'interno di ciascun PTRI. I cogestori dovranno operare coerentemente in tutte e quattro le aree/diritti, attivando modalità di lavoro in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel PTRI e riferendosi ad un territorio definito e limitato nel quale il tema riabilitativo dovrà essere affrontato in modo globale con la comunità civile locale e le sue espressioni di rappresentanza politica produttiva e di volontariato, dando luogo a processi di sviluppo economico sociale locale.

IL MONITORAGGIO IN ITINERE

Il monitoraggio in itinere del bisogno e del percorso riabilitativo verrà effettuato a cura dell'U.V.I., costituita dal responsabile (case manager) del PTRI del servizio competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza della persona-utente, coinvolgendo l'utente, i familiari, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta (MMG/PLS), il referente del cogestore ed eventuali altri operatori a diverso titolo coinvolti.

La gestione e l'organizzazione valutativa viene realizzata dai Distretti, dai Dipartimenti, dai Coordinamenti Aziendali e dagli Ambiti Territoriali Sociali che aderiscono al presente Avviso, che si avvarranno degli Uffici sociosanitari distrettuali ed ospedalieri; tali attività si svolgeranno secondo le modalità di cui alla D.G.R.C. 476 del 25/3/04 e saranno verificate dall'Area di Coordinamento Sociosanitario aziendale.

In particolare, entro il 1 marzo di ciascun anno i responsabili dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti della ASL, di concerto con i responsabili dei servizi sociali dei Comuni afferenti, all'Area di Coordinamento Sociosanitario dell'ASL ed agli Ambiti Territoriali Sociali, **scheda riepilogativa delle attività svolte, secondo il modello di cui all'allegato E.**

Lo strumento comune di valutazione e di follow up per le persone e le famiglie in PTRI è l'ICF⁵⁷, opportunamente integrato con almeno 1 strumento specifico per area di integrazione sociosanitaria (es.: salute mentale: HoNOS, versione italiana; anziani: VALGRAF, modificata; ecc.) nonché della Qualità Percepita; per il Comune e la comunità locale è il Bilancio Partecipativo Sociosanitario ed Ambientale⁵⁸.

ART. 10

⁵⁷ ICF è l'acronimo di "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e gli stati ad essa correlati delle popolazioni, dell'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), volgendo lo sguardo sulle disabilità sociali. Infatti, mentre gli indicatori tradizionali si basano su delle "negatività", come i tassi di mortalità, l'ICF pone al centro dell'attenzione, le "positività", la vita e la maniera in cui le persone vivono - anche con le loro patologie - e migliorano le loro condizioni di vita per avere un'esistenza produttiva e arricchente. Questa diversa focalizzazione determina conseguenze sulla pratica medica, sulla legislazione e sulla politica sociale per migliorare i trattamenti e l'accesso alle cure e sulla protezione dei diritti degli individui e dei gruppi.

⁵⁸ Si veda art. 14 del presente avviso pubblico.

SCelta E RAPPORTI CON IL COGESTORE

La scelta del cogestore avverrà, attraverso procedure negoziate a partire dalla proposta progettuale generale presentata al momento della richiesta d'iscrizione all'elenco di cogestori, di cui all'art. 3 del presente avviso, con norme di diritto privato, ai sensi di legge (art. 3, comma 1 ter, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.), e con il consenso informato dell'utente o del civilmente obbligato.

La sottoscrizione del regolamento normativo contrattuale per il BdS costituisce l'atto formale che regola i rapporti tra l'utente (o il civilmente obbligato), il servizio pubblico ASL/Comune ed il cogestore. Tale atto è stipulato sulla base di un progetto personalizzato, formulato dagli operatori referenti, dall'utente e dai suoi familiari (ove presenti e disponibili), contenente obiettivi ed indicatori di processo ed esito.

Durante la vigenza contrattuale, si potrà trasformare il regolamento normativo contrattuale, rivedendo l'investimento in relazione al modificato fabbisogno della persona/utente, dell'ambiente ed alle possibilità fruite, in coerenza con quanto evidenziato nelle attività di verifica e controllo dell'andamento del PTRI, adeguatamente riportate nella documentazione prodotta dai referenti delle UU.OO. pubbliche e dal cogestori⁵⁹.

Il PTRI è ridefinito/rimodulato, a cura dell'UVI, come definita al precedente art.9 (Il Monitoraggio in itinere), **almeno ogni sei mesi** ed integrato e/o modificato in relazione al processo ri-abilitativo globale (individuale/sociale) in atto.

TEMPORALITÀ

I regolamenti normativi contrattuali dei PTRI con BdS hanno una **durata complessiva massima di tre anni**, durante i quali l'obiettivo progettuale è il passaggio degli utenti da una tipologia di contratto d'intensità maggiore ad un'altra di minore intensità, al fine di promuovere l'inclusione ed il mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità e/o in condizioni di bisogno sociosanitario (attraverso l'inserimento delle persone in PTRI in compagini sociali del Terzo settore e/o in organizzazioni imprenditoriali produttive locali).

Le persone in PTRI che passano ad intensità decrescenti lasciano libero un PTRI con BdS, che sarà assegnato ad altre persone con disabilità sociali, e compatibilmente con i criteri generali e specifici di assegnazione stabiliti all'art. 7 e all'art. 4 del presente Avviso, **al medesimo cogestore, quale elemento premiale per il raggiungimento degli obiettivi progettuali.**

ART. 11 SPECIFICHE ORGANIZZATIVE

L'ASL _____, gli Ambiti Territoriali Sociali ed i cogestori individueranno uno o più referenti - coordinatori per gruppi-progetto omogenei di contratti BdS da affiancare ai cogestori, con criteri concordati tra l'U.O. competente del Servizio Pubblico e i Servizi Sociali Territoriali dei Comuni.

Il cogestore provvede in proprio a destinare risorse per la formazione degli operatori impegnati nei PTRI su programmi concordati e condivisi con le strutture operative di riferimento dell'ASL _____.

I programmi di formazione saranno costruiti e sostenuti dall'Area di coordinamento sociosanitario, che attuerà una metodologia di formazione continua basata su:

- le esigenze formative individuali delle persone in PTRI (soci fruitori, lavoratori, volontari, associati, dipendenti)
- le esigenze collettive di promozione democratica della propria organizzazione e di

⁵⁹ Si veda l'art. 15 del presente avviso pubblico

collegamento in rete con il terzo settore e la municipalità locale;

- il fabbisogno produttivo e sociale del territorio di riferimento operativo in relazione all'inclusione sociale delle fasce deboli;
- la necessità di implementare la professionalità e la capacità di promuovere il lavoro di rete, di sostegno all'habitat sociale, di conduzione gruppi, di combattere ed eliminare lo stigma favorendo i processi di integrazione sociale delle diversità e delle minoranze;
- la necessità di sviluppo di abilità specifiche e del loro utilizzo per sostenere i processi formativi delle persone con disabilità.

ART. 12

ADDETTI AL PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Tutte le persone impiegate e coinvolte, protagoniste nella produzione di PTRI con BdS dovranno essere inquadrare direttamente dal cogestore, come soci, associati e/o dipendenti. Dovranno essere disponibili ad apprendere le caratteristiche di operatore di Comunità⁶⁰ per il progresso locale e di rete, attraverso la formazione continua e sviluppare particolare esperienza e competenza nell'assistenza domiciliare integrata e nella ri-abilitazione integrale del territorio.

Ulteriore elemento richiesto, come stile professionale, è la propensione ad acquisire e sviluppare abilità specifiche, unita alla capacità ed alla motivazione a trasmetterle alle persone in PTRI con BdS.

Il cogestore si impegnerà a sostituire le persone addette ai PTRI con BdS che, alla valutazione in itinere⁶¹, non risultassero adeguate.

La formazione sarà svolta su programmi concordati con l'area di coordinamento sociosanitario anche per i soci fruitori in PTRI con BdS.

L'ASL può inserire propri operatori a tempo pieno o parziale nella gestione di gruppi progetto omogenei; può, inoltre, per l'esercizio dei PTRI mettere a disposizione dei cogestori beni immobili ed attrezzature anche derivanti da lasciti, non strategico sanitarie, con contratto enfiteutico oneroso ricompreso in partita reciproca nella definizione dell'entità dei PTRI con Budget di Salute.

Nel caso operatori pubblici dell'ASL _____ risultino soci volontari o associati alle specifiche compagini richiedenti iscrizione all'albo dei soggetti cogestori, essi dovranno notificare tale posizione – anche indipendentemente da quanto disposto al comma precedente – all'atto della domanda di iscrizione all'albo della compagine interessata. Le attività eventualmente svolte potranno avvenire a titolo esclusivamente volontario ossia senza percepire compenso alcuno.

L'ASL, al fine di costruire specifiche strategie di welfare mix, può distaccare a tempo pieno e/o parziale e su richiesta degli operatori pubblici regolarmente autorizzata, i case manager dei PTRI con Budget di Salute che possono così accedere alla *vocational therapy* fornendo sostegno alle persone in PTRI all'interno delle compagini dei cogestori anche in posizione di soci volontari.

Il cogestore è obbligato a fornire, preventivamente, l'elenco di tutti coloro che a qualsiasi

⁶⁰ Con questa denominazione si individua un profilo professionale di operatore che è in grado di leggere la comunità locale nella sua complessità, individuarne i nodi problematici (problemi finding), gli aspetti potenziali, suggerire percorsi collaborativi di soluzione di problemi (collaborative problem solving), mediare i conflitti e accompagnarne la trasformazione.

Fa riferimento al corpus teorico della psicologia di comunità, che legge le questioni di una comunità (o di una sottocomunità: scuola, organizzazioni, gruppi) in un'ottica relazionale ed ecologica e mira al rinforzo dell'autostima e della capacità di auto organizzazione della comunità stessa, secondo un approccio che integra le risorse di cittadinanza e quelle istituzionali, pubbliche e private (logiche di rete), a partenza dalle famiglie.

⁶¹ Si vedano gli artt. 9 e 10 del presente avviso pubblico

titolo sono coinvolti nell'attività prevista dai PTRI, con indicazione delle esatte generalità, della qualifica, del domicilio, degli orari di lavoro, nonché a segnalare tempestivamente le successive variazioni. Fornirà un prospetto di fabbisogno formativo che intende affrontare.

I soci/associati/dipendenti coinvolti nel PTRI saranno chiamati a sottoporsi, con onere a carico del cogestore, alle visite periodiche, vaccinazioni ed quant'altro già previsto per i dipendenti dell'ASL _____, producendone le relative certificazioni.

Il cogestore dovrà operare con la massima professionalità, assicurando consapevolezza e adesione agli obiettivi assegnati per ogni PTRI, segnalando tempestivamente eventuali ostacoli di qualsivoglia natura che impedissero la corretta realizzazione del PTRI. Tali segnalazioni verranno discusse in sede di UVI, anche ai fini di una realizzazione/rimodulazione del PTRI stesso.

ART. 13

OBBLIGHI CONTRATTUALI ED ASSICURATIVI

La responsabilità del raggiungimento degli obiettivi proposti nei PTRI è del responsabile U.O. competente e del rappresentante legale del cogestore.

Il cogestore, nella sua qualità di datore di lavoro, deve, a sue totali cure e spese, provvedere a corrispondere al proprio personale le retribuzioni e le indennità previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della categoria garantendo, altresì, in caso di Cooperativa Sociale, ai soci lavoratori un trattamento non inferiore a quanto previsto per i lavoratori dipendenti e in ogni caso assolvere a tutti gli obblighi previdenziali ed assicurativi previsti dalla normativa vigente.

