

Decreto Presidente Regione 11 novembre 2013

Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015.

(Gazz. Uff. Reg. sic. 22 novembre 2013, n. 52)

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

Visto lo Statuto della Regione;

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

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19 e il relativo regolamento attuativo emanato con D.P.Reg. del 5 dicembre 2009, n. 12;

Visto il decreto presidenziale 18 gennaio 2013, n. 6 recante "Regolamento di attuazione del Titolo II della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19. Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali di cui al D.P.Reg. 5 dicembre 2009, n. 12 e successive modifiche ed integrazioni";

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

Visto il D.P.R.S. del 4 novembre 2002 relativo al documento "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana";

Visto il D.P. del 28 ottobre 2005 relativo al documento "Analisi, orientamento e priorità della legge 328/2000. Triennio 2004-2006";

Visto il D.P. dell'8 maggio 2006 relativo al documento "Stesura aggiornata della programmazione degli interventi di cui al documento - Analisi e orientamento legge n. 328/2000. Triennio 2004-2006";

Visto il D.P. n. 61 del 2 marzo 2009 con cui viene approvato il "Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012" e successive rimodulazioni;

Vista la nota prot. n. 3056 dell'8 agosto 2013, con la quale l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro trasmette al Presidente della Regione il documento relativo all'approvazione delle "Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015" per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali esercizi finanziari 2010-2013;

Preso atto della Delib.G.R. n. 329 del 30 settembre 2013 che approva le Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015;

Su proposta dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro;

Decreta

Articolo unico

In attuazione della Delib.G.R. 30 settembre 2013, n. 329 sono approvate le "Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015" allegate al presente decreto di cui costituiscono parte integrante.

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

Allegato A

Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015

1. Premessa

A più di dieci anni dall'approvazione della legge n. 328/2000 e in vista della ridefinizione dei Piani di zona da attuare a far data dall'anno in corso, il presente documento ha l'obiettivo di consolidare l'attuale sistema di welfare regionale e di accompagnare i distretti socio sanitari nel percorso di aggiornamento del Piano di zona in linea con quanto già realizzato nei precedenti periodi di programmazione con la precisa finalità di migliorarne i risultati.

Si tratta di perfezionare il sistema di welfare locale che ha preso avvio con l'emanazione delle "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario" approvate con D.P. 4 novembre 2002 e che, oggi più di ieri, si basa sull'ottimizzazione delle risorse disponibili e sulla realizzazione di servizi/interventi che, nell'attuale momento storico, mirino a soddisfare prioritariamente i bisogni essenziali.

L'attuale crisi finanziaria sta di fatto facendo emergere in modo drammatico la fragilità di molte famiglie che si trovano ad affrontare una serie di nuovi bisogni, provocando così insicurezza negli individui e frammentazione nelle comunità locali.

Negli ultimi anni sono sempre più numerose le persone adulte che versano in situazioni di vulnerabilità e che manifestano rischi di marginalità e di esclusione sociale. Spesso tali situazioni sono riconducibili a una pluralità di condizioni di difficoltà personali e sociali o di eventi che riducono soggetti già fragili in condizioni di grave disagio, abbandono o disorientamento, che possono ulteriormente acuirsi in assenza di un sistema di relazioni ben sviluppato e in grado di fungere da rete di sicurezza per la persona.

Il crescere della "fragilità sociale", caratterizzata da destabilizzazione e precarietà, richiede l'elaborazione di strategie di intervento sociali capaci di svolgere un ruolo non solo di sostegno in situazioni di immediato bisogno, ma anche di accompagnamento, orientamento, reinserimento lavorativo e abitativo, supporto nei compiti di cura a carico della famiglia.

Così come evidenziato nel quadro definito dalla Strategia europea di Lisbona per la crescita e l'occupazione, non si può parlare di politiche economiche ed occupazionali, di partecipazione al mercato del lavoro e di crescita economica del paese, senza porre l'accento sullo sviluppo delle politiche di inclusione, coesione e protezione sociale.

Vanno in questa direzione numerosi interventi intersettoriali (P.O. FESR - P.O. FSE - FONDI FAS) che, in questi ultimi anni, hanno consentito la sperimentazione sul territorio regionale di positive ed innovative esperienze di reinserimento sociale, sebbene a volte il mancato effettivo raccordo programmatico e gestionale con le politiche sociali, abbia inciso a lungo termine sull'efficacia dei risultati prodotti.

È dunque opportuno sottolineare come in ambito regionale sia quanto mai urgente sviluppare un percorso concertato e integrato, soprattutto con il concorso garantito dalle politiche comunitarie.

In quest'ottica la sostenibilità futura di tali interventi risiede nella capacità di maggiore integrazione delle politiche attraverso una coerente progettazione degli strumenti regionali per le politiche di welfare e per il "benessere sociale".

Pienamente in linea con questa visione si pone il modello di welfare istituito nella Regione siciliana in attuazione della n. 328/2000, che propone un approccio integrato, concentrando l'attenzione sulla multidimensionalità dei bisogni sociali e sulle necessità di risposte intersettoriali da parte delle amministrazioni coinvolte.

Si conferma dunque la necessità di lavorare di più e meglio per realizzare non solo una migliore coerenza fra le diverse politiche regionali e locali della sfera sociale, ma anche una più efficace sinergia fra le misure adottate in ciascun settore per il raggiungimento di obiettivi di politica sociale condivisi.

Stante la grave situazione economica, l'obiettivo regionale, pertanto, sarà quello di perfezionare i meccanismi volti a realizzare i Piani di zona, strumento imprescindibile per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie sul territorio regionale, ad accelerare la spesa, a monitorare lo stato di attuazione dei servizi ed interventi e a sostenere le realtà virtuose.

La Regione, attraverso le politiche territoriali in ambito sociale, orienta dunque la propria azione politica alla coesione sociale, all'inclusione delle fasce deboli, alla tutela e garanzia dei diritti di cittadinanza.

Il welfare che si vuole rafforzare si fonda sul principio della centralità della persona, a cui va riconosciuta la propria globalità, unicità, irripetibilità. In questa ottica, appare strategico promuovere:

- un welfare delle famiglie, capace di intervenire a supporto nelle diverse fasi della vita, con particolare riferimento all'infanzia, alla genitorialità, alle difficoltà socioeconomiche, alla disabilità;

- un welfare che riconosce e valorizza il ruolo attivo dei soggetti del Terzo settore promuovendo la partecipazione attiva dei cittadini, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti nella programmazione regionale e territoriale.

2. La programmazione integrata

Al fine di prevenire, rimuovere o ridurre le condizioni che limitano i diritti e le opportunità, la Regione e gli enti locali realizzano un sistema integrato di interventi e servizi con il concorso dei soggetti della cooperazione sociale, dell'associazionismo di promozione sociale e del volontariato, delle II.PP.A.B. e degli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000.

Il sistema integrato ha carattere di universalità e si fonda sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, operando per assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno delle persone, della famiglia e delle formazioni sociali.

Integrare significa "fare sistema", evitare incoerenze, duplicazioni, riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta istituzionale, evitare sprechi di risorse, perseguire i principi di efficienza ed efficacia, focalizzare l'attenzione sul fruitore finale, nella cui esperienza alla fine si integrano, come stati di benessere, tutti gli apporti specifici dei servizi socio-sanitari.

L'integrazione è possibile a molti livelli e in molte forme; ne consegue che è preferibile intendere l'integrazione come un percorso, come un orientamento strategico, come una specifica cultura della formulazione e dell'implementazione delle politiche che conserva un carattere di approssimazione tendenziale ed incrementale, in altre parole come un processo socio-istituzionale sempre in divenire più che un progetto compiuto.

Ciò vorrà dire favorire a livello regionale e a "cascata" a livello locale l'integrazione sociosanitaria, ma anche l'integrazione delle politiche socio-assistenziali (nella loro accezione ristretta) con le politiche per la formazione ed il lavoro, con le politiche della casa e dei lavori pubblici, con le politiche di sviluppo regionale, con le politiche ambientali ed urbanistiche, ecc.; cogliere le interazioni e le interdipendenze tra i diversi ambiti di intervento, potrà favorire il passaggio da una visione frantumata dei bisogni e delle risposte ad una visione complessiva, coerente ed equilibrata, che integri i settori d'intervento con gli obiettivi di promozione sociale, tenendo sempre al centro delle politiche di intervento la persona portatrice di bisogni.

Il modello di governance avviato nella nostra Regione ha tenuto conto della presenza sul territorio del Terzo settore promuovendo la diffusione di una cultura partecipativa che deve continuare ad essere una risorsa reale per tutti gli attori coinvolti nelle politiche sociali.

Nella programmazione e realizzazione dei servizi appare comunque necessario tenere presente le diverse forme associative che confluiscono nell'unica denominazione "Terzo Settore", rispettando il ruolo che le normative vigenti in sede nazionale e regionale attribuiscono alle diverse configurazioni giuridiche (ciò con particolare attenzione al ruolo riconosciuto alle associazioni di volontariato così come previsto negli articoli 2, 3 e 9 della legge n. 22/94).

2.1. I Fondi strutturali e le altre risorse

La drastica riduzione delle risorse nazionali trasferite alle Regioni per l'attuazione delle politiche sociali (Fondo politiche sociali, Fondo per la non autosufficienza, Fondo famiglia, Fondo servizio civile, Fondo politiche giovanili, ecc.) e la progressiva riduzione del Fondo regionale delle autonomie locali hanno determinato nei bilanci degli enti locali una forte contrazione delle risorse finanziarie destinate alle politiche sociali, creando serie difficoltà nel garantire un'adeguata risposta alla domanda di servizi espressa dai cittadini, specie dalle fasce deboli, con la conseguenza di orientare gli interventi in un'ottica di emergenza e di obbligatorietà.

La grave situazione economica induce dunque un approccio profondamente diverso da quello proposto dalla legge n. 328/2000 che alla logica "riparatoria" sostituisce quello volto alla promozione del benessere e dell'inclusione sociale, da realizzare appunto attraverso una rete integrata di servizi, l'addizionalità delle risorse e la condivisione di responsabilità.

I distretti socio-sanitari nell'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali, nelle precedenti direttive regionali hanno avuto come impulso quello di individuare collegamenti sinergici con i nuovi strumenti di sviluppo territoriale, declinati nei documenti di programmazione regionale e nazionale, che propongono una maggiore specializzazione territoriale: il Piano integrato di sviluppo urbano e il Piano integrato di sviluppo territoriale (PISU e PIST).

Da qui la necessità di implementare, attraverso un supporto attivo degli attori del territorio, azioni in grado di garantire l'integrazione tra le politiche ordinarie e di sviluppo, promuovendo una progettazione locale coerente e in sinergia con i Fondi della politica regionale unitaria (Programma operativo regionale FSE - FESR e PAR FAS).

Al fine di accelerare e riqualificare l'utilizzo dei Fondi comunitari nelle regioni obiettivo convergenza (Calabria, Campania, Puglia e Sicilia), il Governo italiano, d'intesa con la Commissione europea, ha effettuato la riprogrammazione dei Fondi strutturali individuando tra le priorità strategiche il rafforzamento dei servizi di cura per bambini (servizi socio-educativi) e anziani (assistenza ai non autosufficienti), quali interventi per l'inclusione sociale particolarmente rilevanti in questa fase di compressione del reddito delle famiglie, nonché azioni a sostegno dei giovani, della competitività e innovazione delle imprese e delle aree di attrazione culturale.

