

Indice

Il documento redatto è così composto:

- **Corpo del bando – Articoli dal n. 1 al n. 7;**
- **Allegato n°1 copie di i LEA (livelli essenziali di assistenza) disponibili sulla G.U. n. 33 del 08/02/2002 – Serie Generale;**
- **Allegato n°2 Criteri ispiratori delle azioni di gestione dei budget di cura progetti terapeutico - riabilitativi individuali;**
- **Allegato n°3 scheda di partecipazione;**
- **Allegato n°4 linee guida per l'orientamento strategico degli strumenti di programmazione socio-sanitaria;**
- **Allegato n°5 regolamento contrattuale normativo fra la cooperativa sociale ed i soci fruitori;**
- **Tabella descrittiva dei servizi preesistenti nell'anno 2000 e degli obiettivi possibili attraverso l'attivazione dei budget di cura nel 2002;**
- **Allegato n°6 Piano Socio-Sanitario Triennale.**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale CE/2
Ambiti Territoriali

AVVISO PUBBLICO

**RICERCA DI SOGGETTI PER LA COGESTIONE DEI BUDGETS DI CURA –
PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI (T.R.) INDIVIDUALI – DETERMINA
N. 2006 DEL 24/09/2002.**

ARTI. 1
OGGETTO DELL'AVVISO

Il presente avviso ha per oggetto la predisposizione di un elenco di soggetti e compagni sociali idonee per la cogestione dei budgets di cura – progetti terapeutico - riabilitativi (T.R.) individuali - a favore di utenti dell'ASL CE/2 e degli Ambiti che aderiscono al presente bando.

Fermo restando la volontà dell'ASL CE 2 e degli Ambiti Territoriali di riferimento di addivenire con i partners idonei alla costituzione di una Fondazione mista o altre forme previste dalla normativa vigente.

La cogestione dei budgets di cura – progetti T.R. individuali - è rivolta a utenti dei servizi dell'ASL CE/2 e degli Ambiti Territoriali di riferimento affetti da disabilità sociale conseguente a malattie psico – organiche o a marginalità socio-ambientale per i quali è indispensabile fornire opportunità per la ripresa delle funzionalità psico-sociale, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale, che progressivamente possono trasformarsi in prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, promuovendo l'inclusione ed il mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità sociale grave.

Il budget di cura -progetto T.R. individuale- è alla base della costruzione di welfare comunitario inclusivo delle persone a bassa contrattualità sociale, per ragioni di malattia, disabilità, unita alla deprivazione o perdita di Habitat sociale.

Al fine di promuovere effettivi percorsi abilitativi sugli assi (DIRITTI) formazione/lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità con le persone in condizioni di disabilità secondarie e hadicaps psico/sociali-istituzionali che richiedono prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica riferita all'area materno – infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, a dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie croniche degenerative.

Al fine, altresì di promuovere, attraverso prestazioni sociali a rilevanza sanitaria effettivi percorsi riabilitativi individualizzati volti alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite attraverso il sostegno attivo all'accesso ed al mantenimento dei diritti; per evitare inoltre nelle situazioni ad alta integrazione socio-sanitaria l'istaurarsi di sistemi autoreferenziali pubblici e privati tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso il tecnicismo, l'assistenza e la restituzionalizzazione.

L'ASL CE2 i Comuni degli Ambiti Territoriali, la Provincia, le organizzazioni del III settore e del privato imprenditoriale costituiscono un mix pubblico/privato, per la gestione comune delle attività finalizzate allo sviluppo ed al mantenimento della dignità e dell'Habitat sociale delle persone che si trovano nelle situazioni descritte.

Assumono il sostegno, la ricostruzione e la valorizzazione dei sistemi di Welfare familiare/comunitario, come fattore produttivo di Salute e riabilitazione.

Intendono operare sulla base di progetti a bassa, media ed elevata intensità riabilitativa, individualizzando i Budget di cura secondo le modalità previste all'art.4 .

Si pongono infine l'obiettivo di costituire una "Fondazione" o altre forme previste dalla normativa vigente a termini di legge per la gestione diretta dei budget di cura.

Il fabbisogno presunto di budgets di cura - progetti T.R. individuali - che si intende co-gestire è relativo a:

				<i>Totale annuo</i>
-	numero progetti ad alta intensità	300	importo medio ciascuno	€74/die 3.453.750€
-	numero progetti a media intensità	350	importo medio ciascuno	€40/die 1.400.000€
-	numero progetti a bassa intensità	350	importo medio ciascuno	€20/die 2.525.000€

Le aree in cui incidono i Budget di cura sono di seguito elencate (vedi tabella n. 1)

Tabella 1

		Servizio Pubblico di Riferimento	Obbiettivi dei "Budget di Cura" e del Mix Pubblico/Privato
<p>Area Materno infantile</p> <p>n° Budget di cura 300, di cui: 50 ad alta intensità 100 a media intensità 150 a bassa intensità</p> <p>Temporalizzati: max due anni</p> <p>Tourn over previsto: 50% annuo</p> <p>Incidenza annuale a regime: n° 150 nuovi budget di cura/annuo</p>	Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai bambini e alle bambine attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative	U.O.M.I. Consultorio familiare U.O.A.R. A.D.I.	Casa/ Habitat sociale Formazione/ lavoro Affettività/ socialità
	Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche	Consultorio Familiare	Sostegno a chi lo chiede e lo necessita, per evitare l'interruzione di gravidanza per la casa/habitat sociale, formazione/lavoro, affettività/socialità.
	Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni	U.O.M.I. A.D.I.	Costituzione di "case famiglia" formazione/lavoro, Habitat/casa, affettività/socialità.
	Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza	U.O.M.I. A.D.I.	Sostegno all'habitat/casa, socialità/affettività, formazione/lavoro
	Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi	U.O.M.I. A.D.I.	"Case famiglia" per minori ed adolescenti, formazione/scolarità/lavoro socialità/affettività
	Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	U.O.M.I. A.D.I.	"Case Famiglia" gestite da famiglie affidatarie formazione/scolarità/lavoro socialità/affetto
	<p>Area Disabili</p> <p>n° Budget di cura 150, di cui: 50 ad alta intensità 50 a media intensità 50 a bassa intensità</p> <p>Temporalizzati: max due anni</p>	Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica	U.D.M. (ex L. 104) A.D.I. U.O.A.R.

		Servizio Pubblico di Riferimento	Obbiettivi dei "Budget di Cura" e del Mix Pubblico/Privato
<p>Tourn over previsto: 30% annuo</p> <p>Incidenza annuale a regime: n° 45 nuovi budget di cura/annuo</p>	<p>Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia</p>	<p>U.D.M. (ex L. 104) U.O.S.M. U.O.A.R. A.D.I.</p>	<p>Habitat sociale/casa Formazione/lavoro/scolarità</p>
<p>Area Anziani e persone non autosufficienti con patologie Cronico - degenerative n° 200 Budget di cura, di cui:</p> <p>50 ad alta intensità 100 a media intensità 50 a bassa intensità Temporalizzati: max 2 anni</p>	<p>Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia</p>	<p>A.D.I</p>	<p>Casa/habitat sociale Formazione/socialità/affettività</p>
<p>Tourn over previsto: 50% annuo</p> <p>Incidenza annuale a regime: n°100 nuovi budget di cura/annuo</p>	<p>Assistenza domiciliare integrata</p>	<p>A.D.I</p>	<p>Habitat sociale/casa Socialità/affettività</p> <p>Formazione</p>
<p>Area Dipendenze da droga, alcool e farmaci n° 100 Budget di cura, di cui: 100 a media intensità Temporalizzati: max 2 anni Tourn over previsto: 60% annuo Incidenza annuale a regime: 60 nuovi budget di cura</p>	<p>Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale</p>	<p>SER.T</p>	<p>Habitat/casa comunitaria sociale</p> <p>Formazione/lavoro</p> <p>Socialità/affettività</p>

		Servizio Pubblico di Riferimento	Obbiettivi dei "Budget di Cura" e del Mix Pubblico/Privato
Area Patologie psichiatriche n° 200 Budget di cura, di cui: 100 ad alta intensità 60 a media intensità 40 a bassa intensità Temporalizzati: max 2 anni Tourn over previsto: 30% annuo Incidenza annuale a regime: 60 nuovi budget di cura annuo	Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale	DSM U.O.S.M. Strutture Residenziali	Habitat sociale/ casa gruppo appartamento Formazione/lavoro Socialità/affettività
	Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo	U.O.S.M. A.D.I.	Habitat sociale Formazione/lavoro Socialità/affettività
Area Patologie per infezioni da HIV n° 20 Budget di cura, di cui: 20 ad alta intensità Temporalizzati: 2 anni Tourn over previsto: 50% annuo Incidenza annuale a regime: 10 nuovi budget di cura annuo	Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali	SERT Riabilitazione D.P. A.D.I.	Habitat sociale/casa comunità Formazione/lavoro Socialità/affettività
	Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo	Servizio Riabilitazione SERT A.D.I.	Habitat sociale/casa comunità Formazione/lavoro Socialità/affettività
Area Pazienti terminali n°30 Budget di cura, di cui: 30 ad alta intensità Tourn over previsto: 100% annuale	Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale	A.D.I	Casa/habitat - Hospice domiciliare -sostegno familiare -convenzione RSA hospice Azienda Ospedaliera

Investimento medio dei budget di cura

Alta intensità	74€/die
Media intensità	40€/die
Bassa intensità	20€/die

Possono essere previsti per particolari casi investimenti difforni da quelli presentati, e soggetti a contrattazione specifica.

ART. 2 DESTINATARI DELL'AVVISO

Possono partecipare al presente avviso, al fine di essere inseriti nell'elenco dei soggetti idonei per la gestione dei budget di cura (con l'ASL CE/2 e gli Ambiti Territoriali che aderiscono al presente avviso) e partners della Fondazione o altra forma da costituirsi in seguito e a termine di legge: Organizzazioni del III settore così come elencate nel D.P.C.M. del 14/08/2001 e nella Delibera della Giunta Regionale Campania n. 1079 del 15/03/2002, organizzazioni produttive e loro rappresentanze (privato sociale e imprenditoriale) di seguito indicati ditte.

Le attività prestate integrate programmate e cogestibili con il III settore o il privato imprenditoriale sono di seguito elencate e si riferiscono ai L.E.A. Socio/sanitari (vedi allegato 1)

Le Ditte specificano la loro offerta nelle aree di interesse, il numero di budget che sono in grado di cogestire, e le iniziative che si intendono intraprendere per possedere, le caratteristiche di seguito elencate.

Quando si tratti di cooperative sociali così come definite dalla legge Nazionale 381/91 i destinatari devono, entro 2 anni dall'iscrizione nell'elenco di idoneità, produrre le seguenti caratteristiche:

- a) le cooperative sociali devono avere nella propria compagine sociale almeno il 30% di soci svantaggiati così come definito dall'art. 4 Legge 381/1991 e devono rendere operativa la possibilità di ospitare in stage formativo soci provenienti dalle applicazioni Legge 68/1999;
- b) i consorzi di cooperative sociali devono avere complessivamente almeno il 30% di soci lavoratori secondo l'art. 4 Legge 381/1991 in rapporto ai soci lavoratori addetti a servizi di assistenza, educativi, sanitari e produttivi, 1/3 dei soci consortili devono essere organizzazioni produttive locali;
- c) il bilancio deve essere confacente alla scomposizione seguente: almeno il 30% della scomposizione retributiva dei soci lavoratori è per i soci svantaggiati;
- d) le imprese sociali ONLUS devono perseguire documentate finalità di sviluppo economico e sociale inclusive delle fasce a bassa contrattualità e istituzionalizzate (nelle carceri, nelle case di riposo, negli OPG, negli istituti);
- e) i disabili sociali definiti dall'art. 4 Legge 381/1991 che possono far parte delle compagini sociali delle imprese sociali "B/A" o dei consorzi di cui al punto b) come soci volontari, lavoratori, fruitori, sovventori, devono collocarsi nella misura di almeno il 30% per i soci lavoratori e di almeno il 20% per gli altri soci fruitori, volontari, sovventori. La responsabilità terapeutico-riabilitativa è del Servizio Pubblico che ha il compito pure di sostenere e promuovere l'accesso dei soci svantaggiati agli organi gestionali, amministrativi, imprenditoriali delle cooperative;
- f) deve essere promossa la partecipazione agli organi rappresentativi e gestionali delle cooperative sociali: delle municipalità locali, delle famiglie singole e/o organizzazioni dei familiari e degli utenti, delle organizzazioni del III settore come indicato sopra dall'apposito decreto della giunta regionale, delle famiglie singole come soci fruitori, volontari, sovventori, delle piccole e medie imprese locali;
- g) gli eventuali utili d'impresa desunti dall'investimento dei budgets di cura - progetti T.R. individuali - vanno documentati e sono reinvestiti in accordo con l'Ente pubblico per ulteriori budgets di cura - progetti T.R. individuali attraverso tecniche del project financing.
- h) le persone in progetto terapeutico riabilitativo individuale - budget di cura devono risultare almeno soci fruitori della cooperativa. Alla propria cooperativa il "socio fruitore" attribuirà il budget di cura firmando (direttamente o indirettamente) il documento allegato e rubricato sotto la voce anticipo servizi per soci fruitori di budget di cura (allegato n. 3);

- i) le cooperative sociali che co-gestiscono budget di cura devono avere massimo 50 soci ad ogni titolo iscritti e legami operativi formali ed informali con la comunità locale (di paese, di quartiere, di villaggio). A queste cooperative l'Ente Pubblico riconoscerà la possibilità di operare in convenzione fino ad un ammontare di 200mila Euro per quanto concerne le convenzioni di prodotto e di altrettanto per quanto concerne i budget di cura (convenzioni sociosanitarie).

Nel caso si tratti di famiglie singole e/o associazioni di familiari e di utenti, altre organizzazioni del III° settore, del privato imprenditoriale e loro organizzazione di rappresentanza valgono i criteri generali sopra elencati e quelli di qualità previsti per gli assi formazione/lavoro, casa/habitat sociale, socialità/affettività, e le linee guida per la costituzione di sistemi di welfare comunitario allegate come parte integrante del presente avviso (Vedi Allegato 4). Vale il criterio obbligatorio per tutti che concerne la posizione contrattuale della persona in budget di cura: deve divenire socio (fruitore, lavoratore volontario o dipendente o associato dalla compagine)

ART. 3 DURATA DI VALIDITA' DELL'ELENCO

I progetti riabilitativi individuali "Budget di Cura" hanno validità di 2 anni. L'elenco è a tempo indeterminato.

In qualunque momento, anche successivo, coloro che riterranno di avere conseguito i requisiti previsti dal presente bando potranno avanzare richiesta all'ASL CE/2 di essere inseriti nell'elenco di idoneità.

Le ditte che già operano in convenzione con l'ASL CE/2 dovranno presentare la richiesta di partecipazione entro **30 giorni** successivi alla data di pubblicazione del presente avviso.

