

## INTRODUZIONE

1. Il primo Piano socio-assistenziale (PSA) segna, insieme alla legge regionale di riordino n.25 del 19 maggio 1997, una svolta nella storia della Regione Basilicata: alle politiche sociali viene attribuito un valore strategico all'interno di una prospettiva più complessiva di sviluppo del territorio. Ciò significa che il Piano non ha un puro significato di risposta ai bisogni (quelli amministrativi e programmatori degli Enti Pubblici, quelli socio-assistenziali della popolazione), ma si configura come progetto di politiche sociali attive.

Vale a dire un piano che sia l'insieme delle azioni (interventi, servizi, programmazione, produzione legislativa, metodologie, ecc) ben coordinate e integrate, che concorrono alla promozione umana e allo sviluppo delle comunità locali, nonché all'integrazione sociale dei cittadini svantaggiati, e che avviano processi di inclusione sociale, soprattutto attraverso il sostegno alla capacità autoorganizzativa dei cittadini.

Siamo, come si vede, di fronte ad un approccio diverso: un Piano socio-assistenziale che di fatto è un Piano per le politiche sociali attive. Questo lavoro, quindi, è lo strumento-programma per rilanciare azioni innovative, partecipate, socialmente condivise, che siano capaci di produrre ricchezza sociale superiore alle risorse collettive impiegate; che siano capaci di indicare le strategie operative per la creazione di nuovo lavoro, per l'impiego produttivo delle persone "ai margini", per mobilitare risorse della società civile. E' un investimento pubblico il cui ritorno non si riduce ad una fotografia della situazione, ad una analisi delle prospettive, ma può produrre un profitto sociale utilizzabile in funzione dello sviluppo complessivo delle popolazioni e dei territori.

Tutto questo significa, in primo luogo che i servizi sociali vanno assoggettati all'innovazione. Il Piano, quindi, si presenta quale strumento utile a sviluppare e innovare il sistema socio-assistenziale regionale. Non è facile, in ogni caso, innovare un sistema per certi versi senza storia, strutturalmente debole e fondato su risorse eccessivamente scarse. Per innovazione, quindi, intendiamo soprattutto ricostruzione su basi nuove di un sistema che in parte c'è, ma non si vede; in parte non c'è, ma viene teorizzato. Gli interventi e i servizi sociali in Basilicata non nascono, originariamente, da politiche, ma da azioni imitative di altre esperienze extraregionali. Ci troviamo oggi di fronte un sistema regionale socio-assistenziale molto parlato (nei documenti, nelle leggi, nei progetti-obiettivo, nei convegni...) e poco agito (nei territori, nelle sedi di erogazione, nei momenti della programmazione...). Il primo nodo da sciogliere riguarda le risorse. In un contesto di politiche sociali attive il concetto di risorsa assume una connotazione semantica e pragmatica estesa. In questa estensione occorre trovare i punti di aggancio al possibile. La soglia del possibile va spostata verso l'alto

soprattutto attraverso nuovi atteggiamenti di governo e una cultura della cittadinanza compatibili con percorsi di vera innovazione sociale.

Il Piano, perciò, non prescinde dalle premesse storiche che sono alla base dell'attuale evoluzione delle politiche sociali e del vigente sistema socio-assistenziale. La Basilicata sconta una serie di ritardi nel campo delle politiche sociali riconducibile a ragioni storiche che sono state opportunamente indagate per capire da quale punto e prospettiva partire per rendere meno faticoso e lungo il processo di cambiamento che questo lavoro può e deve attivare.

In questa sede abbiamo analizzato, tra l'altro, la distribuzione territoriale della popolazione e la collocazione geografica degli insediamenti urbani; le dinamiche socio-demografiche; la struttura della popolazione; la cultura di governo nel campo delle politiche e dei servizi sociali; le caratteristiche socio-antropologiche del territorio; le attività economiche e gli indicatori di sviluppo; il quadro storico degli interventi legislativi.

2. Il Piano è, anche, lo strumento che accompagna, unitamente agli altri provvedimenti e determinazioni previsti dalla legge, l'attuazione del nuovo ordinamento dei servizi e degli interventi socio-assistenziali nella Regione Basilicata, nonché la transizione verso il nuovo assetto organizzativo e operativo coerentemente a quanto contenuto nel decreto legislativo 112/98 e nel disegno di legge governativo "Disposizioni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Il Piano, inoltre, è intimamente legato alle disposizioni contenute nella legge regionale n. 25/97 di riordino del sistema socio-assistenziale.

La filosofia e la cultura operative di fondo che sostengono le proposte di Piano sono riconducibili al concetto di "politiche sociali attive".

Per mantenere una aderenza alla realtà, in questi anni di evoluzione sociale accelerata e complessa, il Piano ha un carattere processuale, aperto ad aggiornamenti anche durante la sua attuazione.

In conclusione di questa breve premessa elenchiamo di seguito i punti fondamentali a base delle strategie formulate:

- **Equità** - assicurare uguale accesso a servizi di qualità elevata e superare gli squilibri territoriali.
- **Accettabilità** - assicurarsi che la strategia sia compresa ed accettata dalla popolazione

- **Integrazione** - coinvolgere le diverse organizzazioni, le diverse istituzioni, in strategie integrate e collaborative di intervento
- **Sistemi informativi** - sviluppare sistemi che siano in grado di identificare i bisogni di assistenza sociale della popolazione, di reinterpretarli in funzione di politiche attive di sviluppo civile e culturale del territorio; nonché in grado di misurare l'impatto dei servizi erogati
- **Investimenti** - concepire, e tradurre in azioni concrete, le risorse erogate per servizi socio-assistenziali, come investimento in politiche e azioni di sviluppo più complessive.
- **Formazione** a tutti i livelli - assicurare che il personale e le competenze corrispondano ai compiti che devono essere eseguiti.
- **Cittadinanza sociale attiva** - mettere in campo azioni che promuovono e favoriscono la nascita di iniziative autonome in ambito sociale da parte dei cittadini singoli e associati.



# **CAPITOLO 1**

## **IL CONTESTO NORMATIVO RILEVANTE**

## **1.1 - ATTUALI ASSETTI ISTITUZIONALI DOPO LE RIFORME DEGLI ANNI NOVANTA ALL'INTERNO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.**

Nei primi anni Novanta assistiamo a significative opportunità di riordino nelle amministrazioni pubbliche locali, in particolare con:

- la legge 142/90 (riforma delle autonomie locali);
- la legge 241/90 (nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi);
- il D L.vo 502/92 (riforma del SSN);
- il D L.vo 504/92 (finanza territoriale);
- il D L.vo 29/93 (riforma del pubblico impiego);
- la legge 81/93 (riforma elettorale per Comuni e Province)

Nessuno di questi provvedimenti modifica sostanzialmente il quadro delle competenze nel settore dei servizi socio-assistenziali rispettivamente agli anni 80.

Ciò che accade , invece, è il profondo cambiamento istituzionale ed organizzativo delle amministrazioni pubbliche locali che, in seguito, avrà ripercussioni sul settore dei servizi socio-assistenziali., in particolare con il decreto legislativo 112/98, con le recenti iniziative legislative del Governo in materia di politiche socio-assistenziali ( disegno di legge per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, decreto legislativo 237/98). In Basilicata la legge regionale 25/97, rappresenterà l'evoluzione a livello dei servizi sociali dei cambiamenti istituzionali e organizzativi introdotti dalle riforme dei primi anni Novanta.

### **1.1.1 - I cambiamenti istituzionali ed organizzativi negli Enti gestori**

#### *I Comuni*

Il Comune è stato oggetto di profondi cambiamenti che hanno riconfigurato la sua natura.

Innanzitutto ai Comuni è stata riconosciuta l'autonomia statutaria e cioè l'autorità di stabilire le norme fondamentali per l'organizzazione dell'ente ed in particolare le attribuzioni degli organi, l'ordinamento degli uffici e dei servizi pubblici, le forme di collaborazione tra Comune e Provincia, la partecipazione popolare, il decentramento, l'accesso dei cittadini alle informazioni ed ai procedimenti amministrativi.

In una parola i Comuni, attraverso i loro statuti, hanno ora un'elevata quota di capacità di autorganizzazione interna.

Per i Comuni inoltre si è avuto il passaggio da Enti che garantiscono il rispetto dei diritti dei cittadini a Enti che erogano servizi per soddisfare i bisogni della collettività e del cittadino.

Ciò è visibile nel riconosciuto potere di disciplinare l'ordinamento dei servizi pubblici (compresi i servizi socio-assistenziali) assegnato ai Comuni.

Le opzioni a loro disposizione sono:

- gestione diretta del Comune;
- in associazione con altri Comuni ;
- delega alla USL.

Il Comune, quindi, ha la possibilità di scegliere per ogni tipologia di intervento la modalità di gestione migliore tra le diverse a sua disposizione. .In particolare, per gli interventi che decide di gestire direttamente, può scegliere tra le forme di gestione che la legge 142/90 prevede per i servizi del Comune. La legge regionale 25/97 inoltre, individua altre modalità:

- direttamente
- in forma associata tramite delega all'Azienda USL, ai sensi dell'art. 3, comma 3, D.L.vo 502/92 e successive modificazioni;
- con delega individuale all'Azienda USL.

### Le Province

I cambiamenti che hanno riguardato l'ordinamento dei Comuni si possono estendere anche per le Province. Relativamente al settore dei servizi socio-assistenziali, però, la legge 142/90 nell'elencare le funzioni delle Province non nomina più le competenze socio-assistenziali e pertanto di fatto disegna un assetto che attribuisce tali funzioni ai Comuni. Tuttavia la legge 142/90 nulla ha disposto in merito alle modalità concrete per l'assunzione da parte dei Comuni delle funzioni che prima spettavano alle Province (tempi, passaggio delle risorse finanziarie e di personale). Ne è derivata una notevole incertezza interpretativa, che ha creato contenziosi tra Province e Comuni, e sospensioni negli interventi agli utenti.

La situazione è sembrata sbloccarsi allorché alcune Regioni hanno legiferato per attuare il disposto del 142/90 e far esercitare ai Comuni le competenze socio-assistenziali delle Province. Ma nei primi mesi del 1993 un provvedimento nazionale (la legge 18/3/93 n.67) ha annullato tale processo restituendo alle Province le originarie funzioni assistenziali. Per alcuni anni abbiamo quindi assistito alla frammentazione delle competenze tra Province e Comuni nella gestione dei servizi socio-assistenziali laddove più volte si è dimostrata la pratica "incompetenza" della Provincia in materia di servizi che essendo dedicati alla persona e alla famiglia possono trovare la giusta collocazione solo nella dimensione locale.

Sia il d.l.vo 112/97, sia la legge regionale 25/97 hanno, infine, fatto chiarezza sulle funzioni della Provincia assegnando ad essa compiti di collaborazione. In particolare la legge 25/97 prevede una funzione di supporto nella predisposizione e attuazione del Piano socio-assistenziale,

nell'attuazione del sistema informativo. In ogni caso le province assumono un ruolo nella promozione e gestione di iniziative di formazione.

### Le IPAB

Con il DPCM 6/2/90 sono state date direttive alle Regioni riguardanti il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle IPAB che ne facciano richiesta.

Tale provvedimento fa seguito ad alcune precedenti sentenze della Corte costituzionale (173/81, 195/87) che avevano già riconosciuto la natura solo formalmente pubblica delle IPAB e soprattutto alla sentenza 396/88 che ha configurato come un vero e proprio diritto quello delle IPAB ad ottenere il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato "ove abbiano requisiti tali da poter continuare ad esistere come persone giuridiche private".

