



## **Proseguendo oltre le convenzioni**

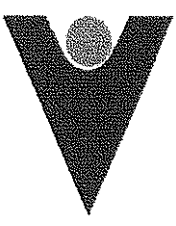
A cura di Centro Nazionale Volontariato

Report ricerche - Anno 2002

Centro Nazionale Volontariato Centro Nazionale  
Volontariato Centro Nazionale Volontariato Centro  
Nazionale Volontariato Centro Nazionale Volontariato

Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale  
Centro  
Volontariato  
Nazionale

zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale  
Centro  
tariato  
zionale



**PROSEGUENDO  
OLTRE LE CONVENZIONI**

Finanziamento Ce.S.Vo.T.  
ANNO 2002 - cod. R30

Ricerca

a cura di  
CENTRO NAZIONALE VOLONTARIATO

Centro Nazionale Volontariato Centro Nazionale  
Volontariato Centro Nazionale Volontariato Centro  
Nazionale Volontariato Centro Nazionale Volontariato Centr

# ***Proseguendo OLTRE LE CONVENZIONI***

## **Indice**

### **1. Presentazione del progetto di ricerca.**

### **2. Alcuni dati raccolti:**

2a. Grafici

2b. Questionari

2c. Aggiornamento della ricerca bibliografica

### **3. Considerazioni e commenti**

### **4. Alcune indicazioni operative :**

- Bando di gara: modello
- Protocolli di intesa: buone e cattive prassi

### **5. Appendice normativa:**

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- Deliberazione del Consiglio Regionale n° 199 del 31/10/2001 "Approvazione direttive transitorie per l'affidamento dei servizi alla persona"
- DPCM 30/03/2001 " Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328"
- Legge 7 dicembre 2000, n. 383 "Disciplina delle associazioni di promozione sociale"
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

# CAPITOLO 1

## 1. Presentazione del progetto di ricerca

«OLTRE LE CONVENZIONI II» è la prosecuzione del progetto di ricerca conclusosi nel 2001 relativo allo studio critico delle convenzioni stipulate tra OO.VV. ed enti pubblici in Toscana, culminato con la predisposizione di una bozza di convenzione tipo.

Proprio perché si tratta della continuazione di una ricerca che aveva già dato i suoi risultati, OLTRE LE CONVENZIONI II non può essere apprezzato senza un confronto costante con lo studio conclusosi nel 2001: ad esso spesso si fa riferimento e, pur non risolvendosi in un suo mero aggiornamento, vero è che esso costituisce la base su cui quest'indagine è stata condotta.

Anche la metodologia adoperata per affrontare la ricerca è la stessa:

? esame delle convenzioni inviateci – su nostra espressa richiesta – dagli EE.PP. interpellati: Comuni, province, ASL

? estrapolazioni dei dati ritenuti utili al fine di effettuare: *a)* un confronto con i risultati dell'indagine precedente; *b)* una valutazione critica degli aspetti tuttora problematici e discussi

? invio di un articolato questionario agli enti stipulanti e ad alcuni responsabili delle OO.VV. per munirci di ulteriori dati da sottoporre a valutazione comparativa incrociata

? aggiornamento della ricerca bibliografica precedentemente condotta

? studio dei dati così raccolti ed approntamento di alcune possibili linee di condotta che integrino la convenzione tipo già elaborata.

## 2. Obiettivi

Si è già detto che questa ricerca non intende essere solo un aggiornamento di quella precedente.

Anzi essa si pone obiettivi nuovi e particolarmente ambiziosi:

? verificare se lo strumento convenzionale, nel quadro del rinnovamento anche normativo dell'agire sociale, abbia subito, a sua volta, delle modificazioni, in termini qualitativi oltre che quantitativi

? evidenziare la presenza di strumenti alternativi. Accertare, in altri termini, se dal punto di vista normativo, o anche a prescindere dalle regole, siano stati utilizzati o paiano utilizzabili meccanismi di raccordo tra EE.PP. e OO.VV. diversi

? fornire soluzioni a taluni problemi già evidenziati nel lavoro di ricerca precedente e a tutt'oggi presenti

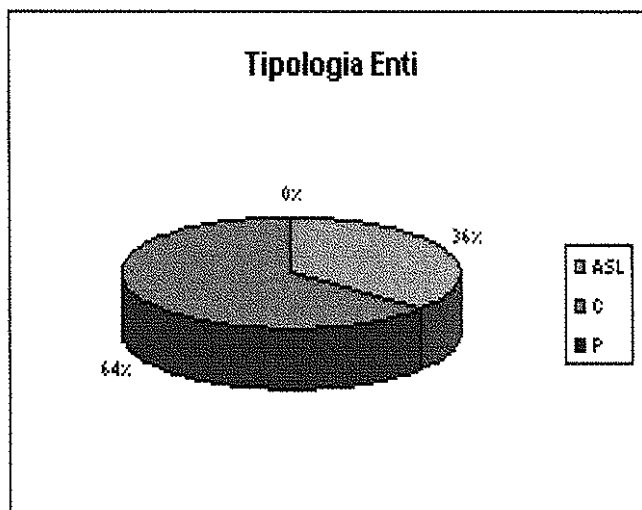
# CAPITOLO 2

## Alcuni dati raccolti

### Grafici

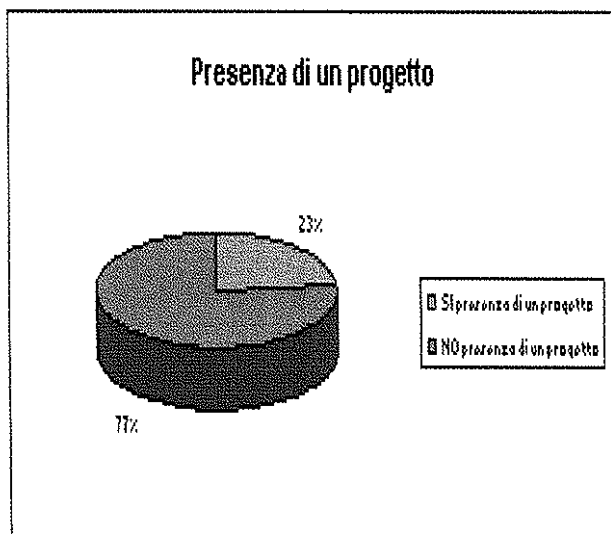
Dati per valori assoluti	
<b>ENTE C= comune</b> <b>P=provincia ASL=azienda sanitaria locale</b>	
ASL	22
C	39
P	0
<b>tot</b>	<b>61</b>

Dati per valori %	
<b>ENTE C= comune</b> <b>P=provincia ASL=azienda sanitaria locale</b>	
ASL	36
C	64
P	0%



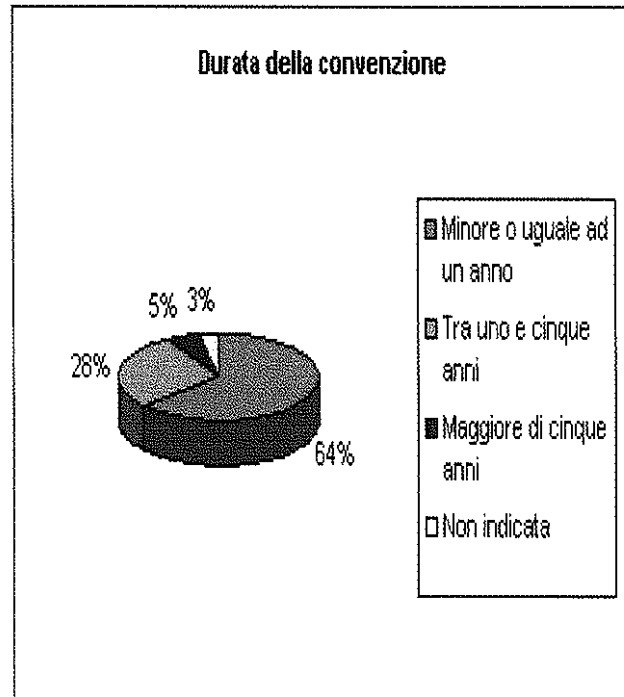
Dati per valori Assoluti	
<b>Presenza di un progetto</b>	
SI	14
NO	47
<b>tot</b>	<b>61</b>

Dati per valori %	
<b>Presenza di un progetto</b>	
SI	23
NO	77



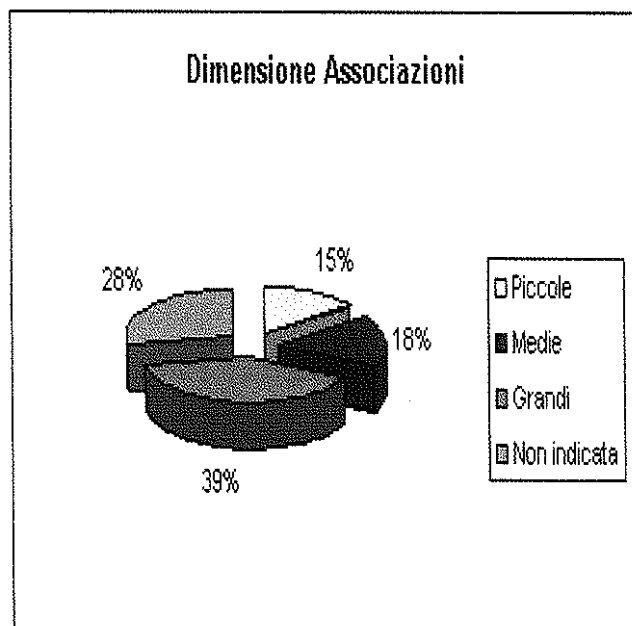
Dati per Valori Assoluti	
Durata della Convenzione	
Minore o uguale ad un anno	39
Tra uno e cinque anni	17
Maggiore di cinque anni	3
Non indicata	2
<b>tot</b>	<b>61</b>

Dati per Valori %	
Durata della Convenzione	
Minore o uguale ad un anno	64
Tra uno e cinque anni	28
Maggiore di cinque anni	5
Non indicata	3



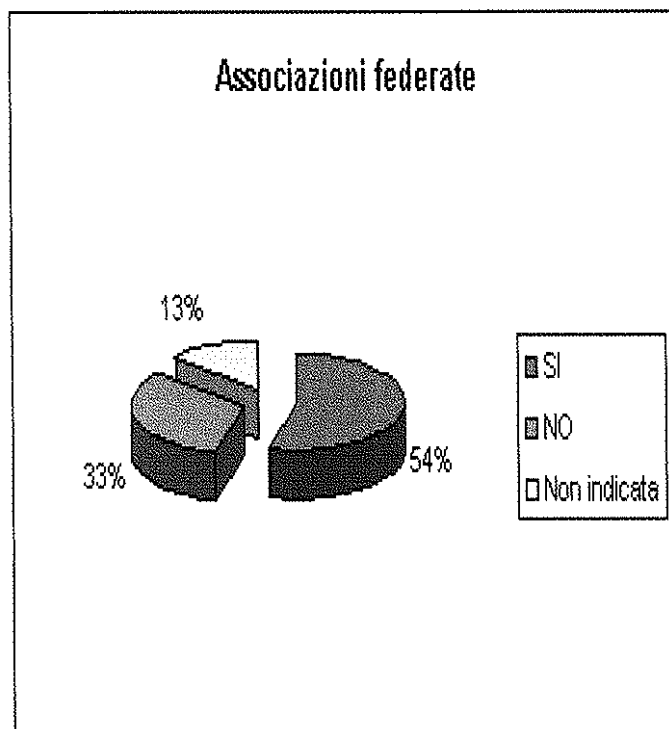
Dati per Valori Assoluti	
Dimensioni Associazioni	
Piccole	9
Medie	11
Grandi	24
Non indicata	17
<b>TOT</b>	<b>61</b>

Dati per Valori %	
Dimensioni Associazioni	
Piccole	15
Medie	18
Grandi	39
Non indicata	28



Dati per Valori Assoluti	
Associazioni federate	
SI	33
NO	20
Non indicata	8
<b>TOT</b>	<b>61</b>

Dati per Valori %	
Associazioni federate	
SI	54
NO	33
Non indicata	13



# **QUESTIONARI utilizzati per la ricerca**

## INTERVISTA PER I RAPPRESENTANTI DEGLI ENTI LOCALI

Parte prima:

La convenzione quale tradizionale strumento di raccordo tra OO.VV. e Enti locali

1. La stipula della convenzione di solito è:
  - a) preceduta dalla presentazione di un progetto
  - b) non è preceduta dalla presentazione di un progetto
  - c) preceduta da altre iniziative delle OO.VV. (indicare quali)
  
2. Che rapporto c'è in termini percentuali tra il numero di convenzioni stipulate ed il numero di progetti finanziati (nel conteggio delle prime si escludono quelle stipulate per consentire la realizzazione di un progetto)
  
3. I progetti finanziati riguardano prevalentemente quale dei seguenti settori:
  - a) socio-sanitario
  - b) socio-assistenziale
  - c) culturale
  - d) educativo
  - e) sportivo
  - f) altro

3bis. C'è una richiesta di innovazione dei progetti?

3ter. C'è una richiesta di sperimentazione dei progetti?
  
4. L'innovatività e la sperimentabilità del progetto finanziato riguardano:
  - a) le metodiche adoperate
  - b) la tipologia del servizio offerto
  - c) altro
  
5. La V/s amministrazione ha stipulato un protocollo d'intesa con le organizzazioni di volontariato in generale?  
Oppure con quali criteri le OO.VV. stipulanti sono state scelte?
  
6. Quale importanza la V/s amministrazione attribuisce ai protocolli di intesa?
  - a) li ritiene vincolanti
  - b) si attribuisce ad essi un valore orientativo
  - c) in casi ci si discosti quali sono le implicazioni?
  
7. La V/s amministrazione quando intende procedere alla stipula della convenzione come manifesta questa Sua volontà?
  
8. Alla pubblicità data all'iniziativa quali OO.VV. si rivelano più sensibili?
  - a) quelle più organizzate
  - b) quelle che hanno già in corso di svolgimento una convenzione o hanno in passato stipulato una convenzione



- c) quelle di più recente costituzione
  - d) quelle che fanno o non fanno parte di una federazione
9. Quali sono gli aspetti che più interessano le OO.VV. in sede di stipulazione di una convenzione:
- a) innovatività del servizio (da 1 a 10)
  - b) aspetti organizzativi (da 1 a 10)
  - c) profili di responsabilità (da 1 a 10)
  - d) aspetti economici (da 1 a 10)
10. Nella stipula della convenzione che non sia preceduta dalla presentazione di un progetto qual è l'apporto dato dalla OO.VV. stipulante in termini di realizzazione del servizio oggetto della convenzione.
- a) aspetti organizzativi (da 1 a 10)
  - b) miglioramento della qualità del servizio (da 1 a 10)
  - c) abbassamento dei costi
  - d) affettività
  - e) altro (indicare)
11. La V/a amministrazione si preoccupa di garantire il turn over delle OO.VV. con cui stipulare la convenzione?  
Se sì indicare come.
12. Con quale frequenza la V/s amministrazione rinnova la convenzione in scadenza?
13. Il convenzionamento e la esternalizzazione dei servizi richiedono u lavoro continuamente monitorato e abbastanza flessibile da poter essere corretto. Si potrebbe pensare di legare l'azione di chi fornisce servizi ai risultati ottenuti dai progetti avviati? E alla maggiore conoscenza della realtà territoriale?

### **Parte seconda:**

#### **Nuove prospettive per le OO.VV aperte dalla riforma dei servizi sociali**

1. Quali strumenti amministrativi sono stati predisposti per definire il quadro entro cui collocare i rapporti di coprogettazione, gestione, valutazione delle azioni? (es. regolamenti comunali per la gestione dei partenariati)
2. Quali momenti di progettazione comune sono stati predisposti dalla V/s amministrazione? (luoghi di confronto, strategia di interazione con la cittadinanza, mappatura ed individuazione dei campi di intervento, delle competenze e delle potenziali capacità di risposta ai bisogni, altro)
3. Cambierà il procedimento di affidamento di un servizio ad una OO.VV a seguito dell'introduzione dell'accreditamento?