ART. 4 MODALITA' DI ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DA PARTE DEI SOGGETTI E DELLE COMPAGNI IDONEI

4.1) DISPOSIZIONI GENERALI

Tutte le rette in essere intra ed extra territoriali nelle aree di interesse socio-sanitario saranno uniformate alla metodologia dei progetti individuali. Trasformate quindi in fattori produttivi di sistemi di welfare comunitario locale. Anche tutte le rette per prestazione riabilitative residenziali e semi-residenziali e per cicli di prestazioni, saranno progressivamente riconvertite in progetti riabilitativi individuali secondo metodologia dei budget di cura.

Il budget di cura – progetto T.R. individuale - deve rispondere ai principi elencati e deve essere organizzato su tre assi contemporanei di intervento casa/habitat sociale, socialità/affettività, formazione/lavoro. Il budget di cura – progetto T.R. individuale – deve prioritariamente mirare alla deistituzionalizzazione e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione di nuovi utenti.

La presa in carico delle persone utenti in budget di cura avviene su proposta delle persone stesse o dei responsabili dei servizi specialistici e sociali di riferimento dell'ASL e degli Ambiti Territoriali che aderiscono al presente bando, che redigono il progetto individuale.

Il progetto individuale è valutato dalle U.V.D. integrata con i Servizi Sociali dei Comuni secondo le modalità previste nel "Piano socio sanitario triennale" che si allega, seguendo criteri valutativi e di idoneità omogenei (I.C.F., locus control, qualità di vita, check list specifiche per l'area di vulnerabilità e rischio) l'investimento finanziario è negoziato e programmato attraverso la tecnica del project financing con il partner privato, che è lo strumento concreto per il raggiungimento degli obiettivi dichiarati e di seguito sommariamente elencati.

1. **la casa:** habitat sociale, come obiettivo da conseguire ed eventuale possesso da esercitare in forma singola o mutualmente associata. Le abitazioni in disponibilità delle persone-utenti possono avere forme di supporto differenziate. La protezione deve essere una scelta delle stesse persone-utenti e del servizio pubblico, ma sempre volta al sostegno ed all'accoglienza e condivisione, nonché alla partecipazione diretta ai processi educativi e di cura, con l'obiettivo di limitare nel tempo i sostegni attivi di supporto erogati, sostituendoli con la personale e ragionevole capacità erogativa degli utenti stessi. Il supporto assistenziale, più o meno intenso, si attua anche presso il domicilio dell'utente. L'uso dell'abitazione, da parte dei soci fruitori delle cooperative che cogestiscono i budget di cura, deve essere previsto all'interno del piano d'impresa della cooperativa stessa che deve quindi avere un piano d'investimento e ammortamento delle case per i propri soci. I nuclei abitativi non possono superare le cinque/sei unità e devono, inoltre, essere collocati in aree ad alto accesso ai servizi collettivi, e nella normale rete di fruibilità dei servizi del territorio. Le organizzazioni del terzo settore e le altre organizzazioni produttive dei territori devono presentare le opportunità abitative che hanno nelle possibilità di messa a disposizione alle persone nei budget in cura. L'offerta deve essere orientata a piccoli nuclei abitativi (max 6 persone) collocata in una rete fruibile di opportunità sociali già presenti o attuabili. Ogni nucleo abitativo avrà un referente nominato dal servizio specialistico (ASL) di pertinenza. La nomina avverrà con criteri concordati fra il servizio Pubblico (ASL e Servizi Sociali territoriali) e il privato sociale e imprenditoriale per la cogestione dei budget di cura. L'ASL CE/2 stipulerà con detto referente regolare contratto a tempo determinato (15 octies L.N. 229/99) a valere sui budget di cura (compensazione di partite reciproche) Il luogo dove vengono reperite e offerte le case deve rendere possibile lo sviluppo di nicchie economico sociali integrate e contestuali a quel luogo stesso in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni del III° settore locali.

2. **la socialità/affettività:** Alla persona in budget di cura devono essere fornite occasioni di accesso e sviluppo formativo e culturale strutturate (reti formali) e non strutturate (reti informali). A questo scopo il privato sociale dovrà mostrare nell'offerta quale è il suo programma per promuovere la cultura, la valorizzazione e lo sviluppo di reti informali, il coinvolgimento e sviluppo di quelle familiari e sociali, come sostegno alla capacità di fruizione, di scambio affettivo ed economico di aumento della capacità sociale delle persone in budget di cura. Il Privato sociale e imprenditoriale spiegherà come intende dare la concreta risposta a bisogni minimali delle persone in budget di cura, come intende promuovere l'avere, il possedere, la proprietà personale intese come elementi ricostruttivi e mediatori dell'affettività/socialità e quindi della contrattualità. La promozione continua degli strumenti di democrazia all'interno delle organizzazioni del III settore e non, devono risultare nel piano di lavoro dei progetti individuali (budget di cura) proposti. Dovranno poi risultare presenti a posteriori (follow up) nei verbali di assemblea, di consiglio di amministrazione, nella costituzione di gruppi di persone in budget di cura con bisogni omogenei finalizzati; nell'organizzazione, collettiva del tempo libero, negli obiettivi formativi e di orientamento individuali e con piani, progetti ed investimenti evidenziabili. Il luogo dove viene promossa la socialità/affettività deve rendere possibile lo sviluppo di nicchie economico sociali integrate e contestuali a quel luogo stesso in rete ed in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni del III° settore locali.

3. **il lavoro:** la formazione professionale e la pratica di una attività come inserimento e sostegno alla costruzione di forme reddituali attive delle persone-utenti in età lavorativa con finalità emancipativo o economiche, come, almeno, partecipazione attiva e fruizione in qualità di soci lavoratori o fruitori di ambienti operosi, produttivi e di alto scambio interumano. In tutti i casi la "borsa di formazione-lavoro" è lo strumento propedeutico e di promozione dell'inserimento lavorativo o fruitivo ed è parte integrante del budget di cura sia per i minori che per gli adulti con disabilità sociale, nell'offerta che la ditta presenterà, le borse di formazione/lavoro devono essere specificate nella qualità e nella quantità. Le organizzazioni del III° settore privato sociale e privato imprenditoriale promuovono e attuano insieme ai Comuni, Province, ASL CE/2 la L.N. 68/1999 per sviluppare i patti territoriali per la formazione-lavoro per l'habitat sociale delle fasce deboli. Il luogo dove viene ricostruito il diritto alla formazione lavoro deve rendere possibile lo sviluppo di nicchie economico sociali integrate e contestuali a quel luogo stesso in stretto collegamento con la municipalità e le organizzazioni locali del III° settore e del privato imprenditoriale.

In relazione ai bisogni e alle abilità delle persone - utenti potranno configurarsi modalità di risposta maggiormente orientate sul versante dell'asse "abitare" o sul versante dell'"asse lavoro" o sul versante "affettività - socialità".

Le tre variabili non sono di fatto separabili, almeno nella fruizione, ma saranno più o meno intense a seconda dei bisogni e del grado di disabilità.

Le Ditte dovranno, quindi operare coerentemente su tutti e tre gli assi, possibilmente lavorando in rete, commisurando tuttavia l'investimento al fabbisogno personale e specifico espresso nel budget di cura - progetto individuale e riferendosi ad un territorio (luogo) definito e limitato nel quale il tema riabilitativo è affrontato in modo integrale con la comunità civile locale e le sue espressioni di rappresentanza politica produttiva e di volontariato (nicchie economico sociali).

La valutazione.

La valutazione del bisogno ri-abilitativo verrà effettuata inizialmente a cura dell'U.V.D., costituita dal referente del progetto individuale Budget di cura del servizio competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza della persona-utente.

La valutazione dell'intensità-fabbisogno ri-abilitativo sarà individuata dall'UVD integrata con i servizi Sociali dei Comuni a partire dalla conoscenza della storia individuale e di contesto, dalle abilità, dalle aspettative, utilizzando come strumento valutativo l'I.C.F. sia per l'ingresso in budget di cura sia per i follow up.

Ogni sei mesi verrà svolta una verifica degli esiti del processo ri-abilitativo da parte dell'UVD territorialmente competente che comprenderà oltre all'I.C.F. indicatori di processo, rilevazione di eventi sentinella, valutazione della qualità di vita e di soddisfazione dell'utente e dei familiari, indicatori di sviluppo economico sociale locale.

La gestione e l'organizzazione valutativa è responsabilità dei Distretti, dei coordinamenti d'area Aziendale e degli Abiti Territoriali che aderiscono al presente bando.

Il contratto.

La scelta del contraente avverrà secondo le norme di diritto privato ai sensi dell'art 3. D. Lgs. 19.06.1999, n. 229. Le attuali rette corrisposte per Assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali saranno trasformate in Budget di cura – progetti individuali con specifico atto contrattuale per ogni persona in Budget di cura e per ogni partner privato.

I contratti per i budgets di cura – progetto T.R. individuale - costituiscono l'atto formale che regola i rapporti tra l'utente, il servizio pubblico ASL/Comune ed il partner privato.

Saranno stipulati sulla base di un progetto personalizzato, formulato dagli/le operatori/trici referenti, dall'utente e dai suoi familiari, contenente obiettivi ed indicatori di risultato identificati all'interno delle proposte/opportunità previste dal progetto. Il budget di cura sarà verificato almeno ogni sei mesi ed integrato e/o modificato in relazione al processo ri-abilitativo integrale (individuale/sociale) in atto.

I contratti dei budgets di cura – progetto T.R. individuale – sono:

1. *ad alta intensità.*

Sono previsti per persone-utenti che per la complessità delle loro problematiche la loro scarsa contrattualità e l'assenza di nicchie economiche sociali, richiedono un sostegno a carattere mediativo, attivativo, sussidiario personale e sociale significativo che per determinate attività e soluzioni abilitative di rete può prevedere una presenza, sostegno, mediazione e attivazione sociale fino alle 24 ore.

2. *a media intensità.*

Sono previsti per persone-utenti che per la loro condizione e la scarsa presenza di nicchie economico sociale, richiedono un sostegno di altre persone a carattere mediativo, attivativo e sussidiario personale e di rete in alcune fasce orarie e/o per determinate attività e soluzioni abilitative di mediazione e attivazione sociale fino a 12 ore al giorno.

3. *a bassa intensità.*

Sono previsti per utenti che per le loro condizioni di salute e sociali e la presenza di nicchie economico sociali, richiedono un sostegno di altre persone a carattere mediativo, attivativo e sussidiario in alcune fasce orarie e/o per determinate attività al fine di aumentare la loro capacità di auto determinarsi, di aumentare il potere contrattuale e l'accesso ai diritti di cittadino e di arrivare alla libera capacità di condivisione ed ulteriore attivazione di nicchie economico sociali.

L'entrata delle persone nei budget di cura non fa decadere la presa in carico degli utenti da parte delle U.O. competenti del Servizio Pubblico, che si esplica tra l'altro attraverso le visite, le consulenze periodiche, la risposta all'emergenza, l'utilizzo del centro diurno e non diurno, l'attivazione di reti sociali, famigliari, Municipali locali .

I luoghi integrati e contestuali dove si svolgono i budgets di cura devono favorire la ripresa e la valorizzazione delle relazioni interumane attraverso la mediazione d'oggetto, per questo devono essere ambienti belli e produttivi, commerciali e/o ad alta fruibilità sociale, messi a disposizione dal privato sociale e imprenditoriale convenzionato di cui sono soci fruitori e soci lavoratori. Le persone in budget di cura se il progetto personalizzato lo prevede diventeranno soci lavoratori dopo un periodo predefinito di formazione lavoro con relativo percepimento "Borsa lavoro" il cui

importo è predeterminato nel budget di cura.

Temporalità

I contratti dei budgets di cura hanno una temporalità massima fino a due anni ed il passaggio da una tipologia di contratto ad un'altra di minore intensità, connota il raggiungimento di obiettivi di reinclusione sociale delle persone – utenti, ne qualifica la loro specifica crescita e la contestuale ri-abilitazione integrale del territorio attraverso le nicchie economico sociali.

L'obiettivo progettuale quindi verte sul passaggio degli utenti dall'alta alla bassa intensità operando ed investendo sui tre assi citati al fine di inserire le persone in budgets di cura nelle compagini sociali del III settore e/o delle organizzazioni imprenditoriali produttive locali, dando visibilità alle opere di concreta integrazione sociale di un territorio determinato, alle opportunità più diffuse e rappresentative di inclusione sociale delle fasce deboli in un territorio determinato.

Metodologia

Durante la vigenza contrattuale si potrà trasformare il rapporto amministrativo-giuridico con la compagine co-gestrice del progetto, rivedendo il finanziamento in relazione al modificato fabbisogno della persona/utente e dell'ambiente e alle possibilità.

Tourn-over

Le persone in budget di cura a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale (a carico FSN secondo i LEA socio-sanitari) che passano al budget di cura a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria (a carico dei Comuni secondo i LEA sociali) lasciano libero un budget di cura che potrà essere assegnato ad altre persone con disabilità sociali. Il budget di cura, infatti, non è revocato quando una persona ne esce per passare ad un'intensità decrescente ma è riconfermato per altri (project financing). Ciò avviene affinché la "nicchia economico sociale" continui a rimanere in quanto opportunità, strumento e testimonianza di reinclusione continua dalle fasce deboli di un territorio determinato.

Premiabilità

La capacità espressa da parte delle Ditte del passaggio progressivo ad intensità decrescenti dei budget di cura – progetti individuali – sarà inserita nel sistema premiale, attraverso la percentualizzazione sino al 10% su base annua del budget di cura erogato.

Bilancio Partecipativo "Welfaremix"

Attraverso i Budgets di cura, progetti individuali, L'ASL e i Comuni costruiranno insieme al III° settore e al privato imprenditoriale iscritto all'elenco degli idonei il bilancio partecipativo annuale nel quale sarà previsto l'investimento e il finanziamento delle nicchie economico sociali

Formulazione del bilancio partecipativo

Sarà formulato dall'ASL e dai Comuni e conterrà:

- I costi sostenuti dall'ASL e dai Comuni nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- dagli indicatori di salute scomposti per comune e riferiti al consumo sanitario per cittadini;
- dagli eventi sentinella del grado di integrazione sociosanitaria della comunità municipale;
- dagli indicatori socioeconomici ed ambientali in grado di descrivere le aree critiche;
- da sonde epidemiologiche specifiche per la valutazione della qualità di vita e per il controllo a distanza delle azioni intraprese.

Con ogni Comune i distretti della ASL e il III° settore costituiranno il coordinamento per il bilancio partecipativo sociosanitario e per lo sviluppo locale. Il bilancio partecipativo sarà gestito attraverso, forme di Welfare –mix:

fondazione o altra forma in partecipazione da costituirsi a termine di legge.