Tutti gli obblighi assicurativi per infortuni, per malattie professionali e responsabilità civili verso terzi, nonché gli oneri previdenziali del personale, sono a carico del cogestore, il quale è il solo responsabile, anche in deroga alle norme che disponessero l'obbligo del pagamento o l'onere a carico dell'ASL _____ o in solido con questa con esclusione di ogni diritto di rivalsa nei confronti dell'ASL _____ medesima e di ogni indennizzo. Il cogestore dovrà fornire prova, in qualsiasi momento, di aver regolarmente soddisfatto tali obblighi.

ART.14

Bilancio Partecipativo sociosanitario ed ambientale

I soggetti iscritti nell'elenco dei cogestori parteciperanno con l'A.S.L. _____ e i Comuni alla costruzione del Bilancio Partecipativo Sociosanitario ed Ambientale annuale, nel quale sarà previsto l'investimento e il finanziamento dei microsistemi locali di sviluppo economico sociale mediante i PTRI con BdS. Tale attività sarà realizzata da apposito organismo, costituito in accordo tra ASL, Ambiti Territoriali e Comuni e regolamentato all'interno degli Accordi di Programma relativi alla Legge 328/00

Il Bilancio Partecipativo Sociosanitario ed Ambientale è lo strumento attraverso cui effettuare la programmazione e la verifica basata sulle evidenze del sistema di welfare comunitario. Si realizza attraverso progetti specifici costruiti ed attuati dall'ASL _____ e i Comuni con il coinvolgimento dei soggetti iscritti nell'elenco dei cogestori⁶².

⁶² IL BILANCIO PARTECIPATIVO viene formulato dall'ASL e dai Comuni e comprende:

- il profilo di salute di comunità, a partire dagli indicatori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per le "Città sane", implementati per specifiche finalità connesse alla promozione di Welfare familiare/comunitario;
- i costi sostenuti dall'ASL e dai Comuni nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria e riferiti al consumo sanitario per i cittadini residenti;
- gli indicatori di salute e per la valutazione della qualità di vita scomposti per comune;
- gli indicatori del grado di integrazione sociosanitaria della comunità municipale;
- gli indicatori socioeconomici ed ambientali in grado di descrivere le aree critiche ed operare il controllo a distanza delle azioni intraprese.

Il Bilancio Partecipativo Sociosanitario ed Ambientale costituirà base conoscitiva essenziale per la definizione degli atti di programmazione delle attività territoriali dell'ASL (PAT) e degli Ambiti Territoriali Sociali (Piani di Zona).

IL bilancio partecipativo socio-sanitario ed ambientale costituirà la base conoscitiva e di programmazione per la trasformazione dei costi sanitari impropri in investimenti di salute e sviluppo locale e in collaborazione con il dipartimento di prevenzione costituirà altresì la base conoscitiva per lo sviluppo dell'epidemiologia ambientale e della costruzione del marchio o bollino di qualità sanitaria, dell'ambiente, della produzione agroalimentare e dell'allevamento.

ART. 15

VERIFICA, CONTROLLO E ACCOMPAGNAMENTO

Almeno una volta al mese il referente dell'Unità Operativa competente dell'ASL ____ e il Referente del Servizio Sociale Comunale ove è residente la persona in PTRI, si incontreranno per la verifica del progetto, per la discussione sulle problematiche emergenti e per concordare linee comuni di intervento con tutti i soci, associati, dipendenti del cogestore coinvolti.

Le UU.OO. competenti per il PTRI dell'ASL ____ e il Servizio Sociale Comunale di riferimento controlleranno lo stato di attuazione di ogni singolo PTRI cogestito, riportandone una sintesi nella documentazione sociosanitaria. Si procederà congiuntamente alla verifica dell'attività svolta, anche in termini di incidenza socio-economica ed in riferimento a quanto previsto nell'art. 4.

Il cogestore s'impegna, una volta attivato il PTRI, a presentare apposite **relazioni trimestrali** sui risultati conseguiti nel corso del medesimo ed a rendicontare adeguatamente le spese sostenute per la sua gestione.

L'A.S.L. ____ e i Servizi Sociali degli Ambiti Territoriali Sociali che aderiscono al presente avviso pubblico, procederanno ad effettuare verifiche affinché vengano osservati gli impegni assunti, con particolare riguardo ai criteri ispiratori di gestione e cofinanziamento dei progetti. A tal fine l'ASL ____ si riserva la possibilità di effettuare controlli sul possesso dei requisiti e di accompagnare l'azione di gestione, direttamente o attraverso altro organismo da essa incaricato.

I trasferimenti economici relativi ai BdS per PTRI avverranno a cadenza bimestrale, dietro presentazione da parte del soggetto cogestore di relazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, accompagnata da documentazione contabile e adeguata rendicontazione controfirmata dal **responsabile del Servizio Specialistico Pubblico** di pertinenza.

In sede di assegnazione del PTRI con BdS si procederà alla contestuale liquidazione del primo bimestre di attività di gestione per favorire lo start up.

L'ASL ____ si riserva l'utilizzo di qualsiasi strumento ritenuto idoneo per il controllo programmatico, economico e attuativo di ogni PTRI.

ART. 16

RESPONSABILITÀ

L'ASL ____ e i Comuni sono esonerati da ogni responsabilità per danni a persone o cose, infortuni o altro che dovessero verificarsi.

Il cogestore, al momento dell'avvio dei PTRI, si impegna a stipulare idonee assicurazioni contro gli infortuni, le malattie professionali e la RCT a favore dei soci, associati e dipendenti coinvolti e protagonisti dei PTRI.

Esso risponderà, inoltre, pienamente per gli eventuali danni a persone e/o cose che dovessero accadere.

Il cogestore dei PTRI sostenuti da BdS dovrà stipulare apposita polizza assicurativa di RCT, con massimale annuo di almeno **€ 1.550.000,00** per danni a persone, cose e/o animali, che dovrà essere esibita all'Amministrazione.

Il cogestore s'impegna a segnalare, oltre che alle Autorità competenti, anche all'ASL _____ ogni e qualsiasi avvenimento che comprometta l'incolumità psico-fisica degli utenti in PTRI e dei propri soci, associati e dipendenti.

In ottemperanza all'art. 7 D. Lgs. 626/1994, il cogestore presenterà all'inizio del servizio, il **piano di sicurezza**. Detto piano potrà essere integrato dal Responsabile per la Sicurezza dell'ASL _____. Il mancato rispetto di tale piano comporterà la risoluzione del rapporto.

Allegati

- A** Linee d'indirizzo e strategie operative per gli interventi sociosanitari integrati
Obiettivi e azioni di cogestione dei PTRI sostenuti da BdS

- B** Domanda e formulario proposta progettuale.

- C** Valutazione di merito della proposta progettuale

- D** Schema di riferimento per la definizione del regolamento normativo contrattuale per il rapporto fra i cogestore e le persone in PTRI

- E** Scheda attivazione PTRI per Distretto Sanitario e Ambito Territoriale

Avvertenza:

alcune parti di questo allegato sono già presenti nella prima parte del testo (Parte I). Sono state lasciate per rendere più scorrevole e compatta la lettura e la consultazione.

ALLEGATO A

LINEE DI INDIRIZZO E STRATEGIE OPERATIVE PER GLI INTERVENTI SOCIOSANITARI INTEGRATI

Lo scenario nel quale si colloca il modello d'intervento sostenuto dal Budget di Salute è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale, che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – diventa anche un compito della società civile, all'interno di un sistema relazionale che compone le varie dimensioni del benessere (sociale, economico, ambientale...) entro quella più ampia della fruizione dei diritti civili e ne riconosce l'intima connessione con il sistema politico-amministrativo. Uno scenario che vede funzione principale dell'azione pubblica quella di "incrementare l'autonomia dei soggetti" secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà.

Questo modello rappresenta un contributo per offrire sostegno attivo al processo di pluralizzazione degli attori e degli strumenti nella protezione sociale degli utenti, in cui la politica sociale non coincide più esclusivamente con la politica pubblica (intesa come istituzioni statuali) ma diviene anche funzione sociale diffusa.

Si intende in tal modo contribuire alla costituzione di un welfare-mix fondato sulla responsabilizzazione della società, ed in primo luogo dei destinatari dei programmi che, in questa prospettiva, devono giocare un ruolo più attivo e, perfino, imprenditoriale. Si fa strada l'idea dei pro-sumers, cioè dei cittadini – anche portatori di un bisogno – come soggetti che sono al contempo produttori, distributori e consumatori dei beni e servizi di welfare. Sono i protagonisti di nuove forme di "mercato" non più fondato esclusivamente sullo scambio di beni o servizi ma sulla creazione di legami o altrimenti detti beni relazionali.

In generale, gli interventi sociosanitari integrati dovranno tradursi in specifiche scelte operative (interventi), tese a incidere e a modificare la qualità della vita di una collettività, incrementandone il benessere, ovvero riducendo i fattori di rischio.

In particolare essi serviranno a:

1. identificare modalità d'integrazione e partenariato (sistema relazionale) tra gli attori e pratiche operative che favoriscano, sostengano ed alimentino processi di "qualità sociale" e che aumentino gli spazi di vita pubblica e di partecipazione alla costruzione del bene comune;
2. valorizzare e promuovere la capacità delle comunità locali di affrontare i propri problemi, intervenendo dall'esterno quando è necessario immettere risorse aggiuntive (economiche e non) per incrementare le capacità di risposta autonoma;
3. riconoscere agli utenti e ai loro familiari la capacità di interpretare i rispettivi bisogni e di scegliere soluzioni adeguate;
4. riconoscere alla comunità locale la capacità di organizzarsi per rispondervi;

5. sostenere o integrare entrambe queste capacità dove non sufficientemente sviluppate;
6. comprendere il III settore e le forme di auto-organizzazione della comunità locale tra i protagonisti delle risposte ai bisogni del territorio;
7. ribadire il ruolo della Pubblica Amministrazione come essenziale per garantire l'universalità di accesso ai servizi e la definizione delle regole a garanzia della corretta redistribuzione e funzionamento del sistema e della loro giusta applicazione;
8. favorire un percorso di riappropriazione, da parte delle famiglie e delle associazioni di utenza, di un ruolo prioritario nel provvedere ai bisogni sociali in modo mutualistico;
9. promuovere la realizzazione di strumenti di controllo da parte degli utenti associati (cui va affidata un effettiva funzione istituzionale), attraverso la trasparenza delle prestazioni offerte (e dunque da particolareggiate "*carte dei servizi e reports di bilancio partecipativo*"), al fine di evitare possibili comportamenti opportunistici.

