



REGIONE BASILICATA

PIANO SOCIALE DI ZONA
AMBITO ALTO AGRI (PZ)

Comuni di

Grumento NOVA

Marsicovetere

Moliterno

Sarconi

Spinoso

Tramutola

Viggiano

COMUNE CAPOFILIA: VIGGIANO

Popolazione 20.651



AMBITO DI ZONA ALTO AGRI

Sulla base degli indirizzi in seguito determinati ed in conformità a quanto sancito nella convenzione per la gestione associata e coordinata dei servizi sociali, approvata dai Consigli Comunali di GRUMENTO NOVA, MARSICOVETERE, MOLITERNO, SARCONI, SPINOSO, TRAMUTOLA e VIGGIANO,

"la Conferenza dei Sindaci dell'ambito Alto Agri, riunitasi a Viggiano il 14 settembre 2001, approva il presente Piano sociale di Zona da inviare per la verifica alla Regione Basilicata".



INDICE

1.	PREMESSA	<i>pag.</i>	5
2.	ASPETTI SOCIO DEMOGRAFICI E TERRITORIALI	<i>pag.</i>	8
3.	GLI INDIRIZZI DI PIANO	<i>pag.</i>	11
3.1	La determinazione dello stato di bisogno	<i>pag.</i>	12
3.2	La partecipazione dei cittadini alla spesa sociale	<i>pag.</i>	14
3.3	Il governo dei servizi sociali e la partecipazione ai servizi sociali	<i>pag.</i>	16
3.4	Linee generali per la conclusione degli Accordi di Programma	<i>pag.</i>	17
3.5	Indirizzi operativi circa i rapporti con i soggetti sociali imprenditoriali	<i>pag.</i>	17
3.6	Indirizzi operativi circa i rapporti con il Volontariato	<i>pag.</i>	18
4.	OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA	<i>pag.</i>	19
4.1	OBIETTIVI COMUNI ALLE AREE DEL PIANO	<i>pag.</i>	21
4.1.1	<i>Individuare criteri e modalità per l'esercizio della vigilanza e per il rilascio delle autorizzazioni</i>	<i>pag.</i>	21
5.	PROMOZIONE OPPORTUNITA' INSERIMENTO LAVORATIVO E CONTRASTO ALLE ESCLUSIONI SOCIALI	<i>pag.</i>	22
5.1	<i>Creare opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate prevedendo e superando l'inserimento improprio in servizi assistenziali</i>	<i>pag.</i>	22
5.2	<i>Individuare e prevedere percorsi di collaborazione con il mondo della scuola</i>	<i>pag.</i>	22

Promuovere la risorsa famiglia pag. 23

5.3

6. PIANO SOCIALE DI ZONA: PARTE GENERALE pag. 24

6.1 INTERVENTI PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DELL'INFANZIA
ADOLESCENZA E DELLE FAMIGLIE pag. 24

6.2 AREA INTERVENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLE PERSONE
ANZIANE pag. 25

6.3 AREA INTERVENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLE PERSONE
PORTATRICI DI HANDICAP pag. 28

6.4 AREA DI INTERVENTO TOSSICODIPENDENZE, POLITICHE
GIOVANILI, PROMOZIONE DEL BENESSERE E RECUPERO DEL
DISAGIO pag. 29

6.5 AREA INTEVENTO SALUTE MENTALE pag. 30

6.6 AREA INTERVENTO PARI OPPORTUNITA' pag. 31

ALLEGATO A: ACCORDI DI PROGRAMMA

- A1. Accordo di Programma per la realizzazione di un sistema integrato di servizi in area Anziani
- A2. Accordo di Programma per la realizzazione di un sistema integrato di servizi in area Infanzia - Adolescenza
- A3. Accordo di Programma per la realizzazione di un sistema integrato di servizi in area Handicap
- A4. Accordo di Programma per la realizzazione di un sistema integrato di servizi in area Tossicodipendenze e promozione giovanile

ALLEGATO B: REGOLAMENTO DEI SERVIZI

- B1.Regolamento per il funzionamento degli uffici comunali di servizio sociale e del coordinamento tecnico di zona
- B2.Regolamento del servizio di sostegno a domicilio per le persone anziane in difficoltà.
- B3.Regolamento dei Centri Laboratori per la Comunità
- B4.Regolamento Affidi eterofamiliari bambine e bambini
- B5.Regolamento dei servizi di sostegno a domicilio per l'infanzia l'adolescenza e la famiglia
- B6 Regolamento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, l'infanzia e le famiglie
- B7 Regolamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per le bambine e per i bambini.
- B8 Regolamento dei servizi e degli interventi a sostegno delle persone con Handicap e delle loro famiglie.
- B9 Regolamento del Centro Diurno di socializzazione Handicap
- B10 Regolamento dei centri di promozione giovanile autogestiti

1. PREMESSA

La Promozione della salute come intervento culturale:

La seguente introduzione vuole mostrare come la promozione della salute trovi nel PSZ, ed in maniera particolare nelle Unità Operative di Zona, il suo ambito d'attuazione privilegiato, intendendo l'U.O.Z. quale terminale intelligente del sistema della salute. L'U.O.Z. in quanto ambito culturale specifico, oltre che unità territoriale definita è il luogo di ricomposizione degli interventi, interfaccia personalizzata fra utente e comunità.

L'U.O.Z. in quanto terminale intelligente è capace di fronteggiare la complessità insita nel sistema socio assistenziale, di cogliere, di salvaguardare ed incrementare le interazioni fra le diverse reti formali ed informali, che contribuiscono a rispondere ed a soddisfare il bisogno di salute. Esso non è una struttura decentrata o un luogo di patologizzazione dei problemi a livello periferico, bensì un sensore capace di cogliere ed espletare funzioni e compiti in relazione alla complessità di un dato territorio. L'U.O.Z., pur all'interno di vincoli legislativi ed organizzativi, deve plasmarsi con il suo ambiente. Non si limita a rendere operative le indicazioni provenienti dai livelli superiori, ma trasforma tali indicazioni, coniugandole con quelle provenienti dal territorio, dalla comunità, dal contesto; le aggrega, le scompone e le ricompone, le utilizza in modo efficace, in definitiva rappresenta un sistema a produzione personalizzata perché deve adattarsi alle esigenze ed alle specificità delle singole persone tenendo allo stesso tempo, conto della comunità. Inoltre i suoi confini (di territorio, di popolazione, ecc.) intesi come potenzialità e non come limiti, danno identità comunitaria ad esso ed alla popolazione che in esso risiede.

La questione su cui interrogarsi appare essere, sempre più chiaramente, il concetto di salute che considera il significato di benessere e di qualità della vita nella sua dimensione contestuale, legata all'evoluzione e alla storia del soggetto inserito in un sistema relazionale ampio e complesso. Non si può perseguire la salute dimenticando da dove si viene, quali sono le connessioni ed il tessuto dei singoli e della collettività. La salute appare dunque sempre più come un processo, come qualcosa da incrementare e incrementale, risultato in divenire di un insieme di azioni complesse, di strategie che coniugano e combinano risorse formali ed informali, pratiche più o meno convalidate, credenze e vissuti, rappresentazioni in un dato contesto culturale e in continua interazione con l'ecosistema. La salute è sempre più connessa all'evoluzione di forme esperienziali e di comportamento che pongono individuo e collettività in equilibrio dinamico rispetto al loro ambiente.

La promozione non comprende solo l'insieme delle azioni pubbliche per la salute, ma interessa l'insieme delle politiche sociali formali e informali, la cui implementazione ed attivazione crea le opportunità affinché ciascun individuo e le singole comunità siano in grado di sviluppare il loro potenziale di benessere sociale.

L'Health Promotion Glossary, definisce la promozione della salute come "processo che permette agli individui e alle comunità di accrescere il controllo sugli elementi determinanti della salute e quindi di incrementare il proprio benessere sociale"

La promozione comprende dunque tutti gli interventi, le azioni, le relazioni che in qualche modo hanno a che fare con la salute, a partire dall'ambiente, dall'economia, per scendere verso la comunità, le reti sociali, e tutto quanto la società mette in movimento. La promozione presuppone un processo capillare e diffuso che coinvolga allo stesso tempo l'individuo e la comunità, all'interno di un contesto preciso, in cui vivono ed interagiscono una molteplicità di attori. La salute ed il benessere che ne consegue diventa dunque risorsa, crescita e valorizzazione di potenzialità. La promozione della salute presuppone l'idea di ritorno, di restituzione alla comunità, al singolo, all'intera popolazione, le conoscenze, il suo potere, le risorse utili e necessarie relative al conseguimento del benessere sociale.

