

REPUBBLICA ITALIANA

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA



PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 13 MARZO 2009 -
N. 11

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO PRESIDENZIALE 2 marzo 2009.
Approvazione del Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

Visto lo Statuto della Regione;
Viste le leggi regionali 22 dicembre 1962, n. 28 e 10 aprile 1978, n. 2;
Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ed, in particolare, l'art. 18 della legge medesima che prevede l'adozione del piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;
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";
Vista la nota n. 4090 del 12 dicembre 2008, con la quale l'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali trasmette il documento relativo alla programmazione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali anni 2007-2009 e denominato "Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012";
Preso atto della deliberazione della Giunta regionale n. 353 del 23 dicembre 2008, che condivide il "Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012";
Su proposta dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali;

Decreta:

Articolo unico

E' approvato il "Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010-2012" relativo alla programmazione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali anni 2007-2009.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana. Palermo, 2 marzo 2009.

LOMBARDO
SCOMA

Allegato A

IL PROGRAMMA REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE 2010-2012

1.

Premessa

Il presente Programma regionale è da considerare in continuità con i precedenti documenti di programmazione della Regione siciliana, finalizzati a sostenere la costruzione di un sistema di welfare regionale coerente con la legge n. 328/2000, che ha delineato a livello nazionale il nuovo sistema integrato di politiche sociali e socio-sanitarie. Il D.P.R.S. 23 marzo 2007, in particolare, individuando la data del 31 dicembre 2009, quale termine ultimo della sperimentazione avviata con il D.P.R.S. 4 novembre 2002, ha inteso evidenziare la necessità, nel triennio 2010-2012, di portare a sistema un modello di costruzione delle politiche territoriali che abbia quale obiettivo prioritario l'integrazione delle politiche stesse, costruite attraverso un efficiente, condiviso e democratico sistema di governance e di partecipazione. La Regione siciliana intende affermare una idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e socio-sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura. Contestualmente si evidenzia come la società complessa ed i nuovi bisogni emergenti richiedano una presenza autorevole dell'ente pubblico nel territorio: autorevolezza che si può affermare soltanto attraverso la capacità di svolgere compiti di regia e di garanzia, prestando attenzione alla costituzione di prospettive strategiche condivise con le formazioni della società civile che accettano di svolgere funzioni pubbliche. Questo orientamento esprime la consapevolezza che il valore del welfare che ci si propone di realizzare sarà direttamente proporzionale al valore del reciproco riconoscimento che si determina tra i diversi attori in gioco. La consapevolezza che non si possa definire un punto di vista unico capace di interpretare e orientare la realtà a favore del bene comune porta ad affermare che soltanto la condivisione di intenti tra i diversi attori sociali, pur nel rispetto dei livelli di responsabilità e delle differenze reciproche, può portare quel valore aggiunto essenziale al benessere collettivo e individuale dato dalla coesione sociale. In questo momento storico più che in precedenza, pur avendo la nostra società regionale risentito di una sempre minore ricchezza, emerge con evidenza come le situazioni di criticità sociale siano connesse molto spesso a difficoltà di accesso alle opportunità effettivamente esistenti, cioè ad una carenza di capacità di interagire con il contesto sociale e culturale, a volte connessa a mancanza di informazione e conoscenza. Le difficoltà di accesso alle risorse ed opportunità esistenti impongono, pertanto, un cambio di passo: sul versante della competitività e dunque della qualità dei processi di crescita, sul versante della sostenibilità e dunque della capacità di innovare anche la cultura in tema di sviluppo umano.

2.

La

programmazione

integrata

In attuazione degli artt. 3, 38 e 118 della Costituzione, lo Stato, la Regione e gli enti locali garantiscono l'insieme dei diritti e delle opportunità volte allo sviluppo del benessere dei singoli e delle comunità ed assicurano il sostegno ai progetti di vita delle persone e delle famiglie.

Ai 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, si fonda sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, opera per assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone, della famiglia e delle formazioni sociali. In questo quadro la Regione e gli enti locali favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati, sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale. La promozione della "vita buona", a fronte anche delle criticità rilevate in premessa, richiede concretamente interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzata, private ecc.) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali urbanistiche abitative, formative, occupazioni e come appena richiamato, culturali.

Per questo, il presente documento si pone in relazione con la pianificazione strategica regionale e prospetta analoghe dinamiche nella governance territoriale a livello provinciale, distrettuale e dei comuni.

2.1. *I fondi strutturali e le altre risorse*

La Regione siciliana, infatti, attraverso il Documento unitario di programmazione 2007-2013 ha individuato le strategie mirate alla realizzazione sul territorio regionale, in modo unitario e coerente, della politica regionale comunitaria e della politica regionale nazionale in un'ottica di integrazione e sinergia volta a massimizzare gli effetti della politica regionale unitaria in termini di coesione economica e sociale.

La strategia di politica regionale unitaria si attua attraverso strumenti e modalità in grado di garantire, indipendentemente dalla fonte di finanziamento (risorse della politica regionale comunitaria, nazionale e anche ordinaria):

- la migliore realizzazione dei livelli di cooperazione istituzionale necessari;
- la più ampia e funzionale partecipazione dei soggetti istituzionali coinvolti;
- condizioni adeguate di efficienza ed efficacia nelle procedure e nelle modalità attraverso le quali pervenire al conseguimento degli obiettivi e dei risultati.

Le politiche inerenti l'inclusione sociale costituiscono un ampio e complesso quadro che si articola secondo diversi ambiti di policy. In particolare, in relazione alle politiche sociali, tra i riferimenti normativo-istituzionali più rilevanti si ha la legge n. 328/2000 nonché gli atti di indirizzo e programmazione regionale del Fondo nazionale per le politiche sociali (DD.PP. 4 novembre 2002, 28 ottobre 2005, 8 maggio 2006 e 23 marzo 2007). L'applicazione della legge n. 328/2000 ha rappresentato un ambito privilegiato di sperimentazione di politiche sociali e sanitarie a livello sovracomunale (Distretti socio-sanitari), con la concertazione delle parti sociali.