La perdita della natura giuridica di ente di diritto pubblico fa venire meno il diritto, prima riconosciuto alle IPAB, di partecipare alla programmazione regionale e locale dei servizi socio-assistenziali.

Il frequente inserimento di diritto nella programmazione regionale e locale è attenuato nella più generica possibilità, riconosciuta agli Enti, in possesso di predeterminati requisiti e standard e richiedenti l'idoneità al convenzionamento, di partecipare alla programmazione regionale e locale se e in quanto in grado di colmare le carenze presenti nel sistema pubblico.

Si rimane in attesa della revisione, da parte del Governo, della disciplina delle IPAB. E' prevedibile, in ogni caso, la trasformazione delle IPAB in associazioni o fondazioni, qualora queste risultino attive ed operino in coerenza con le finalità statutarie. In questo caso le IPAB dovranno essere inserite nella rete di protezione sociale secondo la programmazione regionale. In caso contrario, ossia qualora risultino esaurite le finalità istitutive, o risultino inattive da almeno un biennio, è prevedibile lo scioglimento con conseguente accorpamento delle funzioni ai servizi dei Comuni e delle Aziende USL.

### Le Aziende USL

La riforma sanitaria va inquadrata in un disegno più ampio di ripensamento delle politiche pubbliche nel nostro paese, stretto nella morsa del debito.

Il contesto di fondo è radicalmente diverso da quello che caratterizzò la genesi del SSN con la legge 833/78.

Allora al Centro del dibattito si collocavano ragioni di ordine politico-valoriale, che spingevano all'estensione e al consolidamento dello Stato sociale; oggi al contrario si impongono ragioni di equilibrio finanziario e di efficienza nelle politiche pubbliche.



Ciò che si è verificato di fatto finora è che, al di là dei pronunciamenti di principio della legge 833/78, il sistema vedeva i bisogni come variabile indipendente (autodeterminata) e la spesa come variabile dipendente (determinata dal grado di soddisfacimento dei bisogni).

Il D.L.vo 502/92 ribadisce con forza, prevedendo e imponendo dei meccanismi inappellabili, la logica economica istituzionale prevista già nella 833/78 ma che era stata disattesa nei fatti: la spesa è la variabile indipendente (definita annualmente dal decisore politico) mentre il soddisfacimento dei bisogni è la variabile dipendente (massimizzazione dei benefici ottenibili dai finanziamenti a disposizione).

Questo comporta la piena responsabilizzazione economica d'ogni livello istituzionale e l'abolizione di qualsiasi meccanismo di finanziamento a piè di lista.

Il D.L.vo 502/92 abbraccia con decisione questo approccio, imponendo alle Regioni la piena responsabilizzazione finanziaria sulla spesa, obbligando queste ultime a provvedere con mezzi propri per eventuali disavanzi.

La riforma del SSN si è però resa necessaria anche per motivi di funzionamento interno del sistema e non solo per i problemi che una spesa sanitaria praticamente incontrollabile ha provocato sui conti pubblici.

Nel suo primo decennio di funzionamento il SSN ha ottenuto risultati giudicati in parte insoddisfacenti dagli esperti e dagli operatori del settore.

Le principali ragioni di ordine istituzionale ed organizzativo che stanno alla base di questo giudizio negativo possono essere così riassunte:

- il numero delle USL presenti sul territorio nazionale era eccessivo (651) e la loro dimensione era limitata (195 erano le USL la cui popolazione risultava inferiore a 50.000 abitanti): questo ha portato le USL ad essere considerate veri e propri centri di potere locale con la frequente nomina di politici, a volte, con scarsa esperienza amministrativa;
- si verificavano continue dispute fra i diversi livelli del sistema soprattutto per quanto concerne la definizione dei compiti e la ripartizione delle risorse finanziarie;
- ogni decisione riguardante l'attività dell'USL con l'ambiente esterno era assunta con delibera del Comitato di gestione (si parla di burocratizzazione dell'USL) e di conseguenza l'organo politico è stato coinvolto in attività di gestione amministrativa piuttosto che in attività di pianificazione strategica, generando un grave fenomeno di deresponsabilizzazione essendo difficile stabilire confini reali tra ruolo amministrativo e ruolo politico;
- la scelta di attribuire le funzioni di direzione ad un organo collegiale quale l'Ufficio di Direzione ha complicato il processo decisionale, impedendo spesso il raggiungimento del consenso sulle decisioni più critiche e la mancanza di linee gerarchiche sia verso l'alto che verso il basso ha costituito un serio problema per i Coordinatori Sanitari e Amministrativi;

- l'assenza di autonomia istituzionale delle USL (non avevano personalità giuridica né autonomia patrimoniale) nei confronti dei Comuni ha influenzato negativamente la gestione del patrimonio immobiliare delle USL, formalmente di proprietà dei Comuni.

Il D.Lgs. 502/92 avvia la trasformazione delle USL di circa 50/200 mila abitanti in USL di dimensione più che doppia, "di norma" su base provinciale.

La motivazione è di pervenire così a strutture amministrative dove si realizzano migliori "economie di scala" (ad esempio perché si concentrano gli acquisti per un numero maggiore di servizi) e si ottiene un territorio contenente tutte le tipologie di servizi sanitari, cioè una rete di scambi facilitati tra presidi.

Con la legge di riforma il potere dei Comuni è fortemente indebolito a vantaggio del livello di governo regionale. La nuova USL non è più espressione dei Comuni ma *Azienda della Regione* da cui riceve gli indirizzi fondamentali. Sono stati eliminati l'Assemblea Generale e il Comitato di Gestione e tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'USL sono ora riservati al *direttore generale* che viene nominato dalla Giunta Regionale. Il direttore generale a sua volta nomina, scegliendoli direttamente, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e, dove previsto, il coordinatore dei servizi sociali.

Il direttore generale è responsabile dei risultati complessivi dell'azienda e, di conseguenza, è investito dei pieni poteri gestionali.

Al livello comunale è stato lasciato un ruolo di rappresentanza della domanda del territorio di appartenenza che istituzionalmente avviene in seno alla rappresentanza dei Sindaci.

La rappresentanza dei Sindaci è chiamata a esprimere pareri consultivi, in particolare in ordine alla programmazione aziendale e ai bilanci preventivi e consuntivi. Questi pareri vengono espressi al direttore generale e inviati, per conoscenza, alla Regione.

Inoltre, la responsabilizzazione finanziaria della Regione, mette questo ente nella condizione di dover pretendere il massimo rispetto dei propri indirizzi da parte delle aziende del sistema sanitario regionale.

Quindi dal momento che la Regione nomina i direttori generali e che finanzia le USL in un regime di piena responsabilizzazione finanziaria reciproca, inevitabilmente il vero interlocutore delle aziende diventa il livello regionale.

Alcune regioni, ritenendo importante il ruolo dei Comuni nel governo della Sanità, stanno cercando, all'interno delle proprie leggi di organizzazione dei sistemi sanitari regionali, di recuperare il peso relativo di cui possono disporre le municipalità. Questo soprattutto in tema di distretti socio-sanitari e di integrazione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Per raggiungere questo scopo la strategia istituzionale seguita è quella di istituire conferenze dei Sindaci per i singoli distretti o per territorio dell'Azienda e di insistere sulla necessità che i

Comuni deleghino i propri servizi assistenziali, e i relativi fondi alle USL. Per alcuni la presenza di un organo di indirizzo municipale a livello di distretto, e la responsabilità di quest'ultimo per la gestione dell'assistenza con soldi trasferiti da parte dei Comuni, non può che rilanciare il ruolo di questi ultimi.

In Basilicata, però, al di là del tentativo di recuperare un ruolo del comune nel governo territoriale della sanità, il problema posto è stato quello di recuperare una responsabilità piena e operativa dell'ente nel campo dei servizi socio-assistenziali. La necessità primaria è stata quella di favorire la gestione diretta da parte dei Comuni dei servizi sociali. Non quindi la delega alla Ausl, ma la gestione diretta e consapevole nel quadro di un'azione programmata di coordinamento, collaborazione, integrazione tra comune e Azienda USL. In tal modo, nell'ottica dell'integrazione necessaria tra servizi sanitari, socio-assistenziali ad alta valenza sanitaria e socio-assistenziali, i Comuni riacquistano uno spazio proprio e determinante anche nel governo territoriale della sanità. In primo luogo perché gli attori si parlano da posizioni di autonomia in ordine a funzioni e competenze specifiche che però devono necessariamente incontrarsi anche in una dinamica di interdipendenza.

## **1.2 - L'ASSETTO ISTITUZIONALE PER I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI IN BASILICATA: per un approccio alternativo tra aziendalismo e dicotomia istituzionale.**

Una delle questioni rilevanti è la delega dei servizi da parte del Comune all'Azienda USL. Infatti l'evoluzione normativa, a partire dalla legge 142/90, definisce con chiarezza la competenza comunale per i servizi socio-assistenziali, negando la possibilità di imporre la delega a favore dell'AUSL. Sia il Comune, sia l'AUSL sono però al Centro di un incisivo processo di aziendalizzazione, che rischia di rilanciare il problema dell'integrazione e della delega sotto un'altra prospettiva: le convenienze aziendali, sia in termini di efficacia, sia in termini di efficienza possono fungere da determinanti uniche nella scelta di delegare da parte del comune o di cercare di farsi delegare da parte dell'USL. Nella definizione degli assetti ci troviamo di fronte a due possibili approcci rispetto ai quali è necessario formulare un'alternativa soprattutto per quanto riguarda la Regione Basilicata. L'approccio aziendalistico rimanda alle convenienze aziendali la scelta di determinare l'assetto istituzionale e dei rapporti tra gli attori. Le convenienze aziendali, soprattutto se vincolate in un quadro normativo burocratizzato, non sempre e non necessariamente coincidono con una buona politica dei servizi che tenga conto dei risultati estesi in termini di risposta ai bisogni sociali e sanitari della popolazione. Alcune volte, anzi, è possibile che le convenienze aziendali fondate esclusivamente su indicatori e parametri di carattere economico-finanziario, prevalgano sul buon servizio e su altre tipologie di convenienza. Si tratta di definire, alla luce delle finalità pubbliche sia dell'azienda sanitaria sia dell'azienda comune, quale debbano essere gli indicatori di convenienza. Sostenere che la politica dei servizi sociali e sanitari adottata dagli Enti debba riferirsi a criteri di efficienza e di efficacia è lapalissianamente accettato. I problemi nascono quando la macchina è efficiente, ma non altrettanto efficace. Molte volte, nell'azione orientata da esigenze aziendali in ambito pubblico, prevalgono l'efficienza finanziaria ed economica, un po' meno quella produttiva, non già l'efficacia. L'efficacia, ossia la capacità di conseguire l'obiettivo, in questo caso dipende dall'efficienza. L'efficacia è la capacità di fornire servizi sociali e sanitari secondo le attese dei cittadini. Il processo di produzione dei servizi non parte da un obiettivo di efficacia, ma da un obiettivo di efficienza, per cui il valore e l'impatto del risultato finale derivano da un calcolo ex post e non già ex ante. Abbiamo così che la qualità e la quantità della risposta ai bisogni sociali e sanitari (variabile dipendente) è funzione dei costi (variabile indipendente). Questo rapporto non è rovesciabile, tuttavia è possibile ottimizzarlo e renderlo compatibile con obiettivi di maggiore equilibrio tra efficienza ed efficacia. L'approccio di tipo aziendale seppure contiene indicatori utili per la scelta di delegare o meno i servizi non è sufficiente né sempre conveniente. Questo approccio trova ampi spazi di ragionamento nella dicotomia istituzionale ASL-Comune.