La promozione della salute tende, sulla base di quanto fino a ora affermato, a privilegiare la vita quotidiana.

Ed è allora in quegli ambiti in cui vi è identità comunitaria, spazio privilegiato di risorse facilitanti e che supportano il lavoro per il benessere sociale (i servizi, gli operatori di base, le reti informali, ecc.) un modo di lavorare transculturale e transdisciplinare (il lavoro in équipe), cioè L'U.O.Z. è possibile e fondamentale muoversi secondo un approccio promozionale.

L'Unità Operativa di Zona costituisce a tutti gli effetti l'ambito culturale e operativo più vicino alla comunità, diventa il terminale intelligente capace di scegliere, selezionare, rielaborare, filtrare e utilizzare al meglio le risorse reali e potenziali. L'U.O.Z. è un gruppo di lavoro multidisciplinare che valuta e progetta gli interventi, segue e coordina in termini operativi le attività previste in seno agli accordi di programma relativamente all'area di pertinenza; interviene prioritariamente sui primi sintomi o manifestazioni potenziali di disagio o di patologia.

Una strategia individuale e collettiva potrà realizzarsi là dove il processo di trasformazione agisce all'interno di un contesto sociale in cui è possibile attivare opportunità, risorse, ristrutturare significati e in cui i problemi sono ricondotti a stili di vita a concezione di

salute della persona, della comunità, laddove i reticoli formali ed informali possono essere meglio coinvolti in una strategia globale e promozionale.

2. ASPETTI SOCIO DEMOGRAFICI E TERRITORIALI

Relazione sintetica generale su alcuni dati allegati

IL TERRITORIO*. L'area territoriale dell'ambito Alto Agri si estende lungo l'omonimo fiume nel bel mezzo della Regione, tra le zone montuose del Potentino e i calanchi della collina meridionale materana, coincidendo, in parte, con il comprensorio irriguo dell'Alto Agri.

Il comprensorio, quantomeno diversificato, va dagli ambienti tipicamente montani a quelli collinari fino a giungere alla tipica pianura.

L'occupazione agricola dell'area presenta dinamiche differenti rispetto al resto della Regione: un tasso più basso di attivi e un buon ricambio generazionale (i giovani agricoltori sono in numero maggiore rispetto agli anziani).

I caratteri di ruralità sono presenti in tutto il territorio e la prossima nascita del Parco potrà essere l'occasione per il miglioramento dei servizi alle popolazioni rurali, di cui l'area ancora oggi lamenta una forte carenza e che limita lo sviluppo del turismo culturale ma anche l'offerta agrituristica e il turismo gastronomico che apporterebbero all'area una ulteriore possibilità di sviluppo.

La realtà economica dell'area è caratterizzata da un settore terziario che occupa buona parte della popolazione, da una attività industriale legata prevalentemente all'artigianato, che ha mantenuto i caratteri di tipicità con produzioni di oggetti ormai esclusi dai circuiti di ampia commercializzazione, ma che negli ultimi tempi ha visto la nascita di numerose iniziative imprenditoriali circoscritte, perlopiù, al comune di Viggiano, e da una agricoltura orientata verso produzioni tipiche e di qualità.

Ma i futuri scenari di socio – economici dell'area saranno sicuramente condizionati da due eventi collegati alla valorizzazione delle risorse locali.

Da un lato, la scoperta e la messa a coltivazione del più grande giacimento petrolifero Europeo nell'Alto Agri porterà all'investimento delle royalties nell'area; dall'altro, l'istituzione del Parco naturale dovrebbe innescare processi di sviluppo sostenibile puntando sulla valorizzazione delle risorse naturali, sull'agricoltura e sul turismo. Il Protocollo d'intesa ENI – Regione Basilicata, prevede tra l'altro, oltre 300 miliardi di investimento per azioni di compensazione ambientale, per la nascita di attività a basso impatto ambientale e la nascita della Società Energetica Regionale (SER) che agirà per la promozione dello sviluppo della Val d'Agri. Insomma la sfida per l'area è quella della valorizzazione integrata delle due risorse naturali, ritenute in competizione, secondo un

modello di sviluppo che dovrà essere costruito “in campo”, con la partecipazione e il contributo degli attori locali e delle popolazioni.

DATI SOCIO – DEMOGRAFICI. Il territorio dell’ambito Alto Agri presenta una situazione demografica da un lato tipica delle zone rurali e montane, caratterizzata da piccoli Comuni con una tendenza naturale allo spopolamento, e, dall’altro, una tendenza all’aumento della popolazione residente dovuta al flusso migratorio verso questa zona che determina una crescita tendenziale della popolazione residente. Il saldo totale medio della popolazione nell’ambito, segna +8,4 e il saldo migratorio 16,8, mentre il saldo naturale è a – 8,4.

Mentre quattro dei Comuni dell’ambito presentano la caratteristica tipica dello spopolamento, con – 11,6 di Grumento nova e –1,6 di Tramutola, che rappresentano le punte estreme; altri tre Comuni, e precisamente Marsicovetere, Sarconi e Viggiano presentano una tendenza opposta dovuta al saldo migratorio che varia dal + 17,2 di Marsicovetere al + 9,9 di Sarconi e Viggiano.

La popolazione residente nel territorio dell’ambito ammonta a **20651** nel 1991 e a **20909** nel 1999 e a **20894** nel 2000. Il 45% della popolazione totale residente nel territorio è concentrato nei Comuni di Marsicovetere e Moliterno.

Nei comuni di Grumento Nova, Sarconi e Spinoso risiede il 23% della popolazione dell’ambito, nei restanti quattro comuni la popolazione è pari al 77% del totale.

La struttura della popolazione presenta indici abbastanza omogenei in ragione delle caratteristiche dei singoli Comuni. Lo scostamento dagli indici di vecchiaia e di invecchiamento riguarda sostanzialmente i Comuni di Grumento Nova e Marsicovetere e in misura minore Viggiano.

L’indice di vecchiaia, calcolato sulla popolazione dell’intero territorio è pari a 77 con punte massime a Grumento Nova (114) e Sarconi (97). Il Comune di Marsicovetere registra un indice di 46 che rappresenta un’eccezione nel panorama demografico della zona e che determina una media di ambito vicina agli indici regionale, ma che non dà ragione della realtà complessiva del territorio.

L’indice di dipendenza demografica si colloca leggermente al di sopra di quello regionale ed evidenzia lo scostamento del comune di Marsicovetere dovuto alla quota di popolazione non attiva costituita dai giovanissimi.

La popolazione del territorio è a prevalenza femminile. Gli indici di mascolinità evidenziano uno scostamento significativo dei Comuni di Marsicovetere e Moliterno.

Il numero medio di componenti per famiglie (2,68) segnala una struttura a prevalenza di famiglie con due componenti.

Nel comune di Grumento Nova le abitazioni non occupate sono oltre il 59%, mentre nei comuni di Spinoso e Tramutola il valore si presenta molto più basso.

* Tratto da: INEA – Contesto e scenari di sviluppo agricolo e rurale della Basilicata

3. GLI INDIRIZZI DI PIANO

Gli indirizzi di piano. Il Piano sociale zona dell'ambito **Alto Agri** aderisce agli indirizzi e agli orientamenti strategici di fondo del Psa regionale.