La riprogrammazione risponde:

- all'esigenza politica che il bilancio europeo sia impiegato, ancor più in questa fase di crisi, come strumento per ridurre i divari di opportunità fra i cittadini dell'Unione in modo per essi significativo e misurabile e che l'obiettivo dell'inclusione sociale abbia priorità;
- a un impegno chiesto all'Italia dall'Unione europea e al suo indirizzo generale di porre particolare attenzione alle criticità della condizione giovanile;
- ad un confronto con le Regioni, con le parti economiche e sociali e con specifiche esperienze territoriali.

In particolar modo, con riferimento agli obiettivi di servizio del QSN, che coinvolgono direttamente l'area sociale (aumentare i servizi per l'infanzia e di cura per gli anziani per favorire la partecipazione femminile al

mercato del lavoro) la riallocazione delle risorse prevede nel PAC III per l'inclusione sociale la destinazione di complessivi 730 milioni per le 4 regioni Convergenza, di cui 400 per la prima infanzia e 330 per anziani non autosufficienti.

Per ogni ambito d'intervento il Piano di azione e coesione - PAC III ha individuato con le singole Regioni una strategia attuativa alla luce delle iniziative già avviate in ambito locale, dello scarto domanda/offerta, dei livelli di servizi attivati.

In ordine all'area anziani, le risorse mobilitate a sostegno della non autosufficienza, per la Sicilia pari ad euro 104.320.000,00, dovranno essere utilizzate per ampliare l'offerta di prestazioni socio-assistenziali, anche a completamento delle prestazioni sanitarie erogate agli stessi per l'ADI.

Tale scelta, a livello nazionale, è stata dettata dalla necessità di compensare la fortissima contrazione del FNPS e del Fondo per le non autosufficienze, indirizzando il "Piano di azione coesione" ad orientare le Regioni prevalentemente ad obiettivi riferiti alla componente sociale della spesa tenendo conto, ovviamente, alla sua integrazione con la componente sanitaria.

Al riguardo la Regione siciliana con D.D.G. n. 1018 del 21 maggio 2012 ha già emanato ai distretti specifiche direttive per l'accesso alle risorse provenienti dal FNPS destinate all'attivazione o implementazioni delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito del servizio di Assistenza domiciliare integrata, dando così un primo impulso all'attuazione delle Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari, approvato con D.P. 26 gennaio 2011.

La convergenza di risorse provenienti dal "Fondo coesione", dal "Fondo nazionale politiche sociali" e dai singoli distretti (cofinanziamento) potrà costituire un step significativo per lo sviluppo di politiche integrate.

Restando in tema di politiche integrate è importante menzionare l'attività che l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, in raccordo con l'Assessorato della salute, stanno portando avanti relativamente agli "obiettivi di servizio nell'ambito del Quadro strategico nazionale 2007/2013".

La strategia disegnata nel Piano d'azione, relativamente all'obiettivo "servizi di cura - indicatore S.06", sarà perseguita attraverso l'applicazione delle "Linee guida per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" riconoscendo al distretto socio-sanitario un ruolo centrale nella traduzione operativa degli obiettivi d'integrazione che sono stati stabiliti a livello regionale. In particolare, l'obiettivo strategico dell'integrazione del sistema delle cure domiciliari, in questa fase, sarà perseguito attraverso la realizzazione di due obiettivi operativi riguardanti rispettivamente l'attivazione dei PUA in tutti i 55 distretti socio-sanitari e la costruzione di percorsi di integrazione tra prestazioni socio-assistenziali erogate dai comuni e le prestazioni sanitarie erogate dai servizi ADI di competenza delle Aziende sanitarie.

Il primo obiettivo operativo mira a rafforzare i meccanismi di governo dell'accesso al sistema delle cure domiciliari attraverso l'integrazione delle funzioni svolte da alcuni attori del sistema (in particolare i PUA sanitari, gli sportelli sociali dei comuni, i medici di medicina generale).

Tale obiettivo sarà perseguito attraverso interventi specifici volti a:

- costruire un sistema informativo integrato e condividere la cartella socio-sanitaria informatizzata;
- integrare le funzioni svolte dai PUA sanitari con quelle degli sportelli sociali dei comuni;
- stimolare la cultura dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale attraverso un programma di formazione integrata rivolto a tutti gli operatori del sistema delle cure domiciliari.

Il secondo obiettivo operativo mira a potenziare i meccanismi di governo dell'erogazione delle prestazioni, al fine di migliorare il livello di appropriatezza delle cure ed elevare i livelli di efficienza ed economicità del sistema. Questo obiettivo sarà conseguito attraverso:

- un intervento mirato alla integrazione tra servizi e prestazioni in ADI;
- servizi e prestazioni in ADA per soggetti anziani ultra 65enni.

La scelta di implementare le prestazioni di natura socio-assistenziale nell'ambito dell'ADI è stata dettata dalla assoluta necessità di garantire una copertura adeguata ad un numero sempre crescente di anziani >65enni non autosufficienti in ADI che, negli ultimi due anni, a seguito degli investimenti effettuati dalle Aziende sanitarie per il raggiungimento del target individuato in sede nazionale, è aumentato del 300% (da 0,8% a 3,80%).

La destinazione di risorse in questa direzione mira a sostenere uno specifico fabbisogno territoriale, che in termini quantitativi è rappresentato dalla percentuale su base regionale di anziani in ADI al 31 dicembre 2012 pari al 3,80% degli anziani >65enni.

Nell'ambito dei servizi di cura, il Piano di azione e coesione e gli obiettivi di servizio del QSN ricomprendono anche i servizi rivolti alla prima infanzia 0-3 anni.

In particolare, la legge finanziaria del 2007 (n. 296/2006) all'art. 1, commi 1259 e 1260, ha previsto la definizione di un piano straordinario di intervento per lo sviluppo territoriale dei servizi socio-educativi rivolti alla fascia 0-36 mesi attraverso il potenziamento nei diversi contesti regionali di asili nido, servizi innovativi nei luoghi di lavoro, ecc. al fine di favorire il conseguimento della copertura territoriale del 33% sulla popolazione avente diritto entro il 2010, quale obiettivo fissato al Consiglio europeo di Lisbona del 2000. La dotazione finanziaria individuata a suo tempo per la Regione Sicilia, quale quota a carico dei Fondi nazionali per l'attuazione della pianificazione per i servizi socio-educativi (ASILI NIDO), è pari a circa 47 MEuro a valere sulla triennalità 2007/2009, già accreditati e disponibili sull'apposito capitolo di spesa del bilancio regionale.

Il succitato piano di intervento è stato redatto tenuto conto degli obiettivi di servizio previsti nel Quadro strategico nazionale (QSN) 2007/2013 e del meccanismo delle premialità ad essi connesso.

Il QSN per quanto riguarda l'obiettivo di servizio in questione ovvero "Aumentare i servizi di cura alla persona alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" per lo specifico servizi per l'infanzia ha individuato due indicatori S.04 "Diffusione dei servizi per l'infanzia (asili nido, micronidi, e/o altri servizi integrativi e innovativi per l'infanzia) misurata con la percentuale di comuni che hanno attivato tali servizi sul totale dei comuni della Regione" e S.05 "Presa in carico degli utenti dei servizi per l'infanzia, misurata con la percentuale dei bambini fino al compimento dei tre anni che hanno usufruito di servizi per l'infanzia (asili nido, micronidi, e/o altri servizi integrativi e innovativi per l'infanzia) sul totale della popolazione tra zero anni e fino al compimento dei tre anni"; su tali indicatori la deliberazione CIPE del 3 agosto 2007 in materia di definizione delle procedure e delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli obiettivi di servizio ha individuato i target al 2013 che avrebbero permesso, una volta raggiunti, l'accesso alle risorse premiali per ciascun indicatore. Il target afferente il primo indicatore prevede un aumento della percentuale dal 33,1% risultante dai dati ISTAT 2004 (su base 2003) al 35%, mentre quello afferente il secondo dal 6% sempre su dati ISTAT 2004 (su base 2003) al 12%. A seguito della revisione delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli "Obiettivi di servizio" e riparto delle risorse residue approvata con la delibera CIPE n. 79/2012 dell'11 luglio 2012 l'importo assegnato per la Regione siciliana per il raggiungimento dell'obiettivo per l'indicatore S.04 nonché quale somma residuale a chiusura del meccanismo stesso è pari a circa 26 MEuro, a valere sul Fondo per lo sviluppo e la coesione 2007-2013.

Sempre a rafforzamento delle politiche e delle strategie di programmazione connesse agli obiettivi di servizio sono state definite altre due intese in sede di Conferenza unificata, la n. 109/CU del 7 ottobre 2010 e la n. 24/CU del 2 febbraio 2012, con le quali sono state assegnate alla Regione siciliana risorse pari a circa 11 MEuro; inoltre è stata individuata un'apposita linea d'azione (6.3.1) nella recente rimodulazione del P.O. FESR 2007/2013 approvata con la decisione CE C (2012) 8405 del 15 novembre 2012 che prevede una copertura finanziaria di 15 MEuro, indirizzata ad interventi infrastrutturali promossi dalle amministrazioni comunali per la realizzazione, il potenziamento e l'implementazione dei servizi socio-educativi rivolti alla prima infanzia.

Il filo conduttore di queste linee di programmazione trova il suo momento di sintesi proprio nel Piano di azione e coesione (P.A.C.) all'interno del quale, come già accennato, è compreso un programma "Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti" indirizzato, oltre a progetti per l'A.D.I. (Assistenza domiciliare integrata) per soggetti anziani ultra 65enni, anche a progetti di attivazione, potenziamento e sostegno dei servizi socio-educativi per la prima infanzia. La dotazione finanziaria prevista per questa linea di intervento è pari a 400 MEuro per le quattro regioni del Mezzogiorno ricadenti nel cosiddetto "obiettivo convergenza" dell'Unione europea, dei quali 128 MEuro per la Sicilia. L'Autorità di gestione del programma nazionale, il Ministero dell'interno, ha già individuato il riparto della prima triennalità, pari a 38,4 MEuro (30% del Fondo) direttamente in favore degli ambiti, ovvero dei distretti socio sanitari, in ragione al criterio generale di riparto ovvero l'incidenza per comune e, quindi, per distretto della popolazione residente per la fascia 0-36 mesi (0-2 anni dato ISTAT rilevazione 2011).

Il provvedimento di riparto individua i criteri e le modalità di accesso ai fondi ripartiti nonché le spese ammissibili relative a sei linee di intervento così sintetizzabili:

- a) potenziamento attività servizi nido e micro nido a titolarità pubblica;
- b) integrazione con servizi privati nido e micro nido mediante convenzioni;
- c) buoni servizio (voucher) presso servizi privati o pubblici;
- d) sostegno alla gestione per il mantenimento dei livelli ordinari per servizi di nido e micro nido a titolarità pubblica;
- e) potenziamento offerta servizi integrativi per la copertura dei costi di gestione a carico dei comuni;
- f) investimenti in conto capitale per la realizzazione, l'ampliamento e l'adeguamento di nido e micro nido a titolarità pubblica.