Un ragionamento dicotomico riduce gli spazi di riflessione in ordine alla scelta che i Comuni sono chiamati a fare, e non favorisce soluzioni innovative e di rete. In Basilicata per esempio, nel momento in cui occorre scegliere tra l'esercizio diretto delle funzioni socio-assistenziale e l'esercizio delegato, la maggior parte dei Comuni ha adottato argomentazioni di convenienza burocratica-amministrativa da un lato e motivazioni di opportunità finanziaria dall'altro. Il risultato è stato la non scelta in quanto per molti Comuni la situazione è rimasta invariata: chi aveva la gestione diretta l'ha mantenuta e viceversa. Ciò è accaduto in una situazione di deresponsabilizzazione politica e amministrativa che si è determinata anche in seguito alla gestione delegata dei servizi. Di fatto la delega alle Ausl ha costituito un alibi per non affrontare problemi anche gravi del territorio e delle popolazioni. Le Aziende USL dal canto loro non hanno attribuito ai servizi socio-assistenziali il necessario peso specifico ed hanno disatteso, almeno in parte, le aspettative sia dei Comuni sia delle popolazioni, creando squilibri territoriali in termini di servizi garantiti e di risposte ai bisogni. I dati dimostrano che le Aziende USL non sono riuscite a spendere tutte le risorse loro assegnate per le attività socio-assistenziali. Per contro, i Comuni che avevano la gestione diretta hanno speso il triplo dei fondi assegnati integrando le disponibilità regionali con risorse proprie di bilancio. Questo dato sta a dimostrare che la gestione diretta delle attività socio-assistenziali è la condizione strutturale perché vi sia da parte dei Comuni un atteggiamento culturale e di governo responsabile verso le politiche socio-assistenziali. La riflessione aperta negli anni 1996-97 ha fatto emergere altri determinanti fattori di influenza sulla decisione dei Comuni lucani in ordine alla delega dei servizi socio-assistenziali. L'assenza di una cultura delle politiche sociali nell'apparato amministrativo, l'incapacità di attribuire ai servizi sociali il peso specifico nelle strategie e negli obiettivi di governo del territorio, oltre alla scarsa attenzione alle politiche sociali derivata, anche, da una deresponsabilizzazione causata dalla cultura e dalla prassi della delega. In questa situazione è da segnalare in aggiunta la carenza o l'assenza di risorse di bilancio dedicate disponibili nei singoli Comuni, la difficoltà ad avviare iniziative congiunte in forma associativa di programmazione ed implementazione dei servizi, la carenza di precisi orientamenti e punti di riferimento amministrativi in una fase di transizione. Molti Comuni non avevano informazioni, conoscenze, strumenti, strutture, personale qualificato per affrontare seriamente la questione dei servizi sociali ipotizzando anche una gestione diretta.

Per altri, tuttavia, la situazione si è andata modificando nella direzione della gestione diretta. Per questi Comuni il fattore scatenante la scelta è stato quello della cooperazione sociale.

Oltre alla cooperazione sociale, altri soggetti debbono essere coinvolti nello sviluppo e negli interventi di inclusione sociale: utenti, associazioni di familiari, Associazioni di Volontariato, sindacati etc., nell'ottica di valorizzare i soggetti a bassa contrattualità sociale.

Negli ultimi anni, infatti, attraverso la costruzione e il potenziamento delle reti sociali, si sono affacciati sullo scenario sociale non solo le Cooperative Sociali di tipo A (erogatrici di servizi), ma lavoratori di imprese sociali, cooperative di tipo B, gruppi di self-help. Sono tutti soggetti che, attraverso il lavoro si stanno riappropriando dei diritti di cittadinanza, emancipandosi da vecchie e nuove tutele dei servizi socio-assistenziali e sanitari pubblici e privati.

Tale processo, che in Basilicata è solo agli inizi, va sostenuto ed accompagnato con strumenti legislativi adeguati.

## **1.3 - RIFORME E NUOVE POLITICHE DEI SERVIZI SOCIALI**

### **1.3.1 - Il riordino del sistema socio-assistenziale in Basilicata: la legge 25/97**

L'esigenza di pervenire alla formulazione della legge di riordino del sistema socio-assistenziale è scaturita dal delinarsi a livello nazionale ed europeo di un nuovo contesto normativo che ha imposto una più approfondita riflessione sulla organizzazione dei servizi socio-assistenziali e sulla loro capacità di rispondere ai bisogni dell'utenza e che ha collocato l'Ente Locale al Centro delle politiche sociali.

In assenza di una legge quadro sulla riforma dell'assistenza, la Regione Basilicata ha disciplinato la materia con la L.R. n. 50/80 consentendo alle UU.SS.LL. di gestire le funzioni socio-assistenziali attribuite ai Comuni dal D.P.R. 616/77.

Successivamente la L.R. n. 26/85 ha permesso ai Comuni di chiedere la delega per la gestione anche parziale di tali servizi.

Bisogna precisare che la L.R. 50/80 già presentava tra i suoi obiettivi la gestione coordinata ed integrata dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari e, probabilmente si riteneva che la U.S.L. potesse garantire la programmazione e l'organizzazione dei servizi secondo tale ottica.

Ma in questo contesto è venuto a mancare l'apporto del Comune, l'ente territoriale a più stretto contatto con il cittadino e quindi lo strumento più idoneo per raccogliere le istanze e i bisogni dell'utenza.

Il nuovo ordinamento delle autonomie locali, attivato con la L. 142/90, introducendo modifiche sostanziali alla organizzazione dei Comuni, ha restituito agli stessi le funzioni amministrative che riguardano, tra l'altro, il settore organico dei servizi sociali.

Il nuovo Comune, delineato dal legislatore, viene ad assumere un ruolo determinante nelle politiche sociali; configurandosi come recettore attento alle problematiche della comunità, contribuisce a rafforzarne l'identità attraverso la rimozione delle cause di disagio e la valorizzazione delle risorse presenti.

Nell'esercizio di una funzione sempre più attiva e propositiva, la comunità locale può assumere un significato rilevante nella programmazione degli interventi e nella loro realizzazione, promuovendo un dialogo operativo con le espressioni più attive del territorio quali le Cooperative Sociali e le Associazioni di Volontariato le cui specifiche modalità di apporto e di accordo con il sistema socio-sanitario e socio-assistenziale sono state individuate nelle leggi regionali di settore (L.R. 39/92 e L.R. 38/93) sulla base dei principi ispiratori della L. n. 381/91 sulla cooperazione sociale e della L. 266/91 sul volontariato.

Nell'ambito sanitario, profonde mutazioni sono state introdotte dal D.L.vo n. 502/92 che, avviando un processo di riforma del sistema sanitario, ha imposto una ristrutturazione nell'ambito del sistema socio-assistenziale facendo, fra l'altro, chiarezza sulle competenze. Infatti, prevede che le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. possono assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali solo su delega dei singoli Enti Locali, con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. Le competenze di tipo sanitario rimangono, invece, assegnate alle UU.SS.LL..

Appare evidente come sia emersa l'esigenza di avviare un processo di cambiamento teso a ridisegnare il sistema socio-assistenziale sulla base del nuovo quadro normativo, del diverso orientamento delle politiche sociali e alla luce di una più moderna concezione della persona e del suo stato di salute-benessere.

In questo scenario la legge di riordino del sistema socio-assistenziale assume la funzione di dettare un modello organico di programmazione degli interventi e di rideterminare il nuovo assetto organizzativo ed istituzionale, a partire da una puntuale individuazione e differenziazione delle competenze, dei vari livelli di intervento e dei soggetti ed attori istituzionali e non. E' questo, infatti, il presupposto per una organizzazione sistemica dei servizi che realizzi forme integrate di intervento in grado di offrire all'utente risposte globali e non parcellizzate.

Le idee-guida che hanno ispirato la legge in questione, possono essere sintetizzate come di seguito:

- Convergenza tra sociale e sanitario, attraverso il superamento dell'aspetto assistenzialistico e custodialistico nell'ambito socio-assistenziale e dell'approccio organicistico, concentrato nel momento curativo, nell'ambito sanitario;
- Configurazione di un nuovo assetto istituzionale organizzativo che, nel rispetto degli interessi della comunità, tenga conto della centralità degli Enti Locali, in particolar modo dei Comuni, nello sviluppo delle politiche sociali, evitando nel contempo la parcellizzazione e la frammentarietà dei servizi offerti. L'art. 11 della legge individua nella gestione associata ai sensi della L. n. 142/90, la forma più idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle attività socio-assistenziali; inoltre ai fini di un funzionale raccordo con il settore sanitario, lo stesso articolo comma 3, prevede che gli ambiti territoriali di riferimento delle riforme associative dei Comuni, dovranno tener conto dei distretti sanitari di base e comunque rientrare entro i confini delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL.
- Integrazione e coordinamento con i soggetti del "privato sociale". Nell'articolo 15 le Cooperative Sociali vengono identificate come soggetti privilegiati che, per le specifiche finalità si caratterizzano a gestire i servizi socio-sanitari ed educativi. Nell'art. 14 viene



riconosciuta la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo sociale;

- Adozione di un approccio globale di tipo sistemico che consente di far fronte alla elevata complessità, dovuta alla molteplicità ed eterogeneità dei bisogni e alla presenza di numerosi soggetti gestori pubblici e/o privati preposti, che riesce a garantire l'integrazione e il coordinamento dei vari interventi e a offrire risposte unitarie alla persona considerata come unità psicosomatica inserita in un contesto di relazioni significative.

La legge, nel ribadire la titolarità dei Comuni relativamente alle funzioni socio-assistenziali, evidenzia la funzione pianificatoria della Provincia nell'ambito del proprio territorio; per assicurare un servizio integrato l'Azienda Sanitaria U.S.L. è tenuta a fornire prestazioni sanitarie. Inoltre sono a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali (D.P.C.M. 8.8.1985).

In particolare, i settori ad alta integrazione socio-sanitaria (art. 12) che riguardano la tutela della salute degli anziani non autosufficienti, gli interventi a favore dei soggetti handicappati, la salute mentale e la tossicodipendenza, richiedono in modo rilevante l'azione integrata e coordinata di più soggetti.

- Gli "accordi di programma" previsti dall'art. 27 della L. 142/90, vengono individuati come lo strumento tecnico-giuridico per la programmazione coordinata di tutti i servizi offerti dai vari soggetti interessati;
- Valorizzazione del settore socio-assistenziale finora sottostimato e relegato a ruolo "ancillare" rispetto al settore sanitario, riconoscendo la rilevanza che esso può assumere nello sviluppo delle politiche sociali e i consistenti contributi che può offrire per migliorare il complessivo benessere dell'utente e della propria famiglia.

Gli artt. 33, 34, 35, e 36 contengono le prime disposizioni in ordine all'adozione del Piano socio-assistenziale, primo nella Regione, il quale nella sua specificità, e sulla base della domanda sociale, potrà trovare le forme di raccordo con il Piano Sanitario.

Potremmo affermare che il disegno di legge è caratterizzato da una logica di "ristrutturazione totale" che coinvolge il livello istituzionale, quello organizzativo e funzionale dei servizi e quello operativo, relativo alle modalità di intervento delle varie figure professionali. Fondamentalmente si intende avviare un processo di umanizzazione dei servizi "al fine di concorrere a rendere effettivo il diritto di tutti al pieno sviluppo della personalità nell'ambito dei rapporti familiari e sociali, al soddisfacimento delle esigenze essenziali di vita, alla promozione, al mantenimento o al recupero del benessere fisico e psichico" (art. 3 comma 2).

In questa ottica vengono privilegiati "gli interventi che favoriscono il mantenimento, l'inserimento e il reinserimento della persona nel contesto familiare, sociale, scolastico e lavorativo" (art. 3

comma 2 lettera c), il sostegno del nucleo familiare e del singolo, nonché le azioni di prevenzione, informazione e promozione sociale tese a “favorire e determinare condizioni di opportunità per l’effettiva realizzazione della persona” (artt. 18, 10 e 20).