Gli indirizzi del piano di zona triennale assumono come scelte strategiche:

- la promozione e la prevenzione come approccio generale ai problemi e come criterio di impostazione di ogni fase e livello di intervento;
- la promozione della cittadinanza attiva e della pratica della sussidiarietà a tutti i livelli dell'intervento.
- la valorizzazione di tutte le risorse, progettuali e operative, e la loro messa in rete, sviluppando la comunicazione e il coordinamento fra i diversi attori, per una integrazione degli interventi in capo a persone, famiglie, gruppi sociali;
- la realizzazione in tutto il territorio zonale di condizioni di accesso e di uso dei servizi che assicurino alle persone e alle famiglie livelli accettabili di assistenza, anche con specifiche azioni promozionali e di supporto verso le aree più carenti.
- la promozione e il controllo della efficacia e della qualità degli interventi e della soddisfazione degli utenti.
- la sperimentazione di forme di collaborazione e contrattuali tra pubblica Amministrazione e organizzazioni di utilità sociali centrate sui bisogni e non sulle risorse, sostenendo e valorizzando la capacità di orientamento al servizio da parte degli utenti e sostenendo scelte di qualità da parte delle organizzazioni eroganti, anche attraverso la definizione di capitolati di gara che prevedono scelte di qualità.
- La collocazione della famiglia al centro delle politiche sociali, quale soggetto sociale destinatario e insieme produttore di risorse e di opportunità per le comunità locali
- Il riconoscimento ai soggetti sociali di un ruolo attivo nella programmazione e negli assetti organizzativi del sistema socio-assistenziale zonale attraverso soprattutto la diffusione e il rafforzamento della partnership con i soggetti istituzionali
- l'utilizzo dello strumento di programmazione "accordo di programma" quale momento di formalizzazione istituzionale del Piano di zona e di ogni altro accordo fra i soggetti pubblici interessati;
- Il superamento degli squilibri territoriali in relazione all'offerta di servizi e alle opportunità di sviluppo sociale
- Il superamento della residualità dell'intervento sociale
- Razionalizzazione della spesa e riqualificazione delle risorse

- L'attenzione al sistema informativo socio assistenziale
- Riqualificazione e aggiornamento del sistema formativo nell'area socio-assistenziale.
- Estensione e riqualificazione del sistema delle responsabilità.

2. **Sussidiarietà, concertazione.** Il Piano di zona viene ad articolarsi sui seguenti fondamentali principi:

a) **Sussidiarietà:** i cittadini, aderenti o meno ad associazioni di volontariato o a cooperative sociali, in virtù del diritto di cittadinanza, esprimono il loro livello di responsabilità attraverso l'esercizio della cittadinanza attiva. E' così superato il concetto di delega, per recuperare, nei limiti del possibile, la capacità protagonista dei cittadini con l'eventuale intervento sussidiario della pubblica amministrazione là dove le forze e le capacità dei cittadini risultano essere insufficienti;

b) **Concertazione:** tra cittadini, singoli o associati, tra questi e le istituzioni, tra gli enti, deve stabilirsi una concertazione democratica che permetta un rapporto dialettico in grado di garantire una base consensuale alla scelta di utilizzo razionale ed economico delle risorse, che non sono limitate per contingenza storica, ma per principio generale, serio e di buon senso.

3.1. La determinazione dello stato di bisogno

Gli interventi socio-assistenziali sono rivolti a tutta la popolazione e devono essere erogati, a fronte di un quadro di risorse limitate, sulla base di scelte che garantiscano priorità di fruizione alle persone e alle famiglie che vivono una condizione di bisogno come appresso individuata.

Lo stato di bisogno, riferito a singole persone o a famiglie, si ravvisa qualora ricorrano una o più delle seguenti condizioni:

- la condizione di povertà, valutabile sulla base dei parametri adottati in sede legislativa nazionale per l'applicazione del RMI (reddito minimo di inserimento – D.lgs. 18 giugno 1998 n. 237, art. 6);
- la condizione di inadeguatezza del reddito: per una persona sola, si ritiene orientativamente di considerare come valore soglia di inadeguatezza del reddito quello corrispondente al 60% del reddito medio pro capite regionale computato annualmente dall'ISTAT. In presenza di una famiglia con più persone tale soglia di inadeguatezza del reddito è determinata sulla base della scala di equivalenza di cui all'art. 6 del D.lgs. del 18 giugno 1998 n. 237;
- l'incapacità totale o parziale di una persona di provvedere alle proprie esigenze di vita quotidiana per inabilità di ordine fisico o psichico o l'impossibi-

lità/inadeguatezza della famiglia ad assicurare la cura necessaria a un suo componente in condizioni di dipendenza;

- la presenza di persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria per le quali si richiedono interventi assistenziali;
- l'esistenza di altri fattori e condizioni che determinano stati di marginalità ed esclusione sociale (es.: difficoltà di inserimento o reinserimento nel mercato del lavoro) o altre situazioni di bisogno anche di carattere affettivo-educativo (es.: bambini appartenenti a nuclei nomadi residenti o stabilmente dimoranti).

Nella scelta di gerarchizzazione degli interventi occorre inoltre tenere conto di due significativi fattori:

- la dimensione territoriale che può discriminare situazioni di bisogno apparentemente analoghe;
- la dimensione culturale con riferimento alle capacità di riconoscere le proprie esigenze e di ricercarne le soluzioni.

L'accertamento dello stato di bisogno si effettua mediante una ricognizione ed un'analisi globale e integrata dei bisogni e delle problematiche che interessano le persone nel loro sistema di relazioni familiari e ambientali. Oltre a rilevare la condizione oggettiva nei suoi aspetti materiali l'accertamento è volto a cogliere la dimensione immateriale, e spesso sommersa dello stato di bisogno, quale il disagio relazionale, socio-ambientale o psichico onde valutare adeguatamente i rischi insiti nella condizione vissuta dai diversi soggetti interessati e acquisire tutti gli elementi utili ad individuare il percorso di aiuto più appropriato.

L'accertamento è un'operazione complessa che richiede competenze (tecniche - amministrative - specialistiche) e professionalità diversificate e qualificate della equipe territoriale, afferente all'Ente gestore, deputata ad individuare e definire gli stati di bisogno riferiti a quel territorio. Esso differisce dall'attività di controllo diretta ad accertare l'esistenza dei requisiti in relazione all'attivazione di un eventuale intervento.

L'accertamento dello stato di bisogno richiede:

- competenza e responsabilità tecnico-professionale e amministrativa (divisione delle competenze);
- bilancio sociale individuale/familiare (analisi del capitale umano);
- coinvolgimento delle persone interessate (partecipazione);
- attenzione alle differenze etniche, culturali, di genere che incidono sulla natura del bisogno e al modo di manifestarsi dello stesso (personalizzazione);

- correttezza nella raccolta e nell'uso delle informazioni (rispetto della persona);
- attenzione alle persone più deboli;
- tempestività nell'avvio dell'accertamento.

L'accertamento deve essere svolto in tempi compatibili con la complessità e l'urgenza dello stato di bisogno e comunque in modo da coniugare sempre tempi tecnici di valutazione con l'esercizio del diritto alle prestazioni dovute da parte della persona, nell'ambito delle scadenze e delle norme previste per la loro fornitura.

Si individuano gli strumenti dell'accertamento in:

- strumenti relazionali (colloqui, ricognizioni ambientali, visite domiciliari e/o ai luoghi di vita, incontri comunitari);
- strumenti amministrativi (autocertificazioni, documentazioni e certificati riferiti alla natura della situazione).

All'accertamento delle condizioni economiche che concorrono a definire lo stato di bisogno si procede sulla base dei criteri e delle modalità previste dal D. lgs. 31 marzo 1998, n. 109, art. 2, e successive modificazioni assumendo come unità di riferimento la composizione della famiglia come definita nell'art. 1bis del DPCM 4 aprile 2001, n. 242.

L'accertamento delle condizioni economiche è finalizzato altresì a determinare la quota di partecipazione al costo, da parte dei cittadini richiedenti o dei loro familiari, di interventi e servizi collegati a determinate situazioni economiche.

3.2. La partecipazione dei cittadini alla spesa sociale

Al fine di assicurare al sistema di protezione sociale uniformità ed equità dei trattamenti su scala regionale, si individuano, nell'ambito della rete dei servizi essenziali, le prestazioni assistenziali e i servizi esclusi dalla partecipazione alla spesa (*servizi universali gratuiti*) e quelli che comportano il pagamento di una quota (*servizi universali a compartecipazione*) da parte dei cittadini che ne fruiscono.

*Servizi universali gratuiti e/o affidati all'autofinanziamento dei cittadini e alla capacità di libera iniziativa dei soggetti sociali (questi ultimi contrassegnati da *)*

Prestazioni del servizio sociale comunale	Laboratori per la Comunità*
Affidamenti e sostegno economico	Affidamento a Centri diurni per

	infanzia e adolescenza e/o Comunità di accoglienza Sostegno economico Assistenza domiciliare alle bambine e ai bambini
Centri di promozione e aggregazione*	Servizi di orientamento all'inserimento lavorativo
Micronidi familiari*	Punti ludici e ludoteche*

Servizi universali a compartecipazione

Assistenza domiciliare	Microresidenzialità sociale Servizi di prossimità Servizi di mutualità
Servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela	

La partecipazione alla spesa è definita sulla base dei seguenti parametri:

1. la condizione economica della persona e/o della famiglia di appartenenza;
2. la composizione quantitativa e qualitativa della famiglia;
3. lo stato di salute e/o lo stato di dipendenza dei soggetti;
4. le condizioni di rischio o di esclusione sociale.