Dalla prima fase di applicazione si è evidenziata una debolezza strutturale degli attori coinvolti e delle reti territorio, riguardante l'effettiva condivisione della progettazione, l'efficacia dell'implementazione delle azioni programmate e la scarsa capacità di coinvolgimento attivo dei partner socio-economici ed istituzionali. E' risultato "fragile", a partire dall'analisi dei bisogni e delle risorse locali, il processo relativo alla definizione ed attuazione della programmazione triennale dei servizi integrati socio-sanitari, la realizzazione di azioni di monitoraggio e valutazione del processo finalizzati alla riprogrammazione nel successivo triennio.

La riduzione delle risorse a livello locale ha determinato, inoltre, una contrazione dei fondi destinati ai servizi sociali e sanitari nei bilanci degli enti locali, creando serie difficoltà nel garantire un'adeguata risposta alla domanda di servizi delle cittadine e dei cittadini, specie delle fasce deboli, ed orientando interventi in un'ottica di emergenza e di interventi obbligatori, in particolare nelle aree metropolitane e nei capoluoghi. Questo quadro ha determinato, pertanto, la necessità di implementare attraverso un supporto attivo agli attori del territorio, azioni in grado di garantire l'integrazione tra le politiche ordinarie e di sviluppo e, in particolare, di promuovere una progettazione locale di medio periodo,

attraverso lo strumento legge n. 328/2000, coerente e in sinergia con i Fondi della politica regionale unitaria (Programma operativo regionale FSE e FESR e PAR FAS).

2.2. *Gli obiettivi di integrazione*

L'obiettivo della Regione è quello di supportare un processo di miglioramento della governance locale e di costruzione di un "partenariato" interistituzionale e con il privato sociale, oltre che di potenziare gli interventi ed i servizi per quelle fasce individuate nei Programmi operativi come deboli che necessitano di specifiche azioni volte a garantire la possibilità di avviare reali processi di inclusione sociale e lavorativa per disabili, donne vittime di violenza o di tratta, immigrati, fasce svantaggiate della popolazione, ecc.

La politica regionale unitaria può quindi contribuire a:

- potenziare la governance orizzontale e verticale, promuovendo partenariato e garantendo un migliore coordinamento tra le diverse politiche territoriali che verranno definite nel periodo di programmazione 2007-2013;

- individuare le aree di integrazione territoriale a livello dei distretti socio-sanitari e nei piani di zona (attuazione della legge n. 328/2000), sia tra Fondi strutturali e FAS sia tra gli interventi di politica ordinaria.

La programmazione sociale territoriale rappresenta uno degli aspetti più innovativi del testo della legge, che punta ad una riorganizzazione dell'offerta sociale attraverso l'elaborazione di piani di zona, che si avvantaggiano delle conoscenze anche del partenariato sociale coinvolto nella programmazione. Alle innovazioni introdotte dalla legge n. 328/2000 e le successive disposizioni nazionali - tra le quali una serie di misure introdotte dalle leggi finanziarie 2007 e 2008 volte ad aumentare l'equità sociale e la protezione degli strati sociali più deboli, con l'aumento delle risorse assegnate a fondi esistenti e con l'istituzione di nuovi fondi (ad es. per le persone non autosufficienti, per le famiglie con carichi di cura, per le comunità giovanili, per l'inclusione sociale degli immigrati e delle donne ed i minori vittime di violenza) - si aggiungono i numerosi interventi di competenza dell'Amministrazione regionale, realizzati attraverso risorse ordinarie. Infine, va citata la legge n. 285/97 per l'importanza che riveste rispetto all'attivazione di azioni in sinergia operativa con gli obiettivi di servizio del QSN e per le risorse che destina alle due grandi aree metropolitane di Palermo e Catania.

La politica regionale unitaria può, pertanto, fornire delle risposte efficaci su alcuni degli elementi sovra esposti:

- potenziando la governance orizzontale e verticale e promuovendo partecipazione;
- garantendo un migliore coordinamento tra le diverse politiche territoriali che verranno definite nel periodo di programmazione 2007-2013;

- individuando le aree di integrazione territoriale a livello dei distretti socio-sanitari e nei piani di zona (attuazione della legge n. 328/2000), sia tra fondi comunitari e FAS sia tra gli interventi di politica unitaria.

I distretti socio-sanitari, di conseguenza, nella elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali attraverso i piani di zona, dovranno individuare collegamenti sinergici con i nuovi strumenti di sviluppo territoriale che sono stati in parte declinati nei documenti di programmazione regionale e nazionale e che propongono una maggiore specializzazione territoriale: piano integrato di sviluppo urbano e piano integrato di sviluppo territoriale (PISU e PIST). Inoltre, al fine di garantire una più efficace integrazione delle politiche del PO FSE all'interno degli strumenti di sviluppo territoriale può essere utilizzata un'ampia sperimentazione di patti formativi locali.

Pertanto, alla luce delle suddette osservazioni, la politica regionale unitaria può:

- garantire un migliore coordinamento tra le diverse politiche territoriali che verranno definite nel periodo di programmazione 2007-2013;

- evitare sovrapposizioni di strumenti ed interventi che insistono su un medesimo territorio potenzialmente in conflitto tra loro;

- individuare le aree di integrazione territoriale sia tra fondi e FAS sia tra gli interventi di politica unitaria, così definiti, e gli strumenti di intervento settoriale a riferimento o con ricadute territoriali;

- garantire l'integrazione finanziaria dei programmi nei piani di zona tramite il coordinamento delle risorse di provenienza comunitaria (FESR, FSE e FEASR, FEP), nazionale (Fondo di rotazione, Fondo aree sotto-utilizzate - FAS e FNPS), regionale (risorse del bilancio regionale e degli enti locali territoriali) e privata.

2.3. *Il piano d'azione per gli obiettivi di servizio del QSN*

In continuità con l'esperienza sviluppata nel periodo 2000-2006, il Quadro strategico nazionale per la politica regionale aggiuntiva 2007-2013, per il nuovo ciclo di programmazione, prevede un meccanismo competitivo legato al conseguimento di risultati verificabili in termini di servizi collettivi in ambiti essenziali per la qualità della vita e l'uguaglianza delle opportunità dei cittadini e per la convenienza a investire delle imprese. Con riferimento all'area delle politiche sociali e socio-sanitarie, con tale meccanismo di premialità si intende ricompensare le regioni che otterranno risultati particolarmente significativi per i servizi di cura, definiti "essenziali" per i cittadini ed in particolare a favore di bambini (asili nido) ed anziani (assistenza domiciliare integrata). Ai fini della premialità sono stati individuati degli indicatori per ognuno dei quali è stato posto un target il cui auspicato raggiungimento nel 2013 rappresenterà un concreto segnale di miglioramento nella qualità della vita dei cittadini. A seguito dell'eventuale raggiungimento di questi target la Regione siciliana potrà accedere alla sua quota di risorse che derivano dal fondo Fondo aree sotto-utilizzate (FAS) per un ammontare di circa 700 milioni previsti per la Sicilia.