Anche gli interventi di affido in servizi residenziali (art. 32), destinati a soggetti soli non assistibili a domicilio, devono “assicurare condizioni adeguate ai bisogni delle persone e garantire l’inserimento sociale”.

La legge rinvia al Piano socio-assistenziale la definizione dei criteri di programmazione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali, gli standards strutturali, gestionali e funzionali delle strutture di accoglienza, i livelli uniformi di assistenza, al fine di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e il soddisfacimento di una soglia minima di domanda.

### **1.3.2 - Il decreto legislativo 112/98**

Nel contesto della riforma avviata con il decreto legislativo 112/98 il settore dei servizi sociali è quello che subisce le maggiori trasformazioni rispettivamente alle competenze e alle funzioni, soprattutto sul piano amministrativo, dei vari Enti chiamati in causa. Siamo di fronte ad una radicale riorganizzazione dei compiti amministrativi che tenta soprattutto di superare la vecchia questione delle effettive competenze tra Enti ai diversi livelli istituzionali. Viene di fatto definito il confine dei servizi sociali a tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, sia gratuiti che a pagamento, o di prestazioni economiche finalizzate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita. Sono escluse così le prestazioni assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione di giustizia.

Le competenze rimaste nella sfera statale si possono raggruppare in quattro aree fondamentali:

1. Le linee generali di settore, nelle quali rientrano la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale; la determinazione dei criteri generali per la programmazione degli interventi di integrazione sociale a livello locale; la determinazione degli standard dei servizi essenziali.
2. Gli indirizzi organizzativi generali, nei quali rientrano compiti di assistenza tecnica e di raccordo in materia di informazione e circolazione dei dati; la determinazione dei requisiti per i profili professionali degli operatori sociali, nonché i requisiti per l’accesso e la durata dei corsi di formazione professionale; la determinazione degli standard organizzativi dei soggetti pubblici e privati e di organismi che esercitano attività sociali.
3. Gli interventi diretti per situazioni di particolare rilevanza, quali la prima assistenza in favore dei profughi, il riconoscimento dello status di rifugiato e il coordinamento degli

interventi in favore degli stranieri; gli interventi destinati alle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata.

4. Gli aspetti di carattere finanziario, quali la determinazione dei criteri di riparto delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali, la revisione delle pensioni, assegni indennità, spettanti agli invalidi civili.

Nell'ambito delle competenze statali è prevista la riorganizzazione di due comparti, quello relativo agli invalidi civili e quello riguardante il fondo delle politiche sociali. Nel primo caso (invalidi) è trasferito ad un apposito fondo di gestione dell'INPS la funzione di erogazione di pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili. Le funzioni di concessione dei nuovi trattamenti economici a favore della stessa categoria sono trasferite alle Regioni, che provvedono con risorse proprie alla eventuale integrazione dei benefici determinati dallo Stato.

Nel secondo caso - politiche sociali -, è istituito un fondo presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, dove confluiscono le risorse dello Stato destinate agli interventi e ai servizi sociali. Queste risorse derivano oltre che dagli stanziamenti di cui all'art. 59, comma 46 della legge 446/1997, anche dagli stanziamenti di cui alla legge 451/97 - istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'osservatorio nazionale per l'infanzia - e alla legge 40/98 relativa alle politiche migratorie.

Il decreto riconosce un ruolo significativo e sostanziale alle Regioni e agli Enti locali. Sono, infatti, attribuite alle Regioni e agli Enti locali tutte le funzioni e i compiti amministrativi del settore, ad eccezione di quelli mantenuti dallo Stato (art. 129) e all'INPS (art. 130). I Comuni hanno compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, oltre che di progettazione e realizzazione della rete dei servizi anche con il concorso delle Province.

Le Regioni devono adottare un'apposita legge che individui le funzioni trasferite o delegate ai Comuni e agli altri Enti locali e quelle mantenute dalla Regione medesima. Nello specifico la legge regionale deve conferire ai Comuni le funzioni e i compiti amministrativi nel campo dei servizi sociali in materia di minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose; giovani, anziani, famiglia, portatori di handicap, compresi i non vedenti e gli audiolesi, tossicodipendenti e alcoolodipendenti, gli invalidi civili fatto salvo quanto previsto dall'art. 130 del decreto. La Regione Basilicata vi ha provveduto con la L.R. nr.7/99.

Sono, altresì, trasferite alle Regioni, che a loro volta provvederanno al conferimento a Province, Comuni e altri Enti locali, le funzioni relative al coordinamento operativo di soggetti e strutture che agiscono nell'ambito dei servizi sociali, con particolare riguardo alla Cooperazione sociale, alle IPAB e al Volontariato.

Il quadro del settore, derivante dall'applicazione del decreto, risulta ampiamente decentrato nella logica di avvicinare il momento decisionale degli interventi al luogo di applicazione delle decisioni, ossia il territorio locale. Il ruolo centrale e operativo del comune, infatti, si traduce nel concreto tentativo di favorire l'interazione tra comunità locale (con la domanda sociale che esprime) e gli interventi socio-assistenziali.

### **1.3.3. - Verso la riforma dell'assistenza.**

Il Governo ha presentato la proposta di riforma dell'assistenza, più precisamente il disegno di legge relativo alle "disposizioni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

I principali provvedimenti previsti dal disegno di legge si pongono obiettivi che dovranno essere integrati con il Piano Sanitario Nazionale. L'art. 8 sancisce la predisposizione del Piano triennale nazionale degli interventi e dei servizi sociali, mentre l'art. 10 istituisce il Fondo nazionale per le politiche sociali.

### **Le funzioni dei Comuni**

Nel progetto di riforma ai Comuni viene attribuito un peso rilevante in ordine alla programmazione e gestione dei servizi sociali, in particolare:

1. i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale;
2. ai Comuni spetta l'esercizio delle seguenti funzioni:
  - a) l'erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche e dei buoni servizio;
  - b) l'autorizzazione, la vigilanza e il controllo delle strutture della rete locale degli interventi sociali a ciclo residenziale e diurno e le prestazioni erogate dai soggetti accreditati, provvedendo ai necessari controlli;
  - c) la progettazione e la realizzazione di un modello di servizi a rete con la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali attraverso il coinvolgimento dell'associazionismo, della cooperazione sociale, del volontariato, delle fondazioni, quali soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione degli interventi;
  - d) la promozione di risorse delle collettività locali attraverso forme innovative di collaborazione per la creazione e la gestione di interventi di auto aiuto, e per favorire la reciprocità nell'ambito della vita comunitaria;
  - e) il coordinamento dei programmi e delle attività;
  - f) l'adozione di strumenti per il controllo di gestione finalizzato a valutare l'efficienza e l'efficacia dei servizi e dei risultati previsti;

g) l'adozione di forme di consultazione con gli altri soggetti che concorrono alla predisposizione e all'attuazione dei programmi;

3. Le funzioni relative ai servizi di assistenza scolastica per gli studenti non vedenti ed audiolesi (funzione assegnata ai Comuni associati o ai Comuni capoluoghi di provincia)

### **Le funzioni delle Regioni**

Le funzioni di indirizzo e coordinamento degli interventi sociali, di quelli socio-sanitari nonché la verifica ed il controllo della loro attuazione a livello territoriale spettano alle Regioni.

Le Regioni, inoltre, hanno il compito, di intesa con i Comuni e con le Comunità Montane interessati, di determinare gli ambiti territoriali di base degli strumenti e delle modalità per la gestione unitaria della rete di servizi.

E' anche compito delle Regioni:

- a) definire i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni;
- b) definire le politiche integrate in materia di interventi sociali, sanità, diritto allo studio, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;
- c) promuovere e coordinare le azioni di assistenza tecnica per la creazione e la gestione degli interventi sociali, da parte degli Enti locali;
- d) promuovere la sperimentazione di modelli innovativi di servizi a rete in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale;
- e) promuovere metodi e strumenti per il controllo di gestione;
- f) definire i requisiti per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture gestite da soggetti privati;
- g) definire i criteri per l'emissione dei buoni servizio da parte dei Comuni;
- h) definire i criteri per la determinazione del concorso degli utenti al costo delle prestazioni;
- i) predisporre e finanziare il piano per la formazione e per l'aggiornamento del personale addetto agli interventi sociali;
- l) determinare i criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;
- m) esercitare i poteri sostitutivi nei confronti degli Enti locali inadempienti.

Le Regioni, infine, possono istituire un Fondo regionale finalizzato ad interventi di carattere sussidiario, allo scopo di incentivare la razionalizzazione, la funzionalità e l'economicità dei servizi sociali prevedendo forma di incentivazione alla gestione associata dei servizi da parte dei Comuni.

## **Funzioni delle Province**

Le funzioni assegnate alle Province dal disegno di legge riguardano:

- a) la raccolta delle conoscenze sui bisogni e sulle risorse acquisite da Comuni e da soggetti pubblici presenti in ambito provinciale;
- b) forme di verifica e valutazione degli interventi e dei servizi, tramite la raccolta e la sistemazione dei dati di offerta, con analisi mirate su fenomeni rilevanti in ambito provinciale;
- c) la promozione di intesa con i Comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base.

Il disegno di legge riconosce alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, agli organismi e ai soggetti privati ( Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, associazioni delle famiglie, fondazioni, altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale) un protagonismo nelle forme di concertazione e quindi nella programmazione e nella realizzazione degli interventi.

### **1.3.4 - Il decreto legislativo 237/98**

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 167 del 20 luglio 1998 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, è partita la sperimentazione degli interventi di contrasto alla povertà, che affligge 7 milioni di persone, il 75% delle quali vive nel Mezzogiorno.

Due le misure di sostegno a favore delle famiglie esposte alla povertà più estrema previste dal Governo: la prima, a carattere assistenziale, consistente in trasferimenti di risorse monetarie a favore degli indigenti per integrare il loro reddito; la seconda, consistente in interventi compositi, tesi al reinserimento sociale, contenuti in programmi personalizzati interessanti l'intero nucleo familiare volti soprattutto a elevare il livello di istruzione che rappresenta una variabile determinante delle situazioni di bisogno.

Due anche i livelli di governo coinvolti nella fase di sperimentazione: lo Stato, attraverso il Ministero per la Solidarietà sociale, e i Comuni i quali presentano i progetti.

Sono stati individuati 42 Comuni ubicati soprattutto nel Mezzogiorno tra i quali molti capoluoghi di Provincia: Caserta, Napoli, Foggia, Reggio Calabria, Enna, Catania, Oristano e Sassari. In Basilicata due sono i Comuni coinvolti nella sperimentazione. Sulla base della valutazione dei costi dei progetti presentati, il Ministero per la Solidarietà sociale ripartisce la quota del Fondo per le politiche sociali destinata, con il decreto di cui al comma 46 dell'articolo 59 della citata legge n. 449 del 1997, alla sola integrazione monetaria del reddito delle famiglie povere, cresciute nel 1997 rispetto all'anno precedente di 166mila unità.

Ai Comuni singoli o associati (attraverso le Comunità montane, le Unioni di Comuni o sulla scorta di specifiche convenzioni) spetta il compito di programmare, organizzare, finanziare parzialmente il servizio teso all'erogazione delle misure di sostegno alle famiglie povere.

Trattandosi di un provvedimento sperimentale, il decreto legislativo concentra una particolare attenzione sugli aspetti valutativi di meccanismi non ancora testati. Gli articoli 13 e 14 si preoccupano di attivare momenti di verifica tecnica, affidati a una società o ente specializzato e alla Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione affiancata da una Commissione di dieci esperti nominati dalla Conferenza unificata Stato-Regioni-Autonomie locali.