*\* Il questionario sottoposto agli amministratori locali tiene conto dei profili più problematici emersi dalla prima ricerca. Ciò spiega, per un verso, la maggiore analiticità delle domande, per l'altro la dispensabilità dalla richiesta di informazioni di carattere più generale che sono state ricavate dal monitoraggio e dallo studio delle convenzioni stipulate.*

## INTERVISTA PER I RAPPRESENTANTI DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

Parte prima:

La convenzione quale tradizionale strumento di raccordo tra OOVV e Enti locali

14. La stipula della convenzione di solito è:
  - a) preceduta dalla presentazione di un progetto
  - b) non è preceduta dalla presentazione di un progetto
  - c) preceduta da altre iniziative delle OO.VV. (indicare quali)
15. Se la convenzione è preceduta dalla presentazione di un progetto, l'Ente che eroga il finanziamento richiede che il progetto sia innovativo? E che sia sperimentale?
2. bis L'innovatività e la sperimentalità del progetto riguardano:
  - d) le metodiche adoperate
  - e) la tipologia del servizio offerto
  - f) altro
3. Le convenzioni da voi stipulate sono state precedute da un protocollo d'intesa con l'Ente in generale?
4. Secondo la Vs esperienza, quale importanza gli enti attribuiscono ai protocolli di intesa?
  - d) li ritengono vincolanti
  - e) si attribuisce ad essi un valore orientativo
5. Secondo la Vs esperienza, quando un Ente intende procedere alla stipula della convenzione come manifesta questa Sua volontà?
6. Quali strumenti dovrebbe utilizzare l'Ente per dare pubblicità alla volontà di stipulare una convenzione?
7. Secondo la Vs esperienza gli Enti garantiscono il turn over delle OO.VV. con cui stipulare la convenzione?  
Se sì indicare con quali strumenti
8. Con quale frequenza la V/s associazione ottiene il rinnovo di una convenzione in scadenza?
9. Il convenzionamento e la esternalizzazione dei servizi richiedono un lavoro continuamente monitorato e abbastanza flessibile da poter essere corretto. Secondo la V/s opinione sarebbe utile legare l'azione di chi fornisce servizi ai risultati ottenuti dai progetti avviati? E alla maggiore conoscenza della realtà territoriale?

**Parte seconda:**

**Nuove prospettive per le OO.VV aperte dalla riforma dei servizi sociali**

4. Quali momenti di progettazione comune sono stati predisposti dagli Enti? (luoghi di confronto, strategia di interazione con la cittadinanza, mappatura ed individuazione dei campi di intervento, delle competenze e delle potenziali capacità di risposta ai bisogni, altro)
5. Siete a conoscenza del nuovo scenario aperto dall'istituto dell'accREDITAMENTO? Secondo la V/s opinione cambierà il procedimento di affidamento di un servizio ad una OO.VV a seguito dell'introduzione dell'accREDITAMENTO?

## **AGGIORNAMENTO DELLA BIBLIOGRAFIA**

### Articoli

- **Le associazioni di volontariato possono stipulare convenzioni con lo Stato. Con alcune limitazioni e condizioni/** Angelo Poli
- **Dal Welfare State al Welfare partecipato: la prospettiva strategica della partecipazione** / Giuseppe Oleandro. in: *Oggidomani anziani* n. 1 /2002 p. 87-100
- **Nuovi stili di Welfare** / a cura di Pierpaolo Donati. in: *Sociologia e politiche sociali* n. 3 /2001 p. 5-109
- **Il Welfare dei cittadini** / di Bruno Benigni. in: *QE* n. 21/22 /2001 p. 118-134
- **Contracting out e I 328/00** / Alessandro Battistella. in: *Prospettive sociali e sanitarie* n. 2 /2002 p. 1-6
- **Il metodo nella costruzione dei Piani di zona** / Luca Fazzi. in: *Prospettive sociali e sanitarie* n. 5 /2002 p. 1-5
- **Il volontariato ai tavoli di concertazione: istruzioni per l'uso** / Alessandro Castegnaro in *Studi Zancan* n.1/2002 p. 40-61

### Monografie

- **L'abc del terzo settore: lavoro, progettazione, finanziamenti, leggi, comunicazione** – Roma: EL, [2001]
- **Il rapporto tra gli enti locali e gli organismi no profit** / Paola Minetti. - Rimini: Maggioli, [2001]
- **Il welfare locale** / Francesco Montemurro, Tarcisio Tarquini, Gian Paolo Zanetta. - Milano: Il sole-24 ore, 2001.
- **Il piano di zona: guida pratica di progettazione e gestione per amministratori locali e operatori dei servizi alla persona** / scritti di: Cristina Beltramello ... [et al.]. - Rimini: Maggioli, [2001]
- **Le associazioni di volontariato** : guida alla costituzione e alla gestione : disciplina civilistica e tributaria, adempimenti amministrativi, contabilità e bilancio / Sebastiano Di Diego, Ferdinando Franguelli, Mauro Tarantino. - Napoli : Sistemi editoriali SE Professionisti, tecnici e imprese Gruppo editoriale Esselibri-Simone, 2001.
- **Il non profit strumento di sviluppo economico e sociale** / Emanuele Emanuele ; prefazione di Antonio Fazio. - Roma: LUISS, [2001]
- **Nonprofit** / Gian Paolo Barbetta, Francesco Maggio. - Bologna : Il Mulino, [2002].
- **La legislazione sociale e l'organizzazione dei servizi** / Andrea Croci. - Torino : G. Giappichelli, [2001].
- **Lezioni di legislazione del terzo settore** / Pierluigi Consorti – Pisa SEU [2001]
- **Volontariato, terzo settore e codice civile** / Luciano Bruscutta - [2001]
- **Il volontariato a dieci anni dalla legge quadro: Atti del Convegno svoltosi a Pisa il 18 e 19 gennaio 2001** / a cura di Luciano Bruscutta, Emanuele Rossi Milano Giuffrè [2002]
- **Non profit e volontariato: profili giuridico istituzionali/** a cura di Franco Carinci- Milanofiori, Assago - IPSOA [1999]

- **Terzo settore, associazionismo e ruolo del volontariato** / Fabrizia Antinori, Giovanni Nervo, Tiziano Vecchiato. Padova CLEUP, 2000.
- **Aspetti civilistici degli enti non profit e dell'attività di volontariato nel diritto positivo vigente** / Franco Angeloni. Napoli [etc.] Edizioni scientifiche italiane, [1999]
- **Le organizzazioni di volontariato** / Carmela Capolupo, Napoli: Arte tipografica, stampa 1999
- **Formulario degli enti non profit : associazioni, comitati, fondazioni, organizzazioni non governative, di volontariato, associazioni di promozione sociale, sportive dilettantistiche, cooperative sociali, Onlus** / Cinzia De Stefanis Milano: Il sole-24 ore, 2002
- **Volontariamente, oggi : le organizzazioni di volontariato in Italia** / Angelo Poli Roma : Fondazione italiana per il volontariato, 2002
- **Terzo settore : gli strumenti a sostegno del volontariato : le risorse finanziarie nazionali e comunitarie per l'attività delle organizzazioni di volontariato** / Nicola Zerboni. Milano : Il sole-24 ore, 1999
- **Le organizzazioni di volontariato: Struttura-statuti-convenzioni-agevolazioni fiscali e aspetti tributari : Problemi e casi pratici** / Vittorio Italia, Alberto Zucchetti, 1998
- **Regioni e volontariato nei servizi socio-sanitari** / a cura di Ugo De Siervo, 1998
- **Beni pubblici e virtù private. Il terzo settore nelle politiche di Welfare**, Ranci, Vanoli, Fondazione Olivetti, Perugia, 1994.

## CAPITOLO 3

### Considerazioni e commenti

#### 1. Valutazioni di carattere generale.

Dallo studio delle convenzioni in nostro possesso e dai dati emersi dalle risposte ai questionari (cfr. *supra*), sono emerse alcune indicazioni sulle quali si proverà a riflettere.

Due osservazioni possono, nondimeno, essere fatte sin d'ora.

? In primo luogo, non emergono innovazioni di rilievo rispetto alle risultanze della ricerca scorsa

? In secondo luogo, è dato riscontrare un affievolimento dell'interesse e dell'entusiasmo per la materia. La lentezza e la laconicità con cui solo alcuni degli intervistati<sup>1</sup> hanno fornito le risposte ai quesiti loro sottoposti inducono a ritenere che sull'impiego dello strumento convenzionale, pur con tutte le perplessità che finora lo hanno accompagnato, si sia raggiunto una sorta di equilibrio pratico e normativo, rispetto al quale ogni novità rischia di apparire foriera di disequilibrio piuttosto che di trasparenza, democraticità e maggiore efficienza.

In particolare, come già avemmo modo di osservare nel corso della prima ricerca, i cui esiti sono sostanzialmente confermati da questa prosecuzione dello studio del regime convenzionale, confrontando i dati delle convenzioni dalle risposte ai questionari, risulta che:

- le Asl (36%) ed i Comuni (64%) continuano a rappresentare gli EE.PP. che con maggiore frequenza ricorrono alla convenzione
- le grandi associazioni (39%), soprattutto quelle federate (54%) hanno più facilità di accesso alla convenzione
- il 23% delle convenzioni è preceduto dalla presentazione di un progetto
- la convenzione dura in una percentuale assai elevata di casi (64%) un solo anno
- Là dove esistenti i protocolli d'intesa sono ritenuti vincolanti (in 4 casi)<sup>2</sup>
- La volontà dell'ente di concludere una convenzione viene manifestata attraverso contatti diretti e personali con le OO.VV

---

<sup>1</sup> Su 13 Enti (Comuni, Asl, Regione, Province) hanno risposto solo in 3: Comune di Piombino, Comune di Lucca e Comune di Prato

<sup>2</sup> Occorre segnalare, però, che spesso il protocollo di intesa non differisce in alcun modo dalla convenzione: dato confermato dalle risultanze del questionario ed anche da una ricerca allargata fatta in rete. Il dato ci è parso significativo al punto da fornire indicazioni più precise. Cfr. *infra*.

- Manca qualunque forma di pubblicità alla volontà dell'E.P. di stipulare una convenzione
  - Non è garantito il *turn over* tra le OO.VV
- La partecipazione delle OO.VV alla progettazione dei servizi è inserita all'interno dei Piani di zona, anche se non vengono indicati ancora strumenti e procedure codificate per assicurarne una reale partecipazione.
- L'istituto dell'accreditamento è ancora sconosciuto ai più o è comunque visto come una prospettiva molto lontana.

## *2. Ruolo dello strumento convenzionale.*

Da queste considerazioni il dato oggettivo di maggiore evidenza è che la convenzione si conferma lo strumento privilegiato per istaurare rapporti tra EE.PP e OO.VV.

Le innovazioni normative – l'introduzione della procedura dell'accreditamento, della coprogettazione dei servizi, il riordino dei servizi sociali per effetto della l. 328/00 – sembrano non aver mutato il modo di collegare le OO.VV all'ente pubblico.

Oltre che dai dati emergenti dalla prassi applicativa, se ne trae conferma dalla Deliberazione del Consiglio Regionale n° 199 del 31/10/2001, relativa all' "Approvazione direttive transitorie per l'affidamento dei servizi alla persona che dà attuazione al DPCM 30/03/2001" (cfr. *infra* Allegati). Vi si prevede, infatti, nel caso di servizi a bassa complessità organizzativa, la possibilità di affidamento mediante trattativa privata a soggetti del volontariato e, insomma, una larga legittimazione anche formale all'uso proprio e ancora dello strumento convenzionale.

Questa conclusione tuttavia non è del tutto pacifica.

La possibilità di ricorrere a procedure ristrette sembra essere messa in discussione, infatti, dall'art 24 dell'ultima legge finanziaria, secondo il quale le amministrazioni pubbliche, nell'affidamento di pubbliche forniture o servizi, devono espletare le modalità previste dalla normativa nazionale di recepimento di quella comunitaria. Il problema è quello già segnalato nel corso della prima ricerca, cui si rinvia, al cap 3, par. 3 e 4.

Ora, non v'è dubbio che la legge finanziaria abbia efficacia normativa generale, occorre fare i conti, però, con la riforma del Titolo V della Costituzione, realizzata con la l. cost. n. 3/2001, che, all'art. 117, ha affidato alle Regioni la potestà legislativa esclusiva nel campo delle politiche sociali. Il che rischia di comportare, almeno limitatamente all'affidamento dei servizi socio sanitari, un contrasto tra la previsione della legge finanziaria ed il dettato costituzionale.

Nelle more tra la prima e la seconda ricerca, infatti, è intervenuto un sovvertimento epocale relativamente alla distribuzione delle competenze normative, destinato ad avere un impatto decisivo anche nella materia che ci occupa.

L'esatta individuazione dei soggetti titolari della potestà legislativa e la corretta qualificazione della potestà legislativa sono questioni quanto mai controverse. Un assaggio se ne è avuto, sulle problematiche a noi vicine, in occasione della proposta di modifica della l. 266/1991 durante l'ultimo Convegno Nazionale sul volontariato svoltosi ad Arezzo, nei giorni 11-12-13 ottobre 2002.

Il rischio è che, là dove le Regioni si avvalgano della pretesa capacità legislativa esclusiva, si abbiano tante leggi sul volontariato, di natura municipale, **in una materia**

**che invece per la trasversalità e per la delicatezza dei temi toccati non dovrebbe rinunciare ad una matrice nazionale unitaria.**

Questo rischio potrebbe essere evitato in due modi diversi:

a) attraverso una lettura estesa dell'espressione «ordinamento civile», riservato alla competenza statale, tale da comprendere anche la disciplina degli enti collettivi;

b) la valutazione della circostanza che la garanzia dei livelli minimi delle prestazioni sociali spetti alla legislazione statale.

Questo dibattito ed i problemi che ne costituiscono il normale corollario sono stati caratterizzati da uno sorta di latente disinteresse tanto da parte degli amministratori locali quanto da parte dei responsabili delle organizzazioni di volontariato: un disinteresse che, a onor del vero, ha contraddistinto almeno nel corso del 2002 la riforma costituzionale nel suo complesso.

Questa circostanza, tuttavia, non va sottovalutata ed anzi, unita al poco dinamismo che la materia ha dimostrato, ci consegna l'immagine di una società civile fatalmente rassegnata a ritenere che lo strumento della convenzione sia il migliore tra quelli astrattamente possibili.

Non solo: la conclusione è preoccupante perché si ha la sensazione che manchino volontà ed interesse a migliorarlo o, almeno, ad utilizzarlo nello spirito della legge, giacché sembra prevalente ed in qualche modo appagante persino la fisionomia che è venuto assumendo nel corso degli anni, quella cioè, le cui storture ed opacità sono stati evidenziati nel nostro precedente studio.

### *3. Obiettivi da perseguire.*

Il fatto che non si registri nessuna incrinatura rispetto al modello di convenzione emergente dalla prassi non ci esonera dall'obbligo di provare a fornire alcune indicazioni di carattere migliorativo che, in parte, riprendono e rafforzano quelle emerse dalla passata ricerca, in parte, sono del tutto nuove.

Gli obiettivi da perseguire sono ormai quelli consueti:

- Garantire trasparenza nella scelta dell'O.V.: informazione ufficiale puntuale
- Garantire imparzialità, stabilendo vincoli regolamentari
- Sviluppare il lavoro di rete, con ruoli distinti nella stessa convenzione, di diversi soggetti
- Aprire tavoli di confronto e partecipazione nello spirito della più recente legislazione (l. n. 229/99, l. n. 328/2000, l. n. 383/2000) che impone una diversa logica dei rapporti: le OO.VV sono chiamate a partecipare attivamente alla programmazione e valutazione dei servizi.

“Il sistema locale di assistenza, delineato attraverso il piano di zona, ha bisogno di attivare tutte le risorse presenti in una comunità, di metterle in rete nello sforzo di soddisfare i bisogni che essa manifesta, ma nel contempo ha bisogno per essere realizzato, che esso si fondi su una sorta di patto che assuma il senso di un vero e proprio “patto sociale” e che perciò veda quanti più soggetti possibile coinvolti nella sua ideazione, programmazione, realizzazione e controllo.



In questa logica va inteso quanto previsto dalla l. 328/00:

? all'art 1, comma 4: *gli Enti locali, le Regioni e lo Stato riconoscono e agevolano il ruolo delle Onlus, della cooperazione sociale, dell'associazionismo prosociale, delle organizzazioni volontariato ecc. nella programmazione, nell'organizzazione, nella gestione del sistema integrato degli interventi e di servizi sociali*

? all'art. 1, comma 5: *alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, nonché in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, Onlus, organismi della cooperazione, volontariato associazioni, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati.*" (cfr. Alessandro Castagnaro, Studi Cancan n° 1/2002).

Gli strumenti attraverso i quali sarà possibile delineare tale sistema integrato di interventi sono il Piano di zona (l. 328/00) ed il Piano delle attività territoriali (d.lgs 229/99).