Sono esclusi comunque dalla compartecipazione al costo dei servizi i soggetti di cui all'art.

23 del DPR 24 luglio 1977, n. 616

3.3. Il governo dei servizi sociali e la partecipazione ai servizi sociali

Il welfare delle libertà mette nella mani dei cittadini, compresi quelli più svantaggiati, la possibilità di costruire percorsi di emancipazione e di autoemancipazione dalle condizioni sociali, economiche, individuali che costringono all'esclusione e all'emarginazione, che costringono al bisogno. La funzione fondamentale del sistema locale di welfare che vogliamo costruire non è rispondere ai bisogni sempre più nuovi e diversi che emergono nelle fasce più deboli della popolazione, ma è la promozione di forme, metodi, politiche e strumenti capaci di sostenere il protagonismo civile ed economico dei cittadini; la partecipazione delle persone ai processi comunitari di cambiamento; la liberazione delle persone escluse o a rischio di esclusione dalle condizioni materiali, culturali, ambientali di precarietà; la liberazione dei soggetti più deboli, esposti all'abbandono, alle prepotenze, agli abusi, dalle cause che determinano le debolezze.

In questa dimensione il bisogno, in quanto tale, deve essere superato come concetto centrale nelle politiche e nella costruzione delle azioni di risposta. Non esiste bisogno sociale autentico e legittimo che non sia riconducibile alla sfera dei diritti. Occorre spostare quindi la filosofia dell'azione degli attori sociali e della pubblica amministrazione dalla dimensione dei bisogni alla dimensione dei diritti.

Da questa configurazione sistemica dell'intervento sociale, come insieme di azioni coordinate e integrate, ne deriva che i servizi sociali devono essere organizzati in modo tale che la loro programmazione e il loro governo non dipendano da un'unica "autorità", di norma situata nella Pubblica Amministrazione, ma risiedono in una dimensione poliarchica che coinvolge a pieno titolo i soggetti sociali. Ciò in coerenza ai principi di sussidiarietà e cittadinanza attiva che ridisegnano le relazioni istituzionali e sociali in termini di autonomia e responsabilità.

La pubblica amministrazione, in questo scenario, assume il ruolo di regolatore generale, di garante dei diritti e del loro reale esercizio da parte di tutti i cittadini, attraverso scelte di politica sociale orientate nella direzione di un vero atteggiamento sussidiario nei confronti delle dei cittadini. La società civile, le organizzazioni di terzo settore assumono il ruolo di cantieri aperti e attivi di promozione e costruzione della partecipazione, delle reti sociali di sostegno, della cittadinanza attiva, di una nuova economia delle relazioni nell'economia del territorio. Cantieri aperti di coltivazione dei processi di inclusione, creatori di sistemi locali per la liberazione delle persone da ogni condizione che impedisce loro di essere autentiche protagoniste delle proprie comunità locali.

3. 4. Linee generali per la conclusione degli accordi di programma

- a) Gli accordi di programma devono essere sviluppati fedelmente agli obiettivi e alle strategie del psz, oltre che agli orientamenti espressi nella presente convenzione e, per quanto qui non previsto, agli orientamenti di fondo e alle prescrizioni del Psa regionale.
- b) Ciascuno accordo deve integrarsi, laddove possibile, con gli altri accordi al fine di ottimizzare gli impegni e le risorse, nonché consentire una effettiva interazione e raccordo degli interventi nelle diverse aree di azione.
- c) Gli accordi di programma hanno, di norma una durata annuale, possono durare anche fino a tre anni, previo impegno alla verifica annuale.
- d) Gli impegni assunti in sede di accordo devono essere riconosciuti attraverso atti formali delle amministrazioni o degli enti ed organizzazioni firmatarie.
- e) Le modalità operative di funzionamento dell'accordo devono tenere conto di quanto stabilito nella presente convenzione.
- f) Gli accordi devono contenere il piano territoriale di intervento nell'area specifica di pertinenza dell'accordo medesimo, in fedeltà a quanto già stabilito nel psz.
- g) L'organo promotore dell'accordo è la conferenza dei sindaci attraverso il sindaco del Comune capoparea già individuato.
- h) L'accordo deve prevedere le forme di integrazione tra i diversi servizi con particolare riferimento al funzionamento delle Unità operative di zona.
- i) L'eventuale previsione di un collegio di vigilanza sull'accordo deve tenere conto delle funzioni attribuite alla commissione di cui all'art. 5 della presente convenzione.

3. 5. Indirizzi operativi circa i rapporti con i soggetti sociali imprenditoriali

- Per l'affidamento a terzi della progettazione, organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e socio-educativi, altre attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, l'associazione dei comuni, attraverso i comuni capoparea, agisce secondo quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art.11 della L. R. 25/97, tenendo conto delle modifiche legislative intervenute ed in conformità con le leggi nazionali e dell'unione europea. In aggiunta alle disposizioni di cui alla L. R. 25/97 commi 5 e 6 dell'art. 11 il comune capoparea, per conto della conferenza dei sindaci, nell'affidare i servizi alle cooperative sociali, procedono all'individuazione

del contraente tramite gara di appalto a concorso da aggiudicarsi sulla base dell'offerta più vantaggiosa sotto il profilo economico ai sensi dell'art. 23 comma 1 lettera b) del D. lgs. n. 157/95.

- Nei capitolati di appalto devono essere previsti criteri di qualità, tramite il cui accertamento si possa esprimere una valutazione composita sulle caratteristiche di affidabilità, sulla qualificazione operativa, sulla serietà gestionale di ciascuna delle cooperative concorrenti. Tra i criteri di aggiudicazione il prezzo non deve incidere oltre il 40% sul punteggio-coefficiente globale. In particolare sarà cura del comune capoparea adottare capitolati di gara coerenti con le prescrizioni di cui al paragrafo 7.7 pagg. 1082-1084 del capitolo 7 del Piano regionale socio-assistenziale, con specifica attenzione ai criteri della qualità.
- I prezzi a base d'asta devono esprimere sostanziale congruenza con il servizio da svolgere e con i parametri di riferimento del CCNL considerato.
- La promozione dell'inserimento sociale e lavorativo delle persone svantaggiate viene perseguita in via prioritaria attraverso le convenzioni di cui all'art. 5 della legge n. 381/91 così come modificato dall'art. 20 della legge n. 52/96.

3.6. Indirizzi operativi circa i rapporti con il volontariato

I Comuni associati intendono favorire forme di incentivazione al volontariato. In particolare, in sede di accordi di programma, a queste organizzazioni va riservato un ruolo fondamentale di azione all'interno dei territori finalizzato soprattutto a promuovere cittadinanza attiva e forme di tutela dei consumatori dei servizi sociali.

Tutte le attività che non richiedono la gestione professionale, imprenditoriale ed economica di servizi, sono affidate alle organizzazioni di volontariato, nel rispetto delle leggi regionali e nazionali vigenti in materia di convenzionamento con le organizzazioni di volontariato.

I Comuni associati intendono inoltre:

- sostenere la partecipazione attiva dei genitori e delle altre figure parentali alle attività dei nidi, delle ludoteche, dei centri ludici.
- Incentivare l'associazionismo tra famiglie per le iniziative di formazione, informazione, sensibilizzazione sulle tematiche dell'adolescenza, dell'infanzia, del ruolo genitoriale, dell'affido familiare.
- Incentivare le scuole di ogni ordine e grado che organizzano percorsi didattici o extradidattici di educazione al volontariato, in collaborazione con le associazioni del territorio

4. OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA

Il piano programmatico nasce da un'accresciuta consapevolezza dei comuni associati dell'importanza di una nuova formulazione e potenziamento delle attività socio-assistenziali, per combattere diseguaglianze ed ingiustizie, per recuperare potenzialità sommerse, per garantire diritti e opportunità, promuovere cittadinanza attiva .