I punti a), b), c) ed e) riguardano interventi per il potenziamento e per l'ampliamento dell'offerta attraverso servizi di nido ed integrativi; il punto f) investimenti in conto capitale su nidi pubblici e il punto d) interventi volti al sostegno della spesa pubblica ordinaria finalizzati al mantenimento dei livelli di offerta. Tali azioni sono esplicitamente indirizzate al sostegno ed al rafforzamento delle politiche di investimento e di programmazione definite o in corso di definizione sempre legate agli obiettivi originari afferenti gli indicatori di quelli di servizio, volti proprio alla riduzione delle differenze e diversità di distribuzione dei servizi nei territori e, quindi, della fruibilità degli stessi da parte dei cittadini.

Nel quadro delle politiche territoriali avviate a valere sui Fondi strutturali e riguardanti l'area sociale, particolare attenzione va posta sull'asse VI del P.O. FESR 2007/2013 - Obiettivo operativo 6.1.4 finalizzato al potenziamento della rete dei servizi di prevenzione e delle attività orientate alle situazioni di maggiore disagio nelle aree urbane ed in particolare: all'istituzione di centri unificati di informazione e accesso ai servizi, con particolare riferimento alle esigenze delle persone diversamente abili e dei cittadini extra-comunitari; agli interventi per l'accoglienza volti a contrastare situazioni di grave disagio (persone in condizioni di povertà estrema, donne vittime di violenza); agli interventi di promozione e sviluppo di reti integrate tra soggetti pubblici e privati per la prevenzione del rischio di marginalità sociale e per il miglioramento della qualità della vita, in coerenza con la normativa nazionale legge n. 328/2000 e Obiettivo specifico 6.3, finalizzato alla promozione della coesione sociale e al miglioramento delle condizioni di vita nelle aree urbane e nei quartieri a rischio.

Con riferimento al P.O. FSE 2007/2013 - Asse III "Inclusione sociale il Dipartimento famiglia e politiche sociali, nella qualità di organismo intermedio, dispone complessivamente di euro 120.000.000,00 e ha già provveduto ad emettere gli avvisi per l'allocazione della quasi totalità delle risorse.

Al riguardo con gli avvisi 1 e 2 del 2011 sono stati finanziati e sono in corso di attuazione progetti sperimentali per l'inclusione sociale di soggetti in condizione di svantaggio e in esecuzione penale, ciò al fine di sostenere l'effettiva integrazione sociale ed occupazionale di soggetti che si trovano ad affrontare

maggiori ostacoli nell'accesso al mercato del lavoro. I progetti finanziati prevedono percorsi formativi - work experiences e percorsi lavorativi, e coinvolgono complessivamente 4755 destinatari.

Con l'avviso n. 1 del 2011 sono stati previsti progetti volti all'inclusione socio-lavorativa di soggetti in condizione di disagio ed esclusione sociale, quali disabili, immigrati, donne vittime di violenza, detenuti, minori, soggetti che soffrono di dipendenza da droghe e alcool e con l'avviso n. 2/2011, in ultimo, al fine di favorire la partecipazione di detti soggetti al mercato del lavoro, sono state destinate risorse ad enti e/o associazioni e imprese che si impegnino ad assumere obbligatoriamente almeno il 70% dei destinatari dei progetti, con priorità a disabili, detenuti fine pena e altri soggetti a rischio di marginalità sociale.

Appare utile sottolineare che tutti gli interventi finanziati dall'asse III costituiscono comunque un'opportunità per gli enti locali considerato che trattasi della medesima utenza destinataria delle politiche sociali territoriali.

È dunque una risposta al bisogno di integrazione sociale che, pur trovando copertura su altre fonti di finanziamento, incide in ogni caso sulla pianificazione locale.

Per quanto riguarda il P.O. FESR, la cui Autorità di gestione è il Dipartimento programmazione, il Dipartimento famiglia nell'ambito dell'asse VI Sviluppo urbano sostenibile si adopera per favorire nel contesto urbano iniziative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di servizio, con particolare riguardo ai servizi di cura più specificatamente finalizzati al servizio di asilo nido.

Inoltre, in considerazione della rilevanza del patrimonio materiale sottratto alle mafie e ad altre forme di criminalità organizzata e nella disponibilità delle città siciliane, la strategia del Programma FESR perseguita dal citato asse promuove altresì la riconversione e il riutilizzo dei beni confiscati al fine di sostenere la diffusione della cultura della legalità, della crescita dei contesti urbani interessati e il riuso sociale di tali beni.

Gli interventi previsti dall'obiettivo specifico 6.3 sono quindi finalizzati al recupero di una parte importante del patrimonio infrastrutturale pubblico, al fine di rafforzare l'attrattività delle aree urbane e marginali e consolidare il sistema di welfare locale. Le finalità perseguite in tali ambiti prioritari rientrano nel quadro delle priorità individuate dal Piano di azione coesione, sopra richiamato, che concentrano le risorse della politica di coesione su tematiche di interesse strategico nazionale, con particolare riferimento ai servizi pubblici collettivi.

L'intervento sui beni confiscati alla criminalità organizzata favorisce la riqualificazione dei centri urbani e delle aree marginali restituendo alla collettività beni, frutto dei proventi di attività illecite, contribuendo a rafforzare la percezione dell'equità e la fiducia nelle istituzioni, con evidenti ricadute positive in termini di sicurezza e legalità.

Gli edifici che saranno rifunzionalizzati attraverso il supporto del Programma saranno, infatti, destinati a migliorare la qualità della vita nei centri interessati e a favorire l'inclusione sociale e la riduzione della marginalità sociale delle fasce deboli della popolazione. Il recupero di tali beni, in linea con le attività già realizzate nell'ambito del PON Sicurezza, contribuirà alla diffusione e miglioramento dei servizi di cura e socio-assistenziali alle fasce deboli della popolazione, nonché alla promozione dell'associazionismo e della cittadinanza attiva.

Va in questa direzione la rimodulazione del P.O. FESR asse VI che destina specifiche risorse finanziarie ai comuni per l'utilizzo "sociale" dei beni confiscati alla criminalità organizzata e a loro assegnati. Nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 29 del 21 giugno 2013 è stato pubblicato l'avviso per la presentazione di progetti per la riqualificazione e riconversione dei beni confiscati alla criminalità organizzata nei centri urbani e aree per marginali per un importo totale di euro 15.101.948,00.

In una logica di programmazione integrata, appare necessario da parte dei distretti socio-sanitari valutare l'opportunità di destinare specifiche risorse a valere sul prossimo Piano di zona per la sostenibilità gestionale dei servizi sociali attivati attraverso l'uso dei suddetti beni.

L'assenza di risorse finanziarie destinate alla gestione dei servizi, i cui costi non sostenibili a valere sul P.O. FESR, rischia di inficiare già a monte detta linea di intervento, vanificando anche il valore simbolico insito nella scelta di programmazione effettuata in sede regionale.

2.2. L'integrazione socio-sanitaria

Il carattere multidimensionale del bisogno espresso dalla persona e la conseguente domanda sociale di servizi ed interventi, impone alle diverse istituzioni pubbliche coinvolte l'adozione di modelli organizzativi e gestionali in grado di rispettare l'unicità della persona e l'unitarietà dei percorsi assistenziali proposti in risposta alla domanda sociale.

La legge n. 328/00 individua i comuni e le A.S.P. quali attori principali nel sistema integrato territoriale dei servizi socio-sanitari.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta certamente un'opzione strategica nell'attuale sistema pubblico sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali.

Ciò in particolar modo si rileva necessario per gli interventi e servizi a beneficio delle persone con disabilità e non autosufficienti, di cui ai D.P.C.M. del 2001.

Questione centrale è la diversabilità in tutte le forme con le quali essa si manifesta: fisica, psichica, sensoriale, ivi compresi i disturbi dello spettro autistico. Interventi prioritari in favore della diversabilità dovranno essere finalizzati anche all'ottimale integrazione nel tessuto sociale (lavorativo, ospedaliero, scolastico, relazionale) con particolare riguardo all'accudienza socioassistenziale nelle scuole.

A fronte di ciò, le politiche regionali sulla disabilità, intesa in tutte le sue forme nelle quali la stessa si manifesta, e cioè fisica, psichica, sensoriale, dovranno incidere per il raccordo stabile, tra i diversi rami dell'amministrazione competenti, volte ad assicurare la funzionale integrazione delle attività sanitarie, assistenziali, per un miglior raccordo sulla qualità e distribuzione uniforme dei servizi, delle prestazioni riabilitative ed azioni volte all'inserimento nella scuola e nel mondo del lavoro.

A riguardo l'art. 14 della legge n. 328/2000 e il Piano triennale delle persone con disabilità della Regione siciliana (D.P.R.S. 2 gennaio 2006) prevedono la stesura di piani personalizzati individuali quale strumento dell'integrazione tra i rami dell'amministrazione degli enti locali e delle Aziende sanitarie provinciali.

L'unità di valutazione multidisciplinare, integrata dai referenti comunali, potrà così, anche attraverso lo strumento di valutazione della S.V.A.M.A.DI., elaborare una risposta individualizzata e personalizzata del bisogno delle singole persone con disabilità e non autosufficienti presenti sul territorio, consentendo di adeguare la tipologia degli interventi e dei servizi inseriti nel piano di zona, ottimizzando l'uso delle risorse economiche disponibili.

L'integrazione socio-sanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito del sistema salute, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, come è facilmente comprensibile, consente l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie. L'integrazione va attuata determinando una concreta sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari, potenziando le politiche sociali dei comuni e promuovendo la riconversione graduale della spesa sanitaria a favore dei servizi territoriali (in particolare nelle aree socio-sanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc.).

Vanno in questa direzione le Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari, adottate con D.P. 26 gennaio 2011 che intervengono per armonizzare il sistema in atto operante per le cure domiciliari apportando i necessari correttivi che concorrono al miglioramento dei livelli di assistenza garantiti agli utenti, sia in termini di soddisfazione espressa da parte dei nuclei familiari beneficiari di detto tipo di assistenza, sia per quanto riguarda la capacità istituzionale di governance del sistema d'integrazione del settore sanitario dell'Azienda sanitaria e del settore sociale dei comuni. Il sistema di

governo delle cure domiciliari a livello territoriale assume come valore strategico il principio della corresponsabilità dei due sistemi, sociale e sanitario, attuando tale principio attraverso l'istituzionalizzazione di modalità stabili di coordinamento e la formalizzazione di percorsi d'integrazione dei rispettivi strumenti programmatici, progettuali e operativi (integrazione istituzionale, integrazione organizzativa, integrazione professionale).

A conferma della volontà di riorganizzare il sistema regionale secondo una logica di integrazione, la Regione siciliana il 18 novembre 2011 ha approvato un protocollo d'intesa fra Assessorato salute e Assessorato famiglia, politiche sociali e lavoro per l'attuazione del sistema regionale integrato socio-sanitario in Sicilia con "l'obiettivo di promuovere su tutto il territorio azioni trasversali sinergiche, protese all'attuazione di un sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociali conformato a criteri di efficacia, efficienza, economicità, trasparenza e solidarietà e commisurato ai bisogni effettivi plurimi dei cittadini siciliani".