Specifiche organizzative

l'ASL CE/2 e gli Ambiti Territoriali che aderiscono al presente avviso individueranno, attraverso bandi di selezione uno o più referenti/coordinatori per gruppi-progetto omogenei di contratti budgets di cura da affiancare alla compagine co-gestrice, con criteri concordati con l'U.O. competente del Servizio Pubblico e i Servizi Sociali Territoriali dei Comuni.

Detti referenti coordinatori saranno messi a contratto libero professionale (art 15 octies DGLS 229/99) annuale eventualmente rinnovabile dalla ASLCE2.

Il costo del contratto sarà defalcato dai Budget di cura assegnati.

La compagine cogestrice si impegna a garantire la presenza delle figure professionali secondo il progetto presentato, in base ai diversi livelli di intervento abilitativo ed eventualmente, a variare, previa intesa con l'Unità Operativa di pertinenza dell'ASL CE/2, il personale e la presenza oraria dello stesso, in rapporto alle esigenze organizzative di merito e di budget disponibile.

La compagine provvede in proprio a destinare risorse per la formazione del personale e delle persone in budget di cura su programmi concordati e condivisi con le strutture operative dell'ASL CE/2. I programmi di formazione dei formatori saranno presentati dalla ASL CE/2 gestite e finanziate dalle Ditte.

Presenterà una metodologia di formazione continua che tenga in conto le specifiche:

1. esigenze formative individuali delle persone in budget di cura (soci fruitori, lavoratori, volontari, associati, dipendenti)
2. le esigenze collettive di promozione democratica della propria organizzazione e di collegamento in rete con il terzo settore e la municipalità locale;
3. il fabbisogno produttivo e sociale del territorio di riferimento operativo in relazione all'inclusione sociale delle fasce deboli;
4. la necessità di implementare la professionalità e la capacità di promuovere il lavoro di rete, di sostegno all'habitat sociale, di conduzione gruppi. Di combattere ed eliminare lo stigma favorendo i processi di integrazione sociale delle diversità e delle minorità;
5. la necessità di sviluppo di abilità specifiche e del loro utilizzo per sostenere i processi formativi delle persone con disabilità sociale.

4.2) OPERATORI ADDETTI AL SERVIZIO

Tutto il personale impiegato per la produzione di progetti individuali-budget di cura dovrà essere inquadrato direttamente nella compagine co-gestrice. Il personale dovrà essere disponibile ad apprendere le caratteristiche di operatore di comunità (civile) e di rete, attraverso la formazione continua.

Dovrà divenire O.S.S. e sviluppare particolare esperienza e competenza nell'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) e nella ri-abilitazione integrale del territorio.

- L'idoneità allo svolgimento delle attività sarà valutata dal Servizio Pubblico.

La compagine Sociale si impegnerà a sostituire il personale che non risultasse adeguato.

- Il personale fornito dalla compagine sociale deve essere in possesso della qualifiche previste per il lavoro sociosanitario negli specifici budget di cura e/o avere esperienza, competenza, professionalità documentata attraverso curricula, richiesti dalla complessità e tipologia dei budgets di cura.

I curricula saranno convalidati attraverso un colloquio attitudinale con un Dirigente dell'U.O. competente dell'A.S.L. e dal responsabile del Servizio Sociale del Comune ove si espleta il budget di cura.

Gli operatori suddetti dovranno accedere alla formazione su programmi concordati con il Servizio Pubblico così come i soci fruitori in budgets di cura – progetti T.R. individuali.

Il servizio specialistico pubblico può inserire propri operatori a tempo pieno o parziale nella gestione di gruppi progetto omogenei.

Gli operatori pubblici possono anche essere soci volontari o associati dalle specifiche compagini con il compito di sostenere la contrattualità delle persone soci fruitori in budget di cura.

Non possono percepire compenso.

A tal fine l'assegnataria si obbliga a fornire, all'inizio, l'elenco del personale addetto all'attività prevista dai budgets di cura, con indicazione delle esatte generalità, della qualifica, del domicilio, degli orari di lavoro, nonché a segnalare tempestivamente le successive variazioni. Fornirà altresì l'elenco dei soci fruitori/lavoratori e dei dipendenti associati non in possesso di qualifica post-formativa, e verso i quali si intende implementare l'attività formativa.

Il personale sarà chiamato a sottoporsi, con onere a carico della compagine, alle periodiche visite, vaccinazioni ed altre, previste per i dipendenti A.S.L. e la compagine dovrà produrre le relative certificazioni.

La compagine sociale in cogestione dovrà operare con la massima professionalità, assicurando consapevolezza e adesione agli obiettivi assegnati per ogni budget di cura.

OBBLIGHI CONTRATTUALI ED ASSICURATIVI

Nell'esecuzione del servizio la co-gestrice darà la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi proposti nei budgets di cura al personale regolarmente assunto ed inquadrato coadiuvato dalle altre figure di soci presenti nella propria compagine sociale. Valorizzerà inoltre l'apporto continuo delle associazioni non lucrative di utilità sociale locali che gratuitamente e liberalmente contribuiscano ad indirizzare i budgets di cura – progetti T.R. individuali verso il raggiungimento degli obiettivi dichiarati.

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

La co-gestrice si impegna ad osservare e ad applicare integralmente tutte le norme contenute nel Contratto Collettivo Nazionale di lavoro per i dipendenti delle imprese del settore e negli accordi integrativi dello stesso anche dopo la scadenza dei contratti collettivi e degli accordi locali e fino alla loro sostituzione, anche se non sia aderente alle associazioni stipulanti o receda da esse indipendentemente dalla natura industriale o artigiana, dalla struttura e dimensione dell'impresa stessa e da ogni altra sua qualificazione giuridica, economica e sindacale.

Tutti gli obblighi assicurativi per infortuni, per malattie professionali e responsabilità civili verso terzi nonché gli oneri previdenziali del personale sono a carico della ditta, la quale ne è la sola responsabile, anche in deroga alle norme che disponessero l'obbligo del pagamento o l'onere a

carico dell'A.S.L. o in solido con questa con esclusione di ogni diritto di rivalsa nei confronti dell'A.S.L. medesima e di ogni indennizzo.

L'assegnataria dovrà fornire prova, in qualsiasi momento, di aver regolarmente soddisfatto tali obblighi.

ART. 5

RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL' ELENCO

Il richiedente l'iscrizione nell'elenco dovrà inviare, nei termini e secondo le modalità riportate nel presente avviso, sulla base di quanto indicato all'art. 2, la seguente documentazione:

Proposta progettuale:

Il richiedente dovrà predisporre un progetto complessivo di attività che intende porre in essere per offrire opportunità di emancipazione e di condivisione attraverso il progetto terapeutico riabilitativo individuale sugli assi casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività per persone portatrici di bisogni individuali (art 3 ...del ... 229/99. Il progetto potrà riferirsi prevalentemente a uno dei tre assi, comprendendoli comunque tutti e tre almeno in termini di fruibilità e opportunità per ogni progetto.

In particolare, dovranno essere presentati:

1. programma dettagliato delle attività da porre in essere per la gestione dei budgets di cura - progetti T.R. individuali -, sulla base delle indicazioni del precedente articolo 4 e dell'allegato all'avviso. In detto progetto dovrà essere illustrato il programma di cogestione dei budgets di cura comprensivi dell'attività di tutte le figure professionali coinvolte, le strategie di intervento territoriale con particolare riferimento alle reti informali e alle nicchie economico sociali.

Dovranno essere indicati e descritti quali e quanti impegni di risorse, strutture, mezzi e persone si ritengono adatti al conseguimento degli obiettivi prefissati. L'offerta deve essere aderente a quanti e quali progetti individuali possono essere messi in opera dalla compagine sociale rispetto alle proprie risorse attuali e all'investimento di sviluppo che s'intende attuare specificandone il piano di intervento delle risorse umane, professionali, economiche necessarie per attuare il piano di sviluppo. Tutto deve essere riferito a luoghi specifici sui quali devono essere specificati i parametri di sviluppo socio-economico locali e i problemi più rilevanti di esclusione sociale presenti.

2. Descrizione degli strumenti, compresi quelli di studio e ricerca, utilizzati per misurare e garantire la qualità;
3. indicazione di massima dei sistemi di valutazione dei risultati che l'aggiudicataria intende effettuare, durante e a conclusione del servizio, atti a consentire all'Amministrazione valutazioni di efficienza, di efficacia, di qualità, e di premialità, sia riferita alla persona in budget di cura sia al territorio di riferimento;
4. iniziative di formazione ed aggiornamento del personale che la ditta intende realizzare per il raggiungimento degli obiettivi ed indicazione della percentuale di investimento nella formazione rispetto all'ammontare complessivo dei budget di cura;

5. relazione delle eventuali esperienze pregresse maturate con elenco di eventuali servizi analoghi a quelli oggetto del presente avviso, eseguiti negli ultimi due anni, periodi di assegnazione e destinatari, pubblici o privati;
6. descrizione delle iniziative e degli investimenti intrapresi sui processi di deistituzionalizzazione e sulla prevenzione alla istituzionalizzazione o all'abbandono delle fasce deboli, con particolare riferimento alle aree ad alta integrazione sociosanitaria a luoghi specifici e a municipalità coinvolte.

In particolare:

- gli investimenti (in immobili o in attività finalizzate comunque alla promozione dell'economia sociale) realizzati nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale.
 - il numero e la tipologia di iniziative intraprese nel territorio atte a favorire lo sviluppo economico, sociale, culturale, abitativo e lavorativo attuate con modalità inclusive delle fasce deboli con particolare riferimento ai malati di mente;
 - il bilancio economico e sociale dell'ultimo anno;
 - il numero di persone svantaggiate inserite al lavoro;
- 7 indicazione delle case che la ditta utilizzerà per la realizzazione del progetto con allegate le planimetrie dei locali, tenuto conto delle indicazioni contenute nell'Allegato n. 2 al punto 2, "casa/habitat sociale".

Nel caso di Consorzi o di associazioni temporanee di impresa tra cooperative sociali di tipo A e cooperative di tipo B (ai sensi dell'enunciato dell'art. 1 dalla L. 38 1/1991):

- il numero di soci/dipendenti svantaggiati inseriti nelle cooperative di tipo B;
- il numero di soci/lavoratori/dipendenti inseriti nelle cooperative di tipo A;

La "fotografia della compagine sociale" in termini di:

- numero soci lavoratori complessivi;
- numero soci volontari residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale;
- numero soci svantaggiati come da art. 4 l. 381/91 inseriti al lavoro e numero di soci svantaggiati iscritti al libro soci da almeno 3 mesi anche non inseriti al lavoro eventualmente presenti nella cooperativa;

Nel caso di Consorzi i dati richiesti saranno riferiti solo alle cooperative che effettivamente svolgeranno le attività previste dal presente avviso.

La documentazione di cui ai punti 4), 5), 6), 7) dovrà essere sottoscritta anche dal Legale Rappresentante della compagine sociale richiedente. In caso di ATI anche dal Legale rappresentante della capogruppo.

Nel caso di privato imprenditoriale o altra compagine, le stesse dovranno presentare la richiesta corredata da documentazione circa:

- strumenti tecnici e competenze possedute in relazione ai tre assi (casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività)
- motivazioni alla gestione del budgets di cura - progetto individuale -

- Bilancio dell'ultimo esercizio (privato imprenditoriale) e sede dell'attività produttiva.

Le compagini dovranno essere ritenute idonee per tutti e tre gli assi (formazione/lavoro; casa/habitat sociale; socialità/affettività) anche se attualmente sono in grado di espletarne uno solo.

I soggetti ritenuti idonei dovranno dichiarare di condividere in ogni parte i criteri ispiratori dell'azione di gestione di budgets di cura (progetti T.R. individuali), indicati nell'allegato n.2 al presente avviso.

L'elenco dei soggetti idonei sarà predisposto da apposita Commissione Tecnica nominata dal Direttore Generale e formata dall'ASL e dai Coordinatori di Piano degli Ambiti Territoriali che aderiscono al presente bando.

La Commissione potrà effettuare colloqui di approfondimento con i richiedenti. L'elenco sarà sottoposto all'approvazione del Direttore Generale e del tavolo istituzionale degli Ambiti che aderiscono al presente bando .

Le richieste di iscrizione, redatte conformemente al modulo allegato al presente avviso, dovranno pervenire all'ASL CE2 – Coordinamento Socio-Sanitario – via Santa Lucia, 54 entro le ore 12.00 del 30esimo giorno successivo alla pubblicazione sul BURC del presente avviso. I plichi contenenti le richieste di iscrizione, inviati ad esclusivo rischio del mittente potranno essere recapitati in uno dei seguenti modi, a scelta dei partecipanti:

a) con raccomandata AR a mezzo del Servizio Postale di Stato

b) con raccomandata a mezzo di agenzia autorizzata

c) direttamente con consegna presso l'Ufficio protocollo dell'ASL CE2, all'indirizzo sopra indicato (entro le ore 12.00 - giorni lavorativi, escluso il sabato), previo rilascio, in questo caso, di ricevuta.

Il plico dovrà recare all'esterno la dicitura "richiesta di iscrizione nell'elenco per la gestione di budgets di cura - progetti T.R. individuali".

L'A.S.L. si riserva la facoltà di modificare o revocare in qualsiasi momento il presente avviso.

L'inserimento nell'elenco non prefigura di per se nessun obbligo per l'Amministrazione.

ART. 6 VERIFICA E CONTROLLO

Almeno una volta al mese il/la referente dell'unità operativa competente dell'ASL CE2 e il Referente del Servizio Sociale Territoriale ove è residente la persona in budget convocheranno un incontro con tutti gli operatori della compagine coinvolti nel budget di cura per la verifica del progetto, per la discussione sulle problematiche emergenti, per concordare linee comuni di intervento (UVD integrata).

L'U.O. competente per il budget di cura dell'ASL CE/2 e il Servizio Sociale Comunale di riferimento controlleranno lo stato di attuazione di ogni singolo budget di cura gestito con la compagine ritenuta idonea. Al fine di consentire la rilevazione dei risultati e la valutazione degli stessi, anche in rapporto ai costi-benefici, nomineranno a questo scopo un operatore responsabile per ogni gruppo omogeneo di budget di cura (case manager)

Si procederà congiuntamente alla verifica dell'attività svolta, anche in termini di incidenza socio-economica ed in riferimento a quanto previsto nell'art. 4.

La ditta si impegna, una volta attivato il progetto, a presentare apposite relazioni periodiche sui risultati conseguiti nel corso del medesimo.

L'A.S.L. e i Servizi Sociali degli Ambiti che aderiscono al presente avviso, procederanno a verifiche affinché vengano osservati gli impegni assunti, con particolare riguardo ai criteri ispiratori di gestione dei progetti, di cui all'allegato.

A questo proposito verrà istituita apposita commissione tecnica che controllerà l'azione ed il possesso dei requisiti con periodicità semestrale.