Nello specifico per quanto riguarda le aree di interesse sociosanitario si dovrà considerare che:

1. operare nelle aree di competenza sociosanitario coincide, in ogni contesto, con la promozione di processi e pratiche di attribuzione di senso e soggettività alle domande di chi spesso invece viene ridotto al silenzio, catalogato e reso anonimo;
2. l'attività riabilitativa nelle aree sociosanitarie è, quindi, innanzitutto attività di ricostruzione dell'accesso ai diritti di cittadinanza delle persone con disabilità, che richiede un continuo abbattimento degli ostacoli del pregiudizio e dello stigma, attraverso una infinita opera di promozione culturale dell'accoglienza a partire dall'organizzazione delle istituzioni pubbliche;
3. è necessario valorizzare la differenziazione e la creatività delle risposte mai definitive, mai totalizzanti, mai derivanti da un solo soggetto autocentrato, mai "solo sanitarie o solo sociali";
4. i Servizi Pubblici **non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato**, ma devono ricercare partner per la costruzioni di contesti ove siano presenti le determinanti sociali "*prodotti flessibili*" predittive delle prognosi positive, e che, come ha affermato in un recente documento l'O.M.S., "*devono essere parte integrante del trattamento medico*" (welfare-mix);
5. il ruolo del cogestore non sarà di gestire strutture più o meno protette, ma di fornire occasioni di apprendimento/espressività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale e socialità/affettività opportune per la cogestione di Progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati. Al centro del sistema sarà, quindi, riposta la persona con un nome ed un volto unico ed irripetibile, portatrice di un valore, e non una struttura ed un'organizzazione (anche se non profit);
6. al cogestore si dovrà chiedere di fornire queste occasioni attraverso la valorizzazione del residuale, dell'ambiente, dei contesti, delle famiglie. La variabile economica, seppur necessaria, deve in questa progettualità essere "*incorporata*" nel sociale e gli elementi di scambio devono centrarsi sui legami più che sui beni (i beni forniscono l'indispensabile mediazione d'oggetto in un percorso ri-abilitativo);
7. si dovranno promuovere forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di *soci/associati*, dei destinatari dei servizi, come

strategia di attribuzione di poteri e diritti dei soggetti deboli e perché non si tratti di qualcuno (una organizzazione) che fa qualcosa su o per qualcun altro (i fruitori) a fronte di un vantaggio economico (il bene), ma di qualcuno che fa qualcosa con qualcun altro (il legame), attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.

8. E', inoltre, opportuno che il cogestore (insieme con gli altri soggetti) promuova e sostenga *"la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di persone con disabilità e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo"*.
9. Si devono, perciò, realizzare organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse (multistakeholders): gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari ecc, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico che, comunque, mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare Comunitario. Questo nella convinzione del valore terapeutico di ricostruzione dell'identità che questo processo di protagonizzazione e di ricontrattualizzazione porta con sé.
10. E' necessario realizzare, come previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Sanità per quanto riguarda la riabilitazione in genere, l'obiettivo di ridurre le conseguenze disabilitanti della malattia attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo.
11. Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti di integrazione organizzativa (Unità di Valutazione e Progettazione) per la *"formulazione di piani terapeutico riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica"* con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi possibilmente su base locale/comunale.
12. E' necessario condividere il percorso di revisione del ruolo dell'Ente Locale, maggiormente orientato alla definizione di politiche innovative per le aree ad integrazione sociosanitaria anche con destinazione di quote di bilancio, con particolare riferimento alla programmazione e gestione della L. 328/00.
13. Vanno promossi modelli di ricerca, formazione e informazione che siano incentrati sulle esperienze concrete coerenti con i principi qui delineati. In particolare, è necessario ipotizzare il Bilancio partecipativo come terreno su cui ripensare una diversa professionalità di lavoro socio-sanitario rinnovandone *"l'impianto metodologico secondo i principi del lavoro in rete"*.

OBIETTIVI E AZIONI DI COGESTIONE DEI PTRI SOSTENUTI DA B.D.S.

La modalità di cogestione di PTRI dovrà orientarsi secondo gli obiettivi definiti dall'ASL e dai Comuni, che si intendono fatti propri anche dai cogestori.

Essi riguardano la concretezza dell'operatività nelle aree/diritti citati e di seguito descritti.

OBIETTIVI DELLA COGESTIONE (PUBBLICO-PRIVATO) NELLE AREE/DIRITTI:

- 1. APPRENDIMENTO/ESPRESSIVITÀ;**
- 2. FORMAZIONE/LAVORO;**
- 3. CASA/HABITAT SOCIALE;**
- 4. SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ.**

LE QUATTRO AREE/DIRITTI

Le quattro aree/diritti corrispondono ai principali determinanti della salute, elementi che

influenzano e promuovono in modo significativo il benessere della persona, alla cui fruibilità vanno orientate le capacità/abilità della stessa.

Ferme restando gli obiettivi e le azioni specifiche di seguito indicate, in tutte le quattro aree Servizio Pubblico e Privato Sociale ed imprenditoriale si impegnano, rispettivamente, al conseguimento dei seguenti obiettivi generali:

IL PRIVATO

- Sostiene l'acquisizione di comportamenti volti alla promozione ed al mantenimento dello stato di piena salute, come definita dall'OMS;
- Promuove e contribuisce alla costituzione di sviluppo economico sociale locale e alla ri-abilitazione integrale del territorio;
- Sostiene e formula il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale insieme ai Comuni e all'ASL, per la parte rilevante l'area in questione;
- Contribuisce, con l'ASL ed i Comuni, alla trasformazione del prodotto sanitario rigido (Welfare dei servizi) in prodotto flessibile (Welfare Comunitario/municipale), attraverso i PTRI sostenuti da budget di salute;
- Sostiene lo sviluppo locale anche attraverso l'uso delle risorse dei progetti regionali, nazionali ed europei volti alla re-inclusione delle persone svantaggiate.

IL PUBBLICO

- Sostiene l'acquisizione di comportamenti volti alla promozione ed al mantenimento dello stato di piena salute, come definita dall'OMS;
- Persegue la cultura della deistituzionalizzazione e della prevenzione della nuova istituzionalizzazione delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario in carico ai servizi pubblici, attraverso piani di sviluppo del territorio, anche attraverso l'uso delle risorse dei progetti strutturali regionali, nazionali ed europei;
- Sviluppa insieme ai comuni il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale;
- Sostiene la trasformazione e regola l'interdipendenza fra Welfare dei servizi e Welfare Comunitario municipale, favorendo la trasformazione di prodotti rigidi (servizi) in prodotti flessibili (progetti individuali).

APPRENDIMENTO/ESPRESSIVITÀ

Alla persona in PTRI sostenuto da budget di salute devono essere fornite occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata (reti formali) e non strutturata (reti informali).

Obiettivo delle attività dovrà essere l'apprendimento e l'acquisizione di una abilità, prima non posseduta, e/o lo sviluppo della stessa, avendo cura di identificare ciò che la persona è capace di fare.

La persona in PTRI sostenuto da budget di salute dovrà essere messa in grado di usare l'immaginazione e il pensiero in collegamento con l'esperienza e la produzione di opere autoespressive, di eventi di natura religiosa, letteraria, musicale ecc., scelti autonomamente. La persona dovrà poter usare le proprie capacità di espressione politica, artistica, religiosa; poter fare esperienze piacevoli ed evitare dolori inutili. La persona dovrà essere sostenuta nel formarsi una concezione di ciò che è bene e nell'impegnarsi in una riflessione critica su come programmare la propria vita.

La conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità sociale, dovranno essere utilizzati come principali mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza.

Nel caso fosse necessario, dovrà essere promosso l'apprendimento di base, come

l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare e le esperienze sensoriali intenzionali, come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli (toccare, gustare, sentire profumi, ecc.).

Gli obiettivi della cogestione tra l'ASL ed i cogestori in questa area vengono di seguito sommariamente individuati:

IL PRIVATO

- promuove attraverso l'apprendimento e l'applicazione delle conoscenze l'accesso e la fruizione di beni e servizi prima non fruiti;
- sostiene criticamente la comune ricerca e attribuzione di un significato ad atti particolari, anche se avversivi;
- apprezza tutte le attività utili svolte dalla persona con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, rendendole possibili;
- identifica e promuove ciò di cui una persona con disabilità è capace;
- mette in grado la persona con disabilità di usare l'immaginazione e il pensiero in collegamento con l'esperienza e la produzione;
- favorisce la produzione di opere autoespressive e di eventi, scelti autonomamente;
- garantisce la cura del corpo delle persone in PTRI, con particolare riferimento alle cure dentarie, alla pratica dell'attività fisica, alla cura di sé;
- sostiene la libertà positiva di espressione e partecipazione, di fare esperienze piacevoli e di evitare dolori inutili;
- promuove l'apprendimento di una abilità, prima non posseduta, e/o lo sviluppo della stessa;
- promuove le abilità dei membri della propria organizzazione alla *vocational therapy* ed alle abilità specifiche confacenti con i piani d'impresa;
- garantisce e tutela l'averne, il possedere, la proprietà privata come elemento di mediazione dell'apprendimento e applicativo della conoscenza;
- promuove l'apprendimento di base, come l'imparare a leggere, a scrivere, a calcolare, a risolvere problemi e le esperienze sensoriali intenzionali, come il guardare, ascoltare, utilizzare gli organi di senso intenzionalmente per sperimentare stimoli (toccare, gustare, sentire profumi, ecc.);
- favorisce il senso di appartenenza all'organizzazione e alla comunità locale da parte delle persone con disabilità sociale;
- garantisce la partecipazione a microcollettivi paritari finalizzati da parte di tutti i componenti delle compagini;
- stimola le azioni in collettivo per la soddisfazione di bisogni comuni;
- promuove la qualità dei prodotti autoespressivi e delle relazioni, la bellezza dei luoghi, degli strumenti e delle metodologie della formazione e/o produzione;
- sostiene la persona con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario affinché senta rispettabile la propria diversità;
- riconosce la pratica dell'identità di genere e degli affetti;

- sostiene e investe in attività educative, che siano in grado di promuovere la crescita culturale, sociale ed economica della comunità di riferimento delle persone in PTRI e sviluppa le competenze delle famiglie e degli altri attori sociali;
- promuovere l'acquisizione di abilità informatiche, l'utilizzo di internet e la possibilità di dialogare per via informatica con programmi specifici e sistemi esperti.

IL PUBBLICO

- promuove l'apprendimento in tutto l'arco della vita e assicura a tutti pari opportunità di raggiungere adeguati livelli culturali e di sviluppare le capacità e le competenze, attraverso conoscenze e abilità, coerenti con le attitudini e le scelte personali, utili all'inserimento nella vita sociale e nel mondo del lavoro;
- garantisce alle persone con disabilità il diritto a fruire, in piena libertà ed uguaglianza, dei mezzi e delle opportunità di apprendimento, di svago e di sviluppo personale;
- adotta tutte le misure necessarie ad eliminare ogni tipo di ostacolo che impedisca l'esercizio del diritto allo studio e all'apprendimento da parte delle persone con disabilità;
- promuove una educazione alla diversità destinata a favorire la comprensione, la collaborazione, la coesione sociale e ad evitare forme di esclusione per motivi di razza, di sesso, di cultura, di età, di handicap, di condizione economica o altre forme di discriminazione;
- riduce il grado di vulnerabilità e di rischio delle persone con disabilità sociale sostenendo la crescita culturale della comunità di riferimento e sviluppando le reti familiari;
- sostiene e sviluppa le abilità di relazione interumana delle persone con disabilità sociale e dei diritti all'apprendimento/espressività e alla sicurezza;
- favorisce la libertà positiva e la diversità culturale delle persone con disabilità sociale;
- promuove studi e ricerche, aggiornati nel tempo e resi pubblici, circa la situazione e le esigenze formative dei cittadini, in particolare con disabilità, e formula conseguenti proposte concrete in maniera partecipata;
- offre ai familiari delle persone in PTRI una formazione che permetta di aiutare i loro cari a crescere ed a servirsi delle opportunità offerte dai servizi pubblici in uno spirito di rispetto reciproco; mette a punto progetti analoghi rivolti agli educatori in generale e divulga le istruzioni necessarie a tutti coloro (privati, funzionari pubblici, impiegati) che sono a contatto con persone con disabilità sociale; vigila inoltre affinché tali istruzioni siano fatte proprie dagli operatori pubblici e privati;
- valorizza le modalità dell'educazione informale e non formale⁶³, unitamente a quella formale, nei percorsi educativi individuali, in particolare per le persone con disabilità sociale, e nella formazione continua degli operatori;