«Il piano di zona si configura pertanto come lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione fra i vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi» (Ugo De Ambrogio, Matteo lo Schiavo, in Prospettive sociali e sanitarie n°20-22/2000)

Tale nuovo quadro apre possibilità molto vaste al terzo settore e di fatto configura un rapporto maggiormente paritario tra ente pubblico ed espressioni della società civile. L'utilità sociale del volontariato non si misura allora più solo dal numero di interventi assistenziali che riesce a fornire, bensì dalla capacità di stare dentro a tali cambiamenti.

Gli strumenti utilizzabili per "coltivare" il rapporto con gli enti pubblici vanno dall'impiego della convenzione tipo, sulla falsa riga di quella abbozzata nella scorsa ricerca, all'adozione di idonei mezzi di pubblicità, quali l'avviso del bando di convenzione – il cui contenuto proveremo a tratteggiare – fino all'impiego del lavoro per progetti su cui conviene, invece, indirizzare il profilo più innovativo della nostra indagine.

## CAPITOLO 4

### Alcune indicazioni operative

#### *1. Lavorare per progetti: una soluzione da incentivare*

Come già anticipato, il modello normativo di recente configurato dal legislatore statale in particolare con la l. 328/00 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali attribuisce una forte valenza al ruolo del privato sociale non solo nella gestione dei servizi, ma anche nella più generale programmazione e realizzazione del sistema stesso.

In questo nuovo quadro, l'utilità sociale del volontariato si misurerà anche dalla capacità di stare dentro questi cambiamenti e pertanto dalla sua capacità di sviluppare una progettualità consapevole, intesa come metodo di approccio ai problemi e come gestione delle risorse a partire dalla definizione dei bisogni assunti (a seguito della sua affinata modalità di ascolto e analisi), come rigorosa valutazione dei risultati conseguiti.

Senza tale capacità progettuale è difficilmente sostenibile un ruolo di affiancamento e di proposta reale nei confronti delle istituzioni pubbliche, da cui il volontariato verrebbe facilmente condizionato.

Il lavoro per progetti, dunque non dovrà più essere considerato come un lavoro "aggiuntivo", ma come logica e metodologia puntuale del lavoro sociale.

"Progettazione significa impostare le proprie azioni sulla base di piani stabiliti in conformità degli obiettivi operativi e degli scopi strategici che si intendono raggiungere. La peculiarità di un progetto rispetto ad una struttura permanente è la gestione sistemica di un'iniziativa complessa, unica e di durata limitata, rivolta al conseguimento di un obiettivo chiaro e predefinito mediante un processo continuo di pianificazione e controllo di risorse differenziate con vincoli di costi - tempi - qualità." (M. Moranti, Non profit: produttività e benessere, Franco Angeli, Milano 1998).

Lavorare per progetti significa fare un salto di qualità, permette di migliorare l'organizzazione interna, sfruttare al meglio le risorse umane e dare efficacia alle proprie azioni. Permette di mantenere le motivazioni personali e rendere pubblico l'operato delle associazioni. Per realizzare ciò occorre migliorare la formazione di base a ciascun livello dell'organizzazione e organizzare percorsi di formazione specifici per competenze e ruoli.

In questo senso la mentalità progettuale deve essere una peculiarità ed un investimento per il mondo del volontariato che ha in sé risvolti pratici ed immediati:

- Superamento delle situazioni di conflitto di competenze che sono conseguenza dell'isolamento mantenuto fino ad oggi da singoli enti ed organismi.
- La condivisione degli obiettivi da parte dei componenti del gruppo di progettazione genera una forte disponibilità a impegnarsi nella successiva gestione delle proposte di offerta

- Valido esercizio per superare i condizionamenti posti dai vincoli formali "di autorità"

La creazione di un progetto si articola in diverse fasi<sup>3</sup>:

- a) definizione degli obiettivi strategici ed operativi
- b) analisi dell'ambiente
- c) studio di fattibilità (o programmazione):
  - lavoro di rete
  - gestione delle risorse umane
  - pianificazione temporale
  - analisi dei costi
- d) Realizzazione
- e) Manutenzione/accompagnamento
- f) Verifica

La prima fase di un progetto è la definizione degli obiettivi che si vogliono raggiungere; tale fase non può prescindere da un'analisi delle risorse (umane, economiche e strumentali) a disposizione dell'organizzazione e da un'analisi delle situazione su cui si vuole intervenire.

Tale prima fase è articolata nei seguenti passaggi:

- a) l'idea di partenza ed il confronto con gli altri membri della organizzazione per valutare le validità della idea stessa
- b) definizione della *mission* dell'organizzazione; ovvero definizione dello scopo intorno al quale ruota l'attività di un'associazione, le ragioni che ne giustificano l'esistenza e ne orientano gli obiettivi. La missione di un'organizzazione è la ragione stessa del suo esistere e del suo sviluppo.
- c) definizione della *vision* della organizzazione ovvero formulare una dichiarazione che indichi ciò che l'organizzazione intende realizzare in un periodo medio lungo. La vision agisce come una guida e uno standard con cui misurare il successo di un'organizzazione nel progredire verso il futuro.
- d) definizione del gruppo di lavoro. Per la buona riuscita del progetto è tuttavia necessario che i progetti siano costruiti e "sostenuti" con il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i volontari impegnati nell'organizzazione.
- e) definizione degli obiettivi generali ovvero degli esiti generali che si vogliono raggiungere che sono guidati dalla *mission* e dalla *vision* della organizzazione.

---

<sup>3</sup> Vedi: "Voler cambiare, poter cambiare. Come tradurre le idee in progetti. Strumenti e metodi per il volontariato" SO.IE.VOL.

- f) Definizione degli obiettivi operativi ovvero dei risultati concreti che devono essere raggiunti per soddisfare l'obiettivo strategico

La seconda fase prevede invece di realizzare una approfondita analisi dei bisogni, ovvero una descrizione approfondita della situazione o dei destinatari rispetto ai quali si vuol realizzare il progetto. In questa fase sarà necessario:

- a. capire i bisogni del target
- b. ricostruire un'ipotesi causale
- c. individuare le priorità delle azioni
- d. decidere la strategia di intervento
- e. definire gli indicatori di verifica

La programmazione operativa (studio di fattibilità) si articola in più momenti; definizione:

- degli obiettivi operativi ovvero determinazione di risultati concreti e misurabili
- delle azioni da compiere e definizione delle priorità
- dei tempi (inizio, durata e fine di ogni azione) e delle priorità temporali
- risorse umane necessarie
- ruoli e responsabilità da assegnare
- risorse finanziarie e strutturali
- modalità di monitoraggio e valutazione

La fase operativa del progetto deve essere monitorata attraverso una accorta raccolta di informazioni che consenta di controllare le azioni compiute e risolvere le difficoltà contingenti che possano presentarsi nello svolgimento del progetto.

Tale fase implica la raccolta di informazioni e dati che saranno utili in fase di verifica del progetto.

La fase conclusiva della realizzazione converge nella "manutenzione" o accompagnamento necessaria per conservare gli obiettivi raggiunti.

La fase della valutazione è trasversale all'intero svolgimento del progetto, percorre il progetto in tutte le sue fasi;

- valutazione ex ante: considerazioni e valutazioni attraverso le quali deve decidersi se intraprendere o abbandonare il progetto stesso
- valutazione in itinere interessa le attività concertamente realizzate consente di apportare eventuali modifiche in itinere qualora si rendessero necessarie
- valutazione ex post attraverso la quale si raccolgono i risultati ottenuti, e si confrontano con gli obiettivi iniziali, verificando la efficacia, efficienza, impatto del progetto.
- valutazione a distanza: viene condotta a distanza di tempo dalla conclusione del progetto allo scopo di valutare la stabilità e la efficacia degli effetti.

## *2. Predisposizione di una sorta di bando di gara*

Uno dei problemi più avvertiti dalle OO.VV. è quello della mancanza di trasparenza in ordine alla volontà dell'Ente Pubblico di stipulare una convenzione.

Per ridurre le conseguenze negative di tale mancanza di trasparenza che incide anche sull'assenza di turn over delle OO.VV. stipulanti abbiamo pensato di predisporre una bozza

di quello che, in linea di massima corrisponde ad un bando di gara, ma che abbiamo opportunamente definito "Invito a proporre manifestazioni di interesse"

**Segue un documento contenente la bozza delle informazioni minime atte a rendere pubblica la volontà dell'E.P. di stipulare una convenzione con un'O.V.**

### **Invito a proporre manifestazioni di interesse**

**Preambolo** (dal quale risulti la volontà dell'ente di ricorrere allo strumento convenzionale, sostenuta da adeguata motivazione)

1. **Oggetto** (Indicare un oggetto specifico: ad es. attività di sensibilizzazione culturale e di coinvolgimento sociale)
2. **Obiettivo e area di Intervento** (l'indicazione deve essere quanto più possibile specifica, ma al tempo stesso non deve limitare la capacità progettuale dei destinatari). Es. L'obiettivo è quello di porre in essere un'esperienza innovativa per la valorizzazione e promozione del territorio locale mediante attività di informazione diversificate che permettano un raccordo stabile tra soggetti che nell'area possono svolgere una funzione di arricchimento culturale e sviluppare capacità di coinvolgimento sociale. L'azione prevede di trasferire le conoscenze maturate in attività a favore dei giovani da parte dell'associazionismo culturale e sociale dell'area attraverso i seguenti servizi: \*\*\*\* indicare servizi specifici: ad es. Sportello informagiovani, Sportello emeroteca, sportello Informahandicap
3. **Interventi ammessi al contributo (Indicare la tipologia di interventi ammessi ad ottenere il rimborso delle spese)**  
Ad es. Spese per l'acquisto di arredi e di attrezzature, anche informatiche, spese per l'affitto dei locali, spese per abbonamenti a riviste specializzate, spese per collaborazioni.
4. **Beneficiari dell'iniziativa e condizioni richieste (Indicare i caratteri soggettivi dei destinatari dell'iniziativa)**  
Ad es. associazioni di volontariato operanti nell'area di intervento, iscrizione nel Registro del volontariato, svolgimento di attività analoghe, precedente esperienza
5. **Tempi esecuzione** (Indicare la durata della convenzione)
6. **Informazioni** (Nominare un responsabile della procedura ed un orario di sportello)
7. **Modalità e termine per la presentazione della domanda** (indicare il termine scaduto il quale la domanda verrà considerata irricevibile e modalità di accertamento della data di proposizione: timbro postale, protocollo, ecc)
8. **Modalità istruttorie** (Indicare il termine in cui si concluderà l'istruttoria. Indicare i criteri di valutazione – ad es. coerenza e innovatività del progetto, numero dei volontari coinvolti– e di formazione della graduatoria
9. **Strumenti di pubblicità** (Indicare gli strumenti istituzionali e non con cui l'E.P. intende rendere nota l'iniziativa: inserimento in albi ufficiali, pubblicazioni su stampa locale, ecc.).

### *3. Protocolli di intesa: buone e cattive prassi*

Meno efficace del "bando di gara", ma altrettanto utile per evitare la distorsione che deriverebbe dallo stipulare convenzioni sempre con le stesse OO.VV. (quelle più organizzate, più vicine – spesso in senso negativo – agli amministratori locali, non sempre quelle con una proposta innovativa) è la predisposizione di un protocollo di intesa tra EE.PP. ed OO.VV.

Lo strumento va diffondendosi; tuttavia, dai dati in nostro possesso, è emerso con chiarezza che spesso sotto l'etichetta di «protocollo di intesa» si cela una convenzione a tutti gli effetti.

Il protocollo di intesa è un atto di natura programmatica che non crea vincoli giuridicamente vincolanti, ma obblighi di natura politica, il cui rispetto è quindi interamente affidato alla lealtà ed alla volontà politica dei soggetti tra cui intercorre.

Il vantaggio è duplice:

- a) capacità di coinvolgimento delle OO.VV nella programmazione dei servizi;
- b) maggiore duttilità e capacità di rispondere attraverso soluzioni non standardizzate alle esigenze della comunità locale.

Proprio per l'elasticità che lo contraddistingue, non è possibile delineare un contenuto tipico del protocollo di intesa. Pertanto, quelli che si allegano non sono da intendersi come bozze di riferimento, quanto come strumenti conoscitivi, utili al fine di individuare correttamente il contenuto, meramente programmatico, del protocollo di intesa e distinguerlo dalla convenzione.

Con le opportune omissioni dei dati personali, abbiamo scelto di pubblicare due protocolli di intesa che a noi sono parsi particolarmente significativi: il primo in senso positivo, il secondo, in senso diametralmente opposto

#### *Protocollo n. 1*

**Protocollo di intesa tra Il ..... e il Volontariato del territorio Per la costituzione della**

RETE DI SOLIDARIETA' DEL.....

#### ***Premessa***

Il Consiglio ....., riconoscendo il valore delle attività svolte dal volontariato del proprio territorio nel campo sociale, intende dar vita ad un rapporto collaborativo stabile con le diverse Organizzazioni del Volontariato e singoli volontari interessati per attivare una comune politica di interventi in grado di incidere positivamente sulle problematiche sociali.

***Definizione della "Rete di Solidarietà del ....."***

La "Rete di Solidarietà del ....." è un insieme coordinato di potenzialità sia del settore pubblico che del volontariato in grado di rispondere alle varie richieste sociali e di offrire risposte diversificate ai vari problemi che si presentano, dall'informazione all'assistenza, alla semplice compagnia, con l'obiettivo di superare la solitudine e l'isolamento che spesso circonda i soggetti più deboli.

### ***A chi si rivolge***

La "Rete di Solidarietà del ....." si rivolge principalmente agli anziani soli, individuati come i soggetti più deboli, per i quali è necessario un sostegno a vari livelli, ma intende venire incontro alle necessità anche di altre fasce di età, per quanto di competenza.

### ***Obiettivi***

Gli obiettivi che il Consiglio ....., tramite la Rete di Solidarietà, si pone sono:

a. Promuovere il raccordo operativo ed organizzativo delle diverse forze che intervengono nelle attività di assistenza, anche allo scopo di evitare il determinarsi di duplicazioni, carenze, sprechi negli interventi ed utilizzo improprio delle competenze;

b. Favorire il rapporto e la cooperazione fra le forze operanti nel settore, al fine di offrire al cittadino una risposta più adeguata dando la massima informazione degli aiuti offerti, e fungendo da passaggio di tali informazioni anche tra le associazioni;

c. Rispondere a bisogni urgenti e imprevedibili in attesa della presa in carico da parte del Servizio Sociale quando ne esistano i presupposti.

### ***I Soggetti***

I soggetti chiamati ad interagire nella Rete di Solidarietà provengono dall'area pubblica e dall'area privata:

#### ***a. Soggetti pubblici:***

Il Consiglio ....., in particolare la Commissione Servizi Sociali;

I Servizi Sociali del territorio

I Servizi Sanitari del territorio

Enti e istituzioni pubbliche, non necessariamente territoriali, interessate ad interagire con la Rete.

#### ***b. Soggetti privati sociali:***

Realtà associative e singoli volontari che accettano i criteri di accesso alla Rete.

#### ***c. Soggetti privati vari:***

Realtà private, anche commerciali, che vogliono, a vario titolo, offrire gratuitamente il loro contributo.

### ***Criterio di accesso***

L'accesso alla Rete di Solidarietà ..... 1 può avvenire a due livelli:

1° livello – Presenza attiva nella gestione del Centralino e Sportello Informativo:

A questo livello possono accedere:

- Associazioni del Volontariato regolarmente costituite iscritte al Registro Regionale, o Associazioni senza scopo di lucro iscritte al relativo albo provinciale, in grado di offrire un impegno continuativo nel tempo da quantificare dopo la fase di sperimentazione;
- Singoli cittadini, non aderenti ad associazioni precostituite, ma interessati ad un'attività di volontariato all'interno della Rete, che accettano un impegno di presenza a carattere non sporadico, ma continuativo nel tempo da quantificare dopo la fase di sperimentazione;
- Realtà associative non formalmente costituite, tramite i suoi membri come singoli volontari, i quali si impegnano individualmente.

2° livello – Disponibilità ad operare senza la presenza al centralino e sportello informativo:

A questo livello possono accedere:

- Associazioni del Volontariato regolarmente costituite ed iscritte al registro regionale, o Associazioni senza scopo di lucro iscritte al relativo Albo provinciale, che, pur non partecipando attivamente alla gestione diretta della Rete, dichiarano una loro disponibilità ad operare nell'ambito delle loro specifiche competenze, e a collaborare ai programmi della Rete;
- Realtà private anche commerciali che vogliono, a vario titolo, offrire gratuitamente il loro contributo;
- Ordini professionali o singoli professionisti, che intendano offrire la loro specifica consulenza a livello di volontariato all'interno della Rete;

Tutti i soggetti che scelgono di partecipare a vario livello alle azioni della Rete di Solidarietà del Q.1 concretizzano tale opzione sottoscrivendo un atto di adesione in cui si accettano i criteri suddetti e tutto quanto riguarda il presente protocollo.