Nell'ambito della definizione di azioni mirate a servizi di cura rivolti a favore di bambini (asili nido) la Regione ritiene prioritario integrare i percorsi di programmazione degli interventi e di integrazione delle risorse destinate all'area dell'infanzia e dell'adolescenza (ex legge n. 285/97).

Per i servizi di cura rivolti ad anziani (assistenza domiciliare integrata) ed in particolare all'area della non autosufficienza, nella definizione degli interventi si rimanda, laddove compatibile con la programmazione zonale, alle linee guida regionali per l'accesso al sistema delle cure domiciliari che il settore sanitario e il settore sociale a livello regionale dovranno porre in essere e che rappresentano la tappa fondamentale per la definizione del sistema di governance delle azioni.

Nell'ambito della sopra citate linee guida dovranno anche essere individuate le modalità di presa in carico e di erogazione del buono socio-sanitario.

2.4. *Accesso al sistema integrato dei servizi*

L'accesso al sistema integrato dei servizi deve essere favorito attraverso attività di informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza.

Informazione e orientamento sono due funzioni che si legano strettamente. Infatti, l'informazione da sola può risultare scarsamente efficace a fronte della necessità sempre più ricorrente di sostenere le decisioni delle persone e delle famiglie, di fornire strumenti per valutare le diverse alternative a disposizione e identificare la scelta più opportuna. E' centrale non solo ciò che viene offerto (l'informazione) ma anche il modo in cui ciò avviene, il processo con cui viene offerta informazione, viene spiegata, ci si mette in relazione, si ascolta, si avvia una chiarificazione del bisogno e della domanda. L'armonizzazione delle regole per la gestione degli accessi a livello di distretto socio-sanitario, pertanto, rappresenta un nodo importante perché dalle soluzioni adottate dipende il raggiungimento di obiettivi di maggiore efficienza ed efficacia che con il Piano di zona si vuole raggiungere.

Ciascun territorio, attraverso la pianificazione di zona, definisce tempi e strumenti per armonizzare i criteri di accesso ai servizi sociali alla persona andando alla definizione di

regolamenti di ambito distrettuale condivisi e approvati da tutti i soggetti interessati: enti locali ed altri enti pubblici, AUSL e terzo settore. Con riferimento agli obiettivi indicati al precedente paragrafo 2.3, l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali ha già avviato un Censimento degli sportelli per l'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari. L'obiettivo generale di questa azione è quello di effettuare una mappatura delle esperienze che, pur con caratteristiche organizzative differenti, gli enti locali offrono alla cittadinanza quale soluzione concreta sul tema dell'accesso ai servizi sociali e servizi socio-sanitari distrettuali, svolgendo funzioni di informazione, orientamento e accompagnamento. Si tratta di realizzare un'analisi organizzativa di un insieme omogeneo di servizi cosiddetti di "welfare d'accesso" presenti nei distretti socio-sanitari e indicati in più modi: sportelli ADI già esistenti, segretariato sociale, porta sociale, sportello informativo, focal point, ecc. Alla luce delle superiori considerazioni e degli obiettivi individuati al precedente paragrafo 2.3, la Regione indica quale indirizzo prioritario nell'ambito della realizzazione di un sistema efficiente ed integrato di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari la necessità di costituire lo "Sportello unico socio-sanitario" quale porta di accesso al distretto socio-sanitario.

In quanto "funzione" esso risponde ad un unico centro di responsabilità a livello di distretto socio-sanitario ma si traduce operativamente in molteplici punti fisici di accesso rivolti alla cittadinanza.

La funzione di "Sportello unico socio-sanitario", è parte integrante del segretariato sociale del distretto socio-sanitario servizio che deve garantire unitarietà di accesso, capacità di ascolto e primo filtro, orientamento, azioni di accompagnamento, attività di analisi della domanda, collegamento e sviluppo delle collaborazioni con altri soggetti, pubblici e privati. Lo sportello svolge una specifica azione di "front-office", di gestione del primo contatto, dell'informazione, dell'orientamento e dell'invio a servizi specifici. Si evidenzia, infine, come la costituzione dello "Sportello unico socio-sanitario", non comportando necessariamente la creazione di ulteriori sportelli e/o banche dati e/o osservatori, rappresenti l'occasione per creare il coordinamento e il collegamento tra gli sportelli esistenti in ambito distrettuale.

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

La sfida della trasformazione del sistema di servizi e prestazioni sociali, la centralità che si vuole affermare e realizzare dei diritti di cittadinanza, la diffusa e sostanzialmente universale inclusione nel sistema, comporta innovazioni rilevanti: fare scelte progettuali selettive, tendere all'efficienza, riorganizzare e potenziare il sistema dei servizi, semplificare le procedure, è essenziale per dare tempestività ed efficacia alle capacità di governo. Questo implica un salto nella governance istituzionale e sociale, intesa come attività di governo del cambiamento: un'attività innovativa perché fondata sulla interazione e la cooperazione fra tutti gli attori coinvolti. Molto è affidato alla capacità di fare scelte coerenti con la programmazione regionale, ma concertate e gestite a livello locale. Dall'esperienza dei piani di zona, nonché dall'ampio confronto che si è sviluppato a livello regionale e territoriale emerge la necessità di una comune condivisione dei principi ai quali occorre ispirare l'assetto istituzionale integrato di governo del sistema.

Tali principi sono:

- la centralità degli enti locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a rete;
 - l'individuazione del distretto socio-sanitario quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato della funzione di governo, di committenza e per l'organizzazione associata delle funzioni amministrative ad essa collegata.
- Questi principi consentono, nel quadro normativo vigente, di disegnare un assetto istituzionale di governo coerente ed omogeneo.