A partire dalle competenze dei due rami dell'Amministrazione regionale sono previsti indirizzi unitari di programmazione, organizzazione e gestione degli interventi in grado di garantire l'integrazione delle strategie e dei modelli organizzativi, al fine di pervenire all'unitarietà dei percorsi assistenziali.

Sul piano operativo il protocollo ha previsto l'istituzione di un coordinamento tecnico interassessoriale, con il compito di formulare indicazioni e proposte sulle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria (materno infantile, disabilità, non autosufficienza, dipendenze patologiche, ecc.).

È pertanto necessario che gli strumenti di programmazione adottati in ambito sociale e sanitario, siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie".

I contenuti riferiti alla componente socio-sanitaria presente in entrambi i documenti, espressione di una "unica strategia programmatica" che ne assicura la reciproca complementarietà e coerenza, sarà così parte integrante della programmazione sia sociale che sanitaria, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina.

I recenti indirizzi emanati dal Dipartimento famiglia e politiche sociali in materia di ADI (D.D.G. n. 1018 del 28 maggio 2012) e di interventi in favore dei minori con disabilità (circolare n. 8 del 28 maggio 2012), nel ribadire la centralità dell'integrazione socio-sanitaria nel percorso assistenziale, prevedono il coinvolgimento del comune o del distretto socio-sanitario nell'ambito dell'Unità valutativa multidimensionale, nonché l'adozione specifici regolamenti, approvati congiuntamente dall'area sociale e da quella sanitaria, anche a mezzo di accordi di programma, ciò al fine di individuare i livelli di programmazione, analisi e gestione, secondo una visione integrata della persona portatrice di una molteplicità di bisogni che possono trovare risposta attraverso un unico percorso concertato.

2.3. Il Punto unico di accesso

Nell'ambito delle "Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" approvate con D.P. 26 gennaio 2011, particolare attenzione viene posta all'accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari a carattere domiciliare individuando nel PUA uno dei principali strumenti d'integrazione sociosanitaria, gestionale e professionale.

La finalità del PUA è pertanto quella di garantire la presa in carico unitaria e globale della persona da parte del sistema integrato dei servizi, semplificando i numerosi passaggi ai quali gli utenti devono adempiere.

"Il PUA non consiste dunque solo in un luogo fisico centralizzato e ben codificato, ma anche in un raccordo operativo tra i soggetti della rete che, utilizzando una modulistica unica, adottano modalità di accesso uniformi al sistema delle cure domiciliari".

In ambito regionale si sta procedendo alla definizione di un regolamento attuativo sul PUA in modo da facilitare la diffusione di un modello organizzativo coerente con le Linee guida.

Si tratta di una tappa obbligatoria verso la reale governance del sistema che, una volta sperimentata, potrebbe essere estesa non solo alle cure domiciliari ma anche alle altre aree di intervento che presuppongono l'integrazione socio-sanitaria.

3. Il governo e l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali

In considerazione delle criticità rilevate nelle esperienze programmatiche precedenti, nonché a fronte dei rilevanti tagli apportati, a livello nazionale, alle risorse per il finanziamento delle politiche sociali, la Regione siciliana intende apportare al sistema di governo già operante idonee modifiche affinché lo stesso abbia un funzionamento più snello e soprattutto adeguato all'attuale situazione generale.

Nelle diverse fasi che compongono il percorso operativo mirato alla redazione ed approvazione dei singoli Piani di zona, unici strumenti fondamentali per l'attuazione di politiche sociali integrate e condivise, continueranno ad intervenire organismi e strutture di governo, ognuna con specifiche attribuzioni e funzioni, variate rispetto al passato soprattutto alla luce della legge regionale n. 7 del 27 marzo 2013 che prevede l'abolizione delle province e la costituzione di Consorzi. Nelle more dell'organizzazione del nuovo livello intermedio, in questo ciclo di programmazione si farà inizialmente riferimento ad un sistema articolato su due livelli:

- regionale;
- distrettuale.

Livello	Organismi	Livello integrazione	Supporto tecnico
Regionale Distrettuale	Coordinamento regionale per le politiche Comitato dei sindaci AOD	Coordinamento regionale Dipartimento per le politiche sociali	Ufficio Piano regionale Gruppo Piano Gruppo Piano area omogenea

3.1. Il livello regionale

Così come previsto dall'art. 8 della legge n. 328/2000 la Regione "esercita funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale", svolgendo quindi un'azione costante di supporto e di accompagnamento tecnico sia nella fase di stesura del Piano di zona, che nelle successive fasi di gestione, monitoraggio e valutazione.

Nella definizione degli organismi deputati alla governance del sistema di welfare da promuovere su tutto il territorio, l'amministrazione regionale, a modifica dei precedenti atti di programmazione, ritiene necessario sostituire la cabina di regia con un organismo di coordinamento denominato "Coordinamento regionale delle politiche sociali", articolato su due livelli:

- politico/esecutivo;
- tecnico (Coordinamento dipartimentale regionale delle politiche sociali).

Il "Coordinamento regionale delle politiche sociali" quale organismo politico a livello regionale, presieduto dall'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro e composto dal dirigente generale della famiglia e politiche sociali, dal dirigente del servizio 2 "Coordinamento dei distretti e servizi socio-sanitari - Ufficio Piano", da rappresentanti di altri rami dell'amministrazione regionale, tra cui l'Assessorato della salute, nonché dall'ANCI, dalle Organizzazioni sindacali più rappresentative e dal terzo settore, garantisce il processo di consolidamento del sistema di welfare regionale fornendo l'indirizzo operativo e una costante verifica degli stati di avanzamento che permettano di valorizzare tutte le risorse disponibili.

La composizione del Coordinamento regionale delle politiche sociali verrà definita con successivo atto adottato dall'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro.

Il livello tecnico del Coordinamento regionale delle politiche sociali denominato "Coordinamento dipartimentale regionale delle politiche sociali", presieduto dal dirigente generale del dipartimento famiglia e politiche sociali e composto dai referenti dei servizi del citato dipartimento, competenti istituzionalmente alla programmazione delle politiche sociali sul territorio regionale, esamina gli indirizzi strategici e di programmazione proposti dal Coordinamento regionale delle politiche sociali, temperandoli con le attività dei singoli servizi dipartimentali, con specifico riferimento agli interventi finanziari a qualsiasi titolo posti in essere in ambito regionale, mediante utilizzo di risorse regionali, nazionali, europee.

I due organismi di coordinamento si avvalgono del supporto tecnico dell'Ufficio di Piano regionale, (Servizio 2 "Coordinamento dei distretti e servizi socio-sanitari - Ufficio Piano) con sede presso il Dipartimento della famiglia e politiche sociali che rappresenta la struttura tecnica per le attività di accompagnamento e assistenza, garantendo al contempo le funzioni di segreteria.

A seconda delle tematiche trattate il livello tecnico può essere integrato da rappresentanti di altri rami dell'amministrazione regionale, ai fini di una visione completa e sistemica.

Per le tematiche socio-sanitarie il livello tecnico è integrato con i rappresentanti dell'Assessorato regionale salute presenti nel coordinamento interassessoriale salute - famiglia.

3.2. Il livello distrettuale

Con la riforma del Titolo V della Costituzione (legge n. 3/2001) si opera a livello normativo la "costituzionalizzazione" di quel "decentramento amministrativo progressivamente introdotto negli anni precedenti, riconoscendo nel nostro ordinamento il principio di sussidiarietà.

L'art. 1 della legge costituzionale che modifica l'art. 114 della Costituzione inverte il precedente ordine degli enti territoriali indicati ed evidenzia il rilevante ruolo riconosciuto al comune inteso quale ente di base, il più vicino ai cittadini, chiamato in via primaria a soddisfare i loro interessi.

La centralità riconosciuta all'ente locale rispetto alle politiche territoriali, determina per i comuni facenti parte del distretto sociosanitario la titolarità e la responsabilità primaria del Piano di zona, nonché una funzione di regia nei confronti dei diversi attori in un'ottica di governance.

Nell'ambito delle loro funzioni i comuni facenti parte del distretto socio-sanitario sono chiamati ad affrontare e risolvere i problemi inerenti l'esercizio unitario delle funzioni proprie in materia di servizi sociali, avvalendosi di soluzioni gestionali a ciò finalizzate.

3.2.1. Il comitato dei sindaci

Relativamente agli organismi di governance del livello distrettuale, così come previsto nel sistema di welfare locale sinora attuato, si conferma il ruolo del comitato dei sindaci quale organismo istituzionale, deputato all'approvazione del PdZ e del bilancio di distretto, nonché a formare un orientamento comune nelle politiche sociali svolgendo un ruolo di indirizzo e di controllo nei confronti dell'intero territorio distrettuale.

Il comitato dei sindaci, di cui si confermano le funzioni indicate nel Nuovo indice ragionato del PdZ 2010-2012, è composto dai sindaci dei comuni appartenenti ad ogni distretto socio-sanitario o propri delegati e dal direttore di distretto sanitario o proprio delegato.

Sarà compito del comitato dei sindaci:

- ratificare la composizione delle Aree omogenee distrettuali, di cui al successivo punto 4.2, al fine dell'eventuale costituzione;
- programmare la Conferenza di servizio, indetta dal comune capofila del distretto socio-sanitario, per informare il territorio sulle iniziative da adottare per favorire la massima partecipazione di tutti gli attori sociali e per confermare o nominare nuovi rappresentanti del Terzo settore da inserire nel Gruppo Piano.

3.2.1a - Nel caso di costituzione di Aree omogenee distrettuali (AOD) di cui al successivo punto 4.2, il Comitato dei sindaci, composto dai sindaci dei comuni facente parte dell'Area omogenea distrettuale e dal direttore di distretto sanitario o proprio delegato, avrà il compito di indirizzare l'operato del Gruppo Piano dell'Area omogenea distrettuale (AOD) per le funzioni ad esso attribuite.

3.2.2. Il Gruppo piano

Si conferma il Gruppo piano quale struttura tecnica di riferimento per i comuni che compongono ogni distretto socio-sanitario, dotata di proprio regolamento, i cui contenuti dovranno tenere conto, per una maggiore efficacia ed efficienza, di tempi e modalità di funzionamento.

Il Gruppo piano è preposto all'attuazione di tutti i provvedimenti propedeutici alla redazione del PdZ, nonché alla gestione dello stesso, fatte salve le competenze assegnate ad eventuali Aree omogenee distrettuali di cui al successivo punto 4.2.