***Autonomia delle Associazioni di Volontariato***

Le Associazioni del Volontariato pur operando in maniera coordinata con il Consiglio di ....., manterranno integralmente la loro autonomia sia rispetto alle motivazioni ideali cui si ispirano, sia rispetto alla metodologia d'intervento.

***Linee di indirizzo***

Le linee di indirizzo della rete di solidarietà ..... vengono elaborate dal Consiglio di ....., in accordo con i Servizi Sociali territoriali e i rappresentanti delle realtà del volontariato aderenti alla Rete. Tali indirizzi saranno successivamente presentati a livello dell'Assemblea generale degli aderenti alla Rete.

**Compiti del consiglio di .....**

Il Consiglio di .....



- **Promuove** lo sviluppo della Rete, favorendo, principalmente verso le giovani generazioni, i valori pro-sociali attraverso incontri con le realtà associative, esperienze concrete, momenti formativi / informativi, e iniziative sociali e culturali di vario genere;
- **Supporta** l'attività della Rete attraverso la messa a disposizione di: locali, strumentazioni, pagamenti delle utenze, competenze professionali. Si fa carico della formazione e dell'aggiornamento dei volontari;
- **Favorisce** l'integrazione tra il sistema dei servizi socio Assistenziali Pubblici e la rete di solidarietà avvalendosi a tale scopo delle figure tecnico-professionali competenti sul territorio per quanto attiene al lavoro sociale di comunità;
- **Provvede**, nel rispetto delle normative statali e regionali, all'assicurazione (verso terzi e verso se stessi) nei confronti di quei volontari aderenti alla rete, qualora non fossero già assicurati dalle Associazioni di appartenenza.
- **Attiva** momenti informativi / formativi diretti alle realtà facenti parte della Rete ed ai soggetti istituzionali che, a diverso titolo, vi aderiscono, sia per quanto attiene le metodologie operative sia per quanto attiene alle tematiche normative;
- **Svolge** il ruolo di indirizzo e coordinamento attraverso sia i propri organi di governo interno, sia attraverso gli apparati tecnici di cui il ..... è dotato.
- **Avvia** la progettazione di una banca dati informatica delle occasioni di aiuto e sostegno offerte sia dal pubblico che dal privato sociale, fornendo a riguardo i necessari strumenti tecnologici e di formazione.

### ***Compiti dei volontari della Rete di Solidarietà***

#### ***Al primo livello di partecipazione, la Rete:***

- **Gestisce** attivamente il Centralino telefonico e lo Sportello al pubblico dando le informazioni richieste su: Sanità, Servizi Sociali, Attività di associazioni di volontariato, Servizi Amministrativi (anche al di fuori delle competenze dell'Amministrazione Comunale), Occasioni culturali;
- **Rileva** la mappa delle risorse del settore pubblico e privato e cura costantemente il suo aggiornamento;
- **Cura e mantiene** i rapporti con il Consiglio di ....., i Servizi Sociali e Sanitari del territorio, gli Enti pubblici e le Associazioni del volontariato che partecipano alla Rete al secondo livello, con i quali si fa tramite per la risoluzione dei problemi presentati dai cittadini;
- **Individua** la tipologia di intervento che, in caso di impossibilità di attivazione del coordinamento e per la loro caratteristica di urgenza e complessità, possono essere svolti in autonomia dai volontari aderenti alla Rete;
- **Elabora** un regolamento interno per la migliore organizzazione che ritiene necessaria per svolgere le proprie funzioni, e individua i propri rappresentanti che terranno i contatti con il Consiglio .....

- **Verifica** periodicamente la propria operatività anche con i referenti del Consiglio di .....
- **Partecipa** alle occasioni di formazione specifiche per i volontari della Rete;
- **Gestisce e cura** la banca dati informatizzata, partecipando alla formazione specifica per svolgere tale compito.

### **Al secondo livello di partecipazione:**

Le Associazioni e le realtà del privato che partecipano alla Rete a questo livello si rendono disponibili ad intervenire nei casi segnalati dai volontari che gestiscono il centralino e lo sportello informativo prestando i servizi specifici della propria area di competenza.

In ogni caso, per entrambi i livelli di partecipazione, i servizi non dovranno essere sostitutivi di carenze dell'apparato del Consiglio di ..... o dei Servizi Sociali e Sanitari del territorio.

### ***Durata dell'adesione ed interruzione del rapporto.***

L'adesione alla Rete di Solidarietà è da considerarsi attiva per un periodo di tre anni dal momento della sottoscrizione dell'atto di adesione.

Il Consiglio di ..... si riserva la possibilità di revocare l'adesione, con comunicazione e motivazione scritta, a quelle associazioni o singoli volontari che, con il loro comportamento all'interno e all'esterno, disattendano palesemente e gravemente ai principi del presente protocollo, o creino problemi tali da impedire il sereno e normale svolgimento delle funzioni della Rete di Solidarietà .....

Le associazioni e i singoli volontari che, per motivi vari, non intendano più aderire alla Rete di Solidarietà del ..... ne informeranno sia i volontari che il Consiglio di ..... con comunicazione scritta.

## Protocollo n. 2

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA PER LA GESTIONE DEL "DORMITORIO PUBBLICO" e DEL "MODULO APPARTAMENTO PER DIMESSI STRUTTURE SANITARIE" CON LA ..... - TRIENNIO 2003 – 2005.**

**Premesso che** la ..... eretta in Ente Morale con R.D. del 10.2.1927, regolarmente iscritta al Registro Regionale del Volontariato al n. 71, sezione di ....., già da diversi anni ha attivato, in aggiunta ai Servizi Socio-Sanitari che quotidianamente svolge, un Servizio di "Dormitorio Pubblico" da n. 22 posti letto, nei locali della ..... ubicata in ....., avente la finalità di dare ricovero durante la notte a coloro che essendo in stato di necessità non abbiano mezzi per procurarselo direttamente;

**Considerato che** l'Amministrazione Comunale di ..... attraverso il proprio Settore Sociale, in considerazione dell'importanza che ha assunto tale servizio anche a seguito dell'incremento del flusso migratorio verificatosi negli ultimi anni, ha deliberato, dal 1985 ad oggi, specifici atti convenzionali per sostenere l'iniziativa e che pertanto ritiene opportuno continuare ad avvalersi, anche per il prossimo triennio 2003 – 2005, della collaborazione della ..... che ha dato prova di competenza e serietà nella gestione degli interventi previsti dalle precedenti convenzioni;

**Considerato, inoltre, che** per meglio fronteggiare le emergenze abitative delle fasce più deboli della popolazione immigrata è stato attivato, nello stesso edificio del Dormitorio, un innovativo servizio sotto forma di modulo appartamento a favore di immigrati residenti nella ..... che a seguito di interventi sanitari in strutture ospedaliere necessitano di un periodo di convalescenza "protetta";

**Rilevato che,** il ..... ha presentato alla Regione ....., tramite l'Articolazione della Conferenza dei Sindaci, uno specifico progetto: "Sostegno e potenziamento delle strutture sovracomunali per immigrati", ottenendo un finanziamento (decreto n.....) specifico per l'attivazione del suddetto modulo appartamento per degenti;

### **Ritenuto, pertanto, opportuno**

- procedere alla conferma dell'affidamento alla ..... della gestione del Dormitorio Pubblico per il triennio 2003 - 2005; con un finanziamento annuo di € **40.150,00** (costo medio pro-capite a notte di € 5,00 per n. 22 posti letto) e con un contributo aggiuntivo di € **12.000,00** per il primo anno di gestione del nuovo servizio di modulo appartamento a favore di immigrati dimessi dalle strutture sanitarie del territorio come da richiesta della ..... pervenuta in data 31.12.2002 PG 68658;
- regolare i rapporti tra il ..... - e ..... con apposito protocollo d'intesa composto di n.15 articoli che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

- inserire, nel suddetto protocollo d'intesa, la gestione del nuovo servizio di modulo appartamento a favore di immigrati dimessi dalle strutture sanitarie del territorio quale potenziamento dell'accoglienza operata da ormai innumerevoli anni con la struttura del Dormitorio Pubblico;

**Visti** i pareri del responsabile del servizio interessato e del responsabile di ragioneria in ordine, rispettivamente, alla regolarità tecnica e alla regolarità contabile, nonché all'attestazione della relativa copertura finanziaria, richiesti ai sensi dell'art. 49 del D. Lgs. 18.8.2000 n. 267 e riportati sulla proposta di deliberazione;

Visto l'art. 48 del D.Lgs. 18.8.2000 n. 267;

Con voti..... favorevoli, .....contrari e .....astenuti,

### **DELIBERA**

- 1) **di proseguire**, per il triennio 2003 – 2005, la collaborazione per la gestione dei servizi di "dormitorio pubblico" e del "modulo appartamento per dimessi strutture sanitarie" realizzate nei nuovi locali messi a disposizione dalla ..... e ubicati in .....
- 2) **di confermare** l'affidamento alla ....., della gestione del "dormitorio pubblico" e del nuovo servizio "modulo appartamento per dimessi strutture sanitarie" regolarizzando i rapporti fra il medesimo e il ..... tramite protocollo d'intesa;
- 3) **di approvare**, con le modalità e per le motivazioni espresse in premessa, il protocollo d'intesa ..... e ....., per la gestione dei servizi di cui al punto 1 e 2; protocollo composto da n. 15 articoli che, accluso al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 4) **di quantificare in € 40.150,00** (costo medio pro-capite a notte di € 5,00 per n. 22 posti letto) l'onere annuo a carico del ..... e quindi in **€ 120.450,00** l'onere complessivo per i tre anni del presente protocollo d'intesa, da erogare .....
- 5) **di concedere** un contributo di **€ 12.000,00** in via sperimentale per la copertura delle spese di gestione del nuovo servizio "modulo appartamento per dimessi strutture sanitarie" e demandare al Dirigente Dipartimentale la determinazione del finanziamento per le annualità successive;
- 6) **di erogare** alla ..... la somma annua di **€ 40.150,00** da liquidarsi previa presentazione di regolare fattura posticipata con allegata una relazione comprendente le presenze nel dormitorio e l'andamento del servizio e, per il primo anno, il contributo di **€ 12.000,00** da liquidarsi nel modo seguente:
  - **€ 6.000,00** (50%), alla firma del presente protocollo d'intesa;

- € 6.000,00 (saldo 50%) alla scadenza dell'anno gestionale, previa presentazione di una relazione conclusiva relativa alla gestione complessiva del modulo-appartamento;

7) **di finanziare** la spesa di € 132.450,00 nel modo seguente:

*a. per il servizio da espletarsi nel 2003*

- quanto a € 30.000,00 con i fondi di cui al cap.....;

- quanto a € 22.150,00 con i fondi di cui al cap. ....

-

*b. per il servizio da espletarsi nel 2004*

- quanto a € 30.000,00 con i fondi di cui al cap.....

- quanto a € 10.150,00 con i fondi di cui al cap. ....

*c. per il servizio da espletarsi nel 2005*

- quanto a € 30.000,00 con i fondi di cui al cap.....”;

- quanto a € 10.150,00 con i fondi di cui al cap. ....

8) di affidare la responsabilità del procedimento, ai sensi della L. 241/90 al Responsabile della U.O., .....

# CAPITOLO 5

## Appendice normativa

### **Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"**

#### Capo I PRINCIPI GENERALI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

##### Art. 1 (*Principi generali e finalità*)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.
4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.
6. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.
7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

##### Art. 2 (*Diritto alle prestazioni*).

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

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

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

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

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

#### *Art. 3. (Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali).*

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

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

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

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

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

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

#### *Art. 4. (Sistema di finanziamento delle politiche sociali).*

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

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

3. Le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo

1998, n. 112, nonchè in attuazione della presente legge, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonchè, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato articolo 132.

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

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

#### Art. 5. *(Ruolo del terzo settore).*

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

2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonchè il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

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

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

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

#### Art. 6. *(Funzioni dei comuni)*

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

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

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

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



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

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

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

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

a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;

b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona;

c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera a);

d) effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;

e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

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

#### *Art. 7. (Funzioni delle province)*

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

a) alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;

b) all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;

c) alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;

d) alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

#### *Art. 8. (Funzioni delle regioni)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Art. 9. *(Funzioni dello Stato)*

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

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

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

#### Art. 10. *(Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)*

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

- a) definire l'inserimento delle IPAB che operano in campo socio-assistenziale nella programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22, prevedendo anche modalità per la partecipazione alla programmazione, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera b);
- b) prevedere, nell'ambito del riordino della disciplina, la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica;
- c) prevedere l'applicazione ai soggetti di cui alla lettera b):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Art. 11. (Autorizzazione e accreditamento)

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

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

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

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

deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

#### Art. 12. (*Figure professionali sociali*)

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

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

a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;

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

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

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

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

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

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

#### Art. 13. (*Carta dei servizi sociali*)

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

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

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

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

#### Art. 14. *(Progetti individuali per le persone disabili)*

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

#### Art. 15. *(Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti)*

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalità di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 è emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.

3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.

4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o più regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al comma 2, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.

#### Art. 16. *(Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 17. *(Titoli per l'acquisto di servizi sociali)*

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

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

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

##### Art. 18. *(Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali)*

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

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

3. Il Piano nazionale indica:

a) le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22;

b) le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivo e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico-fisica;

c) le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;

d) gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;

e) gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, comprese quelle indicate dall'articolo 3, comma 4, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;

f) gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali;

g) i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

h) i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;

i) gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore di cui all'articolo 16, comma 4, e dei titoli di cui all'articolo 17;



l) gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili, in base a quanto previsto dall'articolo 14;

m) gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;

n) i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali previsti dall'articolo 22, secondo parametri basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;

o) gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti.

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

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

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

#### Art. 19. *(Piano di zona)*

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

a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;

b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);

c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;

d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;

e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;

f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;

g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

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

a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);

c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;

d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

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

#### Art. 20. *(Fondo nazionale per le politiche sociali)*

1. Per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, lo Stato ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

2. Per le finalità della presente legge il Fondo di cui al comma 1 è incrementato di lire 106.700 milioni per l'anno 2000, di lire 761.500 milioni per l'anno 2001 e di lire 922.500 milioni a decorrere dall'anno 2002. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo utilizzando quanto a lire 56.700 milioni per l'anno 2000, a lire 591.500 milioni per l'anno 2001 e a lire 752.500 milioni per l'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica; quanto a lire 50.000 milioni per l'anno 2000 e a lire 149.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, l'accantonamento relativo al Ministero della pubblica istruzione; quanto a lire 1.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero dell'interno; quanto a lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero del commercio con l'estero.

3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. La definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria.

5. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo provvede a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo di cui al comma 1 ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) razionalizzare e armonizzare le procedure medesime ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;

b) prevedere quote percentuali di risorse aggiuntive a favore dei comuni associati ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera a);

c) garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi e prevedere modalità di accertamento delle spese al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano nazionale;

d) prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati;

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

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

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

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

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

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

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

#### Art. 21. *(Sistema informativo dei servizi sociali)*

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

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è nominata, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, una commissione tecnica, composta da sei esperti di comprovata esperienza nel settore sociale ed in campo informativo, di cui due designati dal Ministro stesso, due dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, due dalla Conferenza Stato-città e autonomie locali. La commissione ha il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali. La commissione è presieduta da uno degli esperti designati dal Ministro per la solidarietà sociale. I componenti della commissione durano in carica due anni. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente comma, nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

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

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

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

### *Sezione I Disposizioni generali*

#### *Art. 22. (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)*

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

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

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

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

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

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

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

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

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la

socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

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

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

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

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

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

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

c) assistenza domiciliare;

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

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

*Sezione II* Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali

*Art. 23. (Reddito minimo di inserimento)*

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

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

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

*Art. 24. (Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo)*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità spettanti ai sensi delle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27

maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

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

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

2) reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro di cui al decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1984, n. 863, e successive modificazioni, alla legge 29 dicembre 1990, n. 407, e al decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451, ed a borse di lavoro di cui al decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280, da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*h)* revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al

presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap – *International classification of impairments, disabilities and handicaps* (ICIDH), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

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

*Art. 25. (Accertamento della condizione economica del richiedente)*

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

*Art. 26. (Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali)*

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

Capo VI DISPOSIZIONI FINALI

*Art. 27. (Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale)*

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

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

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

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

5. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione, determinati nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Art. 28. *(Interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema)*

1. Allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di una somma pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002.