La Regione assume, pertanto, la responsabilità di dare corso ad opzioni strategiche funzionali per la realizzazione del programma di governo che possono essere attuate dai soggetti locali, come attori delle scelte regionali. Al livello delle autonomie locali la Regione condivide progetti e linee d'azione scaturiti dal territorio in quanto coerenti con le strategie regionali riconducibili a un unico progetto di governance dello sviluppo e del cambiamento. Sono politiche di sviluppo e proposte progettuali locali che per essere realizzate hanno bisogno del sostegno della Regione e delle risorse che si è in grado di mobilitare, direttamente o indirettamente, a livello nazionale ed europeo.

La funzione programmatica e l'azione di sostegno della Regione al sistema dei servizi non devono configurare un suo ruolo come "ente erogatore". Il disegno strategico regionale e le sue opzioni di programmazione integrata vengono costruiti con iniziative di promozione e coordinamento, attraverso l'ascolto, la negoziazione, la concertazione delle politiche e delle loro traduzioni progettuali con le istituzioni del territorio, quale che sia la responsabilità operativa specifica di queste ultime. Al fine di sostenere tale funzione programmatica è necessario, inoltre, definire il quadro conoscitivo dell'investimento regionale nell'ambito delle politiche sociali. La Regione siciliana, a tal fine, a partire dal corrente anno, ha aderito alla "Indagine censuaria sugli interventi ed i servizi sociali dei comuni singoli o associati" mediante la partecipazione diretta dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali. Tale collaborazione rientra in un più ampio processo di costruzione delle politiche regionali e territoriali, supportate da dati certi sull'entità e la tipologia degli investimenti effettuati nel settore. Nel modello di welfare della Regione siciliana, inoltre, il ruolo della sussidiarietà deve essere fondamentale.

L'intento è quello di raggiungere nella programmazione la più ampia rappresentazione degli interessi dei cittadini e di condividere le modalità di risposta al bisogno. Fermo restando che la responsabilità della programmazione compete agli enti pubblici di governo, la Regione adotta strumenti di concertazione e confronto con le parti sociali ed attiva la più ampia partecipazione delle associazioni degli utenti, dei consumatori e dei soggetti del terzo settore, durante il percorso di programmazione. Pertanto il processo di programmazione, sia a livello locale che regionale, deve vedere presenti, ciascuno per il ruolo previsto dalla normativa, tutti i soggetti istituzionali e le rappresentanze associative della società civile, così da realizzare la più ampia condivisione sugli obiettivi e sulle modalità di perseguimento degli stessi.

3.1. *Il livello regionale*

In tal senso la Regione intende rafforzare e ampliare la funzione della Cabina di regia regionale, quale strumento finalizzato a garantire idonei percorsi di concertazione in ambito regionale, che vada oltre i termini temporali legati alla definizione del Piano socio-sanitario regionale e sua attuazione.

Nel richiamare, pertanto, quanto determinato al paragrafo 4 del D.P.R.S. 23 marzo 2007 si ribadisce la funzione di indirizzo della Cabina di regia, che ha sede presso l'Assessorato della famiglia, delle politiche speciali e delle autonomie locali. Nella Cabina di regia, presieduta dall'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, oltre il dirigente generale del dipartimento della famiglia delle politiche sociali e delle autonomie locali, il dirigente del servizio 3° - funzionamento e qualità del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali - Ufficio piano, convergeranno i rappresentanti indicati dall'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, in un numero massimo di tre, nonché i rappresentanti della Presidenza della Regione e dell'Assessorato della sanità, in un numero massimo di due, dell'ANCI, dell'ANCI-Federsanità e dell'URPS attraverso un rappresentante.

Ai lavori della Cabina di regia possono essere invitati a partecipare, inoltre, i rappresentanti della Rete per le pari opportunità, degli organismi di rete del terzo settore, della cooperazione sociale, delle organizzazioni sindacali regionali maggiormente rappresentative, di rilievo nazionale, dell'ASAEL, dell'ASACEL e della Lega delle autonomie locali.

Si conferma che a livello regionale la Cabina di regia costituisce il tavolo di concertazione, e rappresenta il luogo di confronto sul piano politico-istituzionale con i diversi livelli istituzionali e i vari soggetti sociali.

Nel ribadire la struttura organizzativa di cui al cap. 8.6 del D.P.R.S. 4 novembre 2002 e i successivi documenti di programmazione regionale ad esso collegati, nonché il regolamento della Cabina di regia, si conferma l'attività di supporto e assistenza tecnica, per la Cabina di regia, nell'ambito delle competenze del servizio 3° - funzionamento e qualità del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali - Ufficio piano, il quale garantisce, anche, l'attività di segreteria.

La Cabina di regia sarà inserita quale organismo collegiale per il quale è previsto un gettone di presenza, alla lett. E) dell'art. 1 del D.P.R.S. 29 giugno 1998, n. 28. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Cabina di regia graveranno sulla quota destinata del 5% finalizzata all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale (punto e) di cui al successivo paragrafo 5, punto 1.

La Regione intende, altresì, consolidare i percorsi di accompagnamento e di sostegno dei territori mediante attività di assistenza tecnica e di consulenza al fine di sostenere l'attività di programmazione, pianificazione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali da parte dei 55 distretti socio-sanitari e perseguire con decisione l'obiettivo di integrare ulteriormente le strategie regionali con quelle locali. A tal fine sono previsti 55 Facilitatori che svolgeranno sul territorio principalmente le seguenti attività:

- affiancamento e consulenza, in ambito distrettuale, a tutti gli stakeholders coinvolti alla definizione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali;
- promozione e sostegno ai sistemi relazionali che definiscono la gestione associata delle reti distrettuali dei servizi e delle infrastrutture, finalizzati a produrre economie di spesa e di gestione.

Tale attività trova concreta attuazione nell'ambito del programma di assistenza tecnica e di formazione, affidata in house providing, con decreto n. 1219 del 7 aprile 2006, al CIAPI di Priolo Gargallo e al CEFPAS di Caltanissetta, rientrante nei Piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali di competenza del dipartimento della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali - servizio 3° - Funzionamento e qualità del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali - Ufficio piano.

3.2. II livello provinciale

Il soggetto istituzionale con competenze di coordinamento a livello intermedio, sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura e pianificazione territoriale), è la provincia.