⁶³ La Commissione ed il Consiglio d'Europa hanno evidenziato l'importanza dei percorsi di apprendimento non formale ed informale, come modalità, unitamente ai percorsi di apprendimento formale, per il contrasto al disagio giovanile ed alla dispersione scolastica e come opportunità di

- adotta un approccio globale alla persona nel predisporre le opportunità di formazione ed apprendimento, da realizzarsi in ambito educativo, nel più ampio contesto della qualità della vita, della giustizia sociale e della promozione dei cittadini;
- promuove attività tese a rendere consapevoli gli operatori sia dei meccanismi di esclusione e di emarginazione presenti nei loro servizi, sia delle modalità con cui essi si esplicano ed intraprendere gli appropriati interventi compensativi;
- incoraggia la costituzione di organizzazioni per formare e rendere concreto il principio di cittadinanza, in particolare nei giovani e nelle persone con disabilità, indirizzando le loro azioni al servizio della comunità, al fine di ottenere e divulgare le informazioni, i materiali e le idee destinate a promuovere lo sviluppo economico, sociale, morale e culturale;
- promuove l'informazione dei cittadini, individuando gli strumenti utili ed il linguaggio adeguato perché le risorse siano alla portata di tutti e verifica che l'informazione raggiunga effettivamente i cittadini di ogni condizione sociale e di ogni età;
- promuove politiche locali integrate, coordinando istituzioni ed altre forme di organizzazione della società civile, sostenendo al tempo stesso la partecipazione spontanea dei cittadini al progetto comune;
- promuove patti formativi locali con le varie agenzie educative territoriali;
- sostiene e garantisce la conservazione e la valorizzazione dei possedimenti (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, come elementi mediatori dell'apprendimento e dell'applicazione della conoscenza;
- sostenere la persona con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario affinché senta rispettabile una propria diversità;
- riconoscere la pratica dell'identità di genere e degli affetti.

acquisire comportamenti, conoscenze, abilità, atteggiamenti, competenze diversificate e personalizzate. Queste tematiche sono state oggetto di specifici interventi, fra gli altri, nel Libro Bianco su istruzione e formazione *"Insegnare e apprendere - Verso la società conoscitiva"* (COM(95) 590, novembre 1995), nel libro bianco su *"Un nuovo impulso per la gioventù europea"* (COM (2001) 681 del 21.11.2001), nella successiva Comunicazione della Commissione al Consiglio (COM (2003) 184 del 11.04.03) e nella risoluzione del Consiglio del 25.11.03 in materia di obiettivi comuni sulla partecipazione e informazione dei giovani. In linea con gli indirizzi della Comunità Europea, la legge delega 53/2003 e la relativa decretazione hanno assunto l'educazione non formale ed informale nell'extrascuola e nell'esperienza personale, familiare e sociale come strategia di alimento delle conoscenze e delle abilità.

CASA/HABITAT SOCIALE

La Casa/Habitat sociale costituisce obiettivo da conseguire ed eventuale possesso da esercitare, in forma singola o mutualmente associata.

Le abitazioni, che attraverso il PTRI sostenuto da BdS entrano nella disponibilità delle persone-utenti, potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone-utenti e del servizio pubblico.

I PTRI prioritariamente orientati verso l'area casa/habitat sociale avranno l'obiettivo di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità di autogestione degli utenti stessi e seguiti dallo specifico servizio domiciliare, anche attraverso forme sperimentali di cura e sostegno familiare.

Il supporto assistenziale da parte dei servizi sanitari competenti si attua, con i livelli di intensità necessari, soprattutto presso il domicilio dell'utente.

L'uso dell'abitazione, da parte dei soci in PTRI delle organizzazioni cogestrici, deve essere previsto all'interno del piano d'impresa e/o di sviluppo dell'organizzazione stessa, che deve quindi comprendere un piano d'investimento e ammortamento delle case per i propri soci.

I gruppi di coabitanti non possono superare le sei persone; pluriservizi servizi, possibilmente con accesso a spazi verdi; dovranno, inoltre, essere collocati in aree che consentano alto accesso ai servizi collettivi, nella normale rete di fruibilità dei servizi del territorio.

Ogni nucleo abitativo avrà un referente nominato dal servizio specialistico (ASL) di pertinenza.

Gli obiettivi della cogestione tra l'ASL ed i cogestori in questa area vengono di seguito sommariamente individuati:

IL PRIVATO

- Ha piani di sviluppo che prevedono la fornitura di alloggi (in proprietà indivisa e non) alle persone con disabilità sociale e agli anziani con vario grado di sostegno, temporanei o definitivi, a costi accettabili e belli;
- E' in grado di investire sulle aree dismesse o poco utilizzate, di proprietà pubblica e non, per mettere case a disposizione dei propri soci disabili e/o anziani (proprietà indivisa) e per gestire "portinerie" attrezzate a sostegno dell'Habitat-sociale di persone con disabilità e/o anziani;
- Redige e attua piani di sviluppo dell'auto-aiuto, dell'associazionismo, di valorizzazione del sostegno informale e di alternative abitative alle istituzioni sanitarie e sociali;
- Sviluppa la mutualità con i collaboratori famigliari assunti dalle famiglie per il sostegno e l'accudimento delle persone con grave disabilità sociale e/o anziani non autosufficienti, con la finalità del mantenimento delle persone nel proprio Habitat sociale;
- Considera l'ambiente elemento fondante per la strutturazione dell'individuo.
- Considera il sostegno al mantenimento del possesso contrattuale e regolato della casa e di oggetti propri, come elemento fondante e di accesso allo scambio interumano;
- Considera la bellezza dell'ambiente come testimonianza riproduttiva della dignità della persona;
- Sviluppa piani di sviluppo per il recupero, la valorizzazione e l'utilizzo di beni immobili con caratteristiche di habitat storico (borghi rurali, vecchi quartieri) con la concomitante messa in rete di attività commerciali integrate con l'area oggetto dell'intervento e la costituzione di "portinerie" attrezzate, la valorizzazione dei legami storici di quell'area;
- Basa la propria azione sull'accoglimento e sulla continua messa in rete delle famiglie e delle persone con la comunità circostante;

- Sostiene il diritto (possessiono mutuale) alla casa attraverso la creazione di habitat sociale, dimensionando i nuclei abitativi alla tipologia familiare (max 6 persone, minimo 180 mq, tre camere, due servizi, possibilità di accesso a spazi verdi);
- Sviluppa forme di accoglienza etero-familiare.

I soci del privato sociale o le famiglie co-gestrici dei PTRI possono mettere a disposizione le proprie abitazioni, famiglie e reti sociali su basi motivate e volontarie.

IL PUBBLICO

- Promuove percorsi emancipativi e di sostegno all'autonomia abitativa delle persone con disabilità sociale favorendo primariamente la costituzione di habitat familiare-sociale attraverso la valorizzazione ed il sostegno attivo ai legami esistenti e al permanere delle persone all'interno delle proprie abitazioni;
- Sviluppa accordi di programma fra comuni, IACP, enti religiosi e privati al fine di reperire abitazioni e sostenere il diritto alla casa per persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario e/o anziani, partendo dalle aree dismesse o poco utilizzate;
- Sostiene le famiglie che si dotano di personale per l'accudimento di persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario attraverso la formazione ed il collegamento con i distretti sanitari;
- Promuove l'habitat sociale e svolge le attività istituzionali prevalentemente a domicilio, nei luoghi di lavoro e di socialità; allo stesso tempo, limita l'utilizzo delle istituzioni sanitarie e sociali sostitutive in assenza di Habitat familiare sociale/casa;
- Sostiene la libertà di scelta della famiglia e della persona disabile e/o anziana di poter evitare l'istituzionalizzazione;
- Considera l'ambiente come elemento fondante per la strutturazione della famiglia e dell'individuo;
- Promuove il possesso regolato della casa e di oggetti propri come fondativi e di accesso allo scambio interumano; la bellezza dell'ambiente come testimonianza riproductiva della dignità della persona;
- Dà attuazione alla Legge Nazionale 381/91 mettendo a disposizione beni immobili non strategici, sottoutilizzati o non utilizzati, al fine di creare valore aggiunto attraverso la costruzione del diritto all'habitat sociale (casa) per le persone svantaggiate;
- Sostiene la ricostituzione di habitat sociale investendo sui luoghi di riconoscimento e scambio collettivo, sulla permanenza nel proprio domicilio delle persone vulnerabili e a rischio di istituzionalizzazione e nella ricostruzione delle reti sociali e di servizi alle persone, finalizzati al mantenimento del diritto abitativo;
- Programma e promuove la formazione, la concertazione e il coordinamento delle famiglie e delle reti sociali, che forniscono habitat sociale e familiare alle persone in carico al servizio pubblico.

FORMAZIONE/LAVORO

L'obiettivo in quest'area è la formazione professionale e la pratica di una attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipative o economiche, oppure come partecipazione attiva e fruizione, in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e ad alto scambio interumano.

La "borsa di formazione-lavoro" è lo strumento propedeutico e di promozione dell'inserimento lavorativo o fruitivo ed è parte integrante del budget di salute.

Le organizzazioni del III settore e del privato imprenditoriale promuovono e attuano insieme ai Comuni, Province, ASL _____ la L. 68/99 per sviluppare i patti territoriali per la formazione-lavoro delle persone svantaggiate.

Gli obiettivi della cogestione tra l'ASL ed i cogestori in questa area vengono di seguito sommariamente individuati:

IL PRIVATO

- Ha piani d'impresa in grado di fornire formazione/lavoro per le persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario partendo dalle persone istituzionalizzate;
- Opera in un ambito municipale/comunitario e accoglie le persone in stage formativo come da Legge 68/99;
- Sostiene e realizza interventi di vocational therapy⁶⁴ e promuove le abilità necessarie a ciò nei propri operatori in modo coerente con i piani d'impresa;
- Si dota di strumenti di controllo di gestione programmatico, economico, attuativo che possano documentare le risorse ed abilità che passano dai propri piani d'impresa alle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, almeno in termini fruitivi e sviluppa questi strumenti all'interno del bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale;
- Predisporre e investe su "ambienti" prevalentemente imprenditoriali dove si realizzi l'alta fruibilità di scambi interumani e dove vengono tenute nel giusto equilibrio: la variabile economica, il sistema valoriale di rete locale, il valore del soggetto e del suo prodotto (microsistemi economico-sociali).
- Mette a frutto le risorse dislocate dal pubblico come investimento, per piani d'impresa in grado di aumentare le occasioni di inserimento formativo-lavorativo delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario e di rendere più efficienti e produttivi gli investimenti realizzati dall'ente pubblico;
- Sostiene e investe in imprese sociali di produzione e lavoro, che siano anche in grado di promuovere ed attivare processi di ri-abilitazione (imprese sociali miste o plurime), contestuali con i territori di riferimento delle persone; di piccole dimensioni, autogestite e differenziate nella produzione.

Il Pubblico

- Include la formazione lavoro nei progetti individuali delle persone con disabilità sociale in carico ai servizi pubblici, realizzando tali obiettivi attraverso i budget di salute;
- Adotta le opportune metodologie per favorire l'accesso delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario ai finanziamenti e agli sgravi fiscali previsti dalla normativa vigente;
- Ottempera a quanto previsto dalla L.N. 68/99;
- Fornisce referenti sociali e amministrativi per ogni comune al fine di costruire il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale;

⁶⁴ La "Vocational therapy" - partendo dall'assunto che avere un lavoro incrementa la capacità della persona di stare bene e non essere dipendente ed aumenta il proprio senso di scopo, di autostima e autoefficacia - è un processo che attraverso colloqui, valutazione delle capacità e prove delle abilità manuali e fisiche determina quali lavori siano più adatti per una persona. La persona è valutata, addestrata ed inserita in attività lavorative dove è più probabile essa possa riuscire ad avere gratificazione e successo.