Sull'attuazione della fase sperimentale vigileranno in prima battuta i Comuni e in seconda battuta il Parlamento cui entro il 30 giugno del 2001 dovrà essere presentata una dettagliata relazione sui risultati conseguiti.

Due infine i possibili effetti distorsivi. La complessità delle attribuzioni affidate dal legislatore delegato ai Comuni e la totale assenza di soluzioni tese a compensare le differenti situazioni organizzative esistenti a livello di servizi sociali nei diversi Enti possono ulteriormente peggiorare il divario esistente tra il Centro-Nord e il Sud del Paese, dove si registra una maggiore carenza di strutture sociali di sostegno alla povertà e dove si concentra maggiormente lo stato di povertà (nel Mezzogiorno una famiglia su quattro è sotto la soglia di povertà; mentre nel Centro- Nord solo una famiglia su venti si trova in tale condizione).

Infatti, tali funzioni richiedono, per essere svolte adeguatamente, la presenza di tecnostutture specializzate, in grado di implementare soprattutto i programmi di integrazione sociali tesi al recupero e allo sviluppo delle capacità personali e alla ricostruzione di reti di protezione sociale. Parimenti è destinata a peggiorare la situazione già precaria esistente nel Mezzogiorno la disposizione contenuta nell'articolo 5 che pone a carico dei Comuni oneri finanziari che gli Enti del Sud, dotati di minori risorse, non sono in grado di fronteggiare in modo adeguato.

### **Principali caratteristiche del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237**

#### *a) Durata della sperimentazione*

Due anni dalla data di effettivo avvio nei singoli Comuni. La sperimentazione non potrà essere protratta oltre il 31 dicembre 2000.

#### *b) Obiettivi della sperimentazione*

Verifica dell'efficacia del reddito minimo di inserimento per il superamento del bisogno economico e della marginalità sociale;

Verifica dell'idoneità e degli effetti della mobilitazione delle risorse per l'inserimento dei

soggetti deboli;

Verifica della messa in opera degli strumenti di controllo del reddito;

Individuazione di strumenti di verifica in itinere e di valutazione finale delle attività di integrazione.

c) *Parametri per l'individuazione dei Comuni*

Livelli di povertà;

Diversità delle condizioni economiche, demografiche e sociali;

Varietà delle forme di assistenza già attuate dai Comuni;

Esigenza della distribuzione della sperimentazione su tutto il territorio nazionale;

Disponibilità dei Comuni a partecipare al programma di sperimentazione e a contribuire al suo finanziamento .

d) *Misure*

Reddito minimo di inserimento costituito da:

Integrazione del reddito;

Interventi di integrazione sociale programmati in modo personalizzato.

e) *Requisiti d'accesso al reddito minimo di inserimento*

Persone in situazioni di difficoltà, a rischio di essere emarginate dal punto di vista sociale, che alla data di entrata in vigore del decreto legislativo siano residenti da almeno dodici mesi e se extracomunitari o apolidi da almeno tre anni in uno dei Comuni ammessi alla sperimentazione, in possesso dei seguenti requisiti:

Reddito non superiore a 500 mila lire per una persona singola (in presenza di nucleo familiare la soglia di reddito che definisce lo stato di povertà è determinata secondo la scala di equivalenza allegata al decreto legislativo i cui parametri sono fissati in relazione al numero dei componenti);

Mancanza di patrimonio mobiliare (titoli di Stato, azioni, obbligazioni, depositi bancari, quote di fondi comuni di investimento) e di patrimonio immobiliare con esclusione della propria abitazione entro i limiti di valore fissati dal Comune;

Disponibilità a frequentare corsi di formazione professionale e disponibilità al lavoro.

f) *Compiti del Ministero per la Solidarietà Sociale*

Il Ministero per la Solidarietà Sociale dovrà:

- Individuare, con proprio decreto, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e la Conferenza Stato-Città e Autonomie locali, i Comuni singoli e associati nei quali realizzare la sperimentazione;
- Definire con lo stesso decreto le modalità e i termini per la presentazione dei progetti



da parte dei Comuni;

- Ripartire tra i Comuni sulla base della valutazione dei costi dei progetti da essi presentati, sentita la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, la quota del Fondo per le politiche sociali destinata, con il decreto di cui al comma 46 dell'art. 59 della citata legge n. 449 del 1997, alla sola integrazione monetaria del reddito delle famiglie povere;
- Affidare a idoneo ente o società l'incarico per la valutazione dell'efficacia della sperimentazione attraverso pubblica selezione;
- Presentare al Parlamento entro il 30 giugno 2001, la relazione sullo stato di attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti.

*g) Compiti dei Comuni*

Ai Comuni singoli o associati spetta, in via sperimentale, il compito di programmare, organizzare finanziare parzialmente il servizio teso alla erogazione delle misure di sostegno alle famiglie povere:

- In particolare i Comuni sono legittimati a:
- Presentare i progetti secondo le modalità definite con decreto dal Ministero per la Solidarietà Sociale;
- Organizzare il servizio secondo le formule gestionali più adeguate in relazione alla dimensione del fenomeno da fronteggiare, sostenendo i relativi costi con fondi stanziati nel loro bilancio;
- Elaborare e attuare i programmi di integrazione sociale sempre con fondi autonomi;
- Definire le procedure e i termini di presentazione delle domande da parte degli indigenti o, in loro vece, da parte dei servizi sociali anche su iniziativa di organismi del volontariato;
- Individuare le modalità di verifica e di controllo sulla sussistenza dei requisiti prescritti per ottenere i benefici;
- Designare il responsabile del programma di integrazione sociale;
- Effettuare i controlli e le verifiche sia per quanto attiene ai beneficiari che per quanto riguarda i soggetti che cooperano alla sperimentazione;
- Vigilare affinché le integrazioni di reddito siano effettivamente destinate a superare le situazioni di marginalità;
- Riferire al Ministero per la Solidarietà Sociale sulla sperimentazione e sugli oneri sostenuti per realizzarla.

*h) Ricorso ai Sindaci*

Ai Sindaci viene attribuito lo speciale potere di decidere entro un termine rapido di 30

giorni, sui ricorsi presentati dai soggetti interessati la cui domanda non sia stata accolta o che abbiano subito un provvedimento di decadenza o di sospensione o di riduzione del reddito minimo di inserimento.

*i) Risorse finanziarie*

Quota del Fondo per le politiche sociali destinata con il decreto di cui al comma 46 dell'art. 59 della citata legge n. 449 del 1997, alla sola integrazione monetaria del reddito delle famiglie povere. Il Fondo per le politiche sociali è stato istituito dal comma 44 dell'art. 59 della legge n. 449 del 1997 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri ed è stato dotato complessivamente di 28 miliardi per il 1998, 115 miliardi per 1999 e 143 miliardi per il 2000.

I Comuni assumono a carico dei loro bilanci: la parte non coperta da risorse ministeriali fino ad un massimo del 10% del costo della sperimentazione del reddito minimo di inserimento per la parte relativa al solo sussidio monetario (una quota non inferiore al 90% è a carico del Ministero per la Solidarietà Sociale); l'intera spesa relativa ai costi di gestione per l'organizzazione del servizio, inclusi i costi relativi alla realizzazione dei programmi di integrazione sociale.

*l) Valutazione della sperimentazione*

La verifica tecnica affidata a organismi ad hoc è tesa:

A valutare gli effetti delle soluzioni provvisoriamente adottate sulla dimensione del fenomeno della povertà;

A individuare modelli organizzativi e gestionali efficaci ed efficienti da estendere eventualmente su tutto il territorio nazionale;

A mettere a punto strumenti in grado di risollevare le sorti di quanti sono collocati negli ultimi posti della scala sociale;

A modificare le disposizioni normative adeguandole alle indicazioni emerse dalla sperimentazione.

#### **1.4 - UNA FASE DI TRANSIZIONE**

Dato questo quadro legislativo è chiaro che siamo in una fase innovativa della produzione normativa che ricolloca il sistema in una linea di transizione verso orizzonti del tutto nuovi. Il primo Piano socio-assistenziale regionale è calato in questa nuova situazione che per certi versi favorisce l'adozione di iniziative sperimentali e innovative, ma per altri impone una fase di stand by poiché alcune decisioni dipenderanno più definitivamente dagli esiti dell'attuale evoluzione normativa. Anche per questo il Piano deve avere un carattere processuale aperto da cui dipende la scelta di determinare per alcune aree di contenuti soltanto gli indirizzi e gli orientamenti di fondo e non già la definizione puntuale di tutti gli aspetti organizzativi, gestionali, strutturali.

Occorre aggiungere che la fase in atto segue, e insieme implica, profondi cambiamenti culturali sia nella Pubblica Amministrazione sia nella società civile oltre che nell'atteggiamento di governo delle istituzioni politiche. Le difficoltà nel lavoro di stesura del presente Piano derivano essenzialmente dallo scenario che nel frattempo si è andato delineando e dagli sviluppi che nel breve medio periodo avranno questi mutamenti. Il rischio che si è tentato di evitare è di avere o un Piano già vecchio e inadeguato rispetto ai cambiamenti in corso oppure un Piano poco realistico per la situazione regionale e incompatibile con le potenzialità che esprime il territorio nelle sue articolazioni politiche, culturali, civili.



## **CAPITOLO 2**

### **L'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO E LE FINALITÀ DEL PIANO**

## 2.1 - CITTADINANZA ATTIVA E CONTESTO SOCIO-POLITICO

La società lucana si è caratterizzata nel corso della storia per la debolezza di una pubblica opinione critica e creativa, per la carenza di cultura della cittadinanza, per una visione particolare della solidarietà, per la limitata cultura della responsabilità solidale.

Oggi esiste una forte ripresa degli spazi pubblici, un rinvigorismento della tensione verso le virtù civiche in generale e la partecipazione civile in particolare. **La famiglia in primo luogo rappresenta il nucleo originario e originale da cui lanciare nuove sfide e nuove prospettive di cittadinanza attiva. Il Piano, perciò, mette al Centro delle azioni e delle politiche sociali, la famiglia.**

Accanto ad essa occorre attribuire centralità all'iniziativa autonoma dei cittadini, diversamente organizzati, in quanto leva civile attiva per azioni finalizzate ad incrementare il capitale sociale e umano dei territori.

La produzione di valore fiduciario nel territorio è ricca e feconda se la famiglia e i cittadini non sono lasciati soli, ma anche se nel contempo questi ruppi non sono sottoposti a iniziative che ne sterilizzano la capacità autonoma di organizzarsi e di produrre valore per il territorio.

Un territorio che non ha fiducia di sé, che non esprime fiducia verso altre realtà, abitato da cittadini non producono relazioni fiduciarie tra loro e con il mondo, è un territorio impoverito, povero: e tutte le azioni di sviluppo e di cambiamento risulteranno faticose e ad esito incerto.