La provincia partecipa all'esercizio delle funzioni di:

- a) promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche settoriali;
- b) rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio provinciale, anche attraverso la costituzione di osservatori provinciali, al fine dell'implementazione del Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario (S.I.R.I.S.);
- c) promozione della partecipazione del terzo settore e delle II.PP.A.B. al sistema dei servizi;
- d) predisposizione di specifici programmi di ambito provinciale, integrati con la programmazione distrettuale, mediante il supporto della segreteria tecnica;
- e) promozione di idonei percorsi di integrazione socio-sanitaria attraverso il Comitato di garanzia;
- f) coordinamento della programmazione dei distretti, attraverso la Conferenza dei sindaci,

con i programmi di ambito provinciale. Al fine di avviare specifiche sperimentazioni aventi finalità riconducibili al precedente punto b, la Regione destina una quota, da determinare con successivo provvedimento dell'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali, nell'ambito delle risorse dell'8% finalizzate al consolidamento della cultura socio-sanitaria, scambio buone prassi e riequilibrio piano di zona (punti a, b, c) e al sostegno finanziario di azioni delle province miranti alla costruzione di osservatori, di cui al successivo paragrafo 5. punto 1.

3.3 *Il livello distrettuale*

Il comune è l'ente locale che rappresenta la propria comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo ed è, nell'ordinamento italiano, l'ente territoriale più vicino al cittadino.

La legge assegna al comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione e il territorio comunale, in particolare nei servizi alla persona e alla comunità, nell'assetto e nell'utilizzazione del territorio e nello sviluppo economico.

Per tale ragione, il comune ha la titolarità dei servizi-sociali che comporta:

- la gestione di servizi e l'erogazione di prestazioni a favore dei cittadini;
- il compito di progettare, realizzare e gestire la "rete" dei servizi sociali;
- il coordinamento degli enti che operano nell'ambito di competenza;
- il concorso nella definizione della programmazione sociale e socio sanitaria delle regioni;
- la consultazione dei soggetti presenti nella realtà locale con la finalità di formulare proposte per la predisposizione di programmi e per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi;
- la promozione e la valorizzazione delle risorse della collettività locale;
- il miglioramento della qualità della vita dei propri cittadini.

Ne discende che è assegnata ai comuni facenti parte del distretto socio-sanitario la titolarità e la responsabilità primaria del piano di zona e, di conseguenza, anche una funzione di regia nei confronti dei diversi attori in un'ottica di governance.

Il comitato dei sindaci è l'organismo che rappresenta l'associazione di tutti i comuni che formano il distretto socio-sanitario e che, proprio per questo, diviene titolare del piano di zona provvedendo alla sua approvazione.

In generale, il comitato dei sindaci ha il compito di formare un orientamento comune nelle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie, definire le più importanti pianificazioni sia di competenza degli stessi enti locali associati sia proprie del distretto sanitario AUSL, svolge un ruolo di indirizzo e di controllo nei confronti dello stesso distretto sanitario AUSL rispetto alle attività svolte ed all'esame dei principali atti economico-finanziari.

Relativamente allo strumento tecnico del distretto socio-sanitario, denominato Gruppo piano, si conferma l'azione strategica, già attivata con decreto n. 1562 del 5 maggio 2006, finalizzata al potenziamento e all'incentivazione delle attività del Gruppo piano stesso.

Tale azione graverà sulla quota del 5% finalizzata all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale (punto e), di cui al successivo paragrafo 5.1.

Così come già indicato nell'indice ragionato per la stesura del piano di zona, si evidenzia la necessità che per la definizione del piano di zona, si individuino all'interno di ogni Gruppo piano, un gruppo ristretto a carattere tecnico.

Considerata, infine, la centralità dei distretti socio-sanitari e del loro assetto istituzionale all'interno del sistema di welfare regionale e locale è necessario, previa verifica della funzionalità degli attuali ambiti territoriali, attivare idonei percorsi finalizzati all'eventuale revisione dei 55 distretti socio-sanitari, con particolare attenzione alla struttura organizzativa e alla capacità operativa dei distretti socio-sanitari relativi alle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina.

4. **Il piano di zona**

La Regione siciliana individua nel piano di zona lo strumento primo e fondamentale con il

quale i comuni che compongono i 55 distretti socio-sanitari d'intesa con i distretti sanitari AUSL e con il concorso di altri soggetti che si occupano di servizi sociali e servizi socio-sanitari, realizzano "il sistema integrato di interventi e servizi alla persona". Il distretto socio-sanitario è il "contenitore" dove si deve principalmente concretizzare la gestione unitaria dei processi integrati e delle risorse. Il piano di zona si colloca come punto di riferimento generale verso cui convergono innanzitutto le politiche sociali e sanitarie ma anche, in via progressiva, quelle scolastiche, formative ed educative, giovanili, del lavoro, abitative, del tempo libero, ambientali, della mobilità e della comunicazione. Il piano di zona deve perseguire conseguentemente l'integrazione finanziaria dei programmi tramite il coordinamento delle risorse di provenienza comunitaria (FESR, FSE e FEASR, FEP), nazionale (FNPS, Fondo di rotazione e Fondo aree sotto-utilizzate - FAS), regionale (risorse del bilancio regionale e degli enti locali territoriali) e privata. Ed è in questa direzione, in base ai principi di sussidiarietà, partecipazione e solidarietà, che appare necessaria la realizzazione di forme di integrazione tra tutti i soggetti della comunità locale. L'obiettivo è di definire in modo congiunto e condiviso l'attuale sistema di prevenzione, protezione e promozione sociale, di delineare le sue prospettive future, di individuare gli obiettivi strategici e le priorità, di scegliere le modalità di concreta realizzazione.

Il tutto nella piena coscienza che il piano di zona è uno strumento vivo e dinamico da gestire sulla base delle effettive capacità, risorse e potenzialità del territorio. Essendo, infatti, un processo continuo orientato al miglioramento, il piano di zona può essere variato allo scopo di rispondere meglio alla continua evoluzione della società in termini di governo del territorio, di sviluppo locale e di qualità della vita delle persone. Il piano di zona 2010-2012 ha una durata triennale e viene individuata la data dell'1 gennaio 2010 quale data di avvio dei 55 piani di zona della Sicilia.