- Promuove le attività di case management⁶⁵ e vocational therapy all'interno dei Centri Diurni in ambiti propriamente lavorativi e/o ad alta fruibilità di scambi interumani, dove vengono tenute nel giusto equilibrio: la variabile economica, il sistema valoriale di rete, il valore del soggetto (microsistemi economico sociali);
- Disloca locali, strumenti, mezzi e favorisce l'esternalizzazione delle attività/servizi non strategico-sanitarie, al fine di sostenere la crescita continua dell'impresa sociale capace di creare valore aggiunto, attraverso l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario;
- Sostiene l'attuazione alla Legge n.381/91, che prevede di dare al privato sociale convenzioni per la fornitura di beni e servizi⁶⁶ con finalità di formazione e di inserimento lavorativo delle persone in budgets di salute - progetto individuale.

SOCIALITÀ/AFFETTIVITÀ

L'obiettivo del budget di salute nell'area socialità/affettività è fornire occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali).

Devono, inoltre, essere fornite concrete risposte a bisogni minimali delle persone in budget di salute di promozione dell'avere, del possedere, della proprietà personale intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e, quindi, della contrattualità.

La promozione continua degli strumenti di democrazia, all'interno delle organizzazioni del III settore e non, devono risultare nel piano di lavoro dei progetti individuali sostenuti da budget di salute proposti. Dovranno poi risultare presenti a posteriori nei verbali di assemblea, di consiglio di amministrazione, nella costituzione di gruppi di persone in budget di salute con bisogni omogenei finalizzati; nell'organizzazione, collettiva del tempo libero, negli obiettivi formativi e di orientamento individuali e con piani, progetti ed investimenti evidenziabili.

Gli obiettivi della cogestione tra l'ASL ed i cogestori in questa area vengono di seguito sommariamente individuati:

IL PRIVATO

- Investe e sviluppa progetti di formazione in grado di valorizzare le risorse umane e relazionali dei propri lavoratori/soci/associati;

⁶⁵ Il Case management è una tipologia di gestione del percorso di presa in carico del paziente mutuato dalla realtà anglosassone e che si va sempre più diffondendo come modello organizzativo. Consiste nella presa in carico del paziente e nella sua supervisione continua dal momento della segnalazione a quello della conclusione del percorso assistenziale.

La figura professionale di riferimento è un esperto in grado di organizzare, gestire e rendere operativo un gruppo di specialisti, operatori e responsabili settoriale del caso, attivo in specifiche aree di competenza sociale e sanitaria (invecchiamento, malattie croniche, disagio mentale, handicap ed emarginazione). Tali figure esperte svolgono funzione di coordinamento degli operatori professionali che si occupano di un utente all'interno di una équipe multiprofessionale.

⁶⁶ "Gli enti pubblici, compresi quelli economici, e le società di capitali a partecipazione pubblica, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, possono stipulare convenzioni con le cooperative che svolgono le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), ovvero con analoghi organismi aventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea, per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate di cui all'articolo 4, comma 1". Art. 5, comma 1, L. 381/91.

- Ottempera ai contratti di lavoro ed investe risorse sullo sviluppo della democrazia interna e locale;
- Considera essenziale il rispetto della proprietà privata, dell'avere e del possedere;
- Promuove e partecipa alla vita sociale, culturale e sportiva del proprio territorio includendovi le persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario;
- Sviluppa iniziative di valorizzazione del patrimonio locale di beni, memoria, idee, persone, arti e mestieri, incorporandole nelle proprie azioni;
- Promuove e sostiene le organizzazioni dell'arte e della creatività, dello sport, partendo e incorporando la storia e le tradizioni locali;
- E' in grado di lavorare in rete e di promuovere le risorse del volontariato dell'associazionismo locale per la presa in carico congiunta con il servizio pubblico, delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario;
- Sostiene e garantisce la conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) individuali delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario come principali mediatori dell'affettività/socialità;
- Difende e si rende garante della proprietà privata dei propri soci con disabilità sociale e favorisce lo sviluppo della stessa;
- Mette in atto protocolli di intesa, A.T.I, convenzioni con finalità di interscambio esperienziale per le persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario e per tutti i soci/associati fra i diversi microsistemi economico sociali.

IL PUBBLICO

- Sostiene e sviluppa le abilità di relazione interumana delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario e dei diritti all'affettività/sexualità e alla sicurezza;
- Sviluppa la presa in carico e la cura della persona con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario con lo sguardo rivolto all'esercizio delle responsabilità e della socialità;
- Attiva programmi volti ad evitare che la persona con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario non sia oggetto di sfruttamento, pregiudizio ed abuso;
- Sostiene lo sviluppo dei sistemi di sicurezza sociale;
- Sostiene ed investe sull'utilizzo del tempo libero delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, per la conquista di abilità e di competenze sociali;
- Abbassa il grado di vulnerabilità e di rischio delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario sostenendo la crescita culturale della comunità di riferimento e sviluppando le reti familiari;
- Predisporre programmi di accoglienza e di cura nella crisi acuta delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario alternative al ricovero a carattere sanitario anche attraverso affidamenti temporanei e guidati a nuclei familiari e a organizzazioni del terzo settore idonee;
- Sostiene e garantisce la conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità ed in condizioni di bisogno sociosanitario, come principali mediatori dell'affettività e della socialità;

- Difende e si rende garante della proprietà privata delle persone con disabilità dotandosi di consulenza legale e patrimoniale attuando e promuovendo le leggi sull'amministrazione di sostegno in modo integrato con i comuni;
- Lavora in rete con i microsistemi economico sociali promuovendo l'interscambio esperenziale delle persone in budget di salute.

ALLEGATO B

DOMANDA E FORMULARIO PROPOSTA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI COGESTORI DEI PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI INDIVIDUALI SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale

Via

—

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
____/____/____ e residente a _____ prov. _____ CAP _____
in via/Piazza _____ n. civ. _____, in qualità di legale rappresentante
dell'organizzazione _____ forma giuridica _____ con sede
legale in _____, prov. _____ CAP _____ in via/Piazza
_____ n. civ. _____

Recapito telefonico _____ Recapito Fax _____

Email: _____;

CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco dei cogestori di progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) sostenuti mediante budget di salute.

All'uopo il/la sottoscritto/a presenta l'allegato formulario di proposta-progetto e, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

Elementi attinenti all'organizzazione

- che l'organizzazione è regolarmente costituita;
- che l'organizzazione è iscritta al Registro delle imprese di _____ al n° _____
(nel caso dei soggetti tenuti per legge);
- che l'organizzazione è regolarmente iscritta all'Albo/registro regionale/nazionale _____
(per i soggetti tenuti dalle leggi di riferimento);
- che _____ l'organizzazione _____ fa _____ parte _____ di _____
(specificare eventuale appartenenza a Consorzi, Federazioni, Gruppi o altri organismi di Coordinamento e Rappresentanza)
- che l'organizzazione è nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria, liquidazione coatta amministrativa o volontaria, e che tale condizione non si è verificata negli ultimi 5 anni
(nel caso di imprese);
- che l'organizzazione non risulta trovarsi in una delle condizioni di "difficoltà" previste dagli "Orientamenti Comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione di imprese in difficoltà" pubblicati nella GUCE C 244 del 1° ottobre 2004 ;
- che l'organizzazione opera nel pieno rispetto delle vigenti norme edilizie ed urbanistiche, sul lavoro, sulla prevenzione degli infortuni e sulla salvaguardia dell'ambiente;
- che l'organizzazione è in regola con gli obblighi assicurativi e previdenziali vigenti, nonché con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse, secondo la legislazione vigente;
- di essere in possesso delle concessioni, autorizzazioni, pareri, nulla osta ed altri atti di assenso comunque denominati necessari per l'esercizio dell'attività;
- che il sottoscritto non riveste analogo incarico di rappresentanza legale né è socio a qualsiasi titolo in altre compagnie richiedenti iscrizione/iscritte nell'elenco.

(elementi attinenti alla cogestione)

- di essere a conoscenza dei criteri ispiratori delle azioni di cogestione dei PTRI con budget di salute e di tutte le relative disposizioni attuative della metodologia;
- di accettare senza riserva gli impegni, i termini, le condizioni e le prescrizioni contenute nell'Avviso Pubblico e nelle Linee di indirizzo e strategie operative (allegato A) per la presa in carico che ne costituiscono parte integrante;
- di essere consapevole che il rapporto tra l'ASL _____ ed il cogestore si configura come un rapporto fiduciario fondato sul rispetto dei reciproci impegni;
- di essere consapevole che la cogestione di PTRI con budget di salute comporterà lo svolgimento di affari di persone che presentano difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad un funzionamento personale e relazionale soddisfacente, nell'interesse e con attività utili per gli stessi, fornendo il possesso mutuale di strumenti e servizi in grado di garantire l'accesso ai diritti all'apprendimento-espressività, alla casa-habitat sociale, al lavoro-formazione, alla socialità-affettività;

- **di essere consapevole che in qualità di cogestore amministrerà dotazioni finanziarie, assegnate a persone fruitrici, da utilizzare per coprire le spese necessarie al possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti per la realizzazione, con loro, di effettivi percorsi concordati d'inclusione, abilitazione, emancipazione e, nei casi di specie, per far acquisire alle stesse lo status di soci/associati dell'organizzazione, o di altra organizzazione alla stessa collegata; e che le dotazioni economiche fissate in relazione all'intensità dei PTRI dovranno essere gestite, nell'interesse delle persone fruitrici, con la diligenza del buon padre di famiglia ed adeguatamente rendicontate;**
- di essere consapevole che l'inserimento nell'elenco non prefigura di per sé alcun obbligo per l'ASL _____, che, inoltre, si riserva la facoltà di modificare o revocare, in qualsiasi momento, l'Avviso Pubblico cui si sta partecipando;
- **di non operare in cogestione oltre l'ammontare di 200 mila Euro/anno solare;**
- che tutti i dati e le informazioni contenute nel presente modulo e nel Formulario di proposta-progetto allegato sono corrispondenti al vero;
- la conformità tra la versione informatica della domanda e del Formulario di proposta-progetto con la versione cartacea degli stessi.