Le problematiche emergenti delle nuove povertà, legate a fenomeni sempre più diffusi di esclusione e sofferenza, le difficoltà di inserimento e spesso anche di sostentamento di "categorie fragili", interventi sociali in molte occasioni concepiti come meramente riparatori, la trasformazione della famiglia (aumento delle persone che vivono sole, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità impongono una complessiva riconsiderazione della politica sociale da attuare sul territorio di competenza.

Occorre innanzi tutto dare certezza sui servizi, sulle soglie di accesso, sulle procedure e modalità di erogazione, individuandone i livelli minimi essenziali, che devono essere garantiti a tutti i cittadini in stato di bisogno. Titolare del diritto sono i cittadini che per difficoltà legate all'età, allo stato di salute, a limitazioni per stati invalidanti o malattie cronicizzate, a situazioni di disagio o emarginazione, devono avere garanzia di mezzi di sostentamento, ma soprattutto stimoli ed aiuti attraverso una rete di servizi per il superamento di tali situazioni.

Rimane in ogni caso prioritario l'orientamento alle politiche sociali attive che devono favorire e promuovere la capacità autonoma dei cittadini singoli o associati di autoorganizzarsi e di autoprodurre servizi sul territorio.

A tal proposito è fondamentale la scelta di costruire vere e proprie partnership con le imprese cooperative sociali, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, nonché con le altre formazioni della comunità che intendono collaborare alla realizzazione del Piano di zona.

Sono ritenuti prioritari quindi gli interventi in area anziani e in area infanzia e adolescenza con una diversificazione dell'intensità e della tipologia delle azioni nei singoli Comuni.

Aree prioritarie di intervento, a maggiore carattere di trasversalità, sono anche le tossicodipendenze, l'handicap, la salute mentale.

In questa dimensione assumono rilevanza i servizi finalizzati a costituire un sistema dei livelli minimi essenziali delle prestazioni sul territorio collocati nelle aree di intervento prioritarie e nel solco delle direttrici dell'innovazione indicate nel Psa regionale.

La tecnologia organizzativa delle relazioni operative tra enti e soggetti titolari delle competenze sociali e sanitarie o che devono concorrere alla realizzazione del sistema territoriale dei servizi sociali, ha come perno l'Unità Operativa di Zona.

L'U.O.Z. costituisce il momento istituzionale operativo, professionale, organizzativo di integrazione e raccordo tra interventi e servizio socio-sanitari.

Le capacità progettuali dei soggetti sociali devono incidere profondamente nella metodologia di azione degli enti locali i quali riconoscono al variegato mondo delle organizzazioni di terzo settore, un protagonismo essenziale nella costruzione di un nuovo sistema territoriale dei servizi sociali.

Il Piano di zona richiede uno sforzo collettivo e congiunto di tutti gli attori pubblici e privati nella direzione di un nuovo modo di concepire le politiche sociali, gli interventi e le prestazioni. I Comuni del territorio del **Alto Agri** sono convinti della necessità di promuovere un nuovo protagonismo dei cittadini che possa incidere anche nella capacità del territorio di accumulare capitale sociale, di produrre valore fiduciario indispensabili alle azioni di sviluppo più complessive negli altri settori dell'economia e della società.

Il Piano mette al centro delle strategie e degli obiettivi gli interessi generali dei cittadini e, quindi, dell'intera comunità e i diritti delle persone svantaggiate ad avere pari opportunità di accesso alla vita comunitaria, al lavoro, alla dimensione partecipativa più vasta che il territorio potenzialmente esprime.

Finalità generale ed estensiva del Piano è l'inclusione sociale e lavorativa di tutti i cittadini, ossia la promozione sociale, economica, culturale di tutta la comunità del territorio attribuendo alle politiche sociali una funzione strategica di primo piano nella programmazione complessiva dello sviluppo.

Il Piano di zona è innanzi tutto un processo culturale, come tale implica uno sviluppo e un progressivo perseguimento degli obiettivi da parte di tutti i soggetti coinvolti. In quanto processo il psz costituisce la prima tappa di uno sviluppo di obiettivi ed azioni che saranno più esattamente scandite nelle successive tappe, a tal fine è prevista la rimodulazione del piano ad un anno di distanza e, comunque la verifica annuale e la modulazione annuale degli interventi su una programmazione triennale.

4.1 OBIETTIVI COMUNI ALLE AREE DEL PIANO

4.1.1. Individuare criteri e modalità per l'esercizio della vigilanza e per il rilascio delle autorizzazioni

Sarà necessario mettere a punto in conformità a quanto già stabilito nel Psa regionale e con gli ulteriori indirizzi che eventualmente saranno forniti dalla regione alla luce della legge 328/2000, criteri e modalità di valutazione delle strutture e dei servizi socio-assistenziali ed educativi nell'area infanzia, anziani, handicap, del pubblico e del privato presente nel territorio, nonché i criteri per il rilascio delle autorizzazioni.

Ciò in relazione alla funzione di vigilanza sulle strutture e i servizi di competenza dei Comuni.

Per l'accreditamento delle strutture si rinvia agli indirizzi regionali a seguito degli atti di competenza del governo ai sensi della legge 328/2000.

Unità Operative di Zona

Si ritiene di dover attivare entro 2 mesi dall'approvazione del Psz e in attuazione degli accordi di programma:

- U.O.Z. nell'area anziani coincidente con l'U.V.G. distrettuale dell'Asl allargata a uno o più operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali e, nei casi stabiliti in sede di accordo o di protocollo, agli operatori del privato sociale gestori dei servizi;
- U.O.Z. nell'area infanzia adolescenza costituita da operatori del consultorio, operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, della scuola, del centro di giustizia minorile, del privato sociale che opera in ambito minorile, secondo la composizione ritenuta più opportuna e stabilita in sede di accordo o di protocollo.

Entro 6 mesi:

- U.O.Z. nell'area handicap costituita da operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, del privato sociale, del distretto sanitario, del consultorio familiare, della scuola, secondo la composizione ritenuta più opportuna e stabilita in sede di accordo o di protocollo; la diagnosi funzionale spetta alle unità multidisciplinari delle Asl: non è consentita la partecipazione alle attività di diagnosi ad operatori di strutture private.
- U.O.Z. area tossicodipendenti costituita da operatori del Ser.T, operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, della scuola, del privato sociale, secondo la composizione ritenuta più opportuna e stabilita in sede di accordo o di protocollo.
- U.O.Z. area salute mentale costituita da operatori del D.S.M., operatori del coordinamento tecnico dei servizi sociali comunali, del privato sociale, secondo la composizione ritenuta più opportuna e stabilita in sede di accordo o di protocollo.

5. PROMOZIONE OPPORTUNITA' INSERIMENTO LAVORATIVO E CONTRASTO ALLE ESCLUSIONI SOCIALI

5.1 Creare opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate prevedendo e superando l'inserimento improprio in servizi assistenziali

Tale obiettivo ha carattere generale per le aree della disabilità, della salute mentale, delle tossicodipendenze, delle aree più estese di svantaggio (detenuti, ex detenuti, immigrati in difficoltà...)

Si prevede di:

- realizzare percorsi di integrazione lavorativa mirati, con attenzione alle capacità e alle caratteristiche della persona
- sostenere le persone svantaggiate nel loro ingresso nel mondo del lavoro attraverso sostegni che aiutino a ridurre le difficoltà
- valorizzare il ruolo di integrazione sociale e lavorativa delle Cooperative sociali.

Il Comune capo area inserimento lavorativo o, in assenza, il Comune capofila dell'ambito predisporrà entro 3 mesi dall'approvazione del psz un piano territoriale per l'inserimento lavorativo dei cittadini svantaggiati che dovrà prevedere:

- la riserva da parte dei comuni di una quota non inferiore al 5% delle risorse già impiegate per l'acquisto di beni e servizi all'esterno a convenzioni con cooperative sociali di tipo B;
- una verifica dei servizi pubblici esternalizzabili ai fini dell'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati
- protocolli aggiunti specifici agli accordi di programma stipulati in attuazione degli interventi di cui al presente piano.
- L'eventuale costituzione di un SIL nel territorio (servizio di inserimento lavorativo)

5.2 Individuare e prevedere percorsi di collaborazione con il mondo della scuola

Per affrontare in termini sistemici le problematiche legate al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza non è possibile prescindere dal mondo della scuola.

In molte scuole del territorio sono attivati i Centri Informazione e Consulenza che possono porsi in una corretta ed efficace programmazione del piano di zona, come punto di snodo e crocevia fra

scuola, Comuni, Asl, famiglie e le altre agenzie del territorio (cooperazione sociale, associazionismo).