In particolare, in continuità con quanto già previsto nelle precedenti programmazioni, si ricorda che il Gruppo piano:

- definisce gli obiettivi e le priorità del PdZ a livello distrettuale;
- provvede alla gestione e coordinamento del tavolo di concertazione distrettuale;
- predispone la relazione sociale quale rapporto di analisi e di valutazione dei bisogni locali (domanda), del livello dei servizi socio-sanitari e delle risorse professionali presenti a livello distrettuale (offerta), in coerenza con quanto emerso dai tavoli tematici e dalla prima conferenza di servizi;
- predispone il bilancio di distretto, sulla base dei singoli piani finanziari redatti dai comuni appartenenti ad ogni distretto socio-sanitario;
- coordina l'attività dei singoli gruppi di piano delle AOD, elaborando su base distrettuale i documenti di programmazione predisposti dalle AOD;
- redige il PdZ;
- provvede al monitoraggio periodico dei Piani di zona, secondo le indicazioni regionali, organizzando al contempo la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- predispone gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi ai soggetti previsti dal comma 5 dell'art. 1 legge 8 novembre 2000, n. 328;
- propone al comitato dei sindaci eventuali modifiche delle azioni previste dal PdZ, tenendo conto delle procedure indicate in sede regionale;
- predispone l'articolato dei protocolli d'intesa e degli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali e con gli altri attori sociali coinvolti nella realizzazione del PdZ (terzo settore ed enti terzi);
- promuove iniziative per il reperimento di altre risorse a valere su fonti di finanziamento comunitarie, nazionali e regionali per lo sviluppo delle politiche di inclusione sociale ed il consolidamento della rete integrata degli interventi e dei servizi sociali;
- formula indicazioni e suggerimenti in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori.

Il Gruppo piano, che ha sede in ogni comune capofila, nell'espletamento delle proprie attività é coordinato dal responsabile dei servizi sociali del comune capofila ed è composto da:

- funzionari ed operatori tecnici delle aree sociali ed amministrativo- contabile degli enti locali, con la partecipazione di due unità (un'assistente sociale e un amministrativo contabile) per ogni comune facente parte del distretto socio-sanitario;
- da un rappresentante del distretto sanitario nominato dal direttore generale dell'A.S.P. competente;
- da rappresentanti del terzo settore;
- da rappresentanti degli enti terzi (prefettura, scuola, tribunali per i minorenni, CGM ...);
- da rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative.

Nell'individuazione dei rappresentanti del terzo settore da inserire nel Gruppo piano, si suggerisce di individuare soggetti realmente rappresentativi delle realtà del privato sociale, in termini di competenza e professionalità, designati direttamente dal terzo settore attraverso un tavolo di coordinamento; è importante che all'interno del Gruppo piano possano esserci un rappresentante dell'associazionismo, un rappresentante delle associazioni di volontariato, un rappresentante delle cooperative sociali).

Si auspica in ogni caso un'alternanza dei rappresentanti del Terzo settore inseriti nel Gruppo piano già istituito in attuazione delle precedenti programmazioni.

Così come già indicato nel Nuovo indice ragionato per la stesura del Piano di zona 2010-2012, il Gruppo ristretto, istituito all'interno del Gruppo piano, non è un organismo sostitutivo di quest'ultimo, ma solo ed esclusivamente di supporto amministrativo.

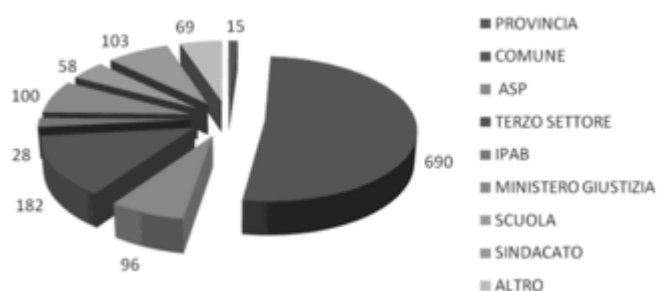
La competenza relativa al percorso di concertazione ed elaborazione del PdZ, così come tutte le attività precedentemente richiamate, restano a carico del Gruppo piano nella sua interezza.

Nei precedenti periodi di programmazione il Gruppo piano ha registrato un forte coinvolgimento non solo dei referenti comunali, ma anche delle altre realtà istituzionali e non, presenti sul territorio e coinvolte nella realizzazione delle politiche sociali.

Dal monitoraggio effettuato sulla programmazione 2010-2012 si contano 1341 (2) partecipanti, espressione del peso riconosciuto ai diversi soggetti associati, istituzionali e non, coinvolti.

COMPOSIZIONE GRUPPO PIANO PER ENTE DI APPARTENENZA

Provincia	15
Comune	690
A.S.P.	96
Terzo settore	182
IPAB	28
Ministero della giustizia	100
Scuola	58
Sindacato	103
Altro	69
Totale	1.341



Se da una parte si registra un'ampia adesione al Gruppo piano, dall'altra va anche rilevato che detto organismo, nella maggior parte dei distretti socio-sanitari, ha demandato il maggior carico di lavoro al Gruppo ristretto, la cui composizione sottolinea comunque il ruolo centrale dei comuni nell'attuazione delle politiche sociali.

COMPOSIZIONE GRUPPO RISTRETTO

Provincia	0
Comune	415
A.S.P.	46
Terzo settore	8
IPAB	0
Ministero della giustizia	8
Scuola	1
Sindacato	0
Altro	5
Totale	483

Se analizziamo i dati riguardanti il numero di incontri realizzati dal Gruppo piano nell'arco di un anno si rileva che soltanto 39 distretti dichiarano di incontrarsi con una certa periodicità (mediamente una volta ogni 2 mesi), mentre nelle altre realtà la partecipazione del Gruppo piano risulta ridotta, se non addirittura azzerata (nel caso di 2 distretti).

Appare evidente che nella governance del sistema un ruolo centrale è riconosciuto al Gruppo piano in quanto espressione di più realtà associate. Spogliare il gruppo piano di questo compito significa in ultima analisi ricondurre la programmazione e gestione del Piano di zona solo nell'ambito comunale e soprattutto nell'ambito del comune capofila, con la conseguenza di adottare atti non sempre conosciuti e condivisi, a livello tecnico, dall'intero distretto sociosanitario.

Nei precedenti periodi di programmazione l'attività del Gruppo piano è spesso risultata problematica, se non conflittuale. Occorre ora superare questo problema, per garantire la piena efficacia del sistema locale dei servizi.

I principali elementi di criticità sono stati individuati nella necessità di ridefinire il sistema di attribuzione delle competenze, di individuare i responsabili dei procedimenti amministrativi, di definire nuove procedure in grado di introdurre anche elementi di semplificazione nel processo di gestione, di definire luoghi e strumenti per una equilibrata cooperazione interistituzionale.

È opportuno ribadire che i Gruppi piano devono svolgere la propria funzione ispirandosi al principio della leale collaborazione, impegnandosi nella realizzazione dei comuni obiettivi individuati nel Piano di zona, in una logica di integrazione e di cooperazione istituzionale che dovrebbe tendere al superamento delle difficoltà e alla condivisione degli obiettivi, nello spirito del superamento del localismo e del rafforzamento del sistema dei servizi locali.

Nell'esercizio di ruoli istituzionali complessi, quali quelli legati all'esercizio associato di funzioni amministrative, la collaborazione deve essere una componente essenziale nell'attività dei soggetti in causa, proprio in ragione del particolare assetto delle competenze tra i diversi soggetti.

Alla luce delle suddette considerazioni, appare necessario verificare in ciascun distretto il corretto funzionamento, superando laddove necessario eventuali criticità che nel tempo ne hanno condizionato l'efficacia.

Al fine di garantire che i Gruppi piano esercitino correttamente i compiti agli stessi attribuiti, la Regione interverrà laddove si registrino ritardi e/o inadempienze.

Sul piano della governance, il monitoraggio fa dunque emergere una situazione a macchia di leopardo, che richiede la giusta attenzione in sede distrettuale per evitare che il processo partecipativo voluto dalla Regione possa essere inficiato da scelte non corrette effettuate in sede locale.

3.2.3. Il Gruppo piano di Aree omogenee distrettuali

Le AOD, individuate al successivo punto 4 del presente documento, dovranno dotarsi al proprio interno, di un gruppo di lavoro (gruppo piano Area omogenea distrettuale) con funzioni assimilabili ai gruppi di piano distrettuali limitatamente agli ambiti territoriali di competenza.

Il Gruppo piano dell'AOD, svolge le medesime funzioni assegnate al Gruppo piano con esclusivo riferimento al territorio di competenza, avendo cura di far confluire la programmazione dell'Area omogenea nel piano di zona del distretto.

3.2.4. Il tavolo di concertazione distrettuale

Uno dei principali indicatori di efficacia per un sistema locale di servizi è dato dall'intensità e dalla qualità delle relazioni tra gli attori, elemento capace di agevolare i processi e garantirne nel tempo la sostenibilità, generando capitale sociale, diffusione della cultura della legalità e tutela dei beni comuni. Questo aspetto non va sottovalutato, anche in sede di valutazione dell'impatto che un Piano di zona ha su un territorio, in ordine alla capacità di mobilitare risorse per obiettivi condivisi di crescita e di sviluppo "per costruire comunità solidali". Gli enti locali devono, pertanto, svolgere un ruolo attivo nel sostegno ai processi di cittadinanza attiva, indicando azioni ed obiettivi specifici nell'ambito del Piano di zona.

Le organizzazioni del privato sociale rappresentano uno dei pilastri fondamentali del processo di riforma in atto nel nostro sistema di welfare.

Nella considerazione che la concertazione costituisce uno strumento fondamentale per la condivisione di processi ed obiettivi, in quanto consente di focalizzare le identità territoriali e tradurle in percorsi di sviluppo, in linea con la legge quadro (legge n. 328/00 artt. 1 e 3), si ribadisce che ai fini della predisposizione dei PdZ occorre attivare, a livello di ogni distretto socio-sanitario, un processo di concertazione allargata che, mediante l'apporto dei diversi soggetti istituzionali e non, contribuisca alla lettura della domanda sociale e alla programmazione della rete locale degli interventi.

Ancora una volta la Regione sceglie di rafforzare e valorizzare gli strumenti di dialogo, confronto e concertazione attraverso il metodo della programmazione partecipata, coinvolgendo nel percorso i soggetti attivi nel sistema socio-assistenziale.

Gli obiettivi di politica sociale possono essere perseguiti con efficacia solo mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale che a vario titolo intervengono nella progettazione e nella realizzazione del sistema integrato.

Occorre dunque riconoscere e agevolare il ruolo attivo della comunità locale non solo per garantire maggiore legittimazione delle scelte, ma anche per rendere la stessa protagonista nello sviluppo locale, secondo un'ottica di sussidiarietà e corresponsabilità.

Per quanto sopra il Gruppo piano favorisce la partecipazione di tutti i soggetti interessati, nell'ambito distrettuale, alla predisposizione del PdZ, attraverso la costituzione del tavolo di concertazione articolato in laboratori tematici con funzione di co-progettazione (relativi alle aree anziani, handicap, minori, famiglie, immigrati, ecc.) che terranno conto delle esigenze prioritarie dei singoli territori e ai quali potranno partecipare tutti gli stakeholders coinvolti nel sistema.

Il tavolo di concertazione distrettuale verrà gestito dal medesimo Gruppo piano che, come già detto, individuerà tra i suoi componenti i responsabili dei diversi laboratori tematici che avranno il compito di riportare in seno allo stesso, le risultanze dell'attività ai fini della redazione del PdZ.

Le AOD, qualora esistenti nel distretto, si doteranno a loro volta di tavoli di concertazione locali. Le risultanze dei lavori di questi concorreranno alla stesura della proposta di programmazione delle AOD.