Inoltre, in caso di ammissione dell'elenco

SI IMPEGNA

- ad avviare la proposta-progetto, allegata alla presente, dalla data di comunicazione d'inserimento nell'elenco;
- a realizzare l'iniziativa secondo i contenuti, le modalità ed i tempi previsti nel Formulario di proposta-progetto;
- ad investire le proprie risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche, di competenza e quelle derivanti dall'amministrazione dei budget di salute nel sostegno, ricostruzione e valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di salute, riabilitazione e cura;
- a promuovere l'associazione alla propria compagine delle persone in PTRI e le loro famiglie ed a promuoverne l'attiva partecipazione alla vita dell'organizzazione;
- a costituire e/o implementare cooperative sociali, cogestori o che vogliano divenire cogestori, delle quali le persone in PTRI con budget di salute diventeranno soci/associati;
- a redigere annualmente un bilancio sociale di tutte le propria attività;
- **ad apportare mezzi propri in misura non inferiore, in valore nominale, al 50% degli investimenti in budget di salute amministrati;**
- a farsi affiancare e supportare dall'ASL _____, o da altro organismo da essa incaricato, nello sviluppo della propria proposta progetto d'investimento in Welfare di comunità e nell'attuazione degli impegni derivanti dall'adesione e partecipazione all' Avviso Pubblico cui si sta partecipando.
- a non apportare variazioni o modifiche ai contenuti dell'iniziativa della proposta-progetto senza la preventiva autorizzazione dell'ASL _____;
- a comunicare tempestivamente all'ASL _____ l'eventuale decisione di rinunciare alla cogestione totale o parziale di PTRI, comunque consapevole che ciò non potrà far derogare dai necessari impegni assunti;
- a restituire la dotazione finanziaria impropriamente ricevuta, gravata degli interessi e penalità di legge, in caso di inadempienza rispetto agli impegni assunti o di mancata esecuzione nei tempi e modi previsti delle attività inserite nella proposta-progetto e nei PTRI cogestiti;
- a conservare, a disposizione dell'ASL _____, per un periodo di 5 anni, a decorrere dalla data dell'atto di completamento dei PTRI cogestiti, i titoli di spesa originali utilizzati per la rendicontazione delle spese degli stessi;

- a consentire verifiche, controlli ed accompagnamenti di operatori individuati dall'ASL _____, o di altri soggetti incaricati dalla stessa, per il periodo di cogestione dei PTRI;
- a riconoscere l'esistenza di danno nei confronti dell'ASL _____, che pertanto è legittimata ad esercitare la relativa azione, nel caso di inerzia totale e/o parziale del cogestore nell'attuazione dei PTRI o di altre inadempienze.

AUTORIZZA

- fin da ora l'ASL _____, ed ogni altro soggetto da quest'ultima formalmente delegato, ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dagli stessi ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale inserimento nell'elenco dei cogestori anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dall'avviso pubblico;
- l'inserimento, l'elaborazione e la comunicazione a terzi delle informazioni contenute nella presente domanda e nei relativi allegati, con riferimento alle disposizioni del d.lgs.196/2003.

ALLEGA

- formulario di proposta-progetto
- copia dello statuto o atto costitutivo
- copia libro soci/associati
- certificato iscrizione CCIIAA con vigenza e dicitura antimafia (*per i soggetti tenuti all'iscrizione*)
- autocertificazione circa la composizione degli organi sociali, l'organico attuale e le caratteristiche professionali degli operatori
- copia documentazione di assolvimento degli obblighi assicurativi e previdenziali
- copia dell'ultimo bilancio approvato
- copia iscrizione albi regionali/nazionali
- altri documenti ritenuti idonei alla valutazione della propria domanda: _____

Data/...../.....

Timbro e firma ⁽¹⁾

.....

⁽¹⁾ Ai sensi dell'articolo 38 - comma 3 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, l'autentica delle firme in calce alla dichiarazione-domanda ovvero ad ogni altro documento che la preveda, potrà, oltre che nelle consuete forme, essere effettuata allegando la fotocopia di un valido documento di identità del firmatario.

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal dlgs.196/2003 sulla tutela dei dati personali, l'ASL _____ si impegna ad utilizzare i dati di cui alla presente dichiarazione-domanda esclusivamente per la gestione dei rapporti con il cogestore e per le attività inerenti e/o connesse ai progetti terapeutico-riabilitativi individuali ed alla promozione di welfare comunitario. A tal fine, con la sottoscrizione della presente, l'organizzazione formula il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo sopracitato nei soli limiti sopra specificati. I responsabili del trattamento dei dati personali sono individuati nell'ASL _____, nei confronti dei quali il soggetto interessato può esercitare tutti i diritti previsti dal dlgs.196/2003.

FORMULARIO DI PROPOSTA-PROGETTO

Nome compagine	
Forma giuridica (riferimenti legislativi)	
Sede legale <i>(comune ed indirizzo)</i>	
Sede operativa principale <i>(comune ed indirizzo)</i>	
Recapito telefonico <i>(per le comunicazioni di servizio)</i>	
Recapito Fax <i>(per le comunicazioni di servizio)</i>	
E-mail <i>(per le comunicazioni di servizio)</i>	

COMPOSIZIONE SOCIALE	NUMERO
Soci o associati	
Personale impiegato	
Volontari	
<i>IN PARTICOLARE, PER LE COOPERATIVE SOCIALI</i>	
Soci persone svantaggiate (art. 4 L. 381/91)	
Soci fruitori	
Soci volontari	
Soci sovventori	
Lavoratori persone svantaggiate assunti (art. 4 L. 381/91)	

**AREE AD INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA PRIORITARIE NELLE QUALI SI DICHIARA LA
POSSIBILITÀ DI COGESTIRE PTRI**

	AREA	INTENSITÀ*	N°
	MATERNO INFANTILE	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	
	ANZIANI	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	
	DISABILITÀ	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	
	PATOLOGIE PSICHIATRICHE	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	
	DIPENDENZA DA DROGA, ALCOOL E FARMACI	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	
	PATOLOGIE PER INFEZIONE DA HIV	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	
	PATOLOGIE IN FASE TERMINALE	ALTA	
		MEDIA	
		BASSA	

*Non vengono qui riportati i PTRI ad Elevata Intensità

AREE/DIRITTI (Barrare le aree prioritarie in cui dichiara la possibilità di operare)	
Apprendimento – espressività	
Casa – habitat sociale	
Lavoro – formazione	
Socialità – affettività	

TERRITORIO INDIVIDUATO IN CUI SI DIHIARA LA POSSIBILITÀ DI INVESTIRE

Distretto sanitario	Comune

Da compilare per ogni singolo comune (se necessario, fotocopiare la modulistica per il numero di comuni appropriato)

ANALISI TERRITORIALE PER OGNI SINGOLO DISTRETTO SANITARIO DEL TERRITORIO INDIVIDUATO	
DISTRETTO SANITARIO	
PROBLEMI/BISOGNI PIÙ RILEVANTI DI ESCLUSIONE SOCIALE PRESENTI E SUI QUALI S'INTENDE OPERARE	
ATTESE DI SVILUPPO SOCIO-ECONOMICO LOCALE	
PROGRAMMA DETTAGLIATO DELLE ATTIVITÀ PER LE QUALI SI DICHIARA LA POSSIBILITÀ DI RELAZIONE <i>(per ogni singolo distretto sanitario)</i>	
RISORSE UMANE, PROFESSIONALI NECESSARIE	

TEMPISTICA (CRONOGRAMMA SU BASE TRIENNALE)	
PERCENTUALE DI PROPRI INVESTIMENTI (SPECIFICARE)	
STRATEGIE DI INTERVENTO TERRITORIALE SU OGNI SINGOLO DISTRETTO SANITARIO <i>(con particolare riferimento alle reti informali ed al progresso locale socio-economico, indicando in particolare come s'intende promuovere la cultura, la valorizzazione e lo sviluppo di reti informali, il coinvolgimento e lo sviluppo di quelle familiari e sociali, come sostegno alla capacità di fruizione, di scambio affettivo ed economico, di aumento della capacità sociale delle persone in budget di salute)</i>	

ASPETTI INNOVATIVI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

BORSE DI FORMAZIONE/LAVORO PER LE QUALI SI DICHIARA LA POSSIBILITÀ DI ATTIVAZIONE	
NUMERO	
CARATTERISTICHE QUALITATIVE (<i>tipologia lavorativa e ambienti di lavoro</i>)	

INSERIMENTO OCCUPAZIONALE DI PERSONE IN PTRI PER LE QUALI SI DICHIARA LA POSSIBILITÀ DI ATTIVAZIONE (ANCHE ATTRAVERSO RAPPORTI FORMALIZZATI DI COLLABORAZIONE CON ENTI PROFIT)	
NUMERO	
CARATTERISTICHE QUALITATIVE (<i>tipologia lavorativa e ambienti di lavoro</i>)	

STRUMENTI E SISTEMI DI VALUTAZIONE	
INDICAZIONE DEGLI STRUMENTI PER MISURARE LA QUALITÀ E LA RIUSCITA DEGLI INTERVENTI	
INDICAZIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI D'EFFICIENZA, EFFICACIA, QUALITÀ E PREMIALITÀ	



**DESCRIZIONE DELLE INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PER IL PERSONALE
INDICARE: A) INIZIATIVE REALIZZATE; B) INIZIATIVE PROGRAMMATE**

**PERCENTUALE D'INVESTIMENTO DELLA COMPAGINE
NELLA FORMAZIONE/INNOVAZIONE/RICERCA**

DOCUMENTAZIONE ESPERIENZE PREGRESSE (ALMENO SEI MESI)

(servizi, attività, iniziative analoghi a quelli oggetto de presente avviso)

AZIONI / INVESTIMENTI INTRAPRESI SUI PROCESSI DI DEISTITUZIONALIZZAZIONE E SULLA PREVENZIONE DELLA ISTITUZIONALIZZAZIONE

(riferite alle are ad integrazione sociosanitaria, a luoghi specifici, alle municipalità e alle famiglie coinvolte)

INDICAZIONE E DESCRIZIONE DELLE CASE MESSE A DISPOSIZIONE DELLE PERSONE IN PTRI
(allegare planimetria di ciascun immobile)

STRUMENTI ED INIZIATIVE PER AUMENTARE LA QUALITÀ DELL'HABITAT SOCIALE DI PERSONE IN PTRI

(per le persone che già possiedono una casa)

INDICAZIONE SUI COLLEGAMENTI CON ALTRI ATTORI LOCALI



Allegato C

VALUTAZIONE DI MERITO DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

La valutazione di merito verrà effettuata dalla commissione assegnando a ciascuna proposta progettuale un punteggio calcolato applicando i criteri di valutazione di seguito descritti. Saranno ritenuti idonei alla cogestione i soggetti le cui proposte-progetto abbiano raggiunto un punteggio maggiore o uguale a 10 punti.