2. Ai fini di cui al comma 1, gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi non lucrativi di utilità sociale nonché le IPAB possono presentare alle regioni, secondo le modalità e i termini definiti ai sensi del comma 3, progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con atto di indirizzo e coordinamento deliberato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti di cui al comma 1, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento dei progetti di cui al comma 2, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi di cui al presente articolo sono considerati prioritari.

4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2001 e 2002 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

#### *Art. 29. (Disposizioni sul personale)*

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzata a bandire concorsi pubblici per il reclutamento di cento unità di personale dotate di professionalità ed esperienza in materia di politiche sociali, per lo svolgimento, in particolare, delle funzioni statali previste dalla presente legge, nonché in materia di adozioni internazionali, politiche di integrazione degli immigrati e tutela dei minori non accompagnati. Al predetto personale non si applica la disposizione di cui all'articolo 12, comma 1, lettera c), della legge 15 marzo 1997, n. 59. Le assunzioni avvengono in deroga ai termini ed alle modalità di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a lire 2 miliardi per l'anno 2000 e a lire 7 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

#### *Art. 30. (Abrogazioni)*

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e il comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

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

### **D.P.C.M. RECANTE: "ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO SUI SISTEMI DI AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA PREVISTI DALL'ART. 5 DELLA LEGGE 8 novembre 2000, n. 328"**

#### ***Art. 1 (Ruolo dei soggetti del Terzo Settore nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi alla persona)***

1. Il presente provvedimento fornisce indirizzi per la regolazione dei rapporti tra Comuni e loro forme associative con i soggetti del Terzo Settore ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla legge n. 328 del 2000, nonché per la valorizzazione del loro ruolo nella attività di programmazione e progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
2. Le Regioni, sulla base del presente provvedimento, adottano specifici indirizzi per:



Promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;

- a. favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
  - b. favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore.
  - c. favorire forme di coprogettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;
  - d. definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.
3. I Comuni, ai fini dell'erogazione dei servizi e degli interventi, anche nell'ambito dei rapporti di cui al comma 1, predispongono, d'intesa con l'Azienda USL nel caso di interventi socio-sanitari integrati, progetti individuali di assistenza ovvero l'erogazione di interventi nell'ambito di percorsi assistenziali attivi per l'integrazione o la reintegrazione sociale.

#### **Art. 2 (I soggetti del Terzo Settore)**

1. Ai fini del presente atto si considerano soggetti del terzo settore: le organizzazioni di volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, gli organismi della cooperazione, le cooperative sociali, le fondazioni, gli enti di patronato, altri soggetti privati non a scopo di lucro.

#### **Art. 3 (Le organizzazioni di volontariato)**

1. Le Regioni e i Comuni valorizzano l'apporto del volontariato nel sistema di interventi e servizi come espressione organizzata di solidarietà sociale, di autoaiuto e reciprocità nonché con riferimento ai servizi e alle prestazioni, anche di carattere promozionale, complementari a servizi che richiedono una organizzazione complessa ed altre attività compatibili, ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, con la natura e le finalità del volontariato. Gli enti pubblici stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla legge n. 266/1991.

#### **Art. 4 (Selezione dei soggetti del Terzo Settore)**

1. I Comuni, ai fini della preselezione dei soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione di servizi di cui ai successivi articoli 5 e 6, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11 della legge n. 328 del 2000, valutano i seguenti elementi:
  - a. a) la formazione, la qualificazione ed l'esperienza professionale degli operatori coinvolti;
  - b. l'esperienza maturata nei settori e nei servizi di riferimento;
2. I Comuni procedono all'aggiudicazione dei servizi di cui al comma 1 sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto in particolare dei seguenti elementi qualitativi:
  - a. le modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;
  - b. gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
  - c. la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;
  - d. il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza.
3. I comuni, ai fini delle aggiudicazioni di cui al comma 2, non devono procedere all'affidamento dei servizi con il metodo del massimo ribasso.

#### **Art. 5 (Acquisto di servizi e prestazioni)**

1. I Comuni, al fine di realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantendone i livelli essenziali, possono acquistare servizi e interventi organizzati dai soggetti del Terzo Settore.
2. Le Regioni disciplinano le modalità per l'acquisto da parte dei Comuni dei servizi ed interventi organizzati dai soggetti del terzo settore definendo in particolare:
  - a. le modalità per garantire una adeguata pubblicità del presumibile fabbisogno di servizi in un determinato arco temporale;
  - b. le modalità per l'istituzione dell'elenco dei fornitori di servizi autorizzati ai sensi dell'articolo 11 della legge n. 328 del 2000, che si dichiarano disponibili ad offrire i servizi richiesti secondo tariffe e caratteristiche qualitative concordate;
  - c. i criteri per l'eventuale selezione dei soggetti fornitori sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4.
3. Oggetto dell'acquisto o dell'affidamento di cui all'articolo 6, deve essere l'organizzazione complessiva del servizio o della prestazione, con assoluta esclusione delle mere prestazioni di manodopera che possono essere acquisite esclusivamente nelle forme previste dalla legge n. 196 del 1997.
4. I Comuni stipulano convenzioni con i fornitori iscritti nell'elenco di cui al comma 2, anche acquisendo la disponibilità del fornitore alla erogazione di servizi e interventi a favore di cittadini in possesso dei titoli di cui all'articolo 17 della legge n. 328 del 2000.

#### **Art. 6 (Affidamento della gestione dei servizi)**

1. Le Regioni adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra Comuni e soggetti del Terzo Settore nell'affidamento dei servizi alla persona di cui alla legge n. 328 del 2000 tenuto conto delle norme nazionali e comunitarie che disciplinano le procedure di affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione.
2. Nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della Pubblica Amministrazione e di libera concorrenza tra i privati nel rapportarsi ad essa, sono da privilegiare le procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate. In tale ambito le procedure ristrette permettono di valutare e valorizzare diversi elementi di qualità che il Comune intende ottenere dal servizio appaltato.
3. I Comuni, nell'affidamento per la gestione dei servizi, utilizzano il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenuto conto anche di quanto pre**visto** all'articolo 4.
4. I contratti previsti dal presente articolo prevedono forme e modalità per la verifica degli adempimenti oggetto del contratto ivi compreso il mantenimento dei livelli qualitativi concordati ed i provvedimenti da adottare in caso di mancato rispetto.

#### **Art. 7 (Istruttorie pubbliche per la coprogettazione con i soggetti del Terzo Settore)**

1. Al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, i comuni possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare con il comune per la realizzazione degli obiettivi. Le regioni possono adottare indirizzi per definire le modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche nonché per la individuazione delle forme di sostegno.

#### **Art. 8 (Promozione e qualificazione del Terzo Settore)**

1. Le Regioni e i Comuni predispongono, di concerto con gli organismi rappresentativi del Terzo Settore, azioni di promozione, sostegno e qualificazione dei soggetti del Terzo Settore mediante politiche formative, fiscali e interventi per l'accesso agevolato al credito e ai Fondi Europei, avvalendosi anche delle realtà e delle competenze da loro espresse.

#### **Art. 9 (Norme finali e transitorie)**

1. In attesa della adozione delle norme statali e regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, previste dalla legge n. 328 del 2000, le Regioni definiscono, nell'ambito degli indirizzi di attuazione del presente provvedimento, le condizioni minime e le modalità per l'instaurazione di rapporti economici tra i Comuni e i soggetti del Terzo Settore.

2. Le disposizioni del presente provvedimento si applicano anche ai soggetti ai quali i Comuni delegano l'esercizio delle proprie funzioni, nonché ai soggetti costituiti per l'esercizio delle stesse.
3. Le Regioni adottano indirizzi al fine di rendere applicabili le norme del presente provvedimento anche ai servizi ed interventi socio sanitari.
4. Le disposizioni di cui agli articoli 4, 5 e 6 del presente decreto si applicano, in quanto compatibili, ai rapporti con altri soggetti erogatori.
5. Le regioni a statuto speciale e le province autonome provvedono alle finalità del presente atto di indirizzo nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti.

## **Legge n. 383 del 7 Dicembre 2000 Disciplina delle associazioni di promozione sociale.**

### **Capo I DISPOSIZIONI GENERALI**

#### *Art. 1. (Finalità e oggetto della legge)*

1. La Repubblica riconosce il valore sociale dell'associazionismo liberamente costituito e delle sue molteplici attività come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo; ne promuove lo sviluppo in tutte le sue articolazioni territoriali, nella salvaguardia della sua autonomia; favorisce il suo apporto originale al conseguimento di finalità di carattere sociale, civile, culturale e di ricerca etica e spirituale.

2. La presente legge, in attuazione degli articoli 2, 3, secondo comma, 4, secondo comma, 9 e 18 della Costituzione, detta principi fondamentali e norme per la valorizzazione dell'associazionismo di promozione sociale e stabilisce i principi cui le regioni e le province autonome devono attenersi nel disciplinare i rapporti fra le istituzioni pubbliche e le associazioni di promozione sociale nonché i criteri cui debbono uniformarsi le amministrazioni statali e gli enti locali nei medesimi rapporti.

3. La presente legge ha, altresì, lo scopo di favorire il formarsi di nuove realtà associative e di consolidare e rafforzare quelle già esistenti che rispondono agli obiettivi di cui al presente articolo.

#### *Art. 2. (Associazioni di promozione sociale)*

1. Sono considerate associazioni di promozione sociale le associazioni riconosciute e non riconosciute, i movimenti, i gruppi e i loro coordinamenti o federazioni costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati.

2. Non sono considerate associazioni di promozione sociale, ai fini e per gli effetti della presente legge, i partiti politici, le organizzazioni sindacali, le associazioni dei datori di lavoro, le associazioni professionali e di categoria e tutte le associazioni che hanno come finalità la tutela esclusiva di interessi economici degli associati.

3. Non costituiscono altresì associazioni di promozione sociale i circoli privati e le associazioni comunque denominate che dispongono limitazioni con riferimento alle condizioni economiche e discriminazioni di qualsiasi natura in relazione all'ammissione degli associati o prevedono il diritto di trasferimento, a qualsiasi titolo, della quota associativa o che, infine, collegano, in qualsiasi forma, la partecipazione sociale alla titolarità di azioni o quote di natura patrimoniale.

#### *Art. 3. (Atto costitutivo e statuto)*

1. Le associazioni di promozione sociale si costituiscono con atto scritto nel quale deve tra l'altro essere indicata la sede legale. Nello statuto devono essere espressamente previsti:

- a) la denominazione;
- b) l'oggetto sociale;
- c) l'attribuzione della rappresentanza legale dell'associazione;
- d) l'assenza di fini di lucro e la previsione che i proventi delle attività non possono, in nessun caso, essere divisi fra gli associati, anche in forme indirette;
- e) l'obbligo di reinvestire l'eventuale avanzo di gestione a favore di attività istituzionali statutariamente previste;
- f) le norme sull'ordinamento interno ispirato a principi di democrazia e di uguaglianza dei diritti di tutti gli associati, con la previsione dell'elettività delle cariche associative. In

relazione alla particolare natura di talune associazioni, il Ministro per la solidarietà sociale, sentito l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 11, può consentire deroghe alla presente disposizione;

- g) i criteri per l'ammissione e l'esclusione degli associati ed i loro diritti e obblighi;
- h) l'obbligo di redazione di rendiconti economico-finanziari, nonché le modalità di approvazione degli stessi da parte degli organi statutari;
- i) le modalità di scioglimento dell'associazione;
- l) l'obbligo di devoluzione del patrimonio residuo in caso di scioglimento, cessazione o estinzione, dopo la liquidazione, a fini di utilità sociale.

#### Art. 4. *(Risorse economiche)*

1. Le associazioni di promozione sociale traggono le risorse economiche per il loro funzionamento e per lo svolgimento delle loro attività da:

- a) quote e contributi degli associati;
- b) eredità, donazioni e legati;
- c) contributi dello Stato, delle regioni, di enti locali, di enti o di istituzioni pubblici, anche finalizzati al sostegno di specifici e documentati programmi realizzati nell'ambito dei fini statutari;
- d) contributi dell'Unione europea e di organismi internazionali;
- e) entrate derivanti da prestazioni di servizi convenzionati;
- f) proventi delle cessioni di beni e servizi agli associati e a terzi, anche attraverso lo svolgimento di attività economiche di natura commerciale, artigianale o agricola, svolte in maniera ausiliaria e sussidiaria e comunque finalizzate al raggiungimento degli obiettivi istituzionali;
- g) erogazioni liberali degli associati e dei terzi;
- h) entrate derivanti da iniziative promozionali finalizzate al proprio finanziamento, quali feste e sottoscrizioni anche a premi;
- i) altre entrate compatibili con le finalità sociali dell'associazionismo di promozione sociale.

2. Le associazioni di promozione sociale sono tenute per almeno tre anni alla conservazione della documentazione, con l'indicazione dei soggetti eroganti, relativa alle risorse economiche di cui al comma 1, lettere b), c), d), e), nonché, per le risorse economiche di cui alla lettera g), della documentazione relativa alle erogazioni liberali se finalizzate alle detrazioni di imposta e alle deduzioni dal reddito imponibile di cui all'articolo 22.

#### Art. 5. *(Donazioni ed eredità)*

1. Le associazioni di promozione sociale prive di personalità giuridica possono ricevere donazioni e, con beneficio di inventario, lasciti testamentari, con l'obbligo di destinare i beni ricevuti e le loro rendite al conseguimento delle finalità previste dall'atto costitutivo e dallo statuto.

2. I beni pervenuti ai sensi del comma 1 sono intestati alle associazioni. Ai fini delle trascrizioni dei relativi acquisti si applicano gli articoli 2659 e 2660 del codice civile.

#### Art. 6. *(Rappresentanza)*

1. Le associazioni di promozione sociale anche non riconosciute sono rappresentate in giudizio dai soggetti ai quali, secondo lo statuto, è conferita la rappresentanza legale.

2. Per le obbligazioni assunte dalle persone che rappresentano l'associazione di promozione sociale i terzi creditori devono far valere i loro diritti sul patrimonio dell'associazione medesima e, solo in via sussidiaria, possono rivalersi nei confronti delle persone che hanno agito in nome e per conto dell'associazione.

### **Capo II REGISTRI E OSSERVATORI DELL'ASSOCIAZIONISMO**

#### **Sezione I Registri nazionale, regionali e provinciali**

#### Art. 7. (Registri)

1. Presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli affari sociali è istituito un registro nazionale al quale possono iscriversi, ai fini dell'applicazione della presente legge, le associazioni di promozione sociale a carattere nazionale in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, costituite ed operanti da almeno un anno. Alla tenuta del registro si provvede con le ordinarie risorse finanziarie, umane e strumentali del Dipartimento per gli affari sociali.

2. Per associazioni di promozione sociale a carattere nazionale si intendono quelle che svolgono attività in almeno cinque regioni ed in almeno venti province del territorio nazionale.

3. L'iscrizione nel registro nazionale delle associazioni a carattere nazionale comporta il diritto di automatica iscrizione nel registro medesimo dei relativi livelli di organizzazione territoriale e dei circoli affiliati, mantenendo a tali soggetti i benefici connessi alla iscrizione nei registri di cui al comma 4.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, rispettivamente, registri su scala regionale e provinciale, cui possono iscriversi tutte le associazioni in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, che svolgono attività, rispettivamente, in ambito regionale o provinciale.

#### Art. 8. (Disciplina del procedimento per le iscrizioni ai registri nazionale, regionali e provinciali)

1. Il Ministro per la solidarietà sociale, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana un apposito regolamento che disciplina il procedimento per l'emanazione dei provvedimenti di iscrizione e di cancellazione delle associazioni a carattere nazionale nel registro nazionale di cui all'articolo 7, comma 1, e la periodica revisione dello stesso, nel rispetto della legge 7 agosto 1990, n. 241.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano con proprie leggi, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'istituzione dei registri di cui all'articolo 7, comma 4, i procedimenti per l'emanazione dei provvedimenti di iscrizione e di cancellazione delle associazioni che svolgono attività in ambito regionale o provinciale nel registro regionale o provinciale nonché la periodica revisione dei registri regionali e provinciali, nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241. Le regioni e le province autonome trasmettono altresì annualmente copia aggiornata dei registri all'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 11.

3. Il regolamento di cui al comma 1 e le leggi regionali e provinciali di cui al comma 2 devono prevedere un termine per la conclusione del procedimento e possono stabilire che, decorso inutilmente il termine prefissato, l'iscrizione si intenda assentita.

4. L'iscrizione nei registri è condizione necessaria per stipulare le convenzioni e per usufruire dei benefici previsti dalla presente legge e dalle leggi regionali e provinciali di cui al comma 2.