### 2.1.1 - Associazionismo, Volontariato, Cooperazione sociale

Un dato però fa riflettere oltre ogni considerazione di carattere pessimistico: l'associazionismo in Basilicata ha avuto uno sviluppo quantitativo senza precedenti negli ultimi due anni. Sono 148 le associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale, una ogni 4000 abitanti. A queste vanno aggiunte le associazioni non iscritte e i gruppi organizzati, i club e le associazioni sportive, culturali. Una lettura qualitativa di questi dati conferma una tendenza ormai irreversibile: i cittadini hanno voglia di fare, di essere protagonisti, di partecipare alla vita comunitaria assumendosi responsabilità piccole e grandi. Il fenomeno è legato solo in parte alla crisi di rappresentanza dei partiti politici. Più che altro siamo di fronte ad una svolta generazionale: è la nuova generazione degli adulti e dei giovani che rivendica protagonismo e partecipazione su presupposti culturali e civili diversi dal passato. E' un dato che va raccolto come opportunità per consolidare le basi di una nuova cultura della partecipazione e della cittadinanza. Uno dei lati deboli di questo fermento associazionistico è sul versante dell'efficacia. Non tutte le associazioni hanno una struttura organizzativa e una dotazione strumentale tali da permettere l'efficace perseguimento delle finalità statutarie. Scarse, anche, le capacità di programmazione,

di progettazione, di valutazione. C'è molta volontà, spontaneismo, ma anche improvvisazione, superficialità. La carenza di formazione negli operatori è una delle cause di debolezza di gran parte dell'associazionismo locale. Se escludiamo il volontariato più professionale, quello legato alle attività sanitarie, di soccorso e di protezione civile, il resto è poco organizzato, si fonda sulla figura del leader, non ha mezzi né la capacità di procurarsene, spesso si arrocca su posizioni vittimistiche e rivendica risorse. Molte associazioni non esprimono capacità interorganizzative, non riescono ad integrarsi e a produrre progettualità collaborativa. Ne deriva che una potenzialità sociale e civile rappresentata dall'associazionismo e dal volontariato stenta a trasformarsi in risorsa collettiva da impegnare in progetti e azioni organici di sviluppo del territorio.

Esiste una tendenza tutta italiana delle realtà di terzo settore, e la Basilicata non è da meno, ad affollarsi sul fronte della offerta, tendendo nella quasi generalità ad impegnarsi nella gestione di servizi e lasciando scoperto quell'altro grande campo di impegno civile e sociale rappresentato dall'attività dedicata a rinforzare chi si trova ad essere, per ragioni soggettive o di contesto, portatore di diritti attenuati o negati a causa non tanto della inesistenza di servizi, quanto delle proprie limitate capacità di accedervi o di goderne appieno. Immaginare che questo sia il fronte su cui molto potrebbero fare le organizzazioni di volontariato, come tra l'altro già alcune fanno, assumendo una sorta di funzione di tutela dei consumatori sociali non autosufficienti, affiancandoli nel negoziare l'entità e la qualità delle prestazioni presso i produttori sia pubblici sia privati, non è sbagliato. Ipotizziamo organizzazioni che in nome e per conto di anziani e di handicappati non autosufficienti, di minori senza famiglia, ed in genere delle diverse persone in condizione di svantaggio e disagio, si impegnino a gestire in modo continuo i loro rapporti con le strutture di accoglienza, con i fornitori dei diversi servizi, con la Pubblica Amministrazione stessa. Si tratta di una funzione che si adatta particolarmente bene alle organizzazioni di volontariato in quanto, pur richiedendo continuità e stabilità, non comporta rilevanti strutture organizzate. In Basilicata non è un caso che le associazioni di genitori, di famiglie di utenti, di utenti si contano sulle dita di una mano. Ancora una volta il problema è quello della qualità, che tradotto in altri termini vuol dire passare dalle parole ai fatti. Occorre quindi una politica di orientamento e della qualità. Incentivare l'associazionismo di qualità, quale soggetto sociale partner delle istituzioni.

### **2.1.2. - Le Cooperative Sociali**

Tra le organizzazioni solidaristiche che più si sono diffuse in Basilicata negli ultimi due decenni, un posto rilevante spetta alle Cooperative Sociali. Sviluppatesi progressivamente soprattutto nel

corso degli anni ottanta, esse oggi rappresentano una componente essenziale dell'offerta di servizi sociali nella nostra Regione.

La legge 381/91 ha riconosciuto loro cittadinanza e sostegno. Attualmente in Italia esistono circa quattromila cooperative, al cui interno operano circa ottantamila lavoratori e quindicimila volontari. Centinaia di migliaia di persone utilizzano stabilmente i loro servizi. La Regione Basilicata, riprendendo quanto disposto dalla legislazione nazionale, con la legge regionale 20 luglio 1993 n. 39 ha inteso dare ulteriore impulso e sostegno all'intero settore sottolineando, in particolare negli artt. 6,7 e 8, l'importanza che la Regione attribuisce alla cooperazione sociale. Con la legge 25/97 viene compiuto un ulteriore passo verso il riconoscimento del ruolo delle Cooperative Sociali. In Basilicata, la cooperazione sociale ha contribuito in maniera rilevante, negli ultimi dieci anni, ad attivare processi di civiltà nel territorio, a costruire opportunità di lavoro, a garantire servizi sociali essenziali alle fasce più deboli della popolazione. Tutto questo tra mille difficoltà di ordine economico e culturale.

L'idea guida che la cooperazione sociale ha sviluppato in questi anni e su cui continua a lavorare è appunto quella dell'impresa sociale, cioè di un'organizzazione che sappia coniugare ed equilibrare, arricchendoli reciprocamente, i principi tipici della imprenditoria (l'attenzione organizzativa, l'innovazione, l'efficiente uso delle risorse) con quelli dell'intervento sociale (la finalizzazione solidaristica, il disinteresse, la condivisione). Mentre lo scopo delle imprese tradizionali è la massimizzazione del profitto nel lungo periodo, le Cooperative Sociali hanno come fine la massimizzazione nel lungo periodo della loro utilità sociale. Esse si pongono, per libera e consapevole scelta, nella condizione di dover gestire risorse limitate e costose in funzione della produzione della miglior risposta possibile ad un bisogno sociale rilevante.

### **Alcuni dati e un commento**

Attualmente le Cooperative Sociali iscritte all'Albo regionale sono 73. Nel 1995 le cooperative iscritte erano 10. In soli tre anni si è registrato un incremento pari al 63%. Esiste una cooperativa sociale ogni 8.000 abitanti (il rapporto a livello nazionale è di 1/15.000). L'incremento maggiore si registra nel 1998 in seguito al rilancio del dibattito sulle politiche dei servizi sociali avviato dall'Anci, dal Consorzio C.S. e dalla Regione. Non tutte le Cooperative Sociali iscritte all'albo sono attive: almeno il 30% non svolge alcuna attività. Vi è un atteggiamento di attesa, la nascita di alcune cooperative è dettata dalle aspettative che derivano dal processo di sviluppo delle politiche socio-assistenziali in Basilicata. Il progressivo incremento del numero delle cooperative iscritte all'Albo se da un lato testimonia di una ripresa vivacità sul versante dell'offerta di servizi sociali, dall'altro pone il problema di una più adeguata regolazione del settore e di una maggiore tutela degli Enti Pubblici e degli utenti sul fronte della



qualità delle prestazioni e della professionalità degli operatori. Obiettivo del Piano a questo proposito è quello di rinforzare i meccanismi di controllo e verifica sull'operato delle Cooperative Sociali, di rideterminare i criteri, i requisiti e le procedure per l'accesso all'Albo regionale.

### **2.1.3 - La necessità di distinguere e di integrare le risorse del privato sociale**

Volontariato, associazionismo e cooperazione sociale sono risorse fondamentali per lo sviluppo sociale del territorio. Risorse utilizzabili ed ottimizzabili, però, solo nel quadro di una chiara definizione dei rispettivi ruoli e delle specifiche sfere di intervento.

Spesso il raccordo tra Istituzioni, Enti locali e Terzo settore, e all'interno stesso del Terzo settore, viene reso difficile da fraintendimenti sui rispettivi ruoli e funzioni. Si tratta allora di individuare, anche per grandi linee, quelle che potrebbero (e dovrebbero) essere le competenze di ognuno, non mortificando l'autonomia di alcuno, non scalfendo le motivazioni e i principi etici dei singoli individui impegnati sul versante della solidarietà sociale, riconoscendo il valore di impresa e di necessaria professionalità a chi la legge lo ha già riconosciuto.

Due chiarimenti di fondo sono perciò necessari:

- a) occorre individuare come essenziale il riconoscimento del valore politico di ogni soggetto, riconfermando che nessuno è sostitutivo di carenze del pubblico ma che ognuno esprime valori di solidarietà reale, culturali, associativi ed imprenditoriali, rispettivamente secondo la provenienza e la vocazione;
- b) occorre mantenere un comportamento rigoroso rispetto alle differenze che ci sono tra azioni di volontariato e azioni che abbisognano di capacità e organizzazione imprenditoriali.

I possibili ruoli e rapporti:

#### 1) Cooperazione sociale:

- a) progetta, organizza, gestisce, attraverso operatori qualificati e secondo una organizzazione democratica di impresa, servizi sociali, assistenziali, educativi, formativi e di animazione per l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini.

progetta, organizza, attiva e gestisce altri servizi e iniziative imprenditoriali finalizzati all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Con le Cooperative Sociali gli Enti Pubblici attivano rapporti economici e di lavoro professionali, convenzioni, disciplinati dalla legge, per quei servizi e attività che richiedono necessariamente una organizzazione professionale e di impresa, ossia una continuità dell'intervento, il rispetto di parametri numerici e di professionalità specifiche previste dalla legge.

Le Cooperative Sociali, ai sensi della legge 381/91, possono avere all'interno operatori e/o soci volontari.

2) Volontariato: è un'associazione di individui organizzati che hanno in comune l'aspirazione di migliorare la vita e le relazioni dei soggetti più deboli e sfortunati, attraverso un contributo collettivo non oneroso

Le attività svolte convenzionalmente dalle Associazioni di Volontariato non devono confliggere con la natura squisitamente volontaristica del settore e devono necessariamente configurarsi come complementari e integrativi dei servizi sociali, e non sostitutivi. La legge regionale 25/97 già adopera questa distinzione prevedendo il ruolo complementare e integrativo del volontariato nell'ambito della gestione professionale e imprenditoriale dei servizi.

3) L'associazionismo: la natura stessa delle tante associazioni, la diversità e la peculiarità dei loro campi di interesse lo rendono oggettivamente diverso dal volontariato e dalla cooperazione sociale.

Se nel volontariato è la disponibilità individuale verso gli altri, che associandosi diventa collettiva, a motivarne l'esistenza; nell'associazionismo è la coincidenza di interessi, di esperienze e conoscenze, che muove la nascita dell'associazione (culturale, sportiva, ambientale, ecc).

Con le associazioni è possibile convenzionarsi sulla base di progetti specifici e di volta in volta verificati secondo la loro aderenza alla programmazione regionale o dei Comuni.

Su queste basi probabilmente si possono trovare le convergenze per attivare nuovi e più fecondi rapporti fra Enti locali, Associazioni e Cooperative Sociali.

## **2.2 - DALL'ASSISTENZA ALLA PROMOZIONE**

Fino ad oggi le prestazioni socio-assistenziali si sono sostanziate in trasferimenti monetari o in erogazioni di servizi. Su quale tipo di trasferimento assicuri il maggior livello di benessere è sempre esistito un dibattito teorico tra i sostenitori dell'una o dell'altra soluzione. Nella tradizione della teoria economica i trasferimenti monetari sono da preferire a quelli di genere (beni o servizi). I trasferimenti di genere mortificherebbero l'autonomia di scelta degli individui i quali sarebbero costretti a consumare il paniere di beni ricevuti. In tal caso si verificherebbe una perdita di benessere. Con il trasferimento monetario, invece, verrebbe garantito un livello di benessere a cui si aggiunge una autonomia di scelta nell'orientare individualmente la spesa. In ogni caso molti studiosi hanno più volte confutato i presunti vantaggi derivanti dal trasferire potere di acquisto ai consumatori di servizi sociali soprattutto in assenza di una simmetria informativa tra fornitori e destinatari dei servizi. Ulteriori argomentazioni in favore dei trasferimenti di genere derivano dall'approccio dei funzionamenti di Amartya Sen al problema della povertà. Per Sen la povertà non è una condizione di deprivazione reddituale, piuttosto una situazione soggettiva e oggettiva in cui l'individuo non ha le necessarie abilità, e non vive in una condizione ambientale favorevole, a soddisfare i propri bisogni. Il benessere dell'individuo dipende ed è costituito da stati di "funzionamento". Per cui gli individui esprimono funzionamenti diversi perché presentano caratteristiche diverse e vivono in ambienti diversi: avere un reddito uguale non corrisponde ad avere stati di funzionamento uguali. Ciò significa che la quota minima di risorse necessarie per liberarsi dalla condizione di povertà non può essere uguale per tutti. Partendo dall'approccio di Sen possiamo affermare che le variabili fondamentali della condizione di povertà sono: l'individuo e la propria condizione personale in termini di salute, istruzione, educazione, rete di relazioni, abilità; l'ambiente esterno come territorio e comunità con le risorse disponibili e convertibili in benessere. A partire da queste variabili proponiamo il nostro approccio o paradigma su cui fondare gli sviluppi delle politiche socio-assistenziali in Basilicata, sia in termini di programmazione sia in termini di azione.