CRITERIO	OBIETTIVO	PARAMETRI DI VALUTAZIONE	SCAGLIONE DI PUNTEGGIO	PUNTI
COERENZA DELL'INIZIATIVA CON LE STRATEGIE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI	Favorire la conoscenza territoriale e le iniziative che consentono di promuovere welfare di comunità locale	Grado di coerenza dell'iniziativa con i problemi-bisogni evidenziati nei documenti di programmazione territoriale (PAT, PdZ) e le attese di sviluppo socio-economico locale	Ottimo	3
			Buono	2
			Sufficiente	1
			Assente	Non ammissibile
MESSA A DISPOSIZIONE DI CASE PER PERSONE IN PTRI ED INIZIATIVE E STRUMENTI PER AUMENTARE LA QUALITÀ DELL'HABITAT PER PERSONE IN PTRI CON CASA	Favorire le proposte che mettono a disposizione case adeguate per persone in PTRI e strumenti ed iniziative per migliorare la qualità dell'habitat per persone in PTRI che hanno casa	Caratteristiche delle case messe a disposizione e delle iniziative e strumenti di miglioramento dell'habitat riportati nell'Allegato A (Obiettivi e azioni di cogestione dei PTRI attuati mediante BdS), Area Casa/Habitat sociale	Ottimo	3
			Buono	2
			Sufficiente	1
			Elemento assente	Non ammissibile (per chi sceglie Casa/habitat)
MESSA A DISPOSIZIONE DI BORSE E CONTRATTI DI LAVORO PER PERSONE IN PTRI	Favorire le proposte che mettono a disposizione borse e contratti di lavoro per persone in PTRI	N° e caratteristiche delle borse e/o contratti di lavoro messi a disposizione delle persone in PTRI	Ottimo	3
			Buono	2
			Sufficiente	1
			Elemento assente	Non ammissibile (per chi sceglie Formazione/Lavoro)
MESSA A DISPOSIZIONE DI PROGRAMMI E ATTIVITÀ EDUCATIVE E DI APPRENDIMENTO (DI BASE, SCOLASTICO, TECNICO-PROFESSIONALE, CULTURALE) NEL TERRITORIO PER PERSONE IN PTRI	Favorire l'apprendimento di abilità prima non possedute e/o lo sviluppo delle stesse	Caratteristiche delle risorse messe a disposizione riportate nell'Allegato A (Obiettivi e azioni di cogestione dei PTRI attuati mediante BdS), Area Apprendimento/ Espressività, con preferenza per quelle inserite in reti territoriali formalizzate (prot. intesa ecc.)	Ottimo	3
			Buono	2
			Sufficiente	1
			Elemento assente	Non ammissibile (per chi sceglie Apprendimento / Espressività)
MESSA A DISPOSIZIONE DI RISORSE, SPAZIE E CENTRI DI AGGREGAZIONE ED INCLUSIONE SOCIALE NEL TERRITORIO PER PERSONE IN PTRI	Favorire lo sviluppo nel territorio di attività formative e culturali strutturate e non, finalizzate alla ricostruzione della contrattualità sociale delle persone in PTRI	Caratteristiche delle risorse messe a disposizione riportate nell'Allegato A (Obiettivi e azioni di cogestione dei PTRI attuati mediante BdS), Area Socialità / Affettività, con preferenza per quelle inserite in reti territoriali formalizzate (prot. intesa ecc.)	Ottimo	3
			Buono	2
			Sufficiente	1
			Elemento assente	Non ammissibile (per chi sceglie Socializzazione /Affettività)
PARTECIPAZIONE FINANZIARIA DEL COGESTORE	Assicurare l'efficienza e l'efficacia degli interventi	Valore aggiunto conferito dal cogestore con risorse proprie in % rispetto ai PTRI / BdS che si è indicato di poter cogestire	Più del 20%	3
			11% - 19 %	2
			Fino al 10%	1
			Elemento Assente	Non ammissibile
MESSA A DISPOSIZIONE DI	Assicurare l'efficienza e	Componenti della compagine	Ottimo	3

RISORSE UMANE QUALIFICATE	l'efficacia degli interventi	con documentate esperienze e formazione nelle aree di attività inerenti la proposta progettuale	Buone	2
			Sufficiente	1
			<i>Elemento Assente</i>	Non ammissibile
PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI SVILUPPO E SOSTEGNO AL WELFARE DI COMUNITA' IN ALTRE REALTA' TERRITORIALI, COMPRESI I PVS	Costruzione di reti per lo sviluppo e il sostegno al welfare di comunità	Presenza/assenza nell'ultimo esercizio finanziario di investimenti per lo sviluppo e il sostegno al welfare di comunità in altre realtà territoriali, compresi i PVS.	Presente	1
			Assente	0
PARTECIPAZIONE A RETI CONSORTILI / FEDERATIVE DI COORDINAMENTO E RAPPRESENTANZA	Costruzione di reti con altri soggetti del terzo settore	Presenza/assenza di adesione a strutture organizzative consortili / federative di coordinamento e rappresentanza.	Presente	1
			Assente	0
COINVOLGIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	Sviluppare la presenza del volontariato nella rete territoriale del III settore	Presenza/Assenza di rapporti formalizzati con associazioni di volontariato	Presente	3
			Assente	0
COINVOLGIMENTO DI PICCOLE E MEDIE IMPRESE PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO	Stipula di accordi per l'inserimento lavorativo degli utenti in PTRI	Presenza/assenza di accordi formali con imprese piccole e medie per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate	Presente	3
			Assente	0
INNOVATIVITÀ DEL PROGETTO E/O DELLA FORMULA PROPOSTA	Favorire la progettazione di interventi innovativi	Presenza/Assenza di aspetti innovativi nel progetto e/o nella formula proposta	Presente	1
			Assente	0
MESSA A DISPOSIZIONE DI BENI CONFISCATI EX L. 109	Favorire le sinergie con le azioni di sviluppo della legalità	Presenza/Assenza di beni confiscati messi a disposizione	Presente	1
			Assente	0
PRESENZA DI ATTIVITÀ SPECIFICAMENTE DESTINATE A DETENUTI, DETENUTI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE, PERSONE CON INFEZIONE DA HIV, MIGRANTI	Valorizzare gli interventi a favore di utenze particolarmente deboli	Presenza/Assenza	Presente	1
			Assente	0
REALIZZAZIONE O POTENZIAMENTO DI RETI INFORMALI FINALIZZATE ALLA CRESCITA SOCIO-ECONOMICA LOCALE	Favorire lo sviluppo di reti socio-economiche informali locali	Presenza/Assenza azioni e/o risorse specificamente mirate allo sviluppo di reti socio-economiche informali locali	Presente	1
			Assente	0

ALLEGATO D

SCHEMA DI RIFERIMENTO PER LA DEFINIZIONE DEL REGOLAMENTO NORMATIVO CONTRATTUALE PER IL RAPPORTO FRA I COGESTORI ED LE PERSONE IN PTRI

PREMESSA

Le parti dichiarano di conoscere e di condividere i criteri ispiratori delle azioni di cogestione dei PTRI con budget di salute e di tutte le relative disposizioni attuative della metodologia.

Il cogestore è consapevole che il rapporto tra l'ASL _____ ed il cogestore si configura come un rapporto fiduciario fondato sul rispetto dei reciproci impegni.

Il _____ progetto _____ terapeutico-riabilitativo _____ individuale (PTRI) di _____ allegato al presente documento è parte integrante e sostanziale dello stesso.

ART. 1 – CARATTERISTICHE DEL REGOLAMENTO NORMATIVO CONTRATTUALE

Il presente regolamento definisce i soggetti coinvolti, gli obiettivi, la metodologia, i servizi/strumenti di fruizione, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica del contratto atipico di natura privatistica, mediante il quale una persona che abbia difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad una integrazione sociale soddisfacente, dietro corrispettivo del trasferimento di una dotazione economica, ottiene da parte del cogestore il possesso mutuale di una serie di strumenti e di servizi in grado di garantirgli l'accesso ai diritti all'apprendimento, alla casa, al lavoro, alla socialità e l'acquisizione dello status di socio/associato dell'organizzazione cogestrice, o di altra organizzazione ad essa collegata⁶⁷.

Il possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti dal seguente regolamento ha come obiettivo la progettazione e la realizzazione di effettivi percorsi di inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice del PTRI.

ART. 2 – DOTAZIONE ECONOMICA ED EVENTUALE COMPARTICIPAZIONE

L'intensità dell'allegato PTRI è:

bassa media alta

La durata va dal _____ al _____

L'impegno economico complessivo è pari a € _____ (di cui € _____ a carico ASL ed € _____ a carico del comune di residenza, ai sensi del DPCM 29/11/01, all 1C, fatte salve le quote anticipate dagli Ambiti Territoriali secondo quanto previsto in sede di Accordi di Programma).

La dotazione economica, assegnata alla persona in PTRI e nell'interesse della stessa, dovrà essere gestita dal cogestore con la diligenza del buon padre di famiglia ed essere adeguatamente rendicontata.

⁶⁷

La partecipazione attiva nella compagine sociale è finalizzata ad evitare l'istaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la reistituzionalizzazione; il contratto, pertanto, deve mettere le persone in PTRI nelle condizioni di essere soci/associato a pieno titolo dell'organizzazione cogestrice, nei casi di specie, con diritti e responsabilità uguali.

L'ASL _____ si riserva la possibilità di definire schemi ed orientamenti per rendere appropriata la redazione della rendicontazione del cogestore.

La dotazione economica dovrà essere utilizzata come garanzia della permanenza in ambienti familiari⁶⁸, del possesso dell'habitat, dell'impresa, della fruizione dei servizi e dei processi di apprendimento.

L'eventuale compartecipazione alla spesa da parte della persona in PTRI è definita dalle norme e regolamenti vigenti e potrà essere corrisposta dalla persona-utente, o dal civilmente obbligato.

Fermo restando la volontà del singolo e la sua motivazione, il Servizio Pubblico sostiene e ricerca il consenso informato e consapevole della persona che accede al presente contratto.

ART. 3 - SOGGETTI COINVOLTI

Soggetti coinvolti:

persona in PTRI

Cogestori

famiglia della persona in PTRI, se presente

*Servizi pubblici dell'ASL
(Distretti, DSM, SerT, Servizi per l'Handicap, ADI, Servizi Anziani, Servizi Materno-Infantili, ecc.)
Servizi pubblici del Comune*

Eventuali altri servizi pubblici

tutore - curatore provvisorio, nei casi previsti dalla legge

amministratore di sostegno, nei casi previsti dalla legge

giudice tutelare, nei casi previsti dalla legge

ART. 4 - OBIETTIVI DEL REGOLAMENTO NORMATIVO CONTRATTUALE

Gli obiettivi del percorso terapeutico riabilitativi della persona-utente sono indicati nell'allegato PTRI.

⁶⁸ Per famiglia s'intende un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune (anche se non sono ancora iscritte nell'anagrafe della popolazione residente del comune medesimo). Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona. L'assente temporaneo non cessa di appartenere alla propria famiglia sia che si trovi presso altro alloggio (o convivenza) dello stesso comune, sia che si trovi in un altro comune.

Gli obiettivi generali, comunque, si delineano in funzione dei bisogni/risorse della persona, e si concretizzano nell'offerta da parte del cogestore:

- (*apprendimento/espressività*): di occasioni di apprendimento, applicazione e sviluppo delle conoscenze acquisite, in maniera strutturata e non strutturata; oppure, nel caso fosse necessario, d'interventi di apprendimento di base, di esperienze sensoriali intenzionali e di cura del sé;
- (*casa/habitat sociale*) di abitazione in proprietà mutuale, divisa o indivisa, in usufrutto, e/o in affitto, con contratto nominale, all'interno di una rete qualitativa di habitat sociale; oppure, nel caso di persona già proprietaria di casa, di strumenti e iniziative per aumentare la qualità dell'habitat sociale della persona;
- (*lavoro/formazione*) di partecipazione diretta all'impresa da parte della persona (in qualità di socio/associato dell'organizzazione, o di altra organizzazione collegata alla stessa) secondo le proprie possibilità; o, comunque, di agire all'interno di ambienti operosi, di scambio reale ed innervati da specifici piani d'impresa;
- (*socialità/affettività*) di reti sociali, culturali, affettive e di autoaiuto orientate all'avere, al possedere ed alla proprietà privata.

L'obiettivo è di promuovere e sostenere l'effettiva accessibilità alle quattro aree/diritti attraverso il recupero di contrattualità alla persona in PTRI, che questi diritti e questa contrattualità hanno a rischio o perduto, negata e/o sottratta⁶⁹.

La dotazione economica, che l'ente eroga per ogni progetto riabilitativo individualizzato e per un tempo definito, deve essere utilizzata, anche, per sostenere l'auto organizzazione imprenditoriale del socio/associato del cogestore.