Nel rispetto delle reciproche competenze, questo spazio può costituire un'importante risorsa per favorire ed incentivare una circolarità delle informazioni per il benessere non solo dei ragazzi ma anche degli adulti.

Il Piano di zona individua nella scuola un interlocutore privilegiato sia nelle azioni di promozione del benessere scolastico e comunitario, sia perché si possa segnalare con tempestività eventuali situazioni di disagio individuale e familiare rispetto a cui intervenire con un approccio sistemico e multilaterale coinvolgendo tutte le risorse disponibili nel territorio.

Il Piano intende promuovere l'integrazione del quadrilatero formativo in una dimensione operativa di sviluppo delle attività di promozione sul territorio. Scuola, famiglia, Comuni, cooperative sociali e associazionismo, saranno chiamati a lavorare insieme per obiettivi di interesse generale.

5.3 Promuovere la risorsa famiglia

La famiglia è il luogo in cui la persona, nel tempo, stabilisce e struttura le sue relazioni sia con gli altri componenti, sia con i soggetti esterni. Essa è un intreccio di relazioni e connessioni a volte influenzate da eventi critici (separazioni coniugali, lutti, handicap, malattie invalidanti, problemi sociali) che vanno ad incidere, oltre che sul sistema psicologico della famiglia, anche sull'organizzazione e quindi sui carichi assistenziali e di cura.

Do fronte ad una famiglia che si trovi in situazione di difficoltà, il compito dei servizi non può limitarsi alla presa in carico di uno o più soggetti, ma deve esplicitarsi in una presa in carico complessiva che interessi l'intero nucleo familiare e il contesto comunitario di prossimità.

In questa dimensione il ruolo dei servizi è sempre meno di erogare prestazioni e sempre più di aiutare chi aiuta, secondo una prospettiva che permette di pensare alla famiglia come sistema con cui lavorare più che su cui lavorare.

Considerando questa sintesi è necessario sviluppare metodologie di mutuo aiuto e favorire la promozione dell'associazionismo tra famiglie.

6. PIANO SOCIALE DI ZONA PARTE GENERALE

6.1 INTERVENTI PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DELL'INFANZIA ADOLESCENZA E DELLE FAMIGLIE

Premessa

Con riferimento a quanto previsto dalla legislazione vigente, dal Piano regionale socio assistenziale ed in considerazione delle esperienze maturate, delle risorse presenti sul territorio i Comuni dell'ambito **Alto Agri** intendono sviluppare, attraverso interventi innovativi, condizioni che consentano di promuovere positivamente i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e di assicurare ai cittadini di minore età, quelle opportunità indispensabili per un adeguato processo di sviluppo umano che porti alla costruzione di personalità compiute.

Finalità principale che ci si propone è far sì che i diritti riconosciuti siano anche concretamente attuati, che le condizioni negative che tanto incidono sull'armonico sviluppo della personalità in formazione siano rimosse, che si pongano in essere condizioni di sostegno ad un itinerario evolutivo assai difficile nella società complessa in cui ci troviamo a vivere, che si realizzino ambienti e strutture che consentano a coloro che si affacciano alla vita di sperimentarsi, confrontarsi, incrementare le proprie potenzialità positive e le proprie inclinazioni, sviluppare il proprio spirito critico per poter conquistare una vera autonomia ed una autentica identità.

L'azione che si intende intraprendere attraverso i progetti, in ottemperanza agli obiettivi indicati dal Piano, vuole essere preventiva e promozionale e non solo riparativa, a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, che miri ad eliminare situazioni di disagio, che spesso si traducono in chiare condizioni di rischio, ormai già evidenti sul territorio e che portano verso devianze giovanili a volte anche gravi.

Punti forti legati all'attuazione dei progetti e al PSZ sono:

1. Concertazione tra Comuni e mobilitazione di energie e di intelligenze creative che vedano impegnati in una grande ed efficace collaborazione Enti Locali, Istituzioni, Terzo Settore in una ottica sinergica e di rete.
2. Recupero di esperienze già maturate sulle politiche sociali (L.45/99; L. 285/97; L.216/91; L.38/84; ecc.)
3. Efficacia dei progetti relativamente all'impatto con il territorio.

Nell'area della tutela e promozione dei bambini e delle famiglie sono previsti i seguenti interventi:

- Centro diurno

- Affidamento familiare
- Comunità accoglienza
- Ludoteca e punti ludici
- Assistenza domiciliare
- Nido e micro nidi

Per il dettaglio si rinvia al contenuto di ciascuna scheda specifica.

6.2 AREA INTERVENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLE PERSONE ANZIANE

Ai Comuni compete un effettivo riordino dei servizi sociali in area anziani, in particolare la riqualificazione dei servizi di assistenza domiciliare favorendo e potenziando l'integrazione con quelli sanitari, premessa indispensabile per la realizzazione concreta dell'ADI. Ai Comuni, inoltre spetta lo sviluppo di forme di coinvolgimento/confronto attivo con la popolazione anziana attraverso organismi di rappresentanza (consulte, associazioni, organizzazioni sindacali).

Alle Asl è richiesto di garantire il funzionamento e, laddove necessario, il potenziamento dei propri servizi: l'ospedalizzazione a domicilio, l'Assistenza domiciliare integrata di concerto con i servizi socio-assistenziali dei Comuni, le convenzioni con le Case di riposo per l'assistenza sanitaria e riabilitativa.

Alle Case di riposo spetta aprirsi al territorio, individuare risposte alternative e flessibili, riqualificare l'intervento e, laddove necessario, riconvertire spazi in centri diurni e/o Laboratori per la comunità.

Alle associazioni di volontariato spetta farsi portavoce dei bisogni della persona anziana e continuare l'importante azione di stimolo culturale e sociale. E' importante l'attivazione del volontariato nella costruzione di iniziative di partecipazione attiva degli anziani alla vita comunitaria.

Alle cooperative sociali è richiesta la collaborazione nei progetti, operando con sempre maggiore qualificazione e aggiornamento del proprio personale, producendo innovazione e protagonismo sociale dei cittadini.

Certamente il vero e grave problema sono i non autosufficienti e quelli solo parzialmente autosufficienti, per i quali però, occorre, un progetto in cui il principio ispiratore sia sempre "la domiciliarità" nel rispetto pieno della persona, della sua storia, del suo mondo e dei legami che ha costruito nel corso di tutta una vita.

Per "domiciliarità" non deve però intendersi soltanto la realizzazione di servizi domiciliari sempre più estesi, ma un "contesto", un "sistema relazionale" in cui, soprattutto, politici ed operatori devono credere .

Un altro errore da evitare è sicuramente la "medicalizzazione" della vecchiaia: la persona anziana non si identifica con il malato solo per il fatto di aver raggiunto un'età ragguardevole. A tutti aspetta il compito di far in modo che l'anziano sia sempre una persona, rispettata come tale, in piena e consapevole dignità.

Tra le finalità del Piano assume particolare importanza la promozione di una nuova cultura della vecchiaia, e cioè la vecchiaia vista come età positiva, piena di potenzialità e di carica progettuale, età culturale capace di seminare innovazione e nuova cultura nelle comunità che rischiano di smarrire le radici della propria storia, di perdere gli archetipi dell'identità comunitaria.