I comportamenti in palese contrasto con i criteri ispiratori (come allegato n. 2) potranno essere motivo di cancellazione dall'elenco delle compagini idonee.

I pagamenti dei budget di cura avverranno a consuntivo con verifica mensile e controfirmati mese per mese dai responsabili del Servizio Specialistico Pubblico di pertinenza, a questo proposito l'ASL CE/2 si riserva l'utilizzo di qualsiasi strumento ritenuto idoneo, attraverso la stipula di un protocollo di intesa, per il controllo programmatico, economico e attuativo di ogni budget di cura.

La ditta in cogestione potrà accedere al contratto di factoring già stipulato dall'A.S.L. Caserta/2 con gli istituti Bancari o a specifico contratto di factoring da stipularsi con la Banca Etica a termini di legge e disposizioni vigenti.

Il numero, la qualità, i risultati conseguiti e gli investimenti programmatici attraverso i budgets di cura faranno parte del bilancio partecipativo dei Comuni e dell'A.S.L. Caserta/2.

ART. 7 RESPONSABILITA'

L'ASL CE/2 e i Comuni sono esonerati da ogni responsabilità per danni a persone o cose, infortuni o altro che dovessero verificarsi nell'esecuzione del servizio.

La ditta idonea, al momento dell'assegnazione in cogestione di budgets di cura, si impegna a stipulare idonee assicurazioni contro gli infortuni, le malattie professionali e la RCT a favore dei soci volontari e dei soci fruitori che verranno eventualmente impiegati nelle attività.

Essa risponderà inoltre pienamente per gli eventuali danni a persone e/o cose che potessero accadere nel corso dell'espletamento del servizio

La co-gestrice dei budget di cura dovrà stipulare apposita polizza assicurativa di RCT, con massimale annuo di almeno € 1550000,00 per danni a persone, cose e/o animali, che dovrà essere esibita all'Amministrazione.

La co-gestrice di budget di cura si impegna a segnalare tempestivamente all'A.S.L. e alle autorità competenti, ogni e qualsiasi avvenimento che comprometta l'incolumità psico-fisica degli utenti in budget di cura.

In ottemperanza all'art. 7 D.Lgs. 626/1994, la co-gestrice presenterà entro tre mesi dall'inizio del servizio, il piano di sicurezza. Detto piano potrà essere integrato dal Responsabile per la Sicurezza dell'A.S.L., il mancato rispetto di tale piano comporterà la risoluzione del rapporto.

ALLEGATO N. 2

CRITERI ISPIRATORI DELLE AZIONI DI COGESTIONE DEI BUDGETS DI CURA - PROGETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI INDIVIDUALI -

Criteria qualitativi:

1. L'accesso e la fruizione di beni e servizi normalmente non fruiti
2. Il sostegno non acritico ad un eventuale atto di dissenso sebbene incongruo, la comune ricerca e attribuzione di un significato ad atti particolari.
3. L'apprezzamento di una qualsivoglia attività utile svolta dalla persona con disabilità sociale, previo il rendergliela possibile.
4. L'identificazione di ciò di cui uno è capace, qualunque cosa sia.
5. L'acquisizione di una abilità, prima non posseduta, e lo sviluppo della stessa.
6. L'elevazione dell'Habitat di vita.
7. L'avere, il possedere, la proprietà privata.
8. Il favorire il senso di appartenenza all'impresa da parte delle persone con disabilità sociale
9. La partecipazione a microcollettivi paritari finalizzati da parte di tutti i componenti delle compagnie.
10. Le azioni in collettivo per la soddisfazione di un bisogno riconosciuto comune.
11. Nell'ambito di un'attività formativa e lavorativa, la qualità dei prodotti e delle relazioni, la bellezza dei luoghi, degli strumenti e delle metodologie della formazione e/o produzione.
12. L'aiuto fornito a far sì che la persona con disabilità sociale senta rispettabile una propria diversità.
13. Il riconoscimento e la pratica dell'identità di genere e degli affetti.

La modalità di cogestione di budgets di cura - progetti T.R. individuali - che si produrrà dopo la selezione delle Ditte avvenuta a seguito dell'iscrizione nell'elenco degli idonei, dovrà orientarsi secondo gli obiettivi dell'A.S.L. e dei Comuni che si intendono fatti propri anche dalla compagine co-gestrice. Essi riguardano la concretezza dell'operatività sugli assi citati e di seguito descritti ed in particolare:

Obiettivi Cogestione (pubblico, privato/ONLUS-L.N. 460) Promozione attiva dei diritti alla:

1. **formazione/lavoro;**
2. **casa/habitat sociale;**
3. **socialità/affettività.**

1. FORMAZIONE/LAVORO

Pubblico

Privato (O.N.L.U.S.)

Persegue la cultura della deistituzionalizzazione e della prevenzione alla istituzionalizzazione delle persone con disabilità sociali in carico ai servizi pubblici attraverso la riabilitazione integrale del territorio utilizzando il F.S.E e i progetti strutturali regionali nazionali ed europei. Sviluppa insieme ai Comuni il bilancio partecipativo. Sostiene la trasformazione continua e regola l'interdipendenza fra Welfare dei servizi (prodotto rigido) e Welfare Comunitario/Municipale (prodotto flessibile).	Promuove e contribuisce alla costituzione di nicchie economico sociali e alla ri-abilitazione integrale del territorio. Sostiene e formula il bilancio partecipativo insieme ai Comuni e ASL. Diviene lo strumento dell'ASL e dei Comuni per la trasformazione del prodotto sanitario rigido (Welfare dei servizi) in prodotto flessibile (Welfare Comunitario/municipale) attraverso i budget di cura – progetti individuali . Sostiene lo sviluppo locale attraverso progetti regionali, nazionali ed europei volti alla re-inclusione delle fasce deboli.
Include nel budget di cura - progetto individuale, la formazione/lavoro delle persone con disabilità sociale in carico ai servizi pubblici. Adotta apposita metodologia omogenea per favorire l'accesso delle persone con disabilità sociale al finanziamento e agli sgravi fiscali previsti dalle leggi. Ottempera a quanto previsto dalla L.N. 68 dell'99 .	Ha piani d'impresa in grado di fornire formazione/lavoro per le persone con disabilità sociale partendo dalle persone istituzionalizzate per qualsivoglia causa. Si riferisce e lavora in un ambito municipale/comunitario e accoglie le persone in stage formativo come da Legge 68/99.
Riconverte risorse ed abilità degli operatori pubblici al fine di destinare e promuovere corrispondenti abilità nelle persone disabili a partenza dai casi gravi e fornisce referenti sociali e amministrativi per ogni comune al fine di costruire il bilancio partecipativo.	E' in grado di spendere abilità di lavoratori che sappiano svolgere la doppia funzione: di <i>vocational therapy</i> e abilità specifiche confacenti con i piani d'impresa.
Si dota di strumenti di valutazione prevalentemente aprioristici, <i>follow-up</i> , case management, che sappiano documentare quante risorse effettive passino dalle istituzioni alle persone con disabilità sociali, utilizzabili da loro in termini emancipativi dall'istituzionalità esistente o di ritorno. Redige su questa base il bilancio partecipativo programmatico.	Si dota di strumenti di controllo di gestione programmatico, economico, attuativo che sappiano documentare quante risorse ed abilità passino dai propri piani d'impresa alle persone con disabilità sociale, almeno in termini fruitivi. Sviluppa questi strumenti all'interno del bilancio partecipativo.
Costituisce i Centri Diurni all'interno di ambiti propriamente lavorativi e/o ad alta fruibilità di scambi interumani locale/municipale dove vengono tenute nel giusto equilibrio: la variabile economica, il sistema valoriale di rete, il valore del soggetto dislocando anche proprio personale in <i>vocational therapy</i> (nicchie economico-sociali).	Predisporre e investe su "ambienti" prevalentemente imprenditoriali dove si realizzi l'alta fruibilità di scambi interumani e dove vengono tenute nel giusto equilibrio: la variabile economica, il sistema valoriale di rete locale, il valore del soggetto e del suo prodotto (nicchie economico-sociali).
Disloca locali, strumenti, mezzi e favorisce l'esternalizzazione delle attività/servizi non strategico-sanitarie. Tale azione mira a sostenere la crescita continua dell'impresa sociale capace di creare valore aggiunto attraverso l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità sociale. Dà concreta attuazione alle L.N.68/99.	Mette a frutto le risorse dislocate dal pubblico come investimento, per piani d'impresa in grado di aumentare le occasioni di inserimento formativo lavorativo delle persone con disabilità sociale e di rendere più efficienti e produttivi gli investimenti realizzati dall'ente pubblico.
Sostiene l'attuazione alla Legge n. 3 81/91, che prevede di dare al privato sociale convenzioni per la produzione-lavoro sino a 200.000 € con finalità di formazione e di inserimento lavorativo delle persone in budgets di cura - progetto individuale .	Sostiene e investe in imprese sociali di produzione e lavoro che siano anche in grado di promuovere ed attivare processi di ri-abilitazione (imprese sociali miste o plurime), contestuali con i territori di riferimento delle persone; di piccole dimensioni e fortemente autogestite e differenziate (nella produzione).

2. CASA/HABITAT SOCIALE

Pubblico	Privato (O.N.L.U.S.)
Persegue la cultura della deistituzionalizzazione e della prevenzione alla istituzionalizzazione delle persone con disabilità sociali in carico ai servizi pubblici attraverso la riabilitazione integrale del territorio utilizzando il F.S.E e i progetti strutturali regionali nazionali ed europei. Sviluppa insieme ai comuni il bilancio partecipativo. Sostiene la trasformazione continua e regola l'interdipendenza fra Welfare dei servizi (prodotto rigido) e Welfare Comunitario municipale (prodotto flessibile).	Promuove e contribuisce alla costituzione di nicchie economico sociali e alla ri-abilitazione integrale del territorio. Sostiene e formula il bilancio partecipativo insieme ai Comuni e ASL. Diviene lo strumento dell'ASL e dei Comuni per la trasformazione del prodotto sanitario rigido (Welfare dei servizi) in prodotto flessibile (Welfare Comunitario/municipale) attraverso i budget di cura – progetti individuali. Sostiene lo sviluppo locale attraverso il F:S.E e i progetti regionali, nazionali ed europei volti alla re-inclusione delle fasce deboli.
Promuove percorsi emancipativi e di sostegno all'autonomia abitativa delle persone con disabilità sociale favorendo primariamente la costituzione di habitat familiare-sociale attraverso la valorizzazione ed il sostegno attivo ai legami esistenti e al permanere delle persone all'interno delle proprie abitazioni.	Ha piani d'impresa che prevedono la fornitura di alloggi (in proprietà indivisa e non) alle persone con disabilità sociale e/anziani con vario grado di sostegno, temporanei o definitivi, a costo accettabile e belli
Sviluppa accordi di programma fra comuni, IACP, enti religiosi e privati al fine di reperire abitazioni e sostenere il diritto alla casa per persone con disabilità sociale e/o anziani, partendo dalle aree dismesse o poco utilizzate. Sostiene le famiglie che si dotano di personale per l'accudimento di persone con disabilità sociale attraverso la formazione il collegamento con i distretti e l'abbattimento degli oneri sociali.	E' in grado di gestire gli accordi di programma fra enti pubblici per valorizzare ed investire sulle aree dismesse o poco utilizzate di proprietà pubblica e non, per mettere case a disposizione dei propri soci disabili e/o anziani (proprietà indivisa). Per gestire portinerie attrezzate a sostegno dell'Habitat-sociale di persone con disabilità e/o anziani
Sostegno all'habitat sociale e svolgimento dell'attività istituzionale prevalentemente a domicilio , nei luoghi di lavoro e di socialità. Contestuale limitazione massima ed estesa, quantitativa e temporale dell'utilizzo delle istituzioni sanitarie e sociali come sostitutivo dell'assenza di Habitat familiare sociale/casa. Sostiene l'accesso alla libertà di scelta della famiglia e della persona disabile e/o anziana di poter evitare l'istituzionalizzazione	Redige e attua piani di sviluppo dell'auto-aiuto, dell'associazionismo, di valorizzazione dell'informale e di alternative abitative alle istituzioni sanitarie e sociali. Sviluppa la mutualità con i collaboratori familiari assunti dalle famiglie per il sostegno e l'accudimento delle persone con grave disabilità sociale e/o anziani non autosufficienti, con la finalità del mantenimento del persone nel proprio Habitat sociale.
Considera l'ambiente come elemento fondante per la strutturazione della famiglia dell'individuo. Il possesso della casa e di oggetti propri. Il possesso regolato come fondativo e di accesso allo scambio interumano. La bellezza dell'ambiente come testimonianza riproduttiva della dignità della persona. L'etica e l'estetica come identiche ed omologhe	Considera l'ambiente elemento fondante per la strutturazione dell'individuo. Il sostegno al mantenimento del possesso contrattuale e regolato della casa e di oggetti propri, come elemento fondante e di accesso allo scambio interumano. La bellezza dell'ambiente come testimonianza riproduttiva della dignità della persona. L'etica e l'estetica come identiche ed omologhe.
Dà attuazione alla Legge Nazionale 381 mettendo a disposizione beni immobili non strategici, sotto utilizzati o non utilizzati, al fine di creare valore aggiunto attraverso la costruzione del diritto all'habitat sociale (casa) per le fasce deboli.	Sviluppa piani d'impresa per il recupero, la valorizzazione e l'utilizzo di beni immobili con caratteristiche di habitat storico (borghi rurali, vecchi quartieri) con la concomitante messa in rete di attività commerciali integrate con l'area oggetto dell'intervento e la costituzione di "portinerie" attrezzate, la valorizzazione dei legami storici di quell'area.
Sostiene la ricostituzione di habitat sociale investendo sui luoghi di riconoscimento e scambio	Basa la propria azione sull'accoglimento e sulla continua messa in rete delle famiglie e delle persone

collettivo sulla permanenza nel proprio domicilio delle persone vulnerabili e a rischio di istituzionalizzazione, investe infine nella ricostruzione delle reti sociali e di servizi alle persone finalizzati al mantenimento del diritto abitativo.	con la comunità circostante. Ricostruisce continuamente il diritto (possesso mutuale) alla casa attraverso la creazione di habitat sociale dimensionando i nuclei abitativi alla tipologia familiare max 6 persone. Sviluppa forme di accoglienza ricovero etero-famigliare
Programma e promuove la formazione, la concertazione e il coordinamento delle famiglie e delle reti sociali che forniscono habitat sociale e familiare alle persone in carico al servizio pubblico e in budgets di cura - progetto individuale - individuale.	I soci del privato sociale o le famiglie co-gestrici dei budgets di cura - progetti T.R. individuali - possono mettere a disposizione le proprie abitazioni, famiglie e reti sociali su basi motivate e volontarie.

3. SOCIALITA'/AFFETTIVITA'

Publicco

Privato (O.N.L.U.S.)