#### Art. 9. (Atti soggetti ad iscrizione nei registri)

1. Nei registri di cui all'articolo 7 devono risultare l'atto costitutivo, lo statuto, la sede dell'associazione e l'ambito territoriale di attività.

2. Nei registri devono essere iscritti altresì le modificazioni dell'atto costitutivo e dello statuto, il trasferimento della sede, le deliberazioni di scioglimento.

#### Art. 10. (Ricorsi avverso i provvedimenti relativi alle iscrizioni e alle cancellazioni)

1. Avverso i provvedimenti di rifiuto di iscrizione e avverso i provvedimenti di cancellazione è ammesso ricorso in via amministrativa, nel caso si tratti di associazioni a carattere nazionale, al Ministro per la solidarietà sociale, che decide previa acquisizione del parere vincolante dell'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 11; nel caso si tratti di associazioni che operano in ambito regionale o nell'ambito delle province autonome di Trento e di Bolzano, al presidente della giunta regionale o provinciale, previa acquisizione del parere vincolante dell'osservatorio regionale previsto dall'articolo 14.

2. Avverso i provvedimenti di rifiuto di iscrizione e avverso i provvedimenti di cancellazione è ammesso, in ogni caso, entro sessanta giorni, ricorso al tribunale amministrativo regionale competente, che decide, in camera di consiglio, nel termine di trenta giorni dalla scadenza del termine per il deposito del ricorso, sentiti i difensori delle parti che ne abbiano fatto richiesta. La decisione del tribunale è appellabile, entro trenta giorni dalla sua notifica, al Consiglio di Stato, il quale decide con le stesse modalità entro sessanta giorni.

### **Sezione II Osservatorio nazionale e osservatori regionali dell'associazionismo**

#### Art. 11. (Istituzione e composizione dell'Osservatorio nazionale)

1. In sede di prima attuazione della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, è istituito l'Osservatorio nazionale dell'associazionismo, di seguito denominato «Osservatorio», presieduto dal Ministro per la solidarietà sociale, composto da 26 membri, di cui 10 rappresentanti delle associazioni a carattere nazionale maggiormente rappresentative, 10 rappresentanti estratti a sorte tra i nominativi indicati da altre associazioni e 6 esperti.
2. Le associazioni di cui al comma 1 devono essere iscritte nei registri ai rispettivi livelli.
3. L'Osservatorio elegge un vicepresidente tra i suoi componenti di espressione delle associazioni.
4. L'Osservatorio si riunisce al massimo otto volte l'anno, dura in carica tre anni ed i suoi componenti non possono essere nominati per più di due mandati.
5. Per il funzionamento dell'Osservatorio è autorizzata la spesa massima di lire 225 milioni per il 2000 e di lire 450 milioni annue a decorrere dal 2001.
6. Entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro per la solidarietà sociale, sentite le Commissioni parlamentari competenti, emana un regolamento per disciplinare le modalità di elezione dei membri dell'Osservatorio nazionale da parte delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale e regionali.
7. Alle attività di segreteria connesse al funzionamento dell'Osservatorio si provvede con le ordinarie risorse finanziarie, umane e strumentali del Dipartimento per gli affari sociali.

#### Art. 12. (Funzionamento e attribuzioni)

1. Per lo svolgimento dei suoi compiti l'Osservatorio, che ha sede presso il Dipartimento per gli affari sociali, adotta un apposito regolamento entro sessanta giorni dall'insediamento.
2. Con regolamento, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati le procedure per la gestione delle risorse assegnate all'Osservatorio e i rapporti tra l'Osservatorio e il Dipartimento per gli affari sociali.
3. All'Osservatorio sono assegnate le seguenti competenze:

- a) assistenza alla Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per gli affari sociali, nella tenuta e nell'aggiornamento del registro nazionale;
- b) promozione di studi e ricerche sull'associazionismo in Italia e all'estero;
- c) pubblicazione di un rapporto biennale sull'andamento del fenomeno associativo e sullo stato di attuazione della normativa europea, nazionale e regionale sull'associazionismo;
- d) sostegno delle iniziative di formazione e di aggiornamento per lo svolgimento delle attività associative nonché di progetti di informatizzazione e di banche dati nei settori disciplinati dalla presente legge;
- e) pubblicazione di un bollettino periodico di informazione e promozione di altre iniziative volte alla diffusione della conoscenza dell'associazionismo, al fine di valorizzarne il ruolo di promozione civile e sociale;
- f) approvazione di progetti sperimentali elaborati, anche in collaborazione con gli enti locali, dalle associazioni iscritte nei registri di cui all'articolo 7 per fare fronte a particolari emergenze sociali e per favorire l'applicazione di metodologie di intervento particolarmente avanzate;
- g) promozione di scambi di conoscenze e forme di collaborazione fra le associazioni di promozione sociale italiane e fra queste e le associazioni straniere;
- h) organizzazione, con cadenza triennale, di una conferenza nazionale sull'associazionismo, alla quale partecipino i soggetti istituzionali e le associazioni interessate;
- i) esame dei messaggi di utilità sociale redatti dalle associazioni iscritte nei registri di cui all'articolo 7, loro determinazione e trasmissione alla Presidenza del Consiglio dei ministri.

4. Per lo svolgimento dei propri compiti l'Osservatorio si avvale delle risorse umane e strumentali messe a disposizione dal Dipartimento per gli affari sociali.
5. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa massima di lire 745 milioni per il 2000 e di lire 1.490 milioni annue a decorrere dal 2001.

#### Art. 13. (Fondo per l'associazionismo)

1. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per gli affari sociali, il Fondo per l'associazionismo, finalizzato a sostenere finanziariamente le iniziative ed i progetti di cui alle lettere d) e f) del comma 3 dell'articolo 12.

2. Per il funzionamento del Fondo è autorizzata la spesa massima di lire 4.650 milioni per il 2000, 14.500 milioni per il 2001 e 20.000 milioni annue a decorrere dal 2002.

*Art. 14. (Osservatori regionali)*

1. Le regioni istituiscono osservatori regionali per l'associazionismo con funzioni e modalità di funzionamento da stabilire con la legge regionale di cui all'articolo 8, comma 2.

2. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo e dell'articolo 7, comma 4, è autorizzata la spesa di lire 150 milioni per il 2000 e di lire 300 milioni annue a decorrere dal 2001.

3. Al riparto delle risorse di cui al comma 2 si provvede con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

*Art. 15. (Collaborazione dell'ISTAT)*

1. L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) è tenuto a fornire all'Osservatorio adeguata assistenza per l'effettuazione di indagini statistiche a livello nazionale e regionale e a collaborare nelle medesime materie con gli osservatori regionali.

2. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di lire 50 milioni per il 2000 e di lire 100 milioni annue a decorrere dal 2001.

*Art. 16. (Rapporti con l'Osservatorio nazionale per il volontariato)*

1. L'Osservatorio svolge la sua attività in collaborazione con l'Osservatorio nazionale per il volontariato di cui all'articolo 12 della legge 11 agosto 1991, n. 266, sulle materie di comune interesse.

2. L'Osservatorio e l'Osservatorio nazionale per il volontariato sono convocati in seduta congiunta almeno una volta all'anno, sotto la presidenza del Ministro per la solidarietà sociale o di un suo delegato.

3. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa massima di lire 50 milioni annue a decorrere dal 2000.

*Art. 17. (Partecipazione alla composizione del CNEL)*

1. L'Osservatorio e l'Osservatorio nazionale per il volontariato designano dieci membri del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL), scelti fra le persone indicate dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato maggiormente rappresentative.

2. L'alinnea del comma 1 dell'articolo 2 della legge 30 dicembre 1986, n. 936, è sostituito dal seguente: «Il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro è composto di esperti, rappresentanti delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato e rappresentanti delle categorie produttive, in numero di centoventuno, oltre al presidente, secondo la seguente ripartizione:».

3. All'articolo 2, comma 1, della citata legge n. 936 del 1986, dopo il numero 1), è inserito il seguente:

«1-*bis*) dieci rappresentanti delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato dei quali, rispettivamente, cinque designati dall'Osservatorio nazionale dell'associazionismo e cinque designati dall'Osservatorio nazionale per il volontariato;».

4. All'articolo 4 della citata legge n. 936 del 1986, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-*bis*. I rappresentanti delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato sono designati ai sensi delle norme vigenti. Le designazioni sono comunicate al Presidente del Consiglio dei ministri».

5. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa massima di lire 240 milioni per il 2000 e di lire 482 milioni annue a decorrere dal 2001.

**Capo III PRESTAZIONI DEGLI ASSOCIATI, DISCIPLINA FISCALE E AGEVOLAZIONI**  
**Sezione I Prestazioni degli associati**

*Art. 18. (Prestazioni degli associati)*

1. Le associazioni di promozione sociale si avvalgono prevalentemente delle attività prestate in forma volontaria, libera e gratuita dai propri associati per il perseguimento dei fini istituzionali.

2. Le associazioni possono, inoltre, in caso di particolare necessità, assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo, anche ricorrendo a propri associati.

Art. 19. (*Flessibilità nell'orario di lavoro*)

1. Per poter espletare le attività istituzionali svolte anche in base alle convenzioni di cui all'articolo 30, i lavoratori che facciano parte di associazioni iscritte nei registri di cui all'articolo 7 hanno diritto di usufruire delle forme di flessibilità dell'orario di lavoro o delle turnazioni previste dai contratti o dagli accordi collettivi, compatibilmente con l'organizzazione aziendale.

**Sezione II Disciplina fiscale, diritti e altre agevolazioni**

Art. 20. (*Prestazioni in favore dei familiari degli associati*)

1. Le cessioni di beni e le prestazioni di servizi rese nei confronti dei familiari conviventi degli associati sono equiparate, ai fini fiscali, a quelle rese agli associati.

2. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa massima di lire 2.700 milioni per il 2000, lire 5.400 milioni per il 2001 e lire 5.400 milioni a decorrere dal 2002.

Art. 21. (*Imposta sugli intrattenimenti*)

1. In deroga alla disposizione di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 640, come modificato, da ultimo, dal decreto legislativo 26 febbraio 1999, n. 60, le quote e i contributi corrisposti alle associazioni di promozione sociale non concorrono alla formazione della base imponibile, ai fini dell'imposta sugli intrattenimenti.

2. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa massima di lire 3.500 milioni per il 2001 e lire 3.500 milioni a decorrere dal 2002.

Art. 22. (*Erogazioni liberali*)

1. Al testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 13-bis:  
1) al comma 1, relativo alle detrazioni di imposta per oneri sostenuti, dopo la lettera *i-ter*) è aggiunta la seguente:  
«*i-quater*) le erogazioni liberali in denaro, per importo non superiore a 4 milioni di lire, a favore delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri previsti dalle vigenti disposizioni di legge. Si applica l'ultimo periodo della lettera *i-bis*)»;  
2) al comma 3, relativo alla detrazione proporzionale, in capo ai singoli soci di società semplice, afferente gli oneri sostenuti dalla società medesima, le parole: «Per gli oneri di cui alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*) ed *i-bis*)» sono sostituite dalle seguenti: «Per gli oneri di cui alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*), *i-bis*) e *i-quater*)»;

b) all'articolo 65, comma 2, relativo agli oneri di utilità sociale deducibili ai fini della determinazione del reddito di impresa, dopo la lettera *c-septies*) è aggiunta la seguente:  
«*c-octies*) le erogazioni liberali in denaro, per importo non superiore a 3 milioni di lire o al 2 per cento del reddito di impresa dichiarato, a favore di associazioni di promozione sociale iscritte nei registri previsti dalle vigenti disposizioni di legge»;

c) all'articolo 110-bis, comma 1, relativo alle detrazioni di imposta per oneri sostenuti da enti non commerciali, le parole: «oneri indicati alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*) ed *i-bis*) del comma 1 dell'articolo 13-bis» sono sostituite dalle seguenti: «oneri indicati alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*), *i-bis*) e *i-quater*) del comma 1 dell'articolo 13-bis»;

d) all'articolo 113, comma 2-bis, relativo alle detrazioni di imposta per oneri sostenuti da società ed enti commerciali non residenti, le parole: «oneri indicati alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*) ed *i-bis*) del comma 1 dell'articolo 13-bis» sono sostituite dalle seguenti: «oneri indicati alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*), *i-bis*) e *i-quater*) del comma 1 dell'articolo 13-bis»;

e) all'articolo 114, comma 1-bis, relativo alle detrazioni di imposta per oneri sostenuti dagli enti non commerciali non residenti, le parole: «oneri indicati alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*) ed *i-bis*) del comma 1 dell'articolo 13-bis» sono sostituite dalle seguenti: «oneri indicati alle lettere *a*), *g*), *h*), *h-bis*), *i*), *i-bis*) e *i-quater*) del comma 1 dell'articolo 13-bis».



2. Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa massima di lire 71.500 milioni per il 2001 e lire 41.000 milioni a decorrere dal 2002.

*Art. 23. (Tributi locali)*

1. Gli enti locali possono deliberare riduzioni sui tributi di propria competenza per le associazioni di promozione sociale, qualora non si trovino in situazioni di dissesto ai sensi del decreto legislativo 25 febbraio 1995, n. 77, e successive modificazioni.

*Art. 24. (Accesso al credito agevolato e privilegi)*

1. Le provvidenze creditizie e fideiussorie previste dalle norme per le cooperative e i loro consorzi sono estese, senza ulteriori oneri per lo Stato, alle associazioni di promozione sociale e alle organizzazioni di volontariato iscritte nei rispettivi registri che, nell'ambito delle convenzioni di cui all'articolo 30, abbiano ottenuto l'approvazione di uno o più progetti di opere e di servizi di interesse pubblico inerenti alle finalità istituzionali.

2. I crediti delle associazioni di promozione sociale per i corrispettivi dei servizi prestati e per le cessioni di beni hanno privilegio generale sui beni mobili del debitore ai sensi dell'articolo 2751-*bis* del codice civile.

3. I crediti di cui al comma 2 sono collocati, nell'ordine dei privilegi, subito dopo i crediti di cui alla lettera c) del secondo comma dell'articolo 2777 del codice civile.

*Art. 25. (Messaggi di utilità sociale)*

1. Ai sensi dell'articolo 3 della legge 7 giugno 2000, n. 150, la Presidenza del Consiglio dei ministri trasmette alla società concessionaria del servizio pubblico radiotelevisivo i messaggi di utilità sociale ricevuti dall'Osservatorio.

2. All'articolo 6, primo comma, della legge 14 aprile 1975, n. 103, dopo le parole: «alle associazioni nazionali del movimento cooperativo giuridicamente riconosciute,» sono inserite le seguenti: «alle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale e regionali,».

*Art. 26. (Diritto all'informazione ed accesso ai documenti amministrativi)*

1. Alle associazioni di promozione sociale è riconosciuto il diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui all'articolo 22, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241.

2. Ai fini di cui al comma 1 sono considerate situazioni giuridicamente rilevanti quelle attinenti al perseguimento degli scopi statutari delle associazioni di promozione sociale.

*Art. 27. (Tutela degli interessi sociali e collettivi)*

1. Le associazioni di promozione sociale sono legittimate:

- a) a promuovere azioni giurisdizionali e ad intervenire nei giudizi promossi da terzi, a tutela dell'interesse dell'associazione;
- b) ad intervenire in giudizi civili e penali per il risarcimento dei danni derivanti dalla lesione di interessi collettivi concernenti le finalità generali perseguite dall'associazione;
- c) a ricorrere in sede di giurisdizione amministrativa per l'annullamento di atti illegittimi lesivi degli interessi collettivi relativi alle finalità di cui alla lettera b).

2. Le associazioni di promozione sociale sono legittimate altresì ad intervenire nei procedimenti amministrativi ai sensi dell'articolo 9 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

*Art. 28. (Accesso al Fondo sociale europeo)*

1. Il Governo, d'intesa con le regioni e con le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove ogni iniziativa per favorire l'accesso delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato ai finanziamenti del Fondo sociale europeo per progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali, nonchè, in collaborazione con la Commissione delle Comunità europee, per facilitare l'accesso ai finanziamenti comunitari, inclusi i prefinanziamenti da parte degli Stati membri e i finanziamenti sotto forma di sovvenzioni globali.

*Art. 29. (Norme regionali e delle province autonome)*

1. Le leggi regionali e le leggi delle province autonome di Trento e di Bolzano concorrono alla promozione e favoriscono lo sviluppo dell'associazionismo di promozione sociale, salvaguardandone l'autonomia di organizzazione e di iniziativa.

*Art. 30. (Convenzioni)*

1. Lo Stato, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e gli altri enti pubblici possono stipulare convenzioni con le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nei registri di cui all'articolo 7, per lo svolgimento delle attività previste dallo statuto verso terzi.