4.1. *Le scadenze*

Al fine di garantire la continuità degli interventi previsti nel riequilibrio economico e temporale al 31 dicembre 2009 e per consentire, pertanto, a tutti i distretti socio-sanitari di rispettare la data dell'1 gennaio 2010 si impone da una parte la definizione di una tempistica certa che garantisca il rispetto di una serie di fasi tra loro strettamente collegate e dall'altra l'utilizzo di adeguati strumenti operativi in grado di facilitare tale processo:

- 1) i distretti socio-sanitari, pertanto, entro il termine perentorio e improrogabile del 31 maggio 2009, dovranno sottoscrivere e consegnare, al dipartimento della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali - servizio 3° - funzionamento e qualità del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali - Ufficio piano, via Trinacria, 34 - 90144 Palermo, l'Accordo di programma che approva il piano di zona 2010-2012;
- 2) entro il termine ultimo del 30 settembre 2009, il piano di zona 2010-2012 viene istruito dal servizio 3° - Funzionamento e qualità del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali - Ufficio piano e approvato dai nuclei di valutazione;
- 3) entro il termine dell'1 gennaio 2010 tutte le azioni del piano di zona devono essere avviate.

Nel caso del mancato rispetto del termine di cui al precedente punto 1, al fine di non penalizzare i cittadini destinatari delle azioni programmate, senza ulteriore diffida l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali dovrà attivare gli interventi sostitutivi, normativamente esperibili nei riguardi dei comuni ricompresi nei distretti socio-sanitari, al fine di garantire l'approvazione del piano di zona. La stessa procedura sarà adottata nel caso di mancato avvio delle azioni, del piano di zona 2010-2012, alla data dell'1 gennaio 2010.

4.2. *Il piano di zona e il S.I.R.I.S.*
Il piano di zona 2010-2012 sarà gestito interamente attraverso il S.I.R.I.S. (Sistema

informativo regionale integrato socio-sanitario) e ciò comporterà, ai fini dell'approvazione, di cui al precedente punto 2, che tutte le azioni del piano di zona 2010-2012 saranno caricate, entro la scadenza del 31 maggio 2009, dal referente S.I.R.I.S. del distretto socio-sanitario nell'area riservata "Monitoraggio dei piani di zona" del S.I.R.I.S. Le modalità e le procedure dettagliate del processo di costruzione del piano di zona da parte dei distretti socio-sanitari, la modulistica da utilizzare per la definizione del piano di zona e la documentazione integrativa necessaria all'approvazione del piano di zona saranno oggetto, previo parere della Cabina di regia, di apposita circolare dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali da emanare entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto.

4.3. *La gestione associata del piano di zona*
La Regione, nel ricordare i contenuti della circolare n. 548 del 6 aprile 2005 dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali, ritiene doveroso richiamare l'attenzione dei 55 distretti socio-sanitari sulla rilevante questione dell'attuazione dei piani di zona ed in particolare sulla necessità di adottare assetti più funzionali alla gestione e alla spesa.

In applicazione dell'art. 8, comma 3, lett. a), della legge n. 328/2000, infatti, la Regione fornisce indirizzi che, gradualmente, accompagnano i comuni nella gestione di forme associative efficaci ed efficienti rispetto alla costruzione della rete integrata dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, senza che ciò rappresenti una minaccia per l'autonomia dei singoli enti.

Le possibili soluzioni organizzative degli interventi sociali e socio-sanitari devono tenere conto, prioritariamente, dei seguenti elementi:

a) del tipo di interventi da gestire;
b) dell'ambito territoriale di riferimento.

L'insieme degli interventi e dei servizi da gestire in forma associata sono quelli rientranti nelle previsioni del piano di zona, quale strumento di programmazione triennale del sistema integrato degli interventi e dei servizi socio-sanitari del singolo distretto socio-sanitario. L'ambito territoriale di riferimento è individuato nei distretti socio-sanitari (coincidenti con i distretti sanitari) quali "ambiti territoriali adeguati" alla gestione dei servizi sociali e sanitari. Considerando tali ineludibili premesse, per le forme associative si richiama il testo unico, titolo II, capo V, denominato "Forme associative", che individua rispettivamente agli artt. 30, 31 e 32, tre modalità per l'esercizio delle funzioni avente il seguente ordine di priorità:
a) la convenzione (decreto legislativo n. 267/2000, art. 30) costituisce, senza dubbio, il modello più semplice di riferimento per definire la gestione associata di servizi tra più enti, oltre a rappresentare lo strumento capace di promuovere e rendere agevoli esperienze di cooperazione per rafforzare l'azione amministrativa. Vista la temporaneità del rapporto convenzionale e la possibilità di limitarne l'oggetto solo ad alcune attività, ne fanno il mezzo più idoneo nel caso in cui si voglia sostenere una prima sperimentazione di gestione associata;

b) il consorzio (decreto legislativo n. 267/2000, art. 31) configura un modello più evoluto di gestione associata, ma anche una forma più strutturata e che in qualche modo - per i costi di gestione e per i tempi di attivazione, oltre che per la definizione dei ruoli e di funzioni - può essere considerato un punto di arrivo per quegli enti che intendano pervenire ad una forma molto strutturata di gestione associativa, allargata anche ad altri servizi. A tal fine i rispettivi consigli comunali approvano una convenzione ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo n. 267/2000, unitamente allo statuto del consorzio;
c) l'unione di comuni (decreto legislativo n. 267/2000, art. 32) si configura come strumento per l'esercizio in forma associata di una pluralità di funzioni. Siffatta forma associativa viene qualificata come ente locale e risulta dotata di proprio statuto, il quale individua, tra i sindaci dei comuni interessati, il presidente dell'unione. Rappresenta la forma associativa "più

forte", idonea, pertanto, a definire un assetto istituzionale nuovo, per l'esercizio congiunto di un'ampia pluralità di funzioni. La Regione, anche alla luce di tali indirizzi, individua il piano di zona come l'unico vero bilancio preventivo della spesa sociale di un intero distretto socio-sanitario, in cui tutti gli interventi siano tra loro coordinati e gestiti in forma unitaria, senza che questo possa configurarsi come una minaccia per l'autonomia e la capacità di governo di un territorio da parte del singolo ente locale. La gestione unitaria non si esaurisce nella definizione di un accordo di programma, di un atto convenzionale o altro atto giuridico-amministrativo ma deve essere vissuta come un percorso di scelte e di sperimentazioni che comincia con l'approvazione del piano di zona. Nel superiore contesto si inseriscono anche gli altri strumenti normativamente previsti per la gestione dei servizi dal decreto legislativo n. 267/2000. La scelta da parte del distretto socio-sanitario di adottare una forma di gestione associata delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali verrà positivamente considerata, in ordine alla premialità di cui al successivo paragrafo 5.3, nell'ambito della definizione dei parametri di valutazione.