Persegue la cultura della deistituzionalizzazione e della prevenzione alla istituzionalizzazione delle persone con disabilità sociali in carico ai servizi pubblici attraverso la riabilitazione integrale del territorio utilizzando il F.S.E. e i progetti strutturali regionali nazionali ed europei. Sviluppa insieme ai comuni il bilancio partecipativo. Sostiene la trasformazione continua e regola l'interdipendenza fra Welfare dei servizi (prodotto rigido) e Welfare Comunitario municipale (prodotto flessibile).	Promuove e contribuisce alla costituzione di nicchie economico sociali e alla ri-abilitazione integrale del territorio. Sostiene e formula il bilancio partecipativo insieme ai Comuni e ASL. Diviene lo strumento dell'ASL e dei Comuni per la trasformazione del prodotto sanitario rigido (Welfare dei servizi) in prodotto flessibile (Welfare Comunitario/municipale) attraverso i budget di cura – progetti individuali. Sostiene lo sviluppo locale attraverso il F.S.E. e i progetti regionali, nazionali ed europei volti alla re-inclusione delle fasce deboli.
Sostiene e sviluppa le abilità di relazione interumana delle persone con disabilità sociale e dei diritti all'affettività/sexualità e alla sicurezza.	Investe e sviluppa progetti di formazione in grado di valorizzare le risorse umane e relazionali dei propri lavoratori/soci/associati.
Sviluppa la presa in carico e la cura della persona con disabilità sociale con lo sguardo rivolto all'esercizio delle responsabilità e della socialità.	Ottempera ai contratti di lavoro ed investe risorse sullo sviluppo della democrazia interna e locale. Considera essenziale il rispetto della proprietà privata, dell'avere e del possedere.
Sorveglia che la persona con disabilità sociale non sia oggetto di sfruttamento, pregiudizio ed abuso. Sostiene lo sviluppo dei sistemi di sicurezza sociale.	Promuove e partecipa alla vita culturale e sportiva del proprio territorio includendovi le persone con disabilità sociale.
Sostiene ed investe sull'utilizzo del tempo libero delle persone con disabilità sociale per la conquista di abilità e di competenze sociali.	Sviluppa iniziative di valorizzazione del residuale locale di: beni, cose, idee, persone, tempo, arti e mestieri, memoria incorporandola nelle proprie azioni.
Abbassa il grado di vulnerabilità e di rischio delle persone con disabilità sociale sostenendo la crescita culturale della comunità di riferimento e sviluppando le reti familiari.	Ha una cura particolare del bello. Promuove e sostiene le organizzazioni dell'arte e della creatività, dello sport, partendo e incorporando la storia e le tradizioni locali
Predisporre programmi di accoglienza e di cura nella crisi acuta delle persone con disabilità sociale alternative al ricovero a carattere sanitario anche attraverso affidamenti temporanei e guidati a nuclei familiari e da	E' in grado di lavorare in rete e di promuovere le risorse del volontariato dell'associazionismo locale per la presa in carico congiunta con il servizio pubblico, delle persone con disabilità sociale.

organizzazioni del terzo settore idonee.	
Sostiene e garantisce la conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) personali delle persone con disabilità sociale, come principali mediatori dell'affettività, socialità.	Sostiene e garantisce la conservazione e la valorizzazione dei possessi (mobili ed immobili) individuali delle persone con disabilità sociale come principali mediatori dell'affettività socialità.
Difende e si rende garante della proprietà privata delle persone con disabilità dotandosi di consulenza legale e patrimoniale attuando e promuovendo le leggi sull'amministrazione di sostegno in modo integrato con i comuni. Lavora in rete con le nicchie economiche sociali promuovendo l'interscambio esperenziale delle persone i budget di cura	Difende e si rende garante della proprietà privata dei propri soci con disabilità sociale e favorisce lo sviluppo della stessa. Mette in atto protocolli di intesa, A.T.I, convenzioni con finalità di interscambio esperenziale per le persone con disabilità sociale e per tutti i soci/associati fra le diverse nicchie economiche-sociali

ALLEGATO N. 3

**ALL'ASL CE2
Coordinamento Socio-Sanitario
Via Linguiti, 54
AVERSA (CE)**

AVVISO PUBBLICO PER LA RICERCA DI SOGGETTI PER LA COGESTIONE DI BUDGETS DI CURA - PROGETTI T.R. INDIVIDUALI - PER GLI UTENTI DELL'A.S.L. CE/2

Il sottoscritto _____ nato a il _____ e residente
a _____ in qualità di _____
della _____ avente sede legale in
_____ via _____

CHIEDE

Che _____

Venga inserito/a nell'elenco dei soggetti e compagni sociali idonei per la cogestione di budgets di cura - progetti T.R. individuali - per gli utenti dell'A.S.L. CE/2, di cui all'avviso pubblicato sul Bollettino della Regione Campania n. _____ del _____
per l'asse/gli assi (barrare la voce o le voci che interessano):

- casa/habitat sociale
- socialità/affettività
- formazione/lavoro

a _____ tal _____ fine, _____ dichiara _____ (rif. _____ art. _____ 2 _____ dell'avviso)

- dichiara altresì di condividere in ogni parte i criteri ispiratori dell'azione di cogestione di budgets di cura - progetti T.R. individuali -, di cui all'avviso,
- allega alla presente la proposta progettuale conformemente a quanto previsto dall'art. 5 dell'avviso stesso.

Data _____

(firma del legale rappresentante)

ALLEGATO N. 4

LINEE GUIDA

Per l'orientamento strategico degli strumenti di programmazione socio-sanitaria.

Premessa

Lo scenario nel quale si colloca questa proposta di linee guida è quello del passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – diventa un compito della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere (sociale, economico, ambientale...) fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo. Uno scenario che vede funzione principale dell'azione pubblica quella di "incrementare l'autonomia dei soggetti" secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà.

Le Linee Guida per l'orientamento strategico della programmazione nelle aree di pertinenza sociosanitaria, rappresentano uno strumento utile per la comprensione degli interventi negli ambiti ad elevata integrazione socio-sanitaria, in particolare nell'area handicap, anziani, materno-infantili, nelle dipendenze, e nella psichiatria.

Questa proposta, infatti, rappresenta un contributo per un sostegno attivo al processo di pluralizzazione degli attori e degli strumenti nella protezione sociale degli utenti, in cui la politica sociale non coincide più esclusivamente con la politica pubblica (intesa come istituzioni statuali) ma diviene funzione sociale diffusa. Le linee guida intendono contribuire alla costituzione di un welfare mix fondato sulla società, sulla responsabilizzazione della società, ed in primo luogo dei destinatari dei programmi che, in questa prospettiva, devono giocare un ruolo più attivo e, noi diciamo, perfino imprenditoriale. Si fa strada l'idea dei pro-sumers, cioè dei cittadini – anche portatori di un bisogno – come soggetti che sono al contempo produttori, distributori e consumatori dei beni e servizi di welfare. Sono i protagonisti di nuove forme di mercato non più fondato esclusivamente sullo scambio di beni o servizi ma sulla creazione di legami o altrimenti detti beni relazionali.

Le linee guida sono state organizzate come un insieme di principi frutto dell'esperienza fin qui maturata. L'applicazione di questi principi vuole essere d'aiuto nella stesura delle programmazioni integrate e soprattutto del bilancio partecipativo inteso proprio come traduzione dei principi "in specifiche scelte operative (interventi), tese a incidere e a modificare la qualità della vita di una collettività, incrementandone il benessere, ovvero riducendo i fattori di rischio". Tutto ciò a partire da progetti individuali trasformati in budget di cura personalizzati all'interno dei quali sono esplicitati le risorse economiche, professionali ed umane che occorre investire per rispondere al bisogno della persona. In questo modo il bisogno valutato con l'ICF dalle UVD distrettuali integrate dai Servizi Sociali dei Comuni, diviene un fabbisogno alla cui erogazione partecipano la Comunità Locale, l'ASL, il Terzo Settore e la persona stessa portatrice del fabbisogno.

Linee Guida per l'operatività e per la costituzione del bilancio partecipativo

In generale gli interventi di programmazione socio-sanitaria integrata dovranno:

1. identificare modalità di integrazione e partenariato (sistema relazionale) tra gli attori e pratiche operative che favoriscono, sostengono ed alimentano processi di "qualità sociali" e

- che aumentino gli spazi di vita pubblica e di partecipazione alla costruzione del bene comune;
2. valorizzare e promuovere la capacità delle comunità locali di affrontare i propri problemi, intervenendo dall'esterno quando è necessario immettere risorse aggiuntive (economiche e non) per incrementare le capacità di risposta autonoma;
 3. riconoscere agli utenti e ai loro famigliari la capacità di interpretare i rispettivi bisogni e di scegliere soluzioni adeguate;
 4. riconoscere alla comunità locale la capacità di organizzarsi per rispondervi;
 5. sostenere o integrare entrambe queste capacità dove non sufficientemente sviluppate;
 6. comprendere il III settore – forme di aiuto – organizzazione della comunità locale – tra i protagonisti delle risposte ai bisogni del territorio (328/00);
 7. ribadire il ruolo della pubblica amministrazione come essenziale per l'universalità di accesso ai servizi, nella definizione delle regole a garanzia della corretta redistribuzione e funzionamento del sistema a garanzia della loro giusta applicazione;
 8. favorire un percorso di riappropriazione da parte delle famiglie e delle associazioni di utenza di un ruolo prioritario nel provvedere ai bisogni sociali in modo mutualistico;
 9. promuovere la realizzazione di strumenti di controllo da parte degli utenti associati (cui va affidata un effettiva funzione istituzionale), attraverso programmi di accreditamento dei prestatori di servizio e la trasparenza delle prestazioni offerte (e dunque da particolareggiate "carte dei servizi e reports di bilancio partecipativo"), al fine di evitare possibili opportunismi;

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

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

16. Si dovranno promuovere forme di privato sociale che favoriscano l'inserimento nelle compagini sociali, in veste di *soci fruitori*, dei destinatari dei servizi, come strategia di attribuzione di poteri e diritti dei soggetti deboli e perché non si tratti di qualcuno (una organizzazione) che fa qualcosa su o per qualcun altro (i fruitori) a fronte di un vantaggio economico (il bene), ma di qualcuno che fa qualcosa con qualcun altro (il legame) attraverso l'utilizzo di contenuti economici e della mediazione oggettuale.
17. E' inoltre opportuno che il partner del privato sociale (insieme con gli altri soggetti) promuova e sostenga "la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di persone con disabilità sociale e di cooperative sociali, specie di quelle con finalità di inserimento lavorativo".
18. Si devono perciò realizzare organizzazioni mutuali in cui siano presenti diversi portatori di interesse (multistakeholders): gli utenti ed i loro rappresentanti, i lavoratori, i volontari ecc, coinvolti e sostenuti dal Servizio Pubblico che comunque mantiene una funzione di controllo, nella direzione del Welfare Comunitario. Questo nella convinzione del valore terapeutico di ricostruzione dell'identità che questo processo di protagonizzazione e di ricontrattualizzazione porta con sé.
19. E' necessario realizzare, come previsto dalle linee guida emanate dal Ministero della Sanità per quanto riguarda la riabilitazione in genere, l'obiettivo di "ridurre le conseguenze disabilitanti della malattia attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo.
20. Per raggiungere questi obiettivi è necessario attivare strumenti di integrazione organizzativa (Unità di Valutazione e Progettazione) per la "formulazione di piani terapeutico riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica" con il coinvolgimento delle famiglie nell'attuazione degli stessi possibilmente su base locale/comunale.
21. E' necessario condividere il percorso di revisione del ruolo dell'Ente Locale, maggiormente orientato alla definizione di politiche innovative per le aree ad alta integrazione socio-sanitarie anche con destinazione di quote di bilancio con particolare riferimento alla programmazione e gestione della L. 328/2000.
22. Vanno promossi modelli di ricerca, formazione e informazione che siano incentrati sulle esperienze concrete coerenti con i principi qui delineati. In particolare è necessario ipotizzare il Bilancio partecipativo come terreno su cui ripensare una diversa professionalità di lavoro socio-sanitario rinnovandone "l'impianto metodologico secondo i principi del lavoro in rete".

ALLEGATO N. 5

ALL'ATTO _____ DEL _____ "REGOLAMENTO CONTRATTUALE NORMATIVO PER IL RAPPORTO FRA LA COOPERATIVA SOCIALE ED I SOCI FRUITORI".

Art. 1) Il presente regolamento definisce i soggetti coinvolti, gli obiettivi, la metodologia, i servizi/strumenti di fruizione, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica del contratto atipico di natura privatistica, mediante il quale una persona che abbia difficoltà ad acquisire e/o mantenere le abilità necessarie ad una integrazione sociale soddisfacente, dietro corrispettivo del trasferimento di una somma, acquisisce lo status di socio fruitore della cooperativa sociale B/A ed ottiene da parte della stessa il possesso mutuale di una serie di strumenti e di servizi in grado di garantirgli l'accesso ai diritti alla casa, al lavoro, alla socialità (DESTITUZIONALIZZAZIONE).

Il possesso degli strumenti, del capitale e dei servizi previsti dal seguente regolamento ha come obiettivo la progettazione e la realizzazione di effettivi percorsi di inclusione, abilitazione, emancipazione per la persona fruitrice del contratto. Al fine di evitare l'istaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso l'assistenza e la restituzionalizzazione. Il contratto mette le persone nelle condizioni di soci a pieno titolo con diritti e responsabilità uguali.

Art.2) Nell'eventualità di versamento anticipato di una cifra concordata, essa dovrà servire a farne una garanzia di possesso dell'habitat, dell'impresa e dei servizi rimanendo inteso che il consumo della quota stessa è commisurato dalla tipologia del progetto e conseguente contratto riabilitativo come da regolamento allegato. Fermo restando la volontà del singolo e la sua motivazione, il Servizio Pubblico sostiene e ricerca nell'interpretare e valutare il bisogno di riabilitazione, il consenso informato della persona che accede al presente contratto. Ne indica, infine, la tipologia ed il corrispettivo. Vengono qui definiti: i soggetti coinvolti, gli obiettivi, la metodologia, i servizi, i documenti di riferimento e gli strumenti di verifica.

Art.3) Soggetti coinvolti:

- singola persona
- cooperativa sociale
- famiglia
- servizi pubblici e socio/sanitari (Distretti, DSM, SerT, Servizi per l'Handicap, ADI, Servizi Anziani, Servizi Materno-Infantili, Servizi Sociali dei Comuni, Provincia)
- tutore- curatore provvisorio, nei casi previsti dalla legge
- amministratore di sostegno, nei casi previsti dalla legge
- giudice tutelare, nei casi previsti dalla legge

Art.4) Gli obiettivi generali si delineano in funzione dei già citati diritti casa-habitat sociale/formazio-lavoro/socialità- affettività. In particolare, rispetto ai bisogni risorse della persona, essi si concretizzano nell'offerta da parte della cooperativa di:

- casa/habitat sociale-abitazione in proprietà mutuale, divisa o indivisa, in usufrutto, in contratto nominale e di affitto all'interno di una rete qualitativa di habitat sociale:
- lavoro/formazione inteso come partecipazione diretta all'impresa da parte della persona (in qualità di socio della cooperativa) secondo le proprie possibilità, all'interno comunque di un ambiente operoso, di scambio reale ed innervato da specifici piani d'impresa;
- socialità/affettività con offerta di reti sociali, culturali, affettive e di auto aiuto orientate all'avere, al possedere, alla proprietà privata.