### **2.2.1 - Le politiche sociali attive**

Per politiche sociali attive intendiamo quell'insieme di iniziative, provvedimenti, atti ed azioni che la Pubblica Amministrazione, tanto a livello centrale che delle autonomie e del decentramento locale mette in campo al fine di realizzare il massimo grado di tutela universalistica dei bisogni sociali dei cittadini, innanzitutto attraverso il riconoscimento, il sostegno, la promozione, la regolazione ed il controllo delle diverse attività di produzione e scambio finalizzate alla protezione sociale, liberamente poste in essere dai cittadini e dalle

loro forme organizzate, in coerenza con obiettivi e criteri di equità ed universalismo. La Pubblica Amministrazione si pone così in una reale posizione di sussidiarietà:

- intervenendo a promuovere, rinforzare, “sussidiare” le diverse forme di azione sociale già operanti o che possono svilupparsi;
- sostituendosi ai cittadini nella produzione e distribuzione di servizi di protezione sociale solamente laddove, per motivi strutturali e di emergenza, questi non sono in grado di garantire interventi adeguati, fintantoché ciò non divenga possibile;
- riservandosi la gestione diretta esclusivamente di attività e servizi che, sulla base di raffronti empirici, possano essere svolti con maggiore efficacia, a fronte di uguale disponibilità di risorse, solamente da parte della Pubblica Amministrazione (Felice Scalvini, 1997).

In sostanza, la Pubblica Amministrazione più che risolvere i problemi sarà impegnata soprattutto ad aiutare a risolverli: aiutare a fare (ai cittadini organizzati sotto forma di associazione, di cooperativa sociale, di organizzazioni di volontariato) anziché fare.

E' questa la sfida che viene lanciata. Una sfida difficile per almeno due ragioni:

- a) in Basilicata non esiste una forte cultura della cittadinanza attiva, la capacità aggregativa ed organizzativa autonoma dei cittadini è strutturalmente debole;
- b) la Pubblica Amministrazione è ancora troppo legata a vecchi schemi burocratici di gestione e di programmazione delle politiche sociali, non vanta un'esperienza autonoma, ha sempre considerato i servizi sociali un'area marginale delle politiche.

Una sfida, tuttavia, necessaria se vogliamo recuperare in termini attivi, ossia partecipando ai processi in atto anziché subirli, il ritardo storico che caratterizza questa Regione nel campo delle politiche sociali.

Perché questo avvenga deve innanzi tutto maturare in chi governa la convinzione profonda che risorsa fondamentale dello Stato per la realizzazione delle politiche di welfare non è principalmente l'apparato della Pubblica Amministrazione, ma sono anche -e diremmo soprattutto- i cittadini con la loro capacità d'iniziativa, di atteggiamento sociale positivo, di relazione ed intrapresa secondo criteri di civismo e solidarietà. Laddove la capacità di iniziativa, il senso civico, la cultura della solidarietà e della responsabilità, sono carenti è più che mai utile e necessario costruirli o ripristinarli attraverso nuovi percorsi di politica sociale. Occorre, quindi, leggere la situazione lucana come una condizione potenziale a partire dalla quale, con strategie innovative anche strutturali, è possibile costruire una diversa e nuova condizione civile e sociale.

Abbiamo dunque il problema e la necessità di far evolvere due culture forti, sia sul piano concettuale sia su quello delle concrete attuazioni.

In altre parole si tratta di far assumere una nuova prospettiva sia ai cittadini sia alla Pubblica Amministrazione.

Ai cittadini si tratta di comunicare che lo Stato più che risolvere i loro problemi - fatte salve le situazioni in cui non vi sia una risposta altrimenti adeguata - si impegnerà soprattutto ad aiutarli a risolverseli, sollecitandoli a far leva sulla propria autonomia, sullo spirito di solidarietà che sono in grado di esprimere, sulla disponibilità di risorse prima gestite direttamente dalla Pubblica Amministrazione ed ora rese disponibili all'autonomia delle persone, purché correttamente finalizzate.

Soprattutto sarà necessario far comprendere e far percepire attraverso coerenti misure attuative, come il fatto di impegnare principalmente la Pubblica Amministrazione ad aiutare i cittadini ad aiutarsi, piuttosto che aiutarli tout-court, non significa rinunciare ad una propria fondamentale responsabilità, ma anzi significa riqualificare la propria responsabilità. L'Amministrazione comunale che proponesse alle donne dei vari quartieri, non di risolvere loro il problema degli Asili nido, ma di sostenerle sul piano finanziario e dell'eventuale apporto di know how organizzativo e tecnico, perché mettano in campo la loro responsabilità e la loro libera capacità di iniziativa per risolvere il problema organizzandosi autonomamente, crediamo che non troverebbe né ostilità né indifferenza, ma disponibilità e interesse, e forse anche un certo entusiasmo.

A coloro che fanno parte della Pubblica Amministrazione si tratta di proporre una prospettiva diversa riguardo al loro modo di lavorare. Anziché impegnarsi nel tradizionale fare, cioè nel produrre servizi direttamente o indirettamente, si tratta di far fare alla società civile quanti servizi ed attività è in grado di sviluppare, stimolandola e sostenendola, ed intervenendo direttamente soltanto laddove non è in grado di risolvere adeguatamente i problemi.

L'ipotesi delle politiche sociali attive richiede quindi innanzi tutto una Pubblica Amministrazione che impari a orientare il proprio sguardo verso ciò che ha dinanzi - la società come portatrice ad un tempo di bisogni e di risorse materiali ed immateriali per rispondervi - piuttosto che verso se stessa, le proprie risorse, il proprio modus operandi. Si tratta di passare da una dimensione erogativa - in base alla quale s'interviene se e nella misura in cui vi sono disponibilità - ad una di sviluppo, per la quale si è sempre proiettati ad intervenire, laddove vi sia un bisogno, operando ad un tempo per attivare risorse e per inventare nuovi e più efficienti modi per usarle.(Scalvini, 1997)

### **2.2.2 - Le politiche sociali attive nella prassi quotidiana degli operatori**

Per quanto riguarda gli operatori sociali, o meglio tutte le figure sociali di aiuto, molto dipenderà dal loro metodo di lavoro, dall'approccio che adotteranno nelle relazioni

professionali e umane. Sarà necessario far ricorso ad un nuovo approccio che chiameremo *ottimismo della scarsità* (M. Finizio, 1998). Si tratta di non guardare ai limiti che riscontriamo come a problemi che richiedono una risposta. In tal caso ci porremo la domanda di come superare i problemi, optando per un obiettivo minimo: risolvere (azione passiva) un problema (oggetto negativo). L'ottimismo della scarsità considera la carenza come una condizione o una situazione che di per sé rappresenta un input, la materia prima per un lavoro da portare a termine. In questo caso ci chiederemo che cosa possiamo costruire a partire dalla condizione data (situazione di scarsità). L'esempio che può darci una idea più chiara dell'approccio è quello dell'enigma. L'enigma, nel gioco, è una condizione che si rappresenta per scarsità di elementi; gli indizi, scarsi, costituiscono una condizione da cui partire per giungere alla soluzione. Nel nostro caso la scarsità è potenzialmente una condizione sulla quale si può costruire una nuova condizione desiderata. In tal modo spostiamo in alto la soglia delle possibilità verso la enne condizione migliore. Opteremo, così, per un obiettivo massimo: costruire (azione attiva) a partire da una condizione (situazione potenziale).

Le politiche sociali attive sono appunto politiche che, per essere applicate, richiedono atteggiamenti e comportamenti precisi, una cultura e una filosofia dell'azione solidale fondate sulla creazione e non sulla risposta. L'operatore sociale attivo agisce per costruire e non per rispondere; ha in mente un progetto e non gli adempimenti del giorno; lavora con gli altri e non per gli altri; non cura, ma si prende cura. L'operatore sociale attivo non dà risposte, né fornisce gli elementi per aiutare a trovare soluzioni, ma insegna - e insegna ad insegnare - a costruire il metodo per giungere alle soluzioni.

Le variabili della condizione di povertà sono trasferibili in linea generale alle condizioni di marginalità, esclusione, non autosufficienza, disagio. Il problema di fondo non è come si interviene su queste variabili, ma perché si interviene e per quale esito. Molto dipende dall'obiettivo, dal livello di problematizzazione dell'obiettivo, dalla strategia adottata per raggiungerlo.

Promuovere una persona anziana, significa innanzi tutto valorizzare i suoi saperi, le sue capacità, le sue risorse, in sintesi le potenzialità umane di cui è portatrice. Arricchire questo capitale umano e farlo diventare generatore di valore aggiunto. Valore aggiunto, in termini di partecipazione, di apporto volontario alle attività della comunità civile, di costo evitato per interventi di assistenza, ecc.. Questo può avvenire quando la persona anziana è liberata dal bisogno; la liberazione dal bisogno "assistenziale" o sanitario o sociale che ha originariamente chiamato in causa l'operatore e la sua organizzazione.

Liberazione dal bisogno (obiettivo minimo del servizio dato e ricevuto) ed emancipazione della persona (obiettivo finalistico) non possono separarsi nell'azione quotidiana dell'operatore.

L'obiettivo non è quello di fornire l'assistenza alla persona anziana, ma quello di accompagnare questa persona da una condizione A ad una condizione B, dove la condizione A sta per situazione personale, comunitaria, ambientale, familiare di partenza; e la condizione B sta per situazione nuova, migliore, diversa, costruita attraverso l'azione di chi fornisce l'aiuto e insieme dalla persona anziana. Dalla condizione B è possibile arrivare alla condizione rappresentata dalla situazione possibile di emancipazione e di liberazione della persona. Questo significa fare promozione umana, questo significa fare promozione della comunità locale. Nel fare ciò una organizzazione di servizi non può non avere una idea di sviluppo della propria comunità entro cui trovino spazio di affermazione le persone più deboli. L'azione, in tale contesto, fa riferimento a linee guida operative ben precise. In primo luogo, come abbiamo già detto, occorre superare l'approccio passivo e minimalista della risposta al bisogno, in favore di un approccio attivo del superamento della condizione di bisogno vista come condizione potenziale per un'azione di cambiamento-sviluppo a livello microvitale (persona) e a livello macrolocale (comunità). In altri termini, nell'approccio minimalista, l'obiettivo è rispondere ad un bisogno. Nell'altro approccio l'obiettivo è superare un bisogno. La domanda che ci si pone di fronte ad una condizione di bisogno non è dunque quale risposta dobbiamo dare e come la dobbiamo dare, ma come e che cosa possiamo costruire a partire da una condizione data. Un orientamento di questo tipo favorisce lo spostamento verso l'alto della soglia di possibilità. Se la possibilità equivale al poter essere di una situazione, questo poter essere si dilata verso l'alto nella misura in cui assumiamo il concetto di potenzialità come orientamento dell'azione. In altri termini rispondere ad un bisogno significa agire in una dimensione adattiva, mentre costruire qualcosa di meglio a partire da una condizione significa agire in una dimensione generativa. Una condizione di marginalità o di esclusione è, come abbiamo detto, una situazione soggettiva e oggettiva in cui l'individuo non ha le necessarie abilità, e non vive in un contesto ambientale favorevole, a soddisfare i propri bisogni o aspirazioni umane. L'intervento, in questo caso consiste nell'aiutare la persona a dotarsi delle abilità necessarie e nell'agire nella comunità locale perché si creino le condizioni favorevoli affinché quelle abilità trovino sbocco in percorsi di emancipazione e di affermazione. Ciò significa che l'intervento punta a riconvertire in benessere le risorse individuali e comunitarie presenti in una situazione data.