2. Le convenzioni devono contenere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuità le attività stabilite dalle convenzioni stesse. Devono inoltre prevedere forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità nonché le modalità di rimborso delle spese.

3. Le associazioni di promozione sociale che svolgono attività mediante convenzioni devono assicurare i propri aderenti che prestano tale attività contro gli infortuni e le malattie connessi con lo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso terzi.

4. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati meccanismi assicurativi semplificati con polizze anche numeriche o collettive e sono disciplinati i relativi controlli.

5. La copertura assicurativa di cui al comma 3 è elemento essenziale della convenzione e gli oneri relativi sono a carico dell'ente con il quale viene stipulata la convenzione medesima.

6. Le prescrizioni di cui al presente articolo si applicano alle convenzioni stipulate o rinnovate successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge.

*Art. 31. (Strutture e autorizzazioni temporanee per manifestazioni pubbliche)*

1. Le amministrazioni statali, con le proprie strutture civili e militari, e quelle regionali, provinciali e comunali possono prevedere forme e modi per l'utilizzazione non onerosa di beni mobili e immobili per manifestazioni e iniziative temporanee delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato previste dalla legge 11 agosto 1991, n. 266, nel rispetto dei principi di trasparenza, di pluralismo e di uguaglianza.

2. Alle associazioni di promozione sociale, in occasione di particolari eventi o manifestazioni, il sindaco può concedere autorizzazioni temporanee alla somministrazione di alimenti e bevande in deroga ai criteri e parametri di cui all'articolo 3, comma 4, della legge 25 agosto 1991, n. 287. Tali autorizzazioni sono valide soltanto per il periodo di svolgimento delle predette manifestazioni e per i locali o gli spazi cui si riferiscono e sono rilasciate alla condizione che l'addetto alla somministrazione sia iscritto al registro degli esercenti commerciali.

3. Le associazioni di promozione sociale sono autorizzate ad esercitare attività turistiche e ricettive per i propri associati. Per tali attività le associazioni sono tenute a stipulare polizze assicurative secondo la normativa vigente. Possono, inoltre, promuovere e pubblicizzare le proprie iniziative attraverso i mezzi di informazione, con l'obbligo di specificare che esse sono riservate ai propri associati.

*Art. 32. (Strutture per lo svolgimento delle attività sociali)*

1. Lo Stato, le regioni, le province e i comuni possono concedere in comodato beni mobili ed immobili di loro proprietà, non utilizzati per fini istituzionali, alle associazioni di promozione sociale e alle organizzazioni di volontariato previste dalla legge 11 agosto 1991, n. 266, per lo svolgimento delle loro attività istituzionali.

2. All'articolo 1, comma 1, della legge 11 luglio 1986, n. 390, dopo la lettera *b)*, è inserita la seguente:

«*b-bis*) ad associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale e regionali;».

3. All'articolo 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, dopo le parole: «senza fini di lucro,» sono inserite le seguenti: «nonché ad associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale e regionali,». Per gli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di lire 1.190 milioni annue a decorrere dall'anno 2000.

4. La sede delle associazioni di promozione sociale ed i locali nei quali si svolgono le relative attività sono compatibili con tutte le destinazioni d'uso omogenee previste dal decreto del Ministro per i lavori pubblici 2 aprile 1968, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 97 del 16 aprile 1968, indipendentemente dalla destinazione urbanistica.

5. Per concorrere al finanziamento di programmi di costruzione, di recupero, di restauro, di adattamento,

di adeguamento alle norme di sicurezza e di straordinaria manutenzione di strutture o edifici da utilizzare per le finalità di cui al comma 1, per la dotazione delle relative attrezzature e per la loro gestione, le associazioni di promozione sociale sono ammesse ad usufruire, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, di tutte le facilitazioni o agevolazioni previste per i privati, in particolare per quanto attiene all'accesso al credito agevolato.

#### **Capo IV DISPOSIZIONI FINANZIARIE**

##### **Art. 33. (Copertura finanziaria)**

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato nella misura di lire 10.000 milioni per l'anno 2000, di lire 98.962 milioni per l'anno 2001 e di lire 73.962 milioni a decorrere dall'anno 2002, si provvede mediante riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 2000, allo scopo parzialmente utilizzando, quanto a lire 10.000 milioni per l'anno 2000, lire 90.762 milioni per l'anno 2001 e lire 67.762 milioni a decorrere dall'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, e quanto a lire 8.200 milioni per l'anno 2001 e lire 6.200 milioni a decorrere dall'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero dell'ambiente.

2. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

#### **DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE N° 199 DEL 31/10/2001 "APPROVAZIONE DIRETTIVE TRANSITORIE PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA" DIRETTIVE TRANSITORIE SUI SISTEMI DI AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA DA PARTE DEGLI ENTI LOCALI E DELLE AZIENDE USL OPERANTI IN TOSCANA**

##### **1) FINALITA' E OGGETTO**

1.1. La Regione Toscana, nel rispetto delle scelte di welfare operate con il Piano integrato sociale, persegue il raggiungimento di un consono standard qualitativo dei servizi alla persona, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e delle azioni, uso ottimale delle risorse disponibili.

1.2. In attuazione di quanto previsto dalla deliberazione del Consiglio regionale 5 giugno 2001 n. 118, inerente l'approvazione del Piano integrato sociale regionale (PISR) per l'anno 2001, e tenuto conto delle disposizioni di cui alla legge 8 novembre 2000 n.328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e al d.p.c.m. 30 marzo 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328), il presente atto regola l'affidamento della gestione dei servizi alla persona da parte degli Enti locali e delle Aziende USL operanti in Toscana (di seguito "Enti") per servizi di cui sono titolari o gestori, in attesa di una più completa definizione del quadro normativo che, a livello nazionale e regionale, dovrà disciplinare il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

##### **2) CRITERI GENERALI PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

2.1. Nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione, di libera concorrenza e di autonomia degli Enti in ordine alla determinazione della procedura di scelta del soggetto cui affidare la gestione del servizio, per l'affidamento dei servizi alla persona si procede di norma secondo modalità tali da permettere il confronto fra più soggetti e più offerte e comunque tendenti alla valutazione e valorizzazione dei diversi elementi di qualità che si intende ottenere dal servizio oggetto di affidamento.

2.2. Fatta salva la possibilità di stipulare convenzioni con i soggetti e per le finalità stabilite da specifiche leggi di settore, per l'affidamento dei servizi alla persona sono da privilegiare le procedure ristrette e negoziate, ai sensi dell'articolo 6 del d.p.c.m. 30 marzo 2001, procedendo all'aggiudicazione sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, con esclusione dell'affidamento con il metodo del massimo ribasso, ai sensi dell'articolo 4 del d.p.c.m. stesso.

2.3. Ai fini della scelta del soggetto cui affidare il servizio, gli Enti operano tenendo conto del principio di proporzionalità fra le caratteristiche risultanti dall'offerta e gli effettivi requisiti richiesti dal servizio.

2.4. Gli Enti nell'affidamento dei servizi privilegiano l'instaurazione di rapporti di durata idonea a facilitare la condivisione degli obiettivi e la soddisfazione degli utenti.

##### **3) CONVENZIONI**

- 3.1. Gli Enti possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato e con le associazioni di promozione sociale, che dimostrino attitudine e capacità operativa rispetto alla prestazione oggetto di affidamento e siano in possesso dei requisiti previsti dalle rispettive normative di settore.
- 3.2. Possono essere affidati in convenzione alle organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale, di cui all'articolo 6 della legge 11 agosto 1991, n.266 (Legge quadro sul volontariato) e all'articolo 4 della legge regionale 26 aprile 1993, n.28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici - Istituzione del registro delle organizzazioni del volontariato) e successive modificazioni, servizi compatibili con la natura e le finalità del volontariato.
- 3.3. Nel rispetto dell'articolo 3 del d.p.c.m. 30 marzo 2001, gli Enti valorizzano l'apporto del volontariato nel sistema di interventi e servizi anche mediante l'affidamento in convenzione di prestazioni complementari a servizi che richiedono un'organizzazione complessa.
- 3.4. Nella scelta delle organizzazioni con cui stipulare le convenzioni di cui ai punti 3.1, 3.2 e 3.3, gli Enti si attengono ai criteri di priorità indicati all'articolo 12 della l.r. 28/1993 e successive modificazioni.
- 3.5. Le convenzioni fra gli Enti e le organizzazioni di volontariato sono approvate con provvedimento motivato, ai sensi dell'articolo 13 della l.r. 28/1993 e successive modificazioni; i contenuti delle convenzioni devono essere conformi a quanto indicato all'art.10 della medesima legge regionale.
- 3.6. Possono essere affidate in convenzione alle associazioni di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 383 (Disciplina delle associazioni di promozione sociale) e alla legge regionale 9 aprile 1990, n. 36 (Promozione e sviluppo dell'associazionismo) e successive modificazioni, attività di servizio alla persona previste nello statuto dell'associazione, anche di carattere integrativo a servizi complessi.
- 3.7. In attesa della normativa regionale di recepimento della legge 383/2000, le convenzioni di cui al punto 3.6 sono stipulate con le associazioni iscritte agli albi di cui all'articolo 2 della l.r. 36/1990, e approvate con provvedimento motivato secondo i requisiti previsti all'articolo 4 della medesima legge e all'articolo 30 della legge 383/2000.
- 3.8. Nella scelta delle associazioni per la stipula delle convenzioni, di cui ai punti 3.6 e 3.7, gli Enti valutano gli elementi indicati all'articolo 4, comma 1 del d.p.c.m. 30 marzo 2001 e tengono conto degli elementi qualitativi indicati all'articolo 4, comma 2 dello stesso d.p.c.m.; è escluso il ricorso all'affidamento in convenzione dei servizi alla persona sulla base del massimo ribasso.
- 3.9. Gli Enti possono avvalersi, nell'erogazione dei servizi alla persona, di altri soggetti del privato sociale, come definiti all'articolo 25 della legge regionale 3 ottobre 1997, n.72 (Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio sanitari integrati), quando in possesso dei requisiti indicati allo stesso articolo.

#### **4) PROCEDURE DI GARA**

##### **4.1. Premessa**

*Per l'affidamento di servizi al/a persona che, a giudizio dell'Ente, richiedono un'organizzazione complessa di natura imprenditoriale, spetta agli Enti stessi la determinazione della procedura di scelta del contraente, nel rispetto della normativa di riferimento.*

*Per quanto riguarda in particolare la normativa comunitaria in tema di appalti pubblici di cui alla direttiva comunitaria 92/50/CEE modificata dalla direttiva 97/52/CEE, e al decreto legislativo 157/95 modificato dal d.lgs. 65/00, si rimanda a quanto specificato al paragrafo 5.3.1. del Piano integrato sociale regionale 2001 allegato alla Deliberazione C.R. 118/200. Si ricorda, in particolare, che per gli appalti di servizi alla persona, classificati nell'ambito dei servizi sociali, per i quali ricorra il presupposto del valore non inferiore alla soglia comunitaria (200.000 Euro), vige l'obbligo di applicazione del d.lgs. 157/95 limitatamente all'articolo 8, comma 3, e agli articoli 20 e 21.*

4.1. Fatti salvi i rapporti instaurati in base a convenzione di cui al paragrafo 3, gli Enti, sulla base di procedure di selezione finalizzate al rispetto dei principi di pubblicità e di trasparenza dell'azione amministrativa, possono affidare i servizi alla persona a soggetti di natura imprenditoriale, ivi comprese le cooperative sociali di tipo A e di tipo C iscritte all'albo regionale di cui all'articolo 3 della legge regionale 26 novembre 1997, n.87 (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale), per le quali si richiamano le disposizioni di cui all'articolo 11 (Convenzioni) e all'articolo 12 (Criteri per la selezione delle cooperative sociali e dei loro consorzi. Modalità per la valutazione

delle offerte) della suddetta legge regionale.

4.1.2. Qualunque sia l'importo del servizio, alle procedure di affidamento di cui al punto 4.1 si applicano le disposizioni contenute nel presente provvedimento, sia in ordine ai "criteri generali per l'affidamento dei servizi alla persona", sia in ordine ai "criteri specifici per l'affidamento attraverso procedura di gara".

4.1.3. Qualora, in presenza di particolari servizi alla persona, gli Enti ritengano, motivatamente e coerentemente con quanto disposto nei Piani zonali, di attivare procedure di aggiudicazione che vedano contestualmente la partecipazione di soggetti sia di natura imprenditoriale (imprese e imprese sociali) sia di altra natura giuridica (associazioni e altri organismi privati), assumono valenza prescrittiva esclusivamente le disposizioni contenute al paragrafo 4.2.2 (criterio di aggiudicazione). Gli Enti applicano le rimanenti disposizioni per le parti non in contrasto con la natura dei soggetti legittimati alla candidatura, conformandosi ai principi contenuti nel d.p.c.m. 30 marzo 2001 e nel presente atto.

#### **4.2. Criteri specifici per l'affidamento attraverso procedura di gara**

##### **4.2.1. Requisiti necessari per la partecipazione**

In ordine all'affidamento dei servizi di cui trattasi sono requisiti necessari del soggetto candidato:

- non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 157/1995, come modificato dall'articolo 10 del decreto legislativo 65/2000;
- una capacità economica e finanziaria adeguata all'importo del servizio;
- una capacità tecnico organizzativa adeguata all'esecuzione del servizio, ivi compreso il possesso o l'impegno ad attivare, in caso di aggiudicazione, una sede operativa preferibilmente nell'ambito territoriale della zona socio sanitaria in cui si svolge il servizio, o quanto meno del territorio provinciale di riferimento, idonea a costituire effettivo punto di riferimento per l'utenza;
- dimostrare che la gestione del servizio rientra tra le proprie finalità statutarie;
- la coerenza fra la gestione del servizio e le normative inerenti il settore di appartenenza del soggetto;
- l'iscrizione in registri o albi previsti da normative specifiche;
- l'impegno all'applicazione del CCNL di lavoro di settore (come previsto dalla legge 327/2000);
- l'impegno a ricollocare gli operatori già impiegati nelle stesse attività oggetto di affidamento e rimasti inoccupati, ai sensi delle disposizioni legislative vigenti sul trasferimento di aziende, integrate da accordi sindacali (gli accordi sindacali possono derogare alle disposizioni legislative, qualora risultino condizioni di miglior favore).

##### **4.2.2 Criterio di aggiudicazione**

I servizi sono affidati in base al criterio dell'offerta qualitativamente ed economicamente più vantaggiosa, valutabile in base al merito tecnico organizzativo, alla qualità dell'offerta e al prezzo.

Sono pertanto esclusi affidamenti con il metodo del massimo ribasso.

Nella valutazione delle offerte al prezzo è attribuito un punteggio massimo di 30/100, al merito tecnico organizzativo di 35/100 e alla qualità dell'offerta di 35/100.

Nell'attribuzione dei punteggi gli Enti operano sulla base del principio della proporzionalità tra i requisiti presentati dai concorrenti e quelli richiesti dal servizio.

L'aggiudicazione è effettuata a favore del soggetto che riporta, complessivamente, il punteggio più alto.

Sono escluse sia le offerte che conseguono un punteggio inferiore a 21/35 rispetto al merito tecnico organizzativo, sia quelle che conseguono un punteggio inferiore a 21/35 rispetto alla qualità dell'offerta.

All'offerta che, tra quelle presentate, consegue il punteggio più alto rispetto al merito tecnico organizzativo, purché uguale o superiore a 21/35, viene assegnato il massimo punteggio attribuibile. All'offerta che, tra quelle presentate, consegue il punteggio più alto rispetto alla qualità dell'offerta, purché uguale o superiore a 21/35, viene assegnato il massimo punteggio attribuibile.

##### **4.2.3. La valutazione del prezzo**

La base economica di riferimento è definita tenendo conto dei seguenti elementi di calcolo:

- costo contrattuale, derivante dall'applicazione del CCNL di riferimento, corrispondente ai profili degli operatori impiegati, compresi eventuali integrativi territoriali, come da tabelle emanate dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, o, in loro assenza, sottoscritte dalle Organizzazioni Sindacali e Datoriali firmatarie dello stesso CCNL;
- costi di coordinamento derivanti dalla autonomia organizzativa dell'organizzazione;
- costi di ammortamento dei mezzi e delle attrezzature e dei prodotti necessari all'espletamento del servizio;

- costi generali (nelle percentuali previste per il settore dei servizi);
- costi derivanti da specifici adempimenti inerenti la normativa sulla sicurezza del lavoro (D.Lgs.626/94 e successive modifiche);
- riferimento all'utile di impresa.

Il punteggio massimo attribuibile all'elemento prezzo è di 30/100.