L'obiettivo esplicito è di perseguire l'effettivo accesso ai diritti e la concreta restituzione di contrattualità a persone che questi diritti e questa contrattualità hanno a rischio o perduto, negata e sottratta. In questo senso ogni contratto dovrà contenere i citati diritti almeno in termini di fruibilità, per arrivare a restituire il massimo di protagonismo e la maggior identità possibile alle persone, attraverso il sostegno e la promozione della loro capacità di scelta. La dotazione economica che

l'ente eroga per ogni progetto riabilitativo individualizzato e per un tempo definito serve a sostenere l'autoorganizzazione imprenditoriale del socio fruitore della cooperativa (project financing).

Gli obiettivi tecnico organizzativi sono:

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

Art.5) Metodologia:

- Segnalazione formale del soggetto con disabilità da parte dei Servizi sopra citati o da parte dei privati, coinvolgendo i servizi di riferimento che operano la valutazione ...ICF
- Incontro di conoscenza reciproca, con individuazione da parte della cooperativa sociale delle concrete risorse per l'accoglienza ed il sostegno del nuovo socio fruitore;
- Descrizione del Progetto individuale;
- Iscrizione del soggetto su richiesta scritta, al libro dei soci fruitori della cooperativa sociale;
- Individuazione dell'entità del corrispettivo giornaliero e/o delle abilità presenti o da acquisire che la persona erogherà in funzione dei propri bisogni – risorse e dell'eventuale partecipazione di terzi (i soggetti sopra citati) al contratto dal punto di vista economico;
- Analisi della possibilità della persona di conferire somme di danaro o altri beni alla cooperativa sociale avendo garanzia contrattuale che tale atto, qualificandola come socio fruitore e sovventore, si delinea come anticipo per la fruizione dei futuri servizi e strumenti di accesso dei diritti citati per un periodo predefinito di tempo;
- Proposta. Accettazione del contratto. Tale atto viene sottoscritto dalla singola persona, o da un eventuale parente (fino al quarto grado di parentela). In mancanza di questi, dal sindaco del comune di sua abituale dimora, su proposta dei servizi sociali del comunali;
- Qualora la persona sia interdetta o inabilitata la sottoscrizione viene effettuata dal tutore o dal curatore con le modalità previste dalla legge. Inoltre se la persona è in carico ai servizi sociali del comune e/o ai servizi socio sanitari dell'ASL, l'atto viene sottoscritto anche dal responsabile del servizio;
- Esercizio fruitivo e responsabile del possesso Valutazione e Autovalutazione semestrale a cura della cooperativa e del servizio pubblico su criteri preconcordati e scritti nel regolamento di convenzione.

Art.6) Servizi-strumenti si sostanziano in una serie di attività che vanno dal soddisfacimento delle necessità fondamentali del soggetto alla fruizione di opportunità sociali, relazionali, culturali e affettivi fino al possesso mutuale dei mezzi di riproduzione abitativa – formativa – lavorativa – sociale in modo commisurato alla possibilità e responsabilità del soggetto. I servizi sono a carattere continuativo, sono indeterminati, comprensivi del mantenimento, della convivenza e della presa in carico materiale e responsabile del soggetto che è parte della cooperativa.

Essi sono erogati direttamente dalla cooperativa di cui è socio fruitore la persona, salva la possibilità di costituire o di avvalersi di altre cooperative sociali iscritte nell'elenco degli idonei.

Art.7) Le leggi ed i documenti di riferimento riguardano la negotiorum gestio ai sensi dell'art. 2028 e succ. c.c. l'art. 354 c.c., l'art. 361 c.c., l'art. 428 c.c.

Art.8) Le modalità di verifica: l'attività di verifica sarà effettuata in maniera sistematica ad intervalli temporali predefiniti dal contratto o sulla base di situazioni critiche emergenti, utilizzando strumenti di valutazione multidimensionale dell'autonomia, dell'autosufficienza, della Qualità della

Salute, della Qualità della Vita e della Qualità Percepita. A tale fine la cooperativa collabora con il servizio pubblico e con le istituzioni preposte (giudice tutelare, giudice minorile ecc.).

Assume carattere rilevante, ai fini del presente regolamento, la valutazione dei livelli di autosufficienza della persona. In particolare si dovrà intendere ricaltrato il contratto in caso di intervenuta NON autosufficienza del socio fruitore, certificata dal Dipartimento di prevenzione dell'A.S.L. sulla base degli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale. Si dovranno in questo caso rivedere le risorse necessarie al mantenimento della contrattualità del socio fruitore nel progetto riabilitativo e la modifica conseguente dell'offerta interna ed esterna della cooperativa.

Sulla base di tale revisione potrà realizzarsi un'estensione del contratto: i caratteri di tale estensione riguardano il programma integrato che dovrà essere riformulato dal Servizio di pertinenza e dall'U.V.D. (Unità di Valutazione Distrettuale integrato con il Servizio Sociale del Comune), con contestuale ridefinizione delle risorse impiegate e volte alla permanenza del socio fruitore nel suo possesso acquisito (casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività).

La rilevazione di un peggioramento del grado di autosufficienza del socio fruitore, comportando un aggravio degli oneri a carico del socio fruitore, darà diritto alla Cooperativa (cioè a tutti i soci) di rimodulare l'offerta contrattuale, salva la rescissione dello stesso da parte degli aventi causa.

Per espressa approvazione delle clausole disposte dagli art. 3, 4, 6, 7, 9 del presente contratto ai sensi dell'art. 1341, 2 comma del Codice Civile.

Firma del Rappresentante Legale
della Soc. Coop.

Firma del Socio Fruitore
O del Tutore

.....

.....

Firma del Responsabile preposto
del Servizio Pubblico

Firma del Parente o
dell'Amministratore di Sostegno

.....

.....

ALLEGATO N. 6

Piano Sociosanitario Triennale

Premessa

La legge 328/2001, il relativo decreto attuativo del 14/08/2001 e le linee guida regionali nella promulgazione dei piani di zona promuovono l'integrazione sociosanitaria come area di intervento negoziata con gli ambiti e gestita dai distretti dell'A.S.L. come primi interlocutori della Committenza.

Con decreto n° 26 del 29 /11/001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) nell'area dell'integrazione sociosanitaria.

La legge 229/99 art. 3 septies ed in particolare il decreto attuativo del 14.2.2001 delineano compiti, figure professionali e modalità di erogazione delle risorse per quanto concerne il socio-sanitario. Sono inoltre specificati i bisogni e le aree ad alta integrazione socio-sanitaria distinguendo le attività a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale da quelle a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria. Le prime sono caratterizzate da attività e da erogazioni di risorse a ciclo breve e a totale carico del Fondo Sanitario Nazionale. Le seconde sono caratterizzate da attività a ciclo lungo a carico, in percentuale consistente, dei Comuni e/o dei cittadini. Possono anche essere caratterizzate da attività a ciclo breve laddove propongono interventi di natura preventiva su fattori di vulnerabilità e rischio in popolazioni ad alta probabilità di disabilità sociale.

Le attività sociosanitarie hanno come obiettivo la trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria, con restituzione delle persone affette da situazioni di grave rischio/vulnerabilità o da malattie non guaribili, ma curabili, al corpo sociale.

L'integrazione socio-sanitaria è descritta come un prodotto di azioni volte a modificare in senso positivo il Benessere fisico, psichico, sensoriale delle persone partendo dall'ambiente (habitat sociale) delle persone con particolare vulnus dovuto all'età, alla differenza di genere e alle disabilità.

Per queste ragioni la ricostruzione o l'implementazione di sistemi di benessere comunitario o familiare (habitat sociale) divengono l'obiettivo centrale delle attività sociosanitarie. Se questo è valido per le persone portatrici di malattie cronico-degenerative, tanto più lo è per le persone che vivono in condizioni di grave vulnerabilità e rischio proprio per l'assenza o la rottura o la nocività dei sistemi di benessere comunitario, familiare o ambientale.

Gli stili professionali dell'operatore socio-sanitario saranno quindi qualificati dall'obiettivo che le organizzazioni socio-sanitarie si pongono nei confronti dell'ambiente e dei cittadini che vivono in condizioni di vulnerabilità e rischio, e nei confronti dell'ambiente e dei cittadini che sono affetti da malattie croniche che possono in tutto o in parte produrre esiti invalidanti sostenuti da inerzialità ed incompetenza sociale ed istituzionale con esiti di marginalità o esclusione.

I sistemi di aiuto si pongono l'obiettivo di limitare ed eliminare, laddove possibile le condizioni di rischio e vulnerabilità che dimostratamente possono produrre malattie e quindi condizioni di diminuzione delle aspettative di vita con compromissione consistente delle sue qualità confliggendo con l'obiettivo della felicità comunque perseguibile.

Dove non può essere perseguito, una volta instaurata una malattia o menomazione, la restituzione ad integrum, ovvero la guarigione, i sistemi socio-sanitari perseguono l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli interni ed esterni che possano frapporsi al perseguimento della felicità comunque, anche in situazione di menomazione non guaribile. La riabilitazione delle persone che versano nelle condizioni descritte è qualificata dal sostegno che i sistemi sociosanitari sono in grado di fornire a queste persone per metterle nelle possibilità di vivere, formarsi, lavorare, abitare in un luogo da loro scelto.

Il possibile: l'Obiettivo

L'obiettivo di diminuire mortalità, morbilità ed esiti invalidanti dovuti a patologie ambientali e da distorto utilizzo delle istituzioni è prioritario nelle professioni sociosanitarie. Questo obiettivo ha a che fare con le possibilità (opportunità) da suscitare e concretamente costruire.

- La possibilità, per le persone che hanno perso in tutto o in parte la funzionalità sociale, di mantenere e abitare una casa, sentendola "propria" e sede delle attività di cura, è elemento fondante il gesto socio-sanitario.
- La possibilità che le persone, con menomazioni o vulnerabilità, possano avere una formazione e una fonte di reddito da lavoro o, comunque, il poter partecipare attivamente come aventi causa ad ambienti lavorativi "normali", sostenuti e aiutati in ciò dai tecnici sociosanitari.
- La possibilità, per le persone che a causa di malattie e/o deriva sociale vivono nel rischio di isolamento, di sviluppare competenze sociali, sostenendo relazioni interumane specifiche e di cui si sentano depositari e parte

attiva.

- La possibilità, per un minore con disabilità, di essere sostenuto e aiutato ad integrarsi nella scuola, attraverso la messa in campo delle risorse tecniche, umane o professionali necessarie.
- La possibilità di potersi informare e formare nel proprio habitat, essendo in rete comunicativa con i servizi pubblici, potenziando la propria rete interumana.
- La possibilità di esercitare i propri diritti all'istruzione e all'acquisizione di abilità di formazione-lavoro.

Sono queste alcune delle condizioni e dei poteri che riacquisiti ed esercitati permettono da un lato l'eliminazione di condizioni suppletive di sofferenza per le persone con disabilità e, dall'altro promuovono recuperi anche consistenti di quote di benessere e di difese, capaci di contrastare la progressione invalidante delle patologie in essere ereditarie o acquisite e/o la noxa costituita dal dover vivere condizioni di grave rischio e vulnerabilità.

Il problema dell'Obiettivo

Si è anche insistito molto in questi anni sulla necessità di evitare malattie e morte da abitudini alimentari e di vita sbagliate e pericolose. Va precisato che, pur rimanendo questo un tema "preventivo" controverso, non è accettabile che un sistema di aiuto divenga un sistema per obbligare alla virtù le persone: la malattia come "colpa" è un concetto che si porta dietro la cura come "espiazione" e ha purtroppo portato molte istituzioni sanitarie e sociali a praticarla attraverso sistemi coercitivi ed educativi destinati, di volta in volta, a modificare "istinti", "abitudini", libere scelte non accettate dalla società.

La medicina e i sistemi socio-sanitari non sono uno schema di conoscenze applicabile tout-court, come ciò che si sa e si deve fare. Al contrario, buona parte dei sistemi di cura e prevenzione delle malattie sono molto lontani dal poter rispondere in modo esaustivo sulla loro efficacia ed efficienza e molto, troppo, deve ancora essere conosciuto per dar compimento a semplificazioni applicative, che diverranno tali solo in presenza di incremento consistente della capacità di libera scelta e consapevolezza da parte delle persone. Tutto ciò consiglia di non spingere più oltre le organizzazioni sanitarie ad obbligare, su terreni poco noti, istituzioni e governi a prendere decisioni obbligatorie dei cittadini. Più modestamente, l'impegno ad applicare ciò che si sa fornendo in modo attivamente egualitario occasioni, a chi più necessita, pare essere il compito precipuo dei sistemi socio-sanitari. Sostenendo, dopo di ciò, ogni esperienza di autonomia, libera ricerca e proposta da parte delle persone, per dare soluzioni nuove a problemi vecchi. Anche ripescando, laddove possibile, strumentari e legami accumulati dalla tradizione e distrutti dalla modernità mercantile. Valorizzando e rendendo interlocutori principali delle istituzioni i sistemi di benessere familiare e comunitario.

La tentazione più forte nel settore socio-sanitario è che, poiché ci si occupa di variabili in *continuum* con le condizioni di salute delle persone, ma non riferite solo a situazioni cliniche bensì a determinanti sociali, familiari, ambientali ed economiche, si tenda ad esaurire il senso della vita dentro le tecniche riparative del danno. Evitando così di mettere a punto sistemi e metodi di accoglienza e condivisione della sofferenza e dei sofferenti e riconsegnandoli ad un universo a-prassico dove il potere definitorio dell'operatore esaurisce il gesto e il sistema di aiuto, dando alla vita umana un senso relativamente assoluto – da cui l'accanimento terapeutico o l'abbandono - quando invece è relativa la vita (si muore) e assolutamente illimitato il senso. Da questa consapevolezza si inverte la pratica dell'accoglienza e della condivisione come motivazione stessa ad operare nei sistemi di aiuto che tengano conto delle condizioni reali di ambiente dentro le quali si produce e riproduce la vita dei soggetti. I casi non hanno di per sé esistenza se non dentro a ciò che l'operatore riesce a fare per modificare l'ambiente concreto di vita che costruisce il caso. L'ambiente per difendersi da ogni cambiamento che modifichi il destino di una persona consegnata dai rapporti di potere alla marginalità e all'esclusione, tende a strutturarsi a regolarne l'accesso, ad utilizzare la disabilità di un suo membro per assolversi da ogni cambiamento. E' l'ambiente e il suo funzionamento costruttivo che da un lato dà identità e appartenenza alle persone e dall'altro autoregola l'accesso difendendosi. Ciò che l'operatore sociosanitario prende in carico non è il caso, ma il destino a rischio o già compromesso di un altro essere umano e dal suo ambiente, allargandone l'accesso e modificando i sistemi di potere che impediscono alle persone con disabilità ingresso pieno ai diritti. La disabilità primaria, secondaria e terziaria o il grave rischio sono solo ragioni valide di presa in carico responsabile del destino di un altro. Sono, infatti, ormai ben conosciute e dimostrate la penetranza e la gravità delle disabilità dovute, non tanto alla noxa patogena eredo-degenerativa o intercorrente che sia, ma all'assenza di sostegno, o a sostegni sbagliati, non personalizzati, decontrattualizzanti e acontestuali o, peggio, a processi veri e propri di oppressione e sfruttamento.