## **2.3 - INDIRIZZI PROGRAMMATICI E STRATEGICI OPERATIVI**

### **2.3.1 - Lo stato dei servizi sociali in Basilicata: considerazioni generali**

Sono poche le informazioni sufficientemente fondate e gli indicatori adeguati per una analisi completa ed esaustiva della dotazione dei servizi sociali e in particolare socio-assistenziali in Basilicata. Una lettura qualitativa delle informazioni e dei dati raccolti sia direttamente sia attraverso altre fonti, conferma una sostanziale carenza dei servizi socio-assistenziali. Sul versante legislativo, invece, la Regione ha recuperato il ritardo che marcava rispetto al resto del paese, con il varo della legge 25/97. La legge, per molti aspetti innovativa, non ha però suscitato e provocato sostanziali modifiche nell'assetto generale del sistema dei servizi socio-assistenziali. Questo perché la legge è molto recente e si è calata in una situazione di insufficienza dell'apparato amministrativo periferico che di fatto ne impedisce la piena attuazione. Lo stesso piano socio-assistenziale è l'ulteriore tentativo di accelerare verso l'innovazione. La produzione normativa regionale in campo socio-assistenziale ha tenuto il passo con la produzione normativa nazionale. Il problema di fondo è rappresentato dall'impatto reale che la produzione normativa ha avuto sul territorio e sulle amministrazioni locali. Un impatto debole dovuto al gap esistente tra tentativo di innovazione e capacità di ricezione innovativa da parte delle amministrazioni periferiche che presentano una condizione di insufficienza sul piano strutturale e organizzativo, sia sul piano della cultura e prassi delle politiche sociali in generale. La Pubblica Amministrazione, da una parte pressata dai bisogni dei cittadini e dall'altra vincolata da una struttura organizzativa non sufficientemente attrezzata finisce per dare la risposta possibile in quel momento. I servizi di assistenza domiciliare, non ancora collocati in un quadro di vera programmazione integrata, rappresentano il 39,5% del fondo (dati 1995). Il servizio di assistenza domiciliare è rivolto per la quasi totalità alle persone anziane. Dall'analisi delle esperienze realizzate al 1997 emerge un quadro frammentato, contraddittorio. L'Assistenza Domiciliare Integrata che prevede l'integrazione tra interventi socio-assistenziali e interventi sanitari è stata attuata parzialmente. I servizi sociali dei Comuni e quelli sanitari delle Aziende USL non si sono di fatto incontrati. Le situazioni più frequenti riscontrate:

- a) l'Azienda USL ha attivato il servizio di assistenza sanitaria domiciliare secondo le linee del progetto obiettivo, ma senza l'integrazione con i servizi socio-assistenziali dei Comuni perché inesistenti.
- b) il comune ha attivato il servizio di assistenza domiciliare a carattere socio-assistenziale, ma senza l'integrazione con le prestazioni sanitarie dell'AUSL perché non attivate;



- c) l'Azienda USL ha attivato il servizio limitato alle prestazioni infermieristiche e riabilitative, alcuni Comuni del territorio hanno attivato il servizio con le prestazioni socio-assistenziali, ma l'integrazione non è avvenuta perché difficoltosa, non pianificata collegialmente;
- d) integrazione parziale (solo per alcuni utenti)
- e) mancata coincidenza della tipologia di utenza per assenza di una progettazione comune: gli utenti dell'Azienda USL sono diversi dagli utenti assistiti dal comune.

Come abbiamo già detto anche in Basilicata è ancora forte la presenza di interventi istituzionalizzanti e a carattere assistenzialistico. Poco sviluppati i servizi innovativi che sono in genere organizzati all'esterno del settore pubblico, in particolare da alcune Cooperative Sociali e da alcune organizzazioni di volontariato.

Sul versante dell'**handicap** la Regione Basilicata già nel 1984 ha promulgato la legge regionale n. 38 "Interventi a favore dei cittadini portatori di handicap".

È una normativa che si presenta subito con caratteri innovativi per i principi di integrazione ai quali si ispira e per i contenuti completi che esprime.

Essa ha cercato di abbandonare l'impostazione per categoria fornendo una precisa definizione dell'handicap, del tutto assente nella legislazione nazionale di quel periodo. Nell'articolo 6 si afferma che: "si considerano portatori di handicap le persone che presentano una minorazione delle proprie condizioni fisiche, psichiche o sensoriali di natura congenita o comunque intervenuta in seguito ad evento morboso o traumatico, generante processi di emarginazione".

Gli interventi previsti non sono settoriali ma finalizzati a soddisfare varie esigenze. Nonostante gli aspetti innovativi molti sono i limiti. La legge 38/84 pur avendo il pregio di indicare con chiarezza gli interventi da realizzare e stabilire delle priorità, non offre per la loro applicazione sufficienti garanzie che, pertanto, sono da ricercare nelle disponibilità economiche dell'ente Regione, nella discrezionalità politica degli Enti locali e nella organizzazione della griglia socio-sanitaria del territorio. Nel testo legislativo i Comuni e le AUSL non "devono", ma "possono" realizzare le iniziative previste. Il fatto pertanto che la Regione Basilicata disponga di una legge abbastanza corretta e innovativa, sebbene sia da considerarsi cosa positiva, non corrisponde nella realtà alla possibilità di disporre pienamente degli interventi e dei servizi previsti.

Sul versante delle **tossicodipendenze**, la vecchia legge regionale n. 11/85 è stata sostanzialmente disattesa soprattutto in relazione alle funzioni dei Comuni e agli interventi di prevenzione. La D.C.R. n. 744 del 24.12.97 più di recente ha stabilito i criteri e le modalità per l'attribuzione dei finanziamenti relativi alla quota regionale del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. La delibera, ha favorito le iniziative che prevedono l'impegno coordinato dei diversi soggetti istituzionali e sociali presenti sul territorio. Manca una politica organica di lotta alla droga sul fronte della prevenzione. Esiste, invece, un certo dinamismo e attivismo dei

Ser.T. che, in ogni caso, si confrontano con difficoltà legate alla carenza di strutture e di operatori. Il rapporto operatori utenti, al 1996, appare contraddittorio: si passa dal rapporto 1/39 di Melfi con 276 utenti, al rapporto 1/9 di Lagonegro con 65 utenti. Nel corso di questi anni molto è stato affidato alla volontà progettuale e di iniziativa del privato sociale e dei Ser.T, che in ordine sparso hanno avuto accesso ai contributi statali del fondo nazionale. Queste iniziative, tuttavia, tranne rare eccezioni, non pare abbiano prodotto esiti entusiasmanti. La strada da percorrere sembra essere quella di una programmazione organica degli interventi e dei servizi territoriali di promozione sociale che chiama in causa ancora una volta la capacità di mobilitazione delle risorse in un quadro di integrazione verticale ed orizzontale dei soggetti sociali e istituzionali.

Anche sul versante delle **politiche per i minori** prevale la tendenza alla istituzionalizzazione. Un cambio di rotta è prevedibile grazie alle innovazioni introdotte con la legge 285/97. La Regione ha emanato le linee programmatiche e di indirizzo per l'applicazione della legge nazionale, recependo tutti i contenuti della normativa sia sul piano sostanziale, sia sul piano formale. Particolare interesse è rivolto alle azioni finalizzate al superamento degli interventi di ricovero e di contrasto alla violenza. Le linee di indirizzo puntano a trasformare le opportunità delle legge 285 in investimenti di lunga durata capaci di avviare processi di qualità irreversibili. Le reti territoriali, l'integrazione tra soggetti sociali e istituzionali nell'ambito di aree territoriali sovracomunali, il superamento delle iniziative estemporanee, episodiche, sono alcune delle linee-guida chiave del provvedimento assunto dalla Regione. Rimane, tuttavia, il problema dell'attuazione concreta di questa nuova politica. La rete di lavoro sociale è un modo di fare, di pensare, di agire, di essere che riconduce a responsabilità e a capacità individuali e collettive sia sul piano professionale sia sul piano umano. E' una modalità operativa e culturale più facile a dirsi che a farsi. Soprattutto laddove si parte da una situazione caratterizzata da condizioni strutturali e culturali opposte. Le difficoltà già emergono in prima battuta, nonostante la voglia di fare, di agire, di capire da parte dei Comuni e degli operatori dei servizi pubblici e privati, si sente la carenza di formazione e la scarsa padronanza di strumenti metodologici adeguati al nuovo corso dell'intervento sociale.

La relativa arretratezza dei servizi sociali e socio-assistenziali in Basilicata, al pari del Mezzogiorno, può essere confermata soprattutto in relazione:

- alla capacità di programmazione e di governo, in particolare degli Enti locali
- alla capacità di associarsi per realizzare politiche sociali integrate
- alla capacità di fare rete, di costruire sinergie tra i diversi attori territoriali delle politiche sociali
- alla capacità di superare una visione residuale e marginale dei servizi sociali e socio-assistenziali nel contesto più generale delle politiche di sviluppo.

- alla capacità di avere strutture e risorse dedicate con personale qualificato negli Enti locali.

## 2.4 GLI INDIRIZZI DI PIANO

Gli indirizzi del Piano 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 deistituzionalizzazione come azione di superamento delle istituzioni socio-assistenziali e creazione di reali alternative nel territorio;
- 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 regionale 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, anche mediante la sperimentazione di carte dei servizi sociali e la definizione degli standard gestionali e strutturali dei presidi socio-assistenziali.
- 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 standard strutturali e gestionali
- 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 regionale attraverso soprattutto la diffusione e il rafforzamento della partnership con i soggetti istituzionali
- L'individuazione delle aree intercomunali (zone) quali articolazioni territoriali dell'assetto organizzativo e istituzionale del sistema socio-assistenziale regionale e luogo unitario della programmazione locale.
- La definizione dei Piani sociali di zona quali strumenti attuativi del Piano regionale a livello locale e strumenti operativi per l'esercizio concreto da parte dei Comuni delle funzioni socio-assistenziali ad essi attribuite dalla normativa regionale e nazionale, con la partecipazione di tutti i soggetti che sono parte attiva del sistema locale delle responsabilità.

- 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
- La messa a punto di un sistema informativo socio assistenziale nell'ambito di un Osservatorio regionale sulle politiche sociali attive
- Riqualificazione e aggiornamento del sistema formativo nell'area socio-assistenziale.
- Estensione e riqualificazione del sistema delle responsabilità



## **CAPITOLO 3**

### **IL QUADRO DELLE RESPONSABILITA'**

### 3.1 - RESPONSABILITA' ISTITUZIONALI E SOCIALI

I presupposti culturali e politici sui quali si fonda il Piano rende possibile, oltre che necessario, tracciare un nuovo quadro delle responsabilità, tale da