Obiettivi generali

a) Promuovere il servizio di assistenza domiciliare

Tale servizio va necessariamente riqualificato laddove esiste e avviato in termini innovativi laddove ancora non esiste. Occorre considerare che il servizio deve essere rivolto a persone anziane realmente in difficoltà e non già a persone che confondono un servizio sociale finalizzato, con prestazioni di servizio tout court. Va eliminata la modalità della preparazione del pasto caldo in luogo diverso dal domicilio dell'utente e poi trasportato presso lo stesso domicilio. Il pranzo o la cena, o la colazione sono prestazioni di un intervento più complesso che vanno prodotte all'interno del domicilio dell'utente.

b) Favorire il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle persone anziane

I bisogni di socializzazione della persona anziana sollecitano l'Ente Locale ad una valorizzazione e ad un potenziamento di servizi sempre meno facoltativi e sempre più determinanti nel mantenimento del benessere, quali: centri diurni e laboratori per la comunità per autosufficienti e/o parzialmente autosufficienti. Il ruolo del Comune dovrebbe essere soprattutto propositivo, di stimolo e di supporto iniziale, finalizzato comunque all'autogestione delle varie iniziative da parte dei diretti interessati o delle associazioni di volontariato.

c) Promuovere l'assistenza domiciliare integrata

In collaborazione col l'azienda ASL e attraverso l'accordo di programma ed eventuali protocolli operativi.

d) Ridefinire il ruolo della casa di riposo

A tal proposito sarà costituito un gruppo di lavoro tra coordinamento tecnico dei servizi sociali di zona, responsabili delle case di riposo, U.O.Z. e soggetti sociali che erogano servizi per gli anziani sul territorio, al fine di :

- verificare e ridefinire la dotazione dei posti letto
- programmazione di nuovi spazi a riconversione di una parte dei servizi
- riqualificazione degli attuali posti letto

Servizi e attività preesistenti

Dai dati analizzati risulta che hanno attivato il Servizio di Assistenza Domiciliare e di Segretariato sociale i Comuni di Marsicovetere(15), Moliterno(14), Tramutola (46), Viggiano (32), per complessivi 107 utenti. I servizi sono attuati da Cooperative sociali.

Nel Comune di Spinoso opera una Casa di Riposo dal 1 / 01/ 2000. La struttura, di proprietà del Comune ospita 50 anziani. Tra le prestazioni offerte sono da segnalare, per il loro valore di apertura verso il territorio, le prestazioni relative al Centro Diurno e quelle relative al Centro di Pronto intervento socio - assistenziale. La casa di riposo è conforme agli standard gestionali ed organizzativi previsti dal Psa regionale e dalla normativa vigente.

Viggiano ospita un Centro diurno con 30 utenti anziani . Il centro offre servizio di Mensa e attività ludico – ricreative e culturali.

A Marsicovetere, infine, è presente una Comunità alloggio, gestita da un soggetto privato, che ospita 10 utenti.

Il territorio appare carente sul versante dei servizi a fronte di una popolazione anziana in costante crescita.

Dall'analisi dei servizi emerge che l'assistenza domiciliare risponde più a bisogni di anziani autosufficienti e solo in misura residuale a quelli non autosufficienti.

I servizi e le attività previste sono:

- Assistenza domiciliare integrata/ Assistenza domiciliare non integrata
- Laboratori per la Comunità
- Sperimentazione “affido anziani” a famiglie
- Casa di Riposo (riconversione)

Per il dettaglio si rinvia alle schede specifiche allegate.

6.3 AREA INTERVENTO TUTELA E PROMOZIONE DELLE PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP

La gestione dell'handicap in età evolutiva comporta un lavoro di profonda interazione e informazione reciproca con la Sanità sia nella fase di segnalazione del bambino alla sua nascita ai Servizi socio-assistenziali di territorio, sia nella programmazione degli interventi successivi.

Impegno prioritario è la firma di un accordo di programma fra Scuola, A.S.L., Enti Locali, per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap, in modo da svolgere alcuni interventi di competenza, quali:

- l'assistenza domiciliare come momento di aiuto e sostegno al nucleo familiare;
- l'assistenza alla persona in situazione di handicap con grave limitazione dell'autonomia personale, (art. 9, legge 104/92) e/o con problemi d'integrazione sociale nel contesto in cui vive.
- Centro diurno

Dall'indagine effettuata è emersa l'esigenza di aprire almeno un Centro Diurno a favore dei soggetti disabili per offrire agli stessi e alle loro famiglie l'opportunità di un punto di aggregazione e di socializzazione ed la possibilità di un addestramento lavorativo .

Dalla stessa ricerca è emersa, anche la difficoltà (in alcune aree) per bambini e ragazzi che frequentano la scuola dell'obbligo, di usufruire degli stessi punti ludici dei normodotati (là dove esistenti) perché non sufficientemente idonei per entrambi.

Occorre lavorare ad una ricognizione completa delle barriere architettoniche presenti in tutti i Comuni per presentare un progetto organico di rimozione delle barriere a valere su fondi diversi da quelli destinati ai servizi sociali.

Occorre, inoltre, prevedere nel corso del triennio inserimenti lavorativi mirati per i disabili nel contesto dei servizi per l'inserimento lavorativo.

Per i servizi vedi schede specifiche allegate.

6.4 AREA DI INTERVENTO TOSSICODIPENDENZE POLITICHE GIOVANILI, PROMOZIONE DEL BENESSERE E RECUPERO DEL DISAGIO

Premessa generale

Il Piano nella sua impostazione in area infanzia adolescenza e anziani rappresenta un sistema di riduzione dei fattori di rischio verso condizioni di disagio e di tossicodipendenza. Occorre in aggiunta prevedere interventi più specifici in area giovanile mirati essenzialmente a promuovere le persone giovani in una dimensione attiva della partecipazione alla vita comunitaria.

Occorre in sostanza recuperare il protagonismo giovanile di cui la comunità che invecchia e che si spopola ha bisogno.

Gli interventi in questa area quindi richiedono una impostazione programmatica integrata e coordinata e non settoriale, specializzata, parziale.

Riconoscere la condizione giovanile, nella sua ambivalenza di realtà portatrice di bisogni e di risorsa per la collettività, significa produrre "politiche giovanili" capaci di cogliere la multidimensionalità del tema e dare risposte adeguate alle sollecitazioni provenienti dalle comunità locali. Sarebbe estremamente limitativo, infatti, ricondurre gli interventi per l'area giovanile - unicamente alla prevenzione del disagio o al suo contenimento.

La prevenzione di forme di comportamento anche culturali che portano verso la tossicodipendenza passano attraverso la promozione sul territorio di fattori sociali di protezione.

Compito dei Comuni è di agire sul versante della promozione e della prevenzione, integrando queste attività con l'azione di recupero svolto dai Ser.T.

Compito inoltre dei Comuni è di creare le condizioni per un inserimento sociale e lavorativo vero delle persone in uscita da percorsi di riabilitazione e recupero.

Obiettivi generali del piano sono:

- favorire la partecipazione dei giovani alla programmazione, alla gestione e alla verifica delle politiche a loro dirette
- sostenere l'aggregazione formale già esistente
- promuovere e valorizzare l'aggregazione spontanea
- coinvolgere le varie agenzie educative che lavorano con i giovani

Questo attraverso il potenziamento ed il rafforzamento entro il primo anno di piano, di un centro di promozione e aggregazione giovanile autogestito da un coordinamento di tutte le realtà del territorio che si occupano di giovani, collegato con punti di incontro organizzati in ogni comune.

Per le iniziative vedi schede specifiche.

6.5 AREA INTEVENTO SALUTE MENTALE

Affrontare il problema del disagio psichico, della malattia mentale o dell'emarginazione psicosociale significa entrare in contatto con una problematica che, nonostante i molti tentativi fatti, non ha trovato risposte adeguate ai bisogni che si presentano in questo ambito sempre più come una vera e propria **urgenza sociale**.

Non ci si riferisce solo alle patologie psichiche conclamate, ovviamente ma a tutto l'universo del disagio e dell'emarginazione psicosociale che appare in crescita esponenziale con ritmi del mutamento sociale contemporaneo.

La rete dei processi emarginanti, soprattutto nel campo del disagio psichico, richiede oggi più che mai una visione d'insieme degli interventi che non può prescindere da uno sforzo maggiore nella direzione della riabilitazione e del reinserimento sociale, pena un aggravio in termini di risposte istituzionalizzanti le quali, senza un'adeguata rete integrata di interventi ed azioni positive sul territorio, rimangono l'ultima spiaggia per contenere situazioni che si presentano con problematiche certamente più gravi e pesanti di altre forme di emarginazione e di disagio.