E', questa ultima, una condizione "moderna" di trasformazione delle persone con disabilità e improduttive, in produttive per altri. Sovente organizzazioni assistenziali, che utilizzando risorse pubbliche per scopi privatistici si candidano a "ripulire" il campo sociale dalle persone che presentano disabilità primarie (sintomi) di malattie ad andamento lento e lungo nel tempo e per le quali non possono essere evocati o richieste veloci guarigioni.

Le malattie e le condizioni di vulnerabilità citate hanno bisogno di condizioni sociali, economiche, istituzionali e ambientali favorevoli, per arrivare a produrre la disabilità sociale e gli handicaps. Questi ultimi definiti dagli impedimenti esterni che contrastano il funzionamento sociale di una persona con disabilità primaria o secondaria. Sono poi la disabilità sociale e l'handicap, così come lo abbiamo descritto, ad essere in causa nel mantenimento di prognosi negative, riferite a patologie che di per sé non producono mancato funzionamento sociale, ma più semplicemente

necessità di sostegno per un soddisfacente e accettabile funzionamento sociale.

L'invito rivolto da più parti alle organizzazioni sanitarie è di dedicare risorse professionali, umane ed economiche al recupero del funzionamento sociale delle persone con disabilità contribuendo a modificare i sistemi di sviluppo culturale ed economico delle comunità locali. Viene sottolineata la necessità della trasformazione della *medicina delle sanzioni, delle diagnosi e delle tecniche puntuali*, in *medicina sociale* che partecipi ed investa sui diritti delle persone con disabilità a vantaggio di tutta la comunità civile.

Dal danno al funzionamento sociale

Lo stile professionale dell'operatore socio-sanitario dovrà, insieme ad obiettivi chiari ed elencati precedentemente, presidiare la quotidianità insopprimibile della pratica, sostenendo, costruendo e ricostruendo continuamente i poteri di accoglienza e condivisione nelle opere.

- Riuscire ad evitare la deportazione di un anziano in una casa di riposo ridando forza alla quotidianità possibile di una casa confortevole;
- Aiutare un ragazzino disabile a frequentare la scuola e ad avere una famiglia accettante;
- Sostenere il percorso professionale volto all'inserimento lavorativo e all'integrazione sociale delle persone con disabilità.

I compiti richiedono una professionalità grande e complessa ma esprimibile in azioni semplici. Richiedono, agli operatori, di saper attivare reti di legami trasferendo risorse, accesso, spazio/espressività, potere agli utenti e al contesto di riferimento dei sistemi di aiuto socio-sanitario. Trasformando le modalità erogative delle risorse, il sistema dei controlli e di rilevazione dei bisogni, con modalità più libere e negoziate, sia sul versante degli utenti e dei loro contesti, sia su quello degli operatori e dei sistemi di scopo organizzati, mettendosi in gioco per *"fare comunità"*. Se ciò è facilmente comprensibile, nella presa in carico di persone e contesti con disabilità sociale ed handicaps manifesti, da *vulnus* conosciuto od operante, lo è di meno nella presa in carico delle persone e dei contesti definiti a rischio e vulnerabili. Sia perché, in questo caso, la presa in carico è riferita più ai contesti definiti a rischio, sia perché più che alle persone ci si riferisce all'età e ai generi, individuando categorie di persone che, di per sé, sono a rischio e vulnerabili dal contesto.

Il rischio e la vulnerabilità sono concetti che si riferiscono agli studi di popolazione e che cercano di individuare prefattori che possono portare le persone ad una situazione di necessità o richiesta di cura e aiuto. Sono raccolti attraverso osservazioni esterne (interviste) ed elaborazioni statistiche di sondaggi di opinione degli intervistati e /o di altri, che hanno legami affettivi e di conoscenza con gli interessati. Si riferiscono ad un tempo e, fissano un'immagine in quel tempo. Non tutti, insomma, di coloro che in un momento della loro vita sono a rischio, svilupperanno sintomi che richiedono interventi (disabilità primaria).

Ma quali sono le condizioni che determinano il passaggio da una condizione di rischio e vulnerabilità ad una di cura?

Quantità sterminate di studi documentano che si tratta di condizioni di età e di genere, di reddito, ambientali e di stress, di assenza, o scarsità, o perfino nocività, di legami interpersonali e sociali, e di mancato accesso ai sistemi di aiuto, o di nocività dei sistemi stessi di aiuto, che spersonalizzando l'intervento e decontestualizzandolo tolgono ulteriore potere alla già scarsa contrattualità di cui soffre il potenziale utente.

Sono gli impedimenti esterni all'accesso ed esercizio dei diritti formativi, lavorativi, di habitat sociale a trasformare una persona vulnerabile o a rischio, in un "caso". La mancanza di potere dei soggetti, definiti a rischio, a cercare il bene ("libertà") è determinata dal far dipendere la fruibilità dei diritti elementari dalle condizioni economiche dei soggetti e delle famiglie e da sistemi di aiuto che tendono asseveratamente a mantenere la realtà così come è. Facendo dei diritti elementari un'area meritocratica e di autoconservazione mercantile e quindi discriminativa.

E, invece, è necessario che l'utente costruisca il suo mondo, che sia, cioè, protagonista ed attore, padrone del tempo, dello spazio, dell'ambiente e, ancora *"dominus"* delle sue interrelazioni.

Budget di Cura

Il progetto individuale

Filosofia del progetto

L'assunto che sostiene le diverse linee di intervento progettuale individuale è riferito alla necessità di valicare una strategia che riaffermi operativamente la centralità delle persone e del valore di legame nelle comunità, e, quindi, il primato di queste nel dispiegare soluzioni nuove per antichi e nuovi bisogni.

Riaffermare il valore delle persone. Anche quando disabili, anche quando totalmente dementi, anche quando assolutamente improduttivi.

Riaffermarne il valore vuol dire cercare di far di tutto per non consegnarle alle istituzioni dell'esclusione assistenziale; certo sostenendo con più forza le famiglie, ma anche ricercando nuove forme di mutualità comunitaria perché aumenti la "*capacità di presa in carico*".

Vuol dire anche risvegliare una cultura che ha sempre visto nei più deboli il "movente" primo del legame sociale.

Riaffermarne il valore vuol dire ri-costruire strumenti di aiuto che permettano di riscoprire che le persone deboli, per qualsiasi causa, sono una risorsa e non un peso. C'è il rischio che quanto sopra abbia il sapore della nostalgia della retorica, mentre stiamo assistendo, spesso impotenti, alla crisi delle comunità, travolte dai cambiamenti della post-modernità che sconvolgono le identità e le relazioni consolidate, che dissolvono i legami sociali, che alterano le mappe cognitive e stravolgono i codici di riconoscimento tradizionali.

Perché questo non resti utopia in una cultura dominante che esalta l'individuo autonomo ed autosufficiente, in cui il valore della competizione è assunto a criterio di relazione con gli altri ed ogni esperienza umana (ed oggi, sempre di più, soprattutto l'esperienza di avere bisogni socio-sanitari gravi), è trasformata in occasione di mercato. Perché le logiche della reciprocità, della solidarietà e del dono non siano solo buoni sentimenti personali, ma valori ed economie fondanti la convivenza civile è necessario fare esperienza, passare attraverso.

La progettualità proposta dice che accettiamo il rischio di attraversare i nuovi territori della post-modernità, di tracciare nuovi percorsi. Anche perché non si vedono alternative al mettersi in gioco per "fare comunità", rischiando anche la novità dell'antico. Perché di questo si tratta: di trovare nuove forme di espressione dei valori che da sempre sono: la condivisione, la solidarietà, la responsabilità per chi ti è prossimo.

Tutto questo mentre si profila all'orizzonte quella che qualcuno ha già chiamato l'"apocalisse demografica (il drammatico invecchiamento della popolazione da qui a due-tre decenni e, soprattutto, del numero dei non assistiti a domicilio, l'abbandono di fasce intere di popolazione fragile e disabile, la perdita continua di "potere" delle comunità locali sempre più in balia di poteri senza comunità e territori); il dato fenomenologico assoluto dell'impossibilità di gestire i problemi con gli strumenti che abbiamo.

Accettare la sfida dei cambiamenti per inventare nuove sintesi tra gli opposti, tra globale e locale, tra *welfare* e sviluppo, tra produttivo ed improduttivo. Accettare la sfida del futuro guardando al patrimonio del passato, fatto di capacità di aggregazione dal basso, di associazionismo, di mutuo-aiuto, di centralità della persona, di conflittualità contrattata all'interno di cornici di potere e di senso.

Attraversare la transizione e mettersi in mezzo a ciò che accade nelle comunità, nei territori, ricordando il passato per progettare il futuro.

Ripensare ed agire il percorso progettuale dei sistemi d'aiuto ri-partendo dalle persone, ponendosi obiettivi e predisponendo l'erogazione delle risorse professionali, umane ed economiche con maggiori certezze che siano destinate all'utilizzatore finale, ad essere parte attiva nella ricostruzione dei legami e dei poteri della comunità.

Il budget di cura è un primo strumento per affrontare i problemi posti.

Gli obiettivi del budget di cura

Il progetto individuale con le persone portatrici di disabilità sociale grave si colloca all'interno di un intervento più ampio: l'obiettivo finale è la costruzione di un sistema di sostegno delle persone con bisogni ad alta integrazione socio-sanitaria fondato sul rafforzamento delle reti naturali di comunità, sulla qualificazione degli interventi di volontariato e di economia sociale e sulla migliore integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari divenuti "capaci" di fare "comunità", del Terzo Settore e delle organizzazioni produttive.

In questo senso si vuole sviluppare un programma di passaggio progressivo da forme prevalentemente sanitarie di risposte al bisogno socio-sanitario a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale. In particolare si vuole avviare forme di assistenza alle persone con disabilità sociale radicate nel tessuto di vita normale, sia dal punto di vista abitativo, sia dal punto di vista del contributo alla vita sociale ed economica, da parte del *target-group*.

Nello specifico, il budget di cura realizza interventi tesi a:

- Ridefinire l'organizzazione dei servizi di cure territoriali per renderla più coerente con l'approccio di cura comunitario;
- Ri-orientare la professionalità dell'infermiere professionale e degli operatori professionali in genere che si occupano delle cure territoriali verso la cultura delle *community care*;
- Conoscere, per sostenere e valorizzare, le dinamiche di cura informale;

- Approfondire la conoscenza delle comunità attraverso la definizione di profili che ne rappresentino le aree-risorsa e le aree problematiche;
- Incrementare la visibilità del Terzo Settore e del privato imprenditoriale quando diviene soggetto attivo capace di esprimere l'utilità sociale del proprio lavoro, in collaborazione con altri soggetti del territorio e secondo logiche e modalità di partenariato con il sistema pubblico;
- Promuovere, nelle realtà locali, nuove forme di mutualità come strumenti innovativi di espansione del sistema di protezione e di integrazione sociale legato al territorio in grado di favorire nuove opportunità occupazionali e relazionali per le "fasce deboli";
- Sviluppare corsi di valorizzazione culturale dell'identità sociale e della casa –habitat- quali alternative necessarie ai percorsi di istituzionalizzazione o abbandono delle persone con disabilità sociale;
- Realizzare, anche in accordo con soggetti terzi, sperimentazione di habitat sociale alternativo alla istituzionalizzazione.

In altri termini si immagina che per rompere l'alternativa secca oggi esistente: famiglia/comunità/istituzioni, sia necessario aumentare la capacità di presa in carico comunitaria (informale e formale) dei bisogni delle persone con disabilità sociale e realizzare soluzioni di habitat in cui le persone siano sostenute negli atti di vita quotidiana da una organizzazione mutuale che li veda partecipi insieme alle famiglie, ai volontari, agli operatori pubblici e privati.

Le azioni

Il piano è di durata triennale e prevede una articolazione su cinque Aree:

1. **Sperimentazione diretta**, da parte dell'Azienda Sanitaria;
2. **Sperimentazione promossa**, in forma mista, realizzata da soggetti del Terzo Settore e non;
3. **Ricerca/Azione**;
4. **Ricerca e Valutazione**;
5. **Comunicazione**.

1. Sperimentazione diretta

La sperimentazione diretta è riferita alla implementazione del progetto "**Tecnici di Comunità**", dove si reinterpreta e si espande il ruolo delle figure professionali dell'Azienda sanitaria nell'ambito delle cure territoriali, in una prospettiva di *empowerment* dei soggetti e delle comunità, per una loro maggiore capacità di accoglimento, valutazione e fronteggiamento (*ability to cope*) dei problemi/bisogni socio-sanitari. Ne dovrebbe derivare una maggiore e più efficace capacità di presa in carico, da parte dei Servizi e delle Comunità, delle persone portatrici di bisogni socio-sanitari. Con modalità conseguenti, ed a cura del Coordinamento Socio-Sanitario (A.S.L., Comuni), verranno progressivamente trasformati i costi per l'acquisto di prestazioni sanitarie in investimenti produttivi, a partenza dai bisogni socio-sanitari individuali espressi dalle persone che consumano prestazioni sanitarie-assistenziali fornite da terzi, in investimenti produttivi di salute, habitat sociale e benessere di comunità.

Le tecniche amministrative utilizzate per trasformare i costi in investimenti saranno quelle del *Project financing*.

È il concetto di progetto individuale che porta con sé la necessità di modificare la finalizzazione delle risorse verso l'aumento di contrattualità delle persone con disabilità sociale attraverso la valorizzazione delle componenti mutuali ed informali della comunità di riferimento. Questa strategia comporta evidenti cambiamenti di carattere culturale (la cultura professionale), di carattere tecnico/professionale e di carattere organizzativo/finanziario.

2. Sperimentazione promossa

La **sperimentazione promossa**, in forma **mista**, si dovrebbe sviluppare secondo due percorsi: di **animazione territoriale** (percorsi di cittadinanza) e di **assistenza, accompagnamento e tutoraggio** alla nascita di nuove realtà mutuali nelle piccole comunità (paesi o quartieri) che possano contribuire ad evitare l'istituzionalizzazione delle persone con disabilità sociale. Queste azioni sono tese a promuovere ed organizzare la capacità auto-aggregativa e di risposta delle comunità locali ai bisogni socio-sanitari, secondo una logica di sussidiarietà pubblica e di finanziamento per progetti individuali.