È opportuno ricordare che, nell'iter complessivo di approvazione del Piano di zona, il comune capofila dell'ambito territoriale, dovrà produrre tutta la documentazione utile ad attestare l'avvenuto svolgimento di

una congrua fase di concertazione intorno alle scelte strategiche adottate e declinate nell'atto di programmazione che viene proposto per l'approvazione regionale.

Sarà dunque necessario far emergere con maggiore evidenza la coerenza delle scelte adottate e delle Azioni programmate con la domanda sociale espressa in sede di tavoli tematici, individuando le priorità da perseguire alla luce delle risorse finanziarie disponibili.

L'assenza di detta documentazione costituirà concreto pregiudizio alla valutazione positiva del percorso e del Piano di zona, perché difforme dai principi fin qui declinati e dagli adempimenti fissati dalle direttive regionali e dal nuovo indice ragionato elaborato quale manuale della programmazione 2010/2012.

4. Il Piano di zona 2013/2015

4.1. I piani di zona ed i piani delle Aree omogenee (PAO)

Nel confermare i Piani di zona quali unici ed imprescindibili strumenti di programmazione delle politiche socio-sanitarie locali, redatti dai 55 distretti socio-sanitari dell'Isola ai sensi dell'art. 19 legge n. 328/2000 e sulla base delle direttive regionali, impartite attraverso i precedenti documenti programmatori, con il presente documento si ritiene necessario prendere atto delle criticità e delle anomalie di funzionamento del sistema rappresentate dai territori e nel contempo e, tenuto conto delle stesse, fornire soluzioni anche di carattere operativo.

4.2. Le Aree omogenee distrettuali - Criteri generali di istituzione

L'articolazione in ambiti territoriali sociali coincidenti con i distretti socio-sanitari, fortemente voluta in sede regionale per radicare l'associazionismo intercomunale per la tenuta stessa del sistema dei servizi sociali, in questi anni ha fatto emergere alcune criticità, soprattutto in termini di assetti istituzionali e organizzativo-gestionali, che non hanno consentito in alcuni contesti di valorizzare appieno le possibili economie derivanti dalla gestione associata di ambito territoriale. Spesso le soluzioni adottate in ordine alla gestione dei servizi ricalcano ancora una separazione tra i comuni che riduce la portata della dimensione distrettuale, creando peraltro rallentamenti nella realizzazione dei servizi.

L'analisi dei diversi Piani di zona realizzati nei precedenti periodi di programmazione e le criticità rilevate in alcuni ambiti territoriali inducono l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro a trovare soluzioni organizzative e gestionali più efficienti, in grado di accelerare il processo di attuazione e di spesa delle politiche sociali.

Ai fini di una migliore funzionalità, dunque, si ritiene necessario riorganizzare gli ambiti territoriali, in quanto l'accorpamento attuale in un medesimo distretto socio-sanitario di comuni diversi tra loro, per dimensione demografica, per posizione geografica, o per caratteristiche socio-economiche, rischia di rallentare l'offerta di servizi, a danno delle fasce sociali più fragili; il nuovo modello organizzativo favorirà maggiore prossimità tra cittadino e livello gestionale e la ricerca di soluzioni più idonee a garantire un sistema integrato di servizi adeguati rispetto alla domanda espressa nel proprio ambito territoriale di competenza.

Con la nuova programmazione si vuole riproporre il modello di governance già avviato in precedenza ma declinato in ambiti territoriali di diverse dimensioni (sub ambiti), denominate Aree omogenee distrettuali (AOD). Ciò vorrà dire che gli strumenti di governo politico e tecnico saranno espressione del distretto socio-sanitario, tenuto conto delle programmazioni delle suddette Aree.

Le Aree omogenee distrettuali (AOD), qualora il distretto sociosanitario ritenesse opportuno determinarle, verranno individuate mediante l'avvio di una attività di concertazione territoriale coordinata operativamente dal gruppo di piano distrettuale, sulla base degli indirizzi generali impartiti dal comitato dei sindaci. L'obiettivo da raggiungere sarà quello di istituire delle Aree omogenee secondo i seguenti criteri generali:

- 1) tipologie dei bisogni prevalenti relativi alla popolazione di riferimento;
- 2) tipologie dell'offerta dei servizi resa alla popolazione di riferimento;

- 3) caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento (genere, fasce d'età, reddito medio etc..);
- 4) caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio di pertinenza.

Dovranno essere convocate, al fine di procedere all'istituzione delle AOD, apposite conferenze di servizio presso il comune capofila del distretto socio-sanitario con l'obiettivo di individuare eventuali aree da proporre all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro.

Entro e non oltre 45 giorni dalla pubblicazione del presente documento nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana dovranno pervenire al competente dipartimento regionale le proposte di istituzione delle aree omogenee distrettuali (AOD); decorso tale termine infruttuosamente, si confermerà la composizione del distretto sociosanitario così come definito dal D.P.R.S. 4 novembre 2002 e successive modifiche.

Potranno essere identificate come Aree omogenee distrettuali:

- 1) le città metropolitane;
- 2) le isole minori ed eventuali arcipelaghi;
- 3) un'associazione di comuni con popolazione non inferiore a 20.000 abitanti.

Eventuali deroghe al precedente punto 3, dovute a particolari esigenze di ordine demografico, geografico e morfologico, saranno oggetto di valutazione da parte del dipartimento famiglia e politiche sociali dell'Assessorato regionale della famiglia. In ogni caso l'AOD, ad eccezione dei punti 1 e 2, dovrà essere costituita da almeno due comuni.

I capoluoghi di provincia potranno costituirsi in sub-ambito (AOD) a condizione che i comuni adiacenti, già facenti parte del distretto, posseggano a loro volta i presupposti per costituirsi in Aree omogenee.

Va comunque sottolineato che la costituzione in sub-ambito (AOD), che dovrà essere adeguatamente motivata dagli organismi distrettuali, costituisce una possibilità per il superamento di criticità rilevate nel corso dei precedenti cicli di programmazione. In sede regionale, il riconoscimento di Aree omogenee distrettuali proposte dal medesimo distretto avverrà quindi solo nei casi di effettive esigenze territoriali.

L'AOD sarà direttamente responsabile dell'attuazione del Piano dell'area omogenea (PAO) e alla stessa verranno riconosciuti compiti di gestione di programmazione locale.

Acquisita la proposta di costituzione di AOD da parte dei distretti interessati, il dipartimento famiglia e politiche sociali dovrà entro 30 giorni con specifico D.D.G. approvare l'istituzione dell'AOD oppure, entro i medesimi termini, rigettare la proposta del distretto sociosanitario dandone specifica comunicazione e indicandone le motivazioni.

L'attuazione del PAO dovrà essere oggetto di verifica periodica da parte degli organismi di governance previsti nel livello distrettuale, ciò al fine di confermare il ruolo riconosciuto ai 55 distretti socio-sanitari istituiti con le linee guida approvate con D.P.R.S. 4 novembre 2002.

Apposite indicazioni operative saranno emanate successivamente alla definizione delle Aree omogenee distrettuali proposte dai distretti socio-sanitari entro il termine sopra indicato, ciò al fine di armonizzare la rivisitazione del sistema con la struttura organizzativa preesistente.

I piani di zona dei distretti socio-sanitari saranno dunque costituiti dai singoli piani delle Aree omogenee distrettuali (PAO), laddove formalmente costituite e approvate dall'amministrazione regionale.

Il PAO predisposto, su indicazioni del comitato dei sindaci dell'AOD, dal gruppo piano dell'AOD, è corredato dal rispettivo bilancio d'area, comprendente i dati contabili relativi ai servizi programmati e scaturenti dai

piani finanziari pluriennali comunali. Il PAO approvato dal comitato dei sindaci dell'AOD, confluisce nel PdZ del distretto socio-sanitario di appartenenza.

I piani di zona distrettuali rappresenteranno, quindi, la programmazione di tutti i servizi in ambito sociale e socio-sanitario, messi a disposizione dei cittadini dei comuni componenti il distretto socio-sanitario a prescindere dalla fonte di finanziamento da cui essi traggono origine.

Ciò vorrà dire includere nel Piano di zona anche quegli interventi che trovano copertura con altre risorse pubbliche o private, con particolare riferimento a quelli realizzati mediante i Fondi strutturali e il FAS.

Secondo questa ottica di integrazione delle politiche sociali territoriali, in fase di definizione del Piano di zona, sarà opportuno valutare le azioni da finanziare sul FNPS tenuto conto delle linee di finanziamento che verranno attivate in sede regionale a valere sul Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA).

Nello specifico il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con decreto del 20 marzo 2013 ha ripartito la somma complessiva del Fondo pari a 275 milioni, destinando alla Regione siciliana la somma di euro 22.687.500,00 per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, a copertura dei costi sostenuti per le prestazioni di natura socio-assistenziale.

Nell'ambito delle linee di intervento individuate in sede nazionale nel citato decreto, quali:

a) la previsione o il rafforzamento, di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;

b) l'attivazione o il rafforzamento di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitarie, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale;

c) l'implementazione di modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) al fine della valutazione bio-psico-sociale delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;

d) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, sia attraverso l'erogazione del servizio che attraverso trasferimenti monetari condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari;

e) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo.

La Regione ritiene opportuno destinare le risorse del FNA 2013 in favore di interventi che non trovano adeguata copertura finanziaria su altre fonti di finanziamento, ciò al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni, non solo nell'ambito della programmazione delle politiche socio-assistenziali, ma anche nel quadro delle azioni attivate in ambito sanitario.

In conformità alle suddette linee di intervento e alla luce dei finanziamenti già programmati a valere sui fondi destinati agli obiettivi di servizio 2007-2013 e sui Fondi PAC, di cui già riportato al precedente capitolo 2, la Regione destinerà una quota del 30%, pari a euro 6.806.250,00, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, che necessitano di assistenza continua h 24, con gravi patologie degenerative non reversibili ivi incluse quelle a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, gravi demenze, stati vegetativi etc., come peraltro previsto dall'art. 3 del decreto di riparto nazionale; la restante somma pari ad euro 15.881.250,00 verrà utilizzata per la realizzazione di interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi sociosanitari in favore di persone non

autosufficienti, dando priorità ai soggetti disabili minori e adulti, non destinatari degli interventi a carattere domiciliare previsti nel Piano di azione e coesione.

In particolare le linee di intervento che si intendono attivare, tenuto conto anche delle pregresse esperienze connesse all'utilizzo del FNA degli esercizi precedenti, possono essere così sintetizzate:

- a) progetti di assistenza personalizzata;
- b) buono socio-sanitario;
- c) ricoveri di sollievo.

In ordine al suddetto Fondo nazionale appare opportuno sottolineare che trattasi di risorse aggiuntive rispetto a quelle già destinate ai medesimi interventi da parte delle autonomie locali e che le stesse verranno assegnate attraverso i distretti socio-sanitari istituiti in attuazione della legge n. 328/2000.

L'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza avverrà attraverso le Unità di valutazione multidimensionale (socio-sanitarie) con l'utilizzo di metodi, strumenti e scale utilizzate in ambito regionale dal sistema sanitario, ciò al fine della presa in carico della persona, con l'elaborazione del progetto assistenziale personalizzato.