La valutazione della economicità delle offerte è realizzata attribuendo un punteggio a crescere in rapporto all'entità del ribasso.

Il punteggio massimo previsto dovrà essere attribuito rispetto a una percentuale di ribasso del 5,5%.

*Il seguente modello di valutazione é a puro titolo indicativo e comunque funzionale a favorire uniformità nella metodologia di valutazione sul territorio regionale:*

<b>Ribasso</b>	<b>Punteggio</b>
0,00 – 0,49	19
0,50 – 0,99	20
1,00 – 1,49	21
1,50 – 1,99	22
2,00 – 2,49	23
2,50 – 2,99	24
3,00 – 3,49	25
3,50 – 3,99	26
4,00 – 4,49	27
4,50 – 4,99	28
5,00 – 5,49	29
5,50 – e oltre	30

#### **4.2.4 La valutazione del merito tecnico organizzativo**

Il merito tecnico organizzativo attiene all'affidabilità del soggetto rispetto alla prestazione oggetto di affidamento.

Il punteggio massimo attribuibile è di 35/100.

Un punteggio inferiore a 21/35 comporta l'esclusione dell'offerta.

All'offerta che, tra quelle presentate, consegue il punteggio più alto, purché uguale o superiore a 21/35, viene assegnato il massimo punteggio attribuibile, pari a 35/100.

Ne costituiscono indicatori. (\*):

- qualità professionale degli operatori effettivamente impegnati nell'organizzazione, intesa come possesso di titoli professionali ed esperienza acquisita legati al settore d'intervento in cui si colloca l'oggetto dell'affidamento.

*(Punti da 0 a 8)*

- formazione prodotta direttamente o partecipata all'esterno dall'organizzazione

*(Punti da 0 a 7)*

- servizi con caratteristiche simili a quelle del servizio oggetto di affidamento, gestiti nel triennio precedente dal concorrente, con particolare riguardo ai servizi gestiti sul territorio di riferimento

*(Punti da 0 a 6)*

- modello organizzativo inteso come complesso dei tecnici che fanno parte integrante della struttura o hanno con la stessa rapporti continuativi di consulenza e come assetto organizzativo (con riguardo alle finzioni - comprese quelle relative alle indicazioni del d.lgs. 626/94 - e alle persone che vi si dedicano stabilmente)

*(Punti da 0 a 3)*

- attività di progettazione/coprogettazione - finanziate o autofinanziate - sviluppate nell'area su cui insiste il servizio oggetto di affidamento e finalizzate alla implementazione di reti di protezione e promozione sociale (l.r. 72/1997, l.r. 22/1999, legge 285/1997, altre leggi di interesse sociale, programmi UE, ecc.) sviluppate sull'area in cui insistono servizi oggetto di selezione

*(Punti da 0 a 5)*

- entità dei beni immobili/mobili/attrezzature/materiali strumentali all'erogazione del servizio, di cui le organizzazioni abbiano la disponibilità o che siano stati attivati in precedenza, nell'espletamento dello stesso servizio

*(Punti da 0 a 3)*

- servizi alla persona autonomamente attivati sullo stesso territorio ed autorizzati e/o accreditati

*(Punti da 0 a 3)*

*(\*)I punteggi riportati fra parentesi sono a puro titolo indicativo e comunque funzionali a favorire uniformità nella metodologia di valutazione sul territorio regionale.*

#### **4.2.5 La valutazione della qualità dell'offerta**

La qualità dell'offerta concerne la componente tecnico progettuale.

Il punteggio massimo attribuibile è di 35/100.

Un punteggio inferiore a 21/35 comporta l'esclusione dell'offerta, secondo quanto previsto al punto 4.2.2.

All'offerta che, tra quelle presentate, consegue il punteggio più alto, purché uguale o superiore a 21/35, viene assegnato il massimo punteggio attribuibile, pari a 35/100.

Ne costituiscono indicatori i seguenti elementi (\*):

- rispondenza del progetto alle caratteristiche dell'utenza, in relazione alla qualità del servizio da perseguire, attraverso le seguenti fasi;

- a) analisi dei bisogni dell'utenza
- b) programma di controllo della qualità rispetto agli obiettivi
- c) programma di gestione tecnico-organizzativa

*(Punti da 0 a 20)*

- sinergie, da realizzare mediante documentati accordi, sviluppate in collaborazione con il tessuto sociale (famiglie, associazionismo, volontariato, cooperazione sociale di tipo B) ispirate alla collaborazione, all'integrazione e alla messa in rete delle diverse risorse dei soggetti presenti sul territorio, allo scopo di migliorare la qualità complessiva del servizio e la soddisfazione dell'utenza

*(Punti da 0 a 9)*

- inserimento lavorativo di persone svantaggiate, da realizzare mediante documentati accordi, sinergie e forme di collaborazione con cooperative sociali di tipo B, ai sensi della legge 381/1991 ovvero inserimento lavorativo di disabili in numero superiore alle quote di riserva previste all'articolo 3 della legge 12 marzo 1999, n.68.

*(Punti da 0 a 4)*

- impiego documentato di volontari, quale arricchimento del progetto, in aggiunta al lavoro degli operatori indicati nel capitolato (solo per i soggetti di natura imprenditoriale)

*(Punti da 0 a 2)*

**NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 30 NOVEMBRE 1998, N. 419.**

Art. 1(*Modificazioni all' articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*)

1. L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni è sostituito dal seguente:

*"Art. 1(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)*

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;



b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della Sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;

c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovregionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-*bis*, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accredimento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari *ad acta*.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere *d)*, *e)*, *f)*, *g)*, e *h)*, e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460."

Art. 2 (*Modificazioni all' articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*)

1. All'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:

"2-*bis*. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-*ter*. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-*bis*, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

*2-quater.* Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

*2-quinquies.* La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma *2-quater*, ove costituito.

*2-sexies.* La regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma *1-bis*;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma *1-bis*, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-*bis*, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera /, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

*2-septies.* Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18.

*2-octies.* Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi *2-bis* e *2-quinquies*, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario *ad acta*. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto".

Art. 3 (Modificazioni all' articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Il comma 1 dell'articolo 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

*1-bis.* In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

*1-ter.* Le aziende di cui ai commi 1 e *1-bis* informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma *1-bis*.

*1-quater.* Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma *1-bis*; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

*1-quinquies.* Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale."

2. Sono abrogati i commi 2; 4; 5, lettere *a), b), c), d), e), f)*; 6, quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo e quattordicesimo periodo; 7 primo, secondo, terzo, quarto, ottavo limitatamente alle parole: "e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza" e nono periodo; 8 e 13, primo, secondo, terzo, dodicesimo, tredicesimo, quattordicesimo periodo, dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

3. Dopo l'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono inseriti i seguenti

"Art. 3- bis (Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario)

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-*octies*.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

*a)* diploma di laurea;

*b)* esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-*ter*, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata

dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, di modifica del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del presente decreto producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis* è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del

decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria ed alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.

#### *Art. 3-ter (Collegio sindacale)*

1. Il collegio sindacale:

a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

b) vigila sull'osservanza della legge;

c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

#### *Art. 3-quater (Distretto)*

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi

aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all' articolo 3-*quinquies*;
- b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

#### *Art. 3-quinquies (Funzioni e risorse del distretto)*

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

#### *Art. 3-sexies (Direttore di distretto)*

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-*quater*, comma 3 e 3-*quinqües*, comma 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

#### *Art. 3-septies (Integrazione sociosanitaria)*

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 *quinqües*, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su



base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

*Art. 3-octies (Area delle professioni sociosanitarie)*

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto è disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria.

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria

4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.

5. Le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici."

*Art. 4 (Modificazioni all' articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)*

1. Il comma 1 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni è sostituito dal seguente:

"1. Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-bis e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera b) della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1° aprile 2000."

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono introdotti i seguenti:

"1-*bis*. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, in coerenza con l'articolo 17-*bis*;

b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;

c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1 febbraio 1992, e successive modificazioni;

d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996;

e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore di almeno il venti per cento rispetto al del valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

1-*ter*. I requisiti di cui alle lettere c) e d) non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

1-*quater*. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi 1-*bis* e 1-*ter*. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali.

1-*quinqies*. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-*bis* e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-*bis*, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-*sexies*. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-*bis*, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che

modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma 1-*quater*. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-*quinquies*; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma 1-*quater*.

1-*septies*. Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-*septies*.

1-*octies*. Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12."

3. Sono abrogati i commi 2, lettera a), primo periodo e lettera b), 4, 7, 7-*bis* e 7-*ter* dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ".

.....*omissis*.....

*Art. 7-sexies (Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità)*

.....*omissis*.....

4. Dopo l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono aggiunti i seguenti:

"*Art. 8-bis (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali)*

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-*ter*, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie.

*Art. 8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)*

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del

paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

#### *Art. 8-quater (Accreditamento istituzionale)*

1. L'accREDITamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accREDITamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accREDITato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accREDITamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accREDITate, così come definiti dall'articolo 8-*quinquies*.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni,, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accREDITamento dei professionisti, la Federazione Nazionale dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accREDITare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accREDITate;

c) le procedure ed i termini per l'accREDITamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto

richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa;

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-*octies*;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-*ter*;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento,

nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

#### *Art. 8-quinquies (Accordi contrattuali)*

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*.

#### Art. 8-sexies (Remunerazione)

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;

d) programmi di assistenza a malattie rare;

e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di *standard* organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

5. Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi *standard* di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni, adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

7. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

8. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

#### *Art. 8-septies (Prestazioni erogate in forma indiretta)*

1. I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'articolo 8-sexies. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero.

#### *Art. 8-octies (Controlli)*

1. La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2. Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresenta elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti, sulla base dei criteri di cui all'articolo 8-quinquies, i principi in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate. Le regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento entro sessanta giorni determinano:

- a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
- b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo;
- c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;
- d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 individua altresì i criteri per la verifica di:



- a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
- c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza;
- d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi."

Art. 9 (*Modificazioni all' articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*)

1. L'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"Art. 9 (*Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale*)

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

2. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.

3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

- a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
- c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
- d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 16 operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
- b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
- c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

8. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:

- a) le modalità di costituzione e di scioglimento;
- b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
- c) le forme e le modalità di contribuzione;
- d) i soggetti destinatari dell'assistenza;
- e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
- f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133."

*Art. 10 (Modificazioni all'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)*

1. L'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

*"Art. 9-bis (Sperimentazioni gestionali)*

1. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizza programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

2. Il programma di sperimentazione è proposto dalla regione interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;

b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;

c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;

d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;

e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona ;

f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute."

*Art. 11 (Modificazioni all' articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)*

1. Dopo l'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

*"Art. 12-bis (Ricerca sanitaria)*

1. La ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale.

2. Il Piano sanitario nazionale definisce, con riferimento alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e tenendo conto degli obiettivi definiti nel Programma nazionale per la ricerca di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, gli obiettivi e i settori principali della ricerca del Servizio sanitario nazionale, alla cui coerente realizzazione contribuisce la comunità scientifica nazionale.

3. Il Ministero della Sanità, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, elabora il programma di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale, di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma è adottato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, ha validità triennale ed è finanziato dalla quota di cui all'articolo 12, comma 2.

4. Il programma di ricerca sanitaria:

a) individua gli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione;

b) favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi;

c) individua gli strumenti di valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica delle procedure e degli interventi, anche in considerazione di analoghe sperimentazioni avviate da agenzie internazionali e con particolare riferimento agli interventi e alle procedure prive di una adeguata valutazione di efficacia;

d) favorisce la ricerca e la sperimentazione volte a migliorare la integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale, con particolare riferimento alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

e) favorisce la ricerca e la sperimentazione volta a migliorare la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi sanitari, a promuovere l'informazione corretta e sistematica degli utenti e la loro partecipazione al miglioramento dei servizi;

f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione della attività degli operatori, la verifica ed il monitoraggio e il monitoraggio dei risultati conseguiti.

5. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di ricerca corrente e di ricerca finalizzata. La ricerca corrente è attuata tramite i progetti istituzionali degli organismi di ricerca di cui al comma seguente nell'ambito degli indirizzi del programma nazionale, approvati dal Ministro della sanità. La ricerca finalizzata attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca biomedica finalizzata sono approvati dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

6. Le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle regioni, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati nonché dagli Istituti zooprofilattici sperimentali. Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le università, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.

7. Per l'attuazione del programma il Ministero della sanità, anche su iniziativa degli organismi di ricerca nazionali, propone al Ministero per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e agli altri ministeri interessati le aree di ricerca biomedica e sanitaria di interesse comune, concordandone l'oggetto, le modalità di finanziamento e i criteri di valutazione dei risultati delle ricerche.

8. Il Ministero della sanità, nell'esercizio della funzione di vigilanza sull'attuazione del programma nazionale, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, degli organismi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e delle regioni, sulla base di metodologie di accreditamento qualitativo, anche al fine di garantire la qualità e la indipendenza del processo di valutazione e di selezione dei progetti di ricerca.

9. Anche ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici istituiti presso ciascuna azienda sanitaria ai sensi dei decreti ministeriali 15 luglio 1997, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 18 agosto 1997, n. 191, e 18 marzo 1998, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 28 maggio 1998, n. 122, tenendo conto delle indicazioni e dei requisiti minimi di cui ai predetti decreti e istituendo un registro dei Comitati etici operanti nei propri ambiti territoriali.

10. Presso il Ministero della sanità è istituito il Comitato etico nazionale per la ricerca e per le sperimentazioni cliniche. Il Comitato:

- a) segnala, su richiesta della Commissione per la ricerca sanitaria ovvero di altri organi o strutture del Ministero della sanità o di altre pubbliche amministrazioni, le conseguenze sotto il profilo etico dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;
- b) comunica a organi o strutture del Ministero della sanità le priorità di interesse dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;
- c) coordina le valutazioni etico-scientifiche di sperimentazioni cliniche multicentriche di rilevante interesse nazionale, relative a medicinali o a dispositivi medici, su specifica richiesta del Ministro della sanità;
- d) esprime parere su ogni questione tecnico-scientifica ed etica concernente la materia della ricerca di cui al comma 1 e della sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi medici che gli venga sottoposta dal Ministro della sanità.

11. Le regioni formulano proposte per la predisposizione del programma di ricerca sanitaria di cui al presente articolo, possono assumere la responsabilità della realizzazione di singoli progetti finalizzati, e assicurano il monitoraggio sulla applicazione dei conseguenti risultati nell'ambito del Servizio sanitario regionale."

*Art. 12 (Modificazioni all'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)*

1. Al comma 2 dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il terzo periodo, è inserito il seguente:

"Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale."

*Art. 13 (Modificazioni all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)*

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è sostituito dai seguenti:

.....omissis.....

*Art. 16 (Modificazioni all'articolo 19 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)*

1. Dopo l'articolo 19 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono aggiunti i seguenti:

*Art. 19-bis (Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari)*

1. E' istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari. Con regolamento adottato su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento della Commissione, composta da dieci esperti di riconosciuta competenza a livello nazionale in materia di organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza nel settore della sanità.

2. La Commissione, in coerenza con gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, svolge i seguenti compiti:

- a) definisce i requisiti in base ai quali le regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private di cui all'art. 8-*quater*, comma 5;
- b) valuta l'attuazione del modello di accreditamento per le strutture pubbliche e per le strutture private;
- c) esamina i risultati delle attività di monitoraggio di cui al comma 3 e trasmette annualmente al Ministro della sanità e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano una relazione sull'attività svolta.

3. Le regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica della attuazione del modello di accreditamento, trasmettendo annualmente alla Commissione nazionale i risultati della attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

*Art. 19-ter (Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale)*

1. Anche sulla base degli indicatori e dei dati definiti ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.

2. Le regioni, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedono ad una ricognizione delle cause di tali scostamenti ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio.

3. Il Ministro della sanità e la regione interessata stipulano una convenzione redatta sulla base di uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avente ad oggetto le misure di sostegno al programma operativo di cui al comma 2, i cui eventuali oneri sono posti a carico della quota parte del Fondo sanitario nazionale destinata al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

La convenzione:

a) stabilisce le modalità per l'erogazione dei finanziamenti per l'attuazione dei programmi operativi secondo stati di avanzamento;

b) definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;

c) individua forme di penalizzazione e di graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettino gli impegni convenzionalmente assunti per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi concordati;

d) disciplina, nei casi di inerzia regionale nell'adozione nell'attuazione dei programmi concordati, le ipotesi e le forme di intervento del Consiglio dei ministri secondo le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2, comma 2-*octies*.

(...*omissis*.)