In accordo con gli ambiti territoriali, con i Comuni e con il Terzo Settore, l'Azienda Sanitaria coprogetterà la costituzione di una Fondazione mista, a maggioranza pubblica, per la gestione e l'implementazione dei budget di cura, definendo i criteri di *empowerment* dei sistemi di *welfare* comunitario e costituendo un'area budget sul socio-sanitario da gestire con criteri ed obiettivi concordati tra A.S.L., Comuni e Terzo Settore, attraverso le tecniche di *Project financing*.

Le azioni di sperimentazione saranno accompagnate (o precedute) da un articolato programma di **ricerca/intervento**, in sinergia con i progetti *Equal* approvati, che cercherà di fornire adeguate conoscenze modellistica su alcuni fattori determinanti per lo sviluppo di una strategia di *community care*.

Saranno altresì studiati e sperimentati gli strumenti tecnici, amministrativi, giuridici, per la costituzione dei sistemi di *welfare-mix*, (Fondazione mista a maggioranza pubblica) per la implementazione e gestione dei budget di cura.

3. Ricerca-Azione

Sarà costituita una "Agenzia per formazione-Lavoro", per le persone con disabilità sociale, promossa e coordinata dalla Medicina del Lavoro.

L'Agenzia presiederà alla parte formativa dei progetti di sviluppo per le fasce deboli ed all'attuazione della Legge 68 del 1999.

Sarà, inoltre, realizzata una **ricerca-azione**, insieme, alla rete **Exclusion.net**, per acquisire e mettere "in rete" maggiori conoscenze rispetto alle determinanti del processo di cure di Comunità (*Informal care*). Si vorrebbe conoscere meglio quali sono, e che peso hanno, i fattori (caratteristiche della rete familiare e sociale, soluzioni di *housing*, caratteristiche del *caregiver*...) che permettono alla persona con disabilità sociale di essere assistita attraverso la ricostruzione e l'implementazione dell'habitat sociale (sistemi di benessere familiare e comunitario). In particolare si intende esplorare in quali momenti del processo di cura la presenza dei prestatori informali e di rete formale, può essere determinante e, quindi, utilmente promossa e sviluppata e quali sono le condizioni che ne favoriscono lo sviluppo stesso. In questo senso si vuole sviluppare uno strumento informativo basato sulle reti informatiche, digitali ed interattive (informatizzazione fasce deboli) al sostegno delle reti sociali, che possa contribuire alla creazione di un *minimum data set of Community Care*.

L'Agenzia svilupperà la ricerca sui **"profili di comunità"** delle aree di sperimentazione e sui nuovi modelli organizzativi a rete nei servizi socio-sanitari, soprattutto sul versante delle capacità di creare opportunità di formazione e lavoro, da parte delle comunità stesse, per le persone con disabilità sociale.

Sarà proposto un progetto di costruzione e sperimentazione di **indicatori di impatto economico** dei progetti di *welfare comunitario* attraverso sistemi di *welfare-mix* (Fondazione mista a maggioranza pubblica) e la definizione di **indicatori di impatto sulla "qualità sociale"** delle comunità locali, sulla loro **"capacità di presa in carico"**, sugli scenari demografici ed epidemiologici in riferimento alle persone con disabilità sociale definita, non assistibili a domicilio, sugli extracomunitari e le fasce deboli in generale, al fine di aumentarne l'integrazione sociale.

4. Ricerca e valutazione

Sarà costituita l'**"Agenzia per l'habitat sociale"**, con il compito di sostenere i Comuni nella messa in opera delle Leggi, degli orientamenti e dei Piani di Sviluppo che promuoveranno facilitazioni per il diritto abitativo per le persone con disabilità sociale.

Infine, sarà realizzata una ricerca sull'**housing sociale**, in grado di definire gli elementi costitutivi di un approccio progettuale per la soluzione architettonica dei problemi legati all'abitazione per persone con disabilità sociale grave, in particolare per le persone anziane non autosufficienti. Si svilupperà la tematica del ruolo dell'architettura nella costruzione (o ri-costruzione) dei legami comunitari, insieme alla Facoltà di Architettura dell'Università di Napoli, sede di Aversa.

Tutte le Arre di Ricerca-Azione e di valutazione saranno strutturate in **"Ufficio Epidemiologico del Socio-Sanitario"**, con lo scopo di collegare operativamente le variabili *in continuum* con le condizioni patologiche delle persone con disabilità.

5. Comunicazione

Si svilupperà in tre direttrici:

- a. **Informatizzazione delle fasce deboli**, a partenza dalle persone in budget di cura, che hanno già nel budget stesso l'investimento per la comunicazione interattiva.
- b. **Informatizzazione dei Servizi Socio-Sanitari**
- c. **Costituzione di una Area "Prodotti informatici per i Sistema di Welfare Comunitario."**

Modalità di gestione dei Budget di Cura

La messa in opera delle azione integrate socio-sanitarie deve essere preceduta dalla richiesta da parte dell'utilizzatore delle risorse socio-sanitarie e dalla valutazione quali-quantitativa delle risorse utili e necessarie (Budget di Cura).

Sia sulla raccolta della domanda che nella valutazione della risposta deve essere mantenuta l'integrazione socio-sanitaria.

Se l'obiettivo rimane quello di soccorrere la disabilità specifica attraverso la presa in carico ambientale e comunitaria, il sistema di accoglimento della domanda deve essere teso ad orientare la persona verso le più opportune risposte integrate.

Per questo dovrà essere composto da personale dell'Azienda Sanitaria, dei Comuni e del Terzo Settore.

La valutazione che precede l'erogazione del Budget di Cura sarà anch'essa fatta dal Distretto (U.V.D) di competenza, insieme al personale del Comune di residenza della persona che ha richiesto il Budget di Cura, sia direttamente che attraverso i civilmente o terapeutamente obbligati.

Sia nel sistema di accoglimento della domanda (U.R.P. socio-sanitaria), sia in quello di strutturazione e valutazione della risposte, devono essere presenti i Servizi che prenderanno in carico l'utente ed erogheranno i Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitari all'interno dell'ambiente da cui proviene l'utente stesso e sul quale si innestano le risorse umane, tecniche ed economiche finalizzate all'integrazione ed implementazione dei compromessi, carenti od assenti sistemi di benessere familiari e comunitario (habitat sociale).

Questo sistema di accoglimento-valutazione-intervento propone, di per sé, importanti cambiamenti interni all'Azienda Sanitaria e riferiti particolarmente al passaggio da una visione di Medicina Istituzionale, riparatrice e sanzionatoria, ad una Medicina sociale che sappia investire le risorse professionali, umane ed economiche sulla carenza di contrattualità dell'utente e del suo ambiente di vita.

Da una visione solo delle malattie, ad una visione delle disabilità sociali delle persone.

Le modalità organizzative dovranno essere costruite "a matrice".

L'accoglimento, la valutazione, la presa in carico delle persone e del loro ambiente non seguirà una logica gerarchica ma di assunzione di responsabilità da parte dell'operatore che prende in carico la persona e promuove e coordina le azioni previste dal budget di cura individuale (*case-manager*).

I Distretti funzioneranno, nei confronti dei budget di cura, a "matrice organizzativa", acquisendo la committenza da un lato e sostenendo la responsabilizzazione dello specifico servizio cui, attraverso L'U.V.D., afferisce il caso. Sarà così rispettata la libertà, la responsabilità e la continuità terapeutica dei Servizi specifici su cui gravano i budget di cura.

Compito, inoltre, del Distretto, sarà quello di promuovere "in rete" i budget di cura, attraverso il governo negoziato della committenza (Comuni).

Il Coordinamento Socio-Sanitario della Azienda Sanitaria sarà allargato ai tecnici dei Piani di Zona dei rispettivi Ambiti Territoriali e si avvarrà di un "referente di budget di cura" dell'Azienda Sanitaria, per ogni ambito.

Le Agenzie per Formazione-Lavoro e per l'habitat sociale faranno parte del Coordinamento, così come l'Ufficio Epidemiologico del Socio Sanitario. Il Coordinamento così costituito supporterà le Azioni dei Distretti, dei Servizi e dei Dipartimenti specifici nell'erogazione, attuazione ed valutazione dei budget di cura.

AREA MINORI, DONNE, GENITORIALITÀ (Materno Infantile)

La finalità dei progetti individuali è di costruire, ricostruire ed implementare i sistemi di benessere familiare e sociale (habitat sociale) per i minori abusati/maltrattati e per i minori con disabilità e con grave rischio e vulnerabilità.

Per i minori che si trovano in Istituto aiutandoli a ritornare nelle proprie famiglie, dove è possibile, o abitare, se è impossibile o controindicato il ritorno in famiglia, presso case famiglie in piccoli nuclei composti al massimo da 5 minori e, se case famiglia con presenza di madri nubili, da massimo 5 madri e 8 minori.

Sviluppo del pronto intervento nell'abuso/maltrattamento minori e implementazione delle case-famiglia come ambiente di trattamento psico-terapico (per i minori stessi ed il loro contesto).

Per quanto concerne i minori che attualmente sono in trattamento riabilitativo (circa 1400) per disabilità, nel 20% abbandonano la scuola prima della fine dell'obbligo scolastico e il restante, nel 96% dei casi, non accede alle scuole superiori. Le prestazioni riabilitative devono essere volte ad aumentare l'integrazione scolastica, formativa e di habitat. Devono, quindi, essere trasformate in progetti individuali (*budget di cura*). Le risorse trasformate saranno più fortemente orientate all'integrazione educativo-formativa.

L'insegnante di sostegno integra l'U.R.P. socio-sanitaria per la richiesta e valutazione del budget di cura per i minori in trattamento riabilitativo.

La valutazione è fatta dall'U.V.D. distrettuale, integrata dal servizio specialistico con unicità prescrittiva dei trattamenti. Sarà lo stesso servizio che presenta ad avere il carico del caso e del raggiungimento dell'obiettivo di una maggiore integrazione formativo-educativa.

Il budget di cura per i minori in Istituto ha la finalità di orientare al progressivo superamento dell'Istituto a vantaggio della costituzione di case-famiglia, che possono provenire anche dalla trasformazione degli Istituti stessi (alcuni sono già strutturati ad hoc) in civili abitazioni aperte alla cittadinanza in modo contrattuale e gestite con modalità familiari e forte integrazione con la scuola.

Il budget di cura per donne maltrattate, madri vedove, nubili, sole con gravi problemi di disabilità sociale è volto ad assicurare un habitat sociale e un percorso di formazione/lavoro. La presa in carico sarà fatta dal Consultorio familiare direttamente nei punti nascita che dovrebbero avere tutti un Servizio consultoriale presente al fine di:

1. Diminuire i parti cesarei che attualmente superano il 70% (il P.O.M.I. fissa come obiettivo-soglia il 25%);
2. Aumentare l'induzione all'allattamento al seno che attualmente non supera il 30% (il P.O.M.I. fissa come obiettivo-soglia il 70%);
3. Favorire il *rooming-in* delle partorienti;
4. Aumentare l'osservazione/intervento educazione sanitaria per le madri, principalmente sulla sfera emotiva, per prevenire e perseverare le stesse dai maggiori disturbi psichici in epoca perinatale e post-partum.
5. Garantire ai bambini lo screening neuropsichiatrico perinatale, per la presa in carico delle situazioni a possibile sviluppo delle malattie erodegenerative (60% di tutte le diagnosi sui bambini in età prescolare).

Presa in carico delle madri nubili, vedove, sole e con grave disabilità sociale ed erogazione del Budget di cura valutato dall'U.V.D. (consultorio familiare).

AREA ANZIANI

La finalità dei progetti individuali è sostenere l'habitat sociale di persone anziane che, a causa delle condizioni patologiche e ambientali, rischiano di essere messi in istituto o di dover subire continui ricoveri ospedalieri.

Il Budget di cura viene erogato su richiesta dei familiari, dell'anziano stesso o dei civilmente e terapeutamente obbligati. Indirizzato dall'U.R.P. sociosanitario e valutato dall'U.V.D. integrata, il Budget di cura comprende le prestazioni dovute (L.E.A., A.D.I., A.D., centro diurno, ospitalità di sollievo, prestazioni specialistiche a domicilio) ed interventi di assistenza materiale (colf, sostegno agli atti quotidiani, implementazione di reti socializzanti, interventi strutturali per rendere la casa più accogliente e sicura ecc.).

Le prestazioni e gli interventi variano di intensità e temporalità a seconda del caso e della situazione e mantengono finalità dichiarate.

Al terzo settore accreditato ed in *mix* con il sistema pubblico si rivolgeranno le famiglie e gli utenti cui è stato assegnato il Budget di cura. Riceveranno e valuteranno i servizi ricevuti e valuteranno la qualità e la congruità dei servizi ricevuti.

-Nel caso di anziani soli e/o senza abitazione, il Comune e la A.S.L. reperiranno alloggi adatti per non più di 5 ospiti. La casa dovrà essere fruita in modo contrattuale, così come i servizi socio sanitari che necessitano.

Il Budget di cura, finalizzato e concordato con il terzo settore, è lo strumento integrato che permetterà il raggiungimento dell'obiettivo dichiarato

Gli alloggi con servizi socio sanitari, fruiti in modo contrattuale, saranno collocati in ambienti a scopo plurimo sociale ed a alto scambio sociale.

-Il Budget di cura ha una temporalità prefissata che non può superare i 2 anni senza revisione di effettivo fabbisogno. Può essere erogato anche per periodi brevi nei casi ad esempio di *hospice domiciliare* o come strumento temporaneo breve per accedere ad una buona e autonoma situazione di habitat sociale.

-le organizzazioni del terzo settore cogestiscono i Budget di cura insieme all'A.S.L./Comuni includendo gli utenti nelle loro organizzazioni nei tempi e nei modi concordati.

-i Budget di cura saranno erogati tenendo in conto la necessità da parte delle Organizzazioni del terzo settore dell'accesso alle sinergie di scala ed agli interventi stabili nel tempo necessari al *Turn over* dei nuovi casi che entrano nei Budget di cura al posto di quelli che sono divenuti portatori di bisogni prevalentemente sociali a rilevanza sanitaria e reintegrati attraverso il terzo settore nel corpo sociale.

-la partecipazione alla spesa da parte dei *prosumer* dei Budget di cura è regolata dalle leggi nazionali e dagli ordinamenti regionali, fatta salva la libertà singoli cittadini di partecipare attivamente e liberamente ai costi ed alle attività dei Budget di cura. A maggiore liberalità e partecipazione delle persone in Budget di cura corrisponderà un numero maggiore di potenziali *prosumer* dei Budget di cura.