Ai fini del monitoraggio degli interventi attivati, il comma 3 dell'art. 5 del decreto nazionale di riparto prevede altresì l'implementazione del sistema informativo SINA, che permetterà l'istituzione di una banca dati con collegamento con l'INPS.

Come già più volte evidenziato nel presente documento, l'obiettivo è quello di disporre di un quadro di programmazione complessivo che focalizzi tutti gli interventi territoriali che a vario titolo incidono sulle politiche sociali.

Al fine di promuovere il miglioramento continuo delle politiche socio-sanitarie nella Regione è opportuno realizzare sistemi di misurabilità omogenei interoperativi.

Tale modalità operativa di misurare, oltre ad essere utile per una complessiva analisi dei bisogni e della domanda, deve essere accessibile da tutti i distretti socio sanitari, sia per il caricamento dei dati che per la consultazione degli stessi, determinando la fonte di informazione per la valutazione dei processi.

A fronte di ciò, ed in considerazione dell'esiguità delle risorse del FNPS, come già evidenziato in precedenza, appare necessario, quindi, ribaltare l'ottica: il PdZ non è più "altro" rispetto alla spesa sociale dei comuni, ma ne costituisce espressione in termini di contenuti e risorse.

Ciò vorrà dire che le azioni del PdZ scaturiranno dall'analisi dei bilanci pluriennali dei comuni componenti il distretto socio-sanitario e le risorse del FNPS dovranno dunque rafforzare le politiche sociali già previste nei bilanci comunali.

Costruire il PdZ significherà partire dal "sociale" dei bilanci comunali e implementarne i servizi.

Secondo quest'ottica non è più richiesto il cofinanziamento di 3 euro per abitante ai diversi comuni del distretto, in quanto ciascun comune parteciperà al Piano di zona con il proprio bilancio e, al contrario, le risorse del FNPS costituiranno il cofinanziamento nazionale/regionale rispetto alle politiche territoriali.

Si tratta in ultima analisi di dare visibilità alla spesa sociale che i singoli comuni già imputano a carico del proprio bilancio per alcuni interventi socio-assistenziali, quali ad es. quelli residenziali a favore di soggetti fragili, che in questi anni non hanno trovato copertura a valere sul FNPS.

Ciò non vorrà dire necessariamente un aumento della spesa sociale, considerato i minori trasferimenti registrati anche sul Fondo delle autonomie locali, ma piuttosto una visione di insieme delle risorse a vario titolo destinate al sociale (bilancio comunale, fondi nazionali, fondi europei, ecc.).

4.3. La Procedura per l'approvazione dei piani di zona e modalità di erogazione delle risorse

Il Piano di zona che dovrà essere presentato alla Regione per la sua validazione e per il trasferimento delle risorse, è dunque un documento di sintesi che riprende le voci di costo efferenti i servizi sociali previste nei bilanci comunali, facendo distinzione tra le risorse comunali e quelle del FNPS, nonché quelle poste a valere su altri Fondi nazionali e europei.

È facoltà dei comuni implementare quelle azioni che per il proprio territorio rappresentano un'emergenza sociale, superando anche precedenti direttive regionali che miravano ad indirizzare in modo specifico determinati interventi e servizi socio-assistenziali solo sul bilancio comunale e non sul FNPS.

Il Piano di zona, così concepito, viene approvato dal Comitato dei sindaci e trasmesso all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, che provvederà a validarlo e ad adottare per ciascun ambito territoriale specifico decreto di impegno relativo alla prima annualità.

Nel caso in cui il Piano di zona è espressione di un distretto socio-sanitario, articolato in AOD, l'approvazione del Piano da parte del CdS, che comprende ovviamente i PAO (Piani delle aree omogenee), deve intervenire entro 45 giorni dalla presentazione del PAO da parte del sub-ambito. In presenza di più Aree omogenee i 45 giorni decorrono dalla presentazione al comune capofila del distretto sociosanitario dell'ultimo PAO delle Aree omogenee

Il mancato rispetto del termine sopra indicato comporterà l'intervento sostitutivo regionale.

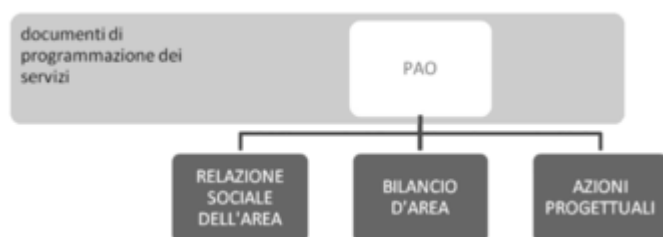
Sul piano del crono-programma, il Piano di zona farà sempre riferimento ad una programmazione su base triennale, secondo le ipotesi di riparto adottate dalla Regione.

Al fine di sollecitare l'utilizzo tempestivo dell'assegnazione regionale, il dipartimento della famiglia e delle politiche sociali adotterà annualmente strumenti di monitoraggio delle Azioni avviate e di controllo della spesa, rilevata attraverso la verifica dei sottoconti di tesoreria unica regionale.

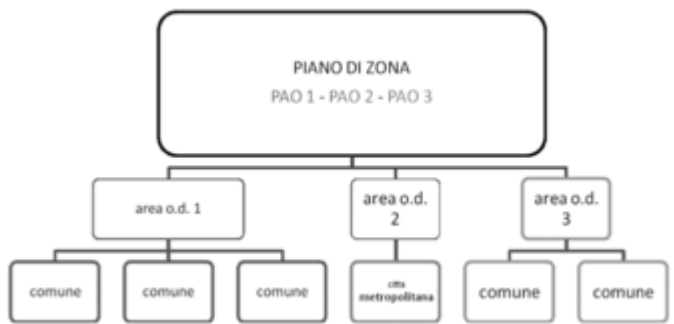
Nel caso di mancato avvio delle Azioni programmate, il dipartimento si riserva di avviare sul territorio idonee iniziative di supporto tecnico, non escludendo interventi sostitutivi come disciplinati dalla normativa vigente.

Nell'ipotesi di accertate gravi inadempienze e ritardi che incidano sull'effettiva realizzazione dei servizi e degli interventi programmati, si adotteranno opportune misure per il recupero delle somme non utilizzate.

Appare evidente la volontà dell'amministrazione regionale di accelerare l'avvio dei servizi e la conseguente spesa, al fine di evitare, in un periodo di esigue risorse finanziarie, il "congelamento" di assegnazioni non tempestivamente utilizzate.



La nuova organizzazione territoriale e i piani di programmazione



In continuità con le direttive impartite nei precedenti periodi di programmazione, si riconfermano i contenuti del "Nuovo indice ragionato" già adottato dai distretti socio-sanitari nei precedenti cicli di programmazione, con particolare riferimento alle fasi operative per l'approvazione del PdZ e alla documentazione da trasmettere all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, per l'accesso alle risorse finanziarie.

Si rappresenta che nelle more della riorganizzazione dei Sistemi informativi regionali, la cui competenza è stata di recente trasferita dall'Assessorato dell'economia all'Assessorato delle autonomie locali e della funzione pubblica, in questa fase non si potranno caricare i dati del PdZ sul sistema SIRIS.

Al riguardo verranno fornite opportune direttive ai distretti socio-sanitari ad avvenuta riattivazione della piattaforma informatica destinata alle politiche sociali.

In ogni caso, al fine di soddisfare i bisogni informativi espressi dai cittadini sulle azioni previste nei diversi Piani di zona, verrà fornito ai distretti socio-sanitari un format per la pubblicazione dei Piani di zona sulla pagina web del dipartimento famiglia e politiche sociali

Si riporta, dunque, di seguito lo schema che riassume le diverse fasi da realizzare per l'approvazione del Piano di zona, tenendo conto che verranno incluse nel percorso di approvazione dell'atto di programmazione anche le iniziative di partecipazione della comunità locale (tavoli tematici e Prima conferenza di servizi) e le attività preliminari propedeutiche alla definizione del Piano di zona, già avviate in applicazione della circolare prot. n. 1615 del 17 gennaio 2013.

Nel confermare le fasi operative previste per l'elaborazione del piano di zona 2013/2015 dalla tabella 1 dell'allegato 6 al "Nuovo indice ragionato" si riportano nella successiva tabella i passaggi da osservare per l'elaborazione dei piani delle aree omogenee nel caso in cui i distretti socio-sanitari ne abbiano deciso la costituzione.

Resta inteso che dopo l'approvazione del Piano di zona da parte dei Comitati dei sindaci (punto 11 della tabella) verranno predisposti gli atti già indicati nel "Nuovo indice ragionato".

Fasi	Soggetti coinvolti	
1I Comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario		1. Definizione del percorso per la definizione del Piano di zona nella sua globalità. 2. Definizione dei tempi per le procedure da avviare per la definizione dei Piani di zone delle Aree omogenee. 3. Individuazione delle macro-aree d'intervento ritenute prioritarie per il distretto. 4. Individuazione di servizi o interventi da gestire in modo unitario in ambito distrettuale. 5. Definisce la composizione del gruppo di piano dell'AOD;
2II Coordinamento dei sindaci dei comuni facenti parte dell'AOD		6. Definisce il percorso di costruzione del pdz; 7. Definisce le modalità di concertazione con le parti sociali presenti sul territorio;

3 Gruppo di piano dell'AOD	8. Individua le aree tematiche da trattare nel corso della concertazione locale (tavoli tematici/di concertazione territoriale). 1. Raccoglie i dati scaturenti dai tavoli tematici e quelli funzionali al completamento della relazione sociale; 2. Redige la relazione sociale dell'AOD utilizzando gli indicatori di cui all'allegato 1 del "nuovo indice ragionato" 3. Definisce l'analisi della domanda e dell'offerta sociale, delle priorità e degli interventi da attivare nel territorio di competenza come da formulario già in uso con il "nuovo indice ragionato".
4 Comuni facenti parte dell'AOD	1. Redigono i rispettivi piani finanziari come da all. 8 del "nuovo indice ragionato".
5 Il Coordinamento dei sindaci dei comuni facenti parte dell'AOD	1. Individua, nell'ambito dell'analisi dei bisogni le priorità e le azioni da attivare nel territorio di competenza.
6 Gruppo di piano dell'AOD	1. Redige, sulla base delle indicazioni di cui al punto precedente, ed utilizzando il formulario del nuovo indice ragionato, le singole azioni del piano dell'AOD; 2. Verifica i piani finanziari comunali e redige il bilancio dell'AOD. 3. Trasmette i relativi elaborati al Coordinamento dei sindaci dei comuni facenti parte dell'AOD.
7 Il Coordinamento dei sindaci dei comuni facenti parte dell'AOD	Prende atto del Piano dell'AOD e lo trasmette al comune capofila del distretto.
10 Gruppo di piano del distretto	Elabora il Piano di zona nella sua globalità, integrando in un unico atto le programmazioni delle aree omogenee e lo trasmette al Comitato dei sindaci per l'approvazione.
11 Il Comitato dei sindaci	Approva il Piano di zona.

In presenza di AOD la documentazione da presentare da parte del distretto socio-sanitario includerà anche quella prodotta dall'ambito AOD.