I tentativi di attuazione della riforma sanitaria e degli obiettivi posti dalla Legge 180/78 e dal Piano Sanitario Regionale in tema di salute mentale, mostrano oggi, a distanza di oltre vent'anni di esperienze, come sia difficile realizzare interventi che abbiano valenze diverse dalla semplice diagnosi e cura. Non si tratta evidentemente solo di un problema di carattere organizzativo riconducibile alla mancata creazione della necessaria rete di strutture territoriali sostitutive dei manicomi: il problema centrale sta ancora a monte, laddove non sembrano ancora sufficientemente mediati e sedimentati i mutamenti di ordine culturale ed operativo che negli anni settanta si erano così fortemente espressi nei riguardi dell'approccio al disagio mentale. In particolare, non sembra ancora sufficientemente consolidata, nelle progettazioni dei nuovi interventi, la consapevolezza che il **territorio** può funzionare solo se lo si intende come tale: cioè, come una **rete sinergica ed integrata** che deve farsi carico "nel complesso" del disagio da affrontare. Ciò significa che non basta riprogettare sulla carta nuove tipologie di intervento, magari inventando nuovi acronimi con cui identificare le strutture di sempre. Se la strada è, come deve essere, quella della deistituzionalizzazione bisogna operare scelte forti, nella consapevolezza che il cammino è tutto in salita e che occorre grande disponibilità,

pazienza nell'attesa dei risultati, disponibilità ad investire risorse economiche, umane, sociali e soprattutto capacità di **coinvolgimento delle varie componenti della comunità locale** per un percorso che sia realmente riabilitativo ed accogliente. La partnership tra pubblico e privato sociale si presenta come la strada ineludibile sulla quale costruire un nuovo cammino. Il Privato sociale può, in sinergia con il Pubblico, gestire **azioni territoriali innovative** che permettano di completare il quadro offerto dal servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), affiancato da uno o più centri, da case famiglia e da residenze sanitarie assistenziali, da strutture intermedie. La presenza di un Centro Diurno in un contesto sociale ripropone una dialettica inevitabile al cui interno si confrontano i termini di normalità e devianza, in un clima in cui, ancora oggi, il disagio psicosociale risente di una sorta di stigmatizzazione che contribuisce a creare un atteggiamento di rifiuto o di rimozione del problema. E' perciò fondamentale pianificare l'insediamento di una realtà riabilitativa intermedia non sulla base di parametri teorici ma con un lavoro propedeutico di analisi e di sensibilizzazione del territorio medesimo.

Gli interventi in area salute mentale saranno declinati successivamente con apposito atto integrativo al Piano di zona, previa approvazione regionale, in attesa che la Regione Basilicata definisca le competenze dei Comuni.

Dati e attività preesistenti

E' presente sul territorio del Comune di Marsicovetere una Casa Famiglia per ex lungodegenti psichiatrici.

6.6 AREA INTERVENTO PARI OPPORTUNITA'

Altro punto focale del Piano riguarda la condizione femminile e il bisogno di rendere in maniera concreta il progetto di pari opportunità per una diversa considerazione dei ruoli femminili nella famiglia e nella società. Le innovazioni intervenute nel corso degli ultimi decenni, divorzi, maternità al di fuori del matrimonio, le limitate opportunità e le maggiori difficoltà che si incontrano nella ricerca di un lavoro e non per ultimo come sia sempre più complesso e difficile sostenere il ruolo di genitore. A tal proposito è in progetto nel nostro ambito la realizzazione di uno sportello informativo che possa dare una risposta concreta a tali esigenze. L'attenzione sarà focalizzata non solo a favore dell'inserimento lavorativo, promuovendo le iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro delle pari dignità delle persone, ma anche azioni positive ai sensi delle normative legislative esistenti (L.125/91; L.215 ecc.). Rientrano nell'impianto

progettuale una nuova metodologia d'intervento a favore della donna e della famiglia come ad esempio la mediazione familiare, che fondandosi su una visione democratica della società non si pone come un surrogato del processo legale, ma costituisce una pratica innovativa, basata, su premesse di libertà svincolate da regole precostituite e che implica un'assunzione di responsabilità.

Questa metodica consente di rispondere alle richieste di modalità alternative e non istituzionali di intervento nei conflitti interpersonali sia quando questi riguardano rapporti interpersonali sia quelli tra individuo e organizzazioni.

Il ruolo del mediatore persegue finalità di solidarietà sociale a favore delle donne; il suo scopo principale consiste nell'individuare, attraverso l'incontro, il dibattito, la ricerca, l'informazione, soluzioni che rispondano ai problemi sociali femminili caratterizzati dall'intreccio tra lavoro professionale, vita familiare, figli ed altro, valorizzando quindi, il ruolo della donna nella società e migliorando, di conseguenza, la qualità della vita. Si prevedono la realizzazione di micronidi in collaborazione con il consultorio e con altri servizi educativi del territorio per favorire l'inserimento lavorativo delle donne ; inoltre e non in ultimo, un servizio di counselling psicologico e la realizzazione di servizi sociali di preparazione e di sostegno per donne vittime di mobbing, di violenza e ragazze madri.

Vedi Scheda allegata

INDICATORI DEMOGRAFICI

COMUNI	indice di invecchiamento	indice di vecchiaia	Indice demogr. di dipendenza	indice di dipend.senile	Indice di mascolinità*
GRUMENTO N.	18	114	53	28	93
MARSICOVETERE	10	46	48	15	103
MOLITERNO	16	86	51	23	92
SARCONI	17	97	55	27	96
SPINOSO	16	80	54	24	94
TRAMUTOLA	16	86	52	24	94
VIGGIANO	15	75	52	22	101
AMBITO	15	77	51	22	97
REGIONE	14	74	50	21	97
ITALIA					

* indice al 1999

AMBITO ALTO AGRI

Comuni	Popolazione residente al 31.12.99			Indicatori demografici (tassi per 100 abitanti)				
	Maschi	Femmine	Totale	Natalità	Mortalità	Saldo Naturale	Saldo migratorio	Saldo Totale
GRUMENTO N.	902	971	1.873	6,4	10,6	-4,2	-7,4	-11,6
MARSICO V.	2.355	2.294	4.649	9,6	7,0	2,6	17,2	19,8
MOLITERNO	2.300	2.497	4.797	7,1	10,8	-3,7	-3,1	-6,8
SARCONI	698	724	.422	4,2	5,6	-1,4	9,9	8,5
SPINOSO	864	922	1.786	10,0	7,3	2,8	-10,0	-7,2
TRAMUTOLA	1.572	1.666	3.238	9,9	11,7	-1,9	0,3	-1,6
VIGGIANO	1.582	1.562	3.144	8,3	10,9	-2,6	9,9	7,3
TOTALE	10.273	10.636	0.909	55,5	63,9	-8,4	16,8	8,4

1	Dati sulla popolazione residente al 31/12/2000																		
COMUNI	maschi									Femmine									TOT.
Fasce di età	< 17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	tot.	< 17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	tot.	TOT.
GRUMENTO N.	153	93	129	137	130	88	108	56	894	157	86	119	137	122	94	142	100	957	1851
MARSICO V.	587	258	367	352	341	229	165	37	2336	492	223	377	375	346	183	187	165	2348	4684
MOLITERNO	384	239	340	312	319	281	265	157	2297	357	201	308	359	334	289	291	334	2473	4770
SARCONI	158	51	104	108	79	72	80	58	710	128	47	109	101	87	77	89	84	722	1432
SPINOSO *	183	80	126	131	91	68	107	64	850	171	78	114	152	102	72	130	99	918	1768
TRAMUTOLA	331	156	237	228	195	165	154	98	1564	289	172	228	243	197	165	188	190	1672	3236
VIGGIANO	321	173	244	238	196	138	159	106	1575	310	129	217	251	187	144	189	151	1578	3153
AMBITO	2117	1050	1547	1506	1351	1041	1038	576	10226	1904	936	1472	1618	1375	1024	1216	1123	10668	20894
REGIONE																			
ITALIA																			

2	POPOLAZIONE RESIDENTE OLTRE I 65 ANNI			
COMUNI	POP>65	POP>75	POP. TOT	%
GRUMENTO N.	406	156	1851	21,93
MARSICO V.	554	202	4684	11,83
MOLITERNO	1047	491	4770	21,95
SARCONI	311	142	1432	21,72
SPINOSO	400	163	1768	22,62
TRAMUTOLA	630	288	3236	19,47
VIGGIANO	605	257	3153	19,19
AMBITO	3953	1699	20894	18,92
REGIONE	0	0	0	
ITALIA	0	0	0	

3	DATI POPOLAZIONE INFERIORE A 17 ANNI		
COMUNI	POP. < 17	POP. TOT	%
GRUMENTO N.	310	1851	16,75
MARSICO V.	1079	4684	23,04
MOLITERNO	741	4770	15,53
SARCONI	286	1432	19,97
SPINOSO	354	1768	20,02
TRAMUTOLA	620	3236	19,16
VIGGIANO	631	3153	20,01
AMBITO	4021	20894	19,24
REGIONE	0	0	
ITALIA	0	0	