5. **Le risorse**

Il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari è caratterizzato da una situazione di grande complessità dal punto di vista delle fonti e dei canali di finanziamento, in parte derivante dal quadro normativo, tuttora in fase di evoluzione, ed in parte dalla natura stessa della programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, caratterizzate dal pluralismo dei soggetti e dei livelli istituzionali coinvolti. La legge n. 328/2000 per la promozione ed il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale istituisce il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) quale fondo unico a cui, a partire dal 2001, afferiscono le risorse destinate precedentemente a finanziare le singole leggi di settore. Questa scelta va nella direzione di garantire unitarietà e coerenza allo sviluppo delle politiche sociali nel loro insieme. Quale elemento di novità, le leggi finanziarie dello Stato per gli anni 2007 e 2008, oltre a determinare il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), hanno istituito ulteriori stanziamenti quali il Fondo per le politiche sulla famiglia, il Fondo per le politiche relative ai diritti ed alle pari opportunità, il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati, il Fondo per le politiche giovanili.

Tabella 1 - Riepilogo degli ulteriori Fondi nazionali 2007-2008

Nome del fondo	Norma di riferimento
Fondo politiche della famiglia	Legge n. 296/2006, commi 1250/1251
Servizi socio-educativi (asili nido, ecc.)	Legge n. 296/2006 comma 1259; legge n. 244/2007, comma 457
Fondo per le pari opportunità	Legge n. 296/2006, comma 1261
Fondo non autosufficienze	Legge n. 296/2006, comma 1265; legge n. 244/2007, comma 465
Fondo politiche giovanili	Legge n. 296/2006, comma 1290
Fondo per inclusione sociale e immigrati	Legge n. 296/2006, comma 1267; legge n. 244/2007, comma 536

Fondo nazionale comunità giovanile	Legge n. 296/2006, comma 1293
Piano contro la violenza delle donne	Legge n. 244/2007, comma 463
Fondo per il funzionamento di servizi socio-educativi la prima infanzia fino a 36 mesi presso enti	Legge n. 244/2007, comma 458
Telefono azzurro	Legge n. 244/2007, comma 464
Fondo per la mobilità dei disabili	Legge n. 244/2007, comma 474

Nella consapevolezza del dettato dell'art. 6 della legge n. 328/ 2000 che dispone che i comuni, titolari delle funzioni in materia di servizi sociali, provvedono in via prioritaria alla spesa sociale con particolare riferimento alle spese derivanti da obblighi di legge, il quadro delle risorse accennato nella tabella 1 impone una programmazione in grado di collegare le diverse fonti di finanziamento tenendo conto dell'esigenza prioritaria di:

- evitare sovrapposizioni nel finanziamento di specifici settori o programmi di intervento (art. 20, comma 5, lett. a, della legge n. 328/2000);
- sostenere l'integrazione fra programmi di intervento e fra enti locali, favorendo la realizzazione di reti di servizi.

La Regione siciliana approva il riparto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, sulla base di quanto previsto dal presente documento. Tale atto, coerentemente a quanto fin qui detto, attua una programmazione, orientata a garantire la maggiore integrazione e coerenza possibile delle politiche sociali attraverso l'individuazione di obiettivi di benessere sociale e la loro declinazione negli ambiti di programmazione di riferimento (distretto socio-sanitario).

La programmazione regionale per il triennio si pone pertanto i seguenti obiettivi:

- consolidamento e sviluppo del distretto socio-sanitario, coincidente con il distretto sanitario, quale ambito ottimale per l'esercizio associato da parte dei comuni delle funzioni di governo e programmazione da un lato, di gestione e produzione dei servizi sociali e socio-sanitari dall'altro;

- il rafforzamento del principio della corresponsabilità economica attraverso una qualificazione ed incremento della spesa sociale dei comuni;
- l'adozione da parte della Regione di strumenti di analisi e verifica di risorse, programmi e risultati, finalizzati alla valutazione dell'efficacia della propria programmazione e del livello quali-quantitativo dei servizi resi e degli interventi attuati.

Modalità e criteri di riparto dovranno garantire la coerenza con il disegno di governance locale delineato nel presente documento e valorizzare le responsabilità e l'autonomia degli enti locali nell'esercizio del loro ruolo di governo del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Gli enti locali ricompresi nei distretti socio-sanitari possono contare, oltre che sulle fonti di finanziamento nazionali e regionali, anche su quelle comunitarie. Si tratta prevalentemente di fondi europei a finalità strutturale che finanziano interventi concernenti la politica di coesione economica e sociale e che quindi hanno un impatto sullo sviluppo sociale del territorio e sui livelli di benessere collettivo. L'obiettivo della Regione è promuovere l'accesso a tali fondi da parte di un numero crescente di soggetti e la piena integrazione di tali misure con le politiche sociali territoriali finanziate attraverso i canali tradizionali. In particolare la Regione, così come già evidenziato ai paragrafi 2.2 e 4. del presente documento, individua nel piano di zona lo strumento del distretto socio-sanitario finalizzato

alla costruzione e attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali e attraverso il quale:

- determinare i collegamenti sinergici con i nuovi strumenti di sviluppo territoriale denominati Piano integrato di sviluppo urbano e Piano integrato di sviluppo territoriale (PISU e PIST);
- realizzare l'integrazione delle risorse di provenienza comunitaria (FESR, FSE e FEASR, FEP), nazionale (FNPS, Fondo di rotazione e Fondo aree sotto-utilizzate - FAS), regionale (risorse del bilancio regionale e degli enti locali territoriali) e privata. Le risorse del FNPS anni 2007-2009, destinate al finanziamento del sistema integrato dei servizi, sono quantificate nella seguente tabella 2:

Tabella 2 - Risorse provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Anni 2007-2009)