Gli obiettivi tecnico organizzativi sono:

- realizzare il massimo coinvolgimento delle persone nella scelta dell'ambiente e del progetto di vita;
- promuovere la nascita di ambiti di socialità fortemente aderenti ai mondi reali e vitali e collegati in rete al progresso e sviluppo locale di microsistemi economico-sociali;
- superare modelli meramente assistenzialistici ed escludenti, in risposta ai bisogni della persona, attingendo a metodi imprenditoriali ed attivatori di risorse e di progresso e sviluppo locale alternativo;
- realizzare una rete di risposte territoriali comunitarie ai bisogni della persona con partecipazione diretta delle persone stesse e del nucleo familiare;
- promuovere, investire e sostenere forme di welfare familiare/comunitario, attraverso il ripristino e/o l'attivazione di legami solidali, condivisi e di auto-aiuto.

ART. 5 – METODOLOGIA

Le parti dichiarano che le fasi sotto elencate, hanno portato alla sottoscrizione del presente documento e caratterizzeranno le successive azioni:

⁶⁹ Ogni contratto dovrà contenere i citati diritti almeno in termini di fruibilità, per arrivare a restituire il massimo di protagonismo e la maggior identità possibile alle persone, attraverso il sostegno e la promozione della loro capacità di scelta.

- a. segnalazione formale del soggetto con disabilità, da parte dei Servizi sopra citati o da parte dei privati, coinvolgendo i servizi di riferimento che operano la valutazione, mediante l'applicazione dell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (I.C.F.), opportunamente integrato con almeno 1 strumento specifico per area di integrazione sociosanitaria (es.: salute mentale: HoNOS, versione italiana; anziani: VALGRAF, modificata; ecc.);
- b. incontro di conoscenza reciproca, con individuazione da parte del cogestore delle concrete risorse per l'accoglienza ed il sostegno della persona-utente;
- c. costruzione del Progetto individuale;
- d. individuazione dell'entità del corrispettivo giornaliero e/o delle abilità presenti o da acquisire che la persona erogherà in funzione dei propri bisogni – risorse e dell'eventuale partecipazione di terzi (i soggetti sopra citati) al contratto dal punto di vista economico;
- e. analisi della possibilità della persona di conferire somme di danaro o altri beni al cogestore, avendo garanzia contrattuale che tale atto, qualificandola come socio/associato, si delinea come anticipo per la fruizione dei futuri servizi e strumenti di accesso dei diritti citati per un periodo predefinito di tempo;
- f. proposta; accettazione del contratto⁷⁰;
- g. esercizio, fruitivo e responsabile, del possesso e delle attività;
- h. iscrizione del soggetto su richiesta scritta, al libro dei soci/associati del cogestore;
- i. valutazione e autovalutazione semestrale a cura del cogestore e del Servizio Pubblico sui criteri concordati.

ART. 6 – SERVIZI-STRUMENTI

I Servizi-strumenti si sostanziano in attività che comprendono il soddisfacimento delle necessità fondamentali del soggetto, la fruizione di opportunità sociali, relazionali, culturali e affettivi, il possesso mutuale dei mezzi di riproduzione abitativa – formativa – lavorativa – sociale in modo commisurato alla possibilità e responsabilità del soggetto.

I servizi sono personalizzati, a carattere continuativo, comprensivi del mantenimento, della convivenza e della presa in carico, materiale e responsabile, della persona in PTRI. Essi sono erogati direttamente dal cogestore alla persona, coinvolgendola attivamente, salva la possibilità di costituire o di avvalersi di altri cogestori.

Il cogestore deve svolgere le proprie attività cooperando e coordinandosi con i Servizi pubblici.

Il passaggio da PTRI a prevalenza sanitaria a rilevanza sociale a PTRI a prevalenza sociale a rilevanza sanitaria ed i relativi tempi di permanenza e/o di rinnovo sono definiti dalla specifica Unità di Valutazione Integrata.

ART. 7 – FONTI NORMATIVE E DOCUMENTALI DI RIFERIMENTO

⁷⁰ Tale atto viene sottoscritto dalla singola persona, o da un eventuale parente (fino al quarto grado di parentela), in mancanza di questi, dal sindaco del comune di sua abituale dimora, su proposta dei servizi sociali del comunali.

Qualora la persona sia interdetta o inabilitata, la sottoscrizione viene effettuata dal tutore o dal curatore con le modalità previste dalla legge o dall'amministratore di sostegno, se presente. Inoltre se la persona è in carico ai servizi sociali del comune e/o ai servizi socio sanitari dell'ASL, l'atto viene sottoscritto anche dal responsabile del servizio.

Le leggi ed i documenti di riferimento riguardano la *negotiorum gestio*, ai sensi dell'art. 2028⁷¹ e succ.⁷² C.C., l'art. 354⁷³ C.C., l'art. 361⁷⁴ C.C., l'art. 428⁷⁵ C.C., L. n°6/04, le disposizioni dell'Avviso Pubblico e la documentazione relativa al progetto terapeutico riabilitativo individuale.

ART. 8 – MODALITÀ DI VERIFICA

L'attività di monitoraggio e verifica sarà effettuata in maniera sistematica ad intervalli temporali predefiniti o sulla base di situazioni critiche emergenti, a cura dell'UVI, utilizzando strumenti di valutazione multidimensionali dell'autonomia e dell'autosufficienza (ICF), strumenti specifici per area sociosanitaria (es.: salute mentale: HoNOS, versione italiana) nonchè della Qualità Percepita. A tale fine, il cogestore collabora con il Servizio Pubblico e con le Istituzioni preposte (giudice tutelare, giudice minorile ecc.).

Assume carattere rilevante, ai fini del presente regolamento, la valutazione dei livelli di autosufficienza della persona.

⁷¹ Art. 2028 Obbligo di continuare la gestione - *Chi, senza esservi obbligato, assume scientemente la gestione di un affare altrui, è tenuto a continuarla e a condurla a termine finché l'interessato non sia in grado di provvedervi da se stesso.*

L'obbligo di continuare la gestione sussiste anche se l'interessato muore prima che l'affare sia terminato, finché l'erede possa provvedere direttamente.

⁷² Art. 2029. Capacità del gestore - *Il gestore deve avere la capacità di contrattare (1425).*

Art. 2030 Obbligazioni del gestore - *Il gestore è soggetto alle stesse obbligazioni che deriverebbero da un mandato (1703 e seguenti).*

Tuttavia il giudice, in considerazione delle circostanze che hanno indotto il gestore ad assumere la gestione, può moderare il risarcimento dei danni ai quali questi sarebbe tenuto per effetto della sua colpa (1223 e seguenti).

Art. 2031 Obblighi dell'interessato - *Qualora la gestione sia stata utilmente iniziata, l'interessato deve adempiere le obbligazioni che il gestore ha assunte in nome di lui, deve tenere indenne il gestore di quelle assunte dal medesimo in nome proprio e rimborsargli tutte le spese necessarie o utili con gli interessi (1284) dal giorno in cui le spese stesse sono state fatte.*

Questa disposizione non si applica agli atti di gestione eseguiti contro il divieto dell'interessato, eccetto che tale divieto sia contrario alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

Art. 2032 Ratifica dell'interessato - *La ratifica (1339) dell'interessato produce, relativamente alla gestione, gli effetti che sarebbero derivati da un mandato (1703 e seguenti), anche se la gestione è stata compiuta da persona che credeva di gestire un affare proprio.*

⁷³ Art. 354 (Tutela affidata a enti di assistenza) - *La tutela dei minori, che non hanno nel luogo del loro domicilio parenti conosciuti o capaci di esercitare l'ufficio di tutore, può essere deferita dal giudice tutelare a un ente di assistenza nel comune dove ha domicilio il minore o all'ospizio in cui questi è ricoverato (402). L'amministrazione dell'ente o dell'ospizio delega uno dei propri membri a esercitare le funzioni di tutela (355-2).*

E' tuttavia in facoltà del giudice tutelare di nominare un tutore al minore quando la natura o l'entità dei beni o altre circostanze lo richiedono.

⁷⁴ Art. 361 Provvedimenti urgenti - *Prima che il tutore o il protutore abbia assunto le proprie funzioni, spetta al giudice tutelare di dare, sia d'ufficio sia su richiesta del pubblico ministero, di un parente o di un affine del minore, i provvedimenti urgenti che possono occorrere per la cura del minore o per conservare e amministrare il patrimonio. Il giudice può procedere, occorrendo, all'apposizione dei sigilli (Cod. Proc. Civ. 752 e seguenti), nonostante qualsiasi dispensa.*

⁷⁵ Art. 428 Atti compiuti da persona incapace d'intendere o di volere - *Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore (1425 e seguenti).*

L'annullamento dei contratti non può essere pronunziato se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace d'intendere o di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente (1425).

L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto (2953).

Resta salva ogni diversa disposizione di legge (120, 591, 775,1195; att. 130).

Sulla base di tale valutazione potrà realizzarsi una rimodulazione/estensione del contratto: i caratteri di tale rimodulazione/estensione riguardano il programma integrato, che dovrà essere riformulato dal Servizio di pertinenza e dall'UVI (Unità di Valutazione integrata), con contestuale ridefinizione delle risorse impiegate e volte alla permanenza della persona in PTRI nel suo possesso acquisito (apprendimento / espressività, casa / habitat sociale, formazione / lavoro, socialità / affettività).

La rilevazione di un peggioramento del grado di autosufficienza della persona in PTRI, comportando un aggravio degli oneri a carico dello stesso, darà diritto al cogestore di rimodulare l'offerta contrattuale, salva la rescissione da parte degli aventi causa.

L'ASL _____, direttamente o/e attraverso altro soggetto da quest'ultima formalmente delegato, può effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative ritenute necessarie, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti, per la verifica dei risultati dei PTRI.

ART. 9 – RESPONSABILITÀ ED INADEMPIENZE

L'ASL _____ e il Comune sono esonerati da ogni responsabilità per danni a persone o cose, infortuni o altro che dovessero verificarsi nella gestione del PTRI, non agli stessi direttamente imputabili.

Le parti riconoscono l'esistenza di danno nei confronti della persona in PTRI, nel caso d'inerzia totale e/o parziale o di altre inadempienze del cogestore o degli operatori pubblici tenuti all'attuazione del PTRI, legittimando, pertanto, l'esercizio delle relative azioni legali da parte della persona-utente, del civilmente obbligato, dei Servizi pubblici e/o di quanti ne abbiano legittimo interesse.

Qualora gli obiettivi del PTRI non vengano raggiunti, L'ASL _____, o chiunque ne abbia un legittimo interesse, può esperire, in via accessoria, l'azione generale di indebito arricchimento, di cui all'art. 2041 C.C., nei confronti degli aventi causa e di quanti erano tenuti ad adempiere.

Le parti sono tenute alle disposizioni del D. Lgs.196/2003 (legge sulla privacy).
Per qualsiasi controversia inerente o derivante dal presente Contratto o dalla sua esecuzione sarà esclusivamente competente il Foro di _____

Per quanto non previsto si rinvia all'Avviso Pubblico ed alle norme del Codice Civile.

LUOGO E DATA, _____

Firma della persona in PTRI
(o del civilmente obbligato)

Firma del Responsabile preposto
dell' ASL _____

Firma del cogestore
(o rappresentante Legale del cogestore)

Firma del Responsabile preposto
del Servizio sociale del Comune

Firma di eventuali altri soggetti
partecipanti

Per espressa approvazione delle clausole disposte dagli art. 3, 4, 6, 7, 9 del presente contratto ai sensi dell'art. 1341, 2 comma del Codice Civile.

Firma della persona in PTRI
(o del civilmente obbligato)

Firma del Responsabile preposto
dell' ASL _____

Firma del cogestore
(o rappresentante Legale del cogestore)

Firma del Responsabile preposto
del Servizio sociale del Comune

Firma di eventuali altri soggetti
partecipanti