La presenza in un distretto socio-sanitario di una o più aree omogenee non inficia la possibilità di mantenere alcune azioni a livello distrettuale, ciò anche in considerazione di finanziamenti diversi da quelli del Fondo nazionale politiche sociali.

Nello specifico la dimensione di programmazione distrettuale dovrà comunque essere garantita per l'attuazione dei Servizi di cura previsti nel PAC decreto del Ministero dell'interno n. 4 del 20 marzo 2013 (ADI e servizi prima infanzia) e in linea generale nei servizi ad integrazione sanitaria, ciò al fine di garantire un'interfaccia unica per ciascun distretto con gli altri livelli istituzionali coinvolti.

Nell'individuazione delle azioni, si richiama la centralità dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni sociali e socio-assistenziali, che sebbene ancora non approvati in ambito nazionale, devono comunque costituire un punto di riferimento per la costruzione del PdZ.

La relazione sociale, presentata in sede di approvazione del Piano di zona, dovrà essere aggiornata e presentata annualmente al dipartimento dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, specificando i risultati conseguiti rispetto alla domanda rilevata, con indicazione delle risorse utilizzate, previa condivisione e valutazione partecipata con il partenariato istituzionale e sociale.

La presenza di Aree omogenee distrettuali non inficia il ruolo del Comitato dei sindaci del distretto che nel caso di modifiche del PAO dovrà procedere alla loro approvazione con apposito atto deliberativo.

La gestione del PAO sarà di competenza dell'Area omogenea, che attraverso il proprio comune capofila, già individuato in sede di istituzione dell'AOD, avrà il compito di avviare tutti servizi ed interventi previsti nel PAO, nonché di gestire la quota del FNPS ad essa destinata dalla Regione e trasferita su specifico sottoconto di tesoreria regionale.

5. Le risorse

Come già evidenziato in precedenza, l'attuale ciclo di programmazione è contrassegnato da una congiuntura economico-finanziaria nazionale e internazionale assai negativa, da una crisi economica che ha avuto impatti devastanti sulla quotidianità di tante famiglie, da un processo di riforma in senso federalista dello Stato che espone significativamente al rischio di sostenibilità le policies di tutte le Regioni e ancor più delle Regioni del Mezzogiorno, dagli orientamenti della programmazione finanziaria del Governo nazionale che fanno registrare un forte ridimensionamento, quando non un azzeramento, dei fondi nazionali per il finanziamento delle politiche sociali.

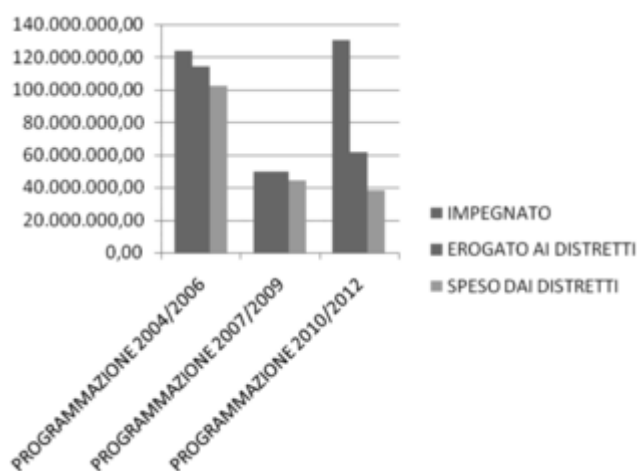
Proprio in questo momento è necessario attivare tutte le risorse effettivamente disponibili e potenziare la capacità di spesa dei singoli contesti territoriali.

Dall'analisi dei dati di spesa registrati per la realizzazione delle precedenti programmazioni, si rileva che ancora oggi non tutti i distretti socio-sanitari hanno pienamente utilizzato le risorse finanziarie a loro destinate a valere sul Fondo nazionale politiche sociali.

Alla data del 30 aprile 2013 si registra la seguente situazione:

Risorse del FNPS destinate ai Piani di zona nei diversi cicli di programmazione.

	Programmazione 2004/2006	Programmazione 2007/2009	Programmazione 2010/2012
Somma impegnata con decreti regionali	123.790.541,37	49.387.694,00	130.291.458,00
Somma erogata ai distretti	114.107.368,01	49.387.694,00	61.434.347,64
Somma spesa dai distretti	102.379.185,62	44.243.674,41	38.045.257,12



Al riguardo va specificato che su 55 distretti socio-sanitari:

- n. 7 distretti non hanno ancora concluso la programmazione 2004-2006, determinando la perenzione amministrativa di euro 9.683.173,36 e una somma non ancora spesa di euro 21.411.355,75;

- n. 20 distretti non hanno concluso il riequilibrio previsto nel 2007-2009 con uno scarto tra somme erogate dalla Regione e somme spese dai distretti di euro 5.144.019,59;

- circa 30 distretti non hanno ancora utilizzato pienamente la prima annualità trasferita dalla Regione per la realizzazione del Piano di zona 2010-2012.

In merito all'ultimo ciclo di programmazione (2010-2012) si registra un forte ritardo non solo nella spesa ma anche nell'avvio dei servizi previsti nei Piani di zona; soltanto cinque distretti, alla data sopra indicata, hanno già richiesto la terza annualità e completeranno le Azioni secondo la tempistica programmata.

A livello regionale dunque per i diversi cicli di programmazione sono stati destinati complessivamente ai distretti euro 303.469.693,37, con un'erogazione pari al 74,12%; la mancata erogazione di circa il 26% è da ricondurre principalmente alla programmazione 2010-2012 ancora in fase di attuazione.

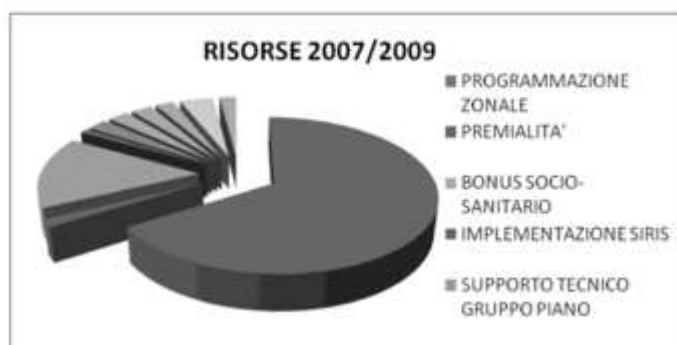
Dall'analisi dei dati contabili rilevabili dalla struttura regionale si evidenzia che al 1° dicembre 2012 la capacità di spesa dei distretti registrava una performance ancora limitata.

In merito all'ultimo periodo di programmazione 2010-2012, approvato con D.P.R.S. del 2 marzo 2009 n. 61 e successive modifiche, la Regione, a fronte di una disponibilità complessiva di circa euro 197 milioni, nell'arco del triennio ha destinato le risorse secondo quanto riportato nella tabella seguente, ciò al fine di contrastare numerose emergenze sociali, ancor più acute a causa dei minori trasferimenti nazionali sui fondi specifici (non autosufficienza, famiglia, immigrazione, ecc.).

Dall'analisi delle voci di spesa appare evidente che le stesse siano state adottate a supporto dei comuni e dei distretti socio-sanitari, a completamento degli interventi sociali sostenuti spesso solo a valere sulla spesa sociale dei bilanci comunali. La minore disponibilità di risorse del FNPS inciderà fortemente non solo sulle Azioni inserite nei Piani di zona, ma anche sugli altri interventi che in questi anni hanno trovato quale risorsa aggiuntiva una quota sul citato Fondo.

Fondo nazionale politiche sociali programmazione 2010-2012

Programmazione zonale	130.291.458,00
Premialità	3.265.686,98
Bonus socio-sanitario	30.200.000,00
Implementazione SIRIS	2.005.835,00
Supporto tecnico ufficio piano - incentivi Gruppo Piano	4.807.343,43
Progetti sperimentali handicap	5.000.000,00
Immigrati	5.000.000,00
IPAB	4.500.000,00
Disabili psichici	7.981.374,25
ADI	4.000.000,00
Totale	197.051.697,66



L'analisi dello stato dell'arte della spesa risulta necessaria per comprendere le scelte di tipo finanziario che la Regione intende proporre per il nuovo ciclo di programmazione.

Considerato infatti che ad oggi le risorse del FNPS trasferite alla Regione per gli anni 2010 e 2011 ammontano complessivamente a euro 51.719.181,31, circa 1/3 della triennalità 2007-2009 appare quanto mai necessario rivedere i criteri di riparto del F.N.P.S., con l'obiettivo di utilizzare in modo efficiente le risorse a disposizione.

La Regione siciliana, dunque, nell'approvare il riparto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, mira a garantire la coerenza con il disegno di governance locale delineato nel presente documento e a valorizzare le responsabilità e l'autonomia degli enti locali nell'esercizio del loro ruolo di governo del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Considerata l'esiguità delle somme trasferite dallo Stato rispetto a quelle dei precedenti cicli di programmazione, appare opportuno includere nell'ambito del finanziamento dei Piani di zona 2013/2015 anche le somme che verranno trasferite a valere sul 2013, così come quantificate nella seguente tabella:

Risorse provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali (anni 2010-2013)

Anno	Importi
Anno 2010	euro 35.307.307,57
Anno 2011	euro 16.429.353,12
Anno 2012	euro 998.093,63
Anno 2013	euro 27.570.000,00
Totale	euro 80.304.754,32

Le somme del FNPS destinate ai distretti per la prima programmazione 2004-2006, impegnate ma non ancora trasferite per il mancato avvio dei servizi e/o per la mancata utilizzazione di almeno al 70% della annualità precedente da parte del singolo distretto sociosanitario, potranno essere oggetto di revoca, previa verifica da parte del dipartimento della famiglia e delle politiche sociali, che con successivo provvedimento definirà i criteri per la revoca.

Le somme revocate rientreranno nella disponibilità della Regione che li destinerà a sostegno dei distretti più virtuosi, secondo modalità che l'amministrazione regionale definirà con atto successivo.

Rimangono in ogni caso nella disponibilità del distretto sociosanitario le somme già trasferite che dovranno essere utilizzate con efficienza ed efficacia secondo la programmazione già in corso o potranno essere ricomprese, eventualmente, nel nuovo Piano di zona 2013-2015, anche nel caso di istituzione di AOD.

5.1. Le modalità di riparto

La somma destinata ai distretti socio-sanitari per la realizzazione dei Piani di zona verrà ripartita secondo tre indicatori: popolazione, numero di comuni presenti nel distretto, isole minori.

In coerenza con quanto già riportato al punto 4.3 del presente documento, alla luce della superiore disponibilità, si provvederà a destinare euro 75 milioni ai distretti socio-sanitari per il finanziamento triennale dei Piani di zona, euro 5.304.754,32 rimarranno nella disponibilità dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro - Dipartimento famiglia e politiche sociali che li destinerà per euro 3.000.000,00 all'assistenza igienico-personale dei minori disabili inseriti nelle scuole superiori della Regione siciliana e euro 2.304.754,32 ad a politiche sociali e azioni di sistema di rilevanza regionale, nonché per l'attività di supporto tecnico svolta dalla struttura regionale in attuazione delle politiche sociali.

(2) Dati riferiti a 54 distretti su 55 complessivi.