Anno	Importi(euro)
Anno 2007	87.834.634,05
Anno 2008	60.297.916,38
Anno 2009 (previsione)	60.297.916,38
<i>Totale</i>	208.430.466,81

5.1. *Le modalità di riparto*
Le risorse (tabella 2) sono ripartite, per l'avvio delle azioni distrettuali e sovradistrettuali, nel modo seguente:

- 1) una quota pari all'84% delle risorse è attribuita ai 55 distretti socio-sanitari, per il finanziamento dei piani di zona, nel modo seguente:
 - a) una quota pari al 62,51%, per la programmazione zonale, che è da considerare quale risorsa finanziaria sussidiaria ai fondi già stanziati dagli enti locali, ed è finalizzata al potenziamento degli interventi in atto e all'organizzazione dei servizi per l'erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie;
 - b) una quota pari al 7% alla premialità, finalizzata a finanziare le azioni di sviluppo distrettuale a seguito della valutazione del monitoraggio S.I.R.I.S. dell'attuazione dei piani di zona;
 - c) una quota pari al 14,49% al buono socio-sanitario quale programma di iniziativa regionale: tale quota, che non prevede una specifica quota di cofinanziamento a carico delle risorse degli enti locali, si integra con una parte delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza anni 2007-2009 e le risorse stanziare in apposito capitolo di bilancio regionale;
 - 2) l'ulteriore quota del 16% delle risorse resta nella disponibilità dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali per il finanziamento, nell'ambito del punto 3 del cap. 9.1 delle linee guida regionali di cui al D.P.R.S. 4 novembre 2002, di sperimentazioni mirate:
 - a) all'implementazione del S.I.R.I.S. (punto d) e assistenza tecnica e alla formazione (punto f) nella misura del 3%;
 - b) all'avviamento e supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale (punto e) e potenziamento e incentivazione dei gruppi piano nella misura del 5%;
 - c) al consolidamento della cultura socio-sanitaria, scambio buone prassi e riequilibrio piano di zona (punti a, b, c) e al sostegno finanziario alle province per azioni miranti alla costruzione di osservatori nella misura dell'8%.
- Le risorse di cui al precedente punto 1, lett. a, destinate ai distretti socio-sanitari sono assegnate in proporzione diretta alla popolazione residente (dati ISTAT, anno 2007). Si

mantiene la riserva, a favore delle isole, di una quota pari all'1% sulla disponibilità complessiva delle risorse, visto che le realtà insulari, per la propria collocazione geografica, incontrano maggiori difficoltà rispetto agli altri territori della Regione. Nella successiva tabella 3 si riassume il quadro complessivo del riparto delle risorse del FNPS anni 2007-2009:

Tabella 3 - Schema generale di riparto delle risorse FNPS (Anni 2007-2009) (*)

Riferimento normativo	Tipo intervento	Destinatari	Importi (euro)
FNPS	Programmazione zonale	Distretti socio-sanitari	130.291.459,44
FNPS	Premialità	Distretti socio-sanitari	14.590.132,68
FNPS	Buono socio-sanitario	Distretti socio-sanitari	30.200.000,00
FNPS	Sperimentazioni e sistemi, gestione, avviamento e supporto tecnico della rete	Regione - Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e delle autonomie locali	33.348.874,69

(*) Della quota dell'84% del FNPS al fine di coprire la minore assegnazione nella distribuzione delle risorse del FNPS 2004-2006 ai distretti socio-sanitari D15 e D17 (prodottasi rispettivamente a seguito di un'errata comunicazione dei dati relativi all'avvio delle azioni e ad un errato conteggio della popolazione residente), sono destinate nella misura di:

- E 643.743,20 al distretto socio-sanitario D15 comune capofila Bronte;
- E 91.829,24 al distretto socio-sanitario D17 comune capofila Giarre.

Le risorse destinate al finanziamento dei piani di zona sono assegnate, nei limiti del budget attribuito al singolo distretto socio-sanitario, al comune capofila. Si conferma, infine, che i distretti socio-sanitari danno attuazione agli interventi previsti dai seguenti provvedimenti di settore nazionali e regionali:

- D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 - legge n. 45/99: interventi per la lotta alla droga, per la parte di competenza dei comuni;
- legge 5 febbraio 1992, n. 104: interventi di sostegno alle persone con handicap grave;
- legge 28 agosto 1997, n. 285: interventi per la promozione dei diritti dei minori e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza;
- decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 - legge n. 40/98: Fondo nazionale per le politiche migratorie;
- legge 8 novembre 2000, n. 328, art. 28: interventi a favore di persone in situazioni di povertà estrema e senza fissa dimora;
- D.P.R.S. 6 gennaio 2006: Piano triennale delle persone con disabilità.

Si sottolinea, infine, la necessità di garantire un'adeguata previsione finanziaria nei singoli bilanci comunali per il pagamento degli interventi derivanti dagli obblighi di legge.

5.2. *Il con finanziamento*
 Nel confermare il carattere aggiuntivo e non sostitutivo dei fondi di bilancio comunale delle risorse del FNPS 2007-2009, la Regione ritiene necessario e strategico sostenere, a livello di

distretto socio-sanitario, un piano di incremento e di integrazione della spesa sociale in modo da avere una dotazione finanziaria adeguata alla complessità e all'ampiezza dei bisogni e della domanda sociale. In ottemperanza, pertanto, dell'art. 4 della legge 8 novembre 2000, n. 328, la quota di cofinanziamento del piano di zona a carico degli enti locali è prevista in una somma non inferiore a E 3 per abitante annui per i comuni dei distretti socio-sanitari.

5.3. *La premialità*

Con riferimento, infine, alla premialità di cui al precedente paragrafo 5.1, punto 1, lett. b, si chiarisce la valenza annuale del sistema di premialità, collegato all'attività di monitoraggio quali-quantitativo ed economico finanziario S.I.R.I.S. prevista nel mese di ottobre di ogni anno a partire dall'anno 2010.

La definizione dei parametri di valutazione dei risultati del monitoraggio S.I.R.I.S., nell'ambito dei distretti socio-sanitari, collegato alle specifiche modalità di assegnazione della premialità, saranno determinate con successivo provvedimento dell'Assessore per la famiglia, le politiche sociali e le autonomie locali.
(2009.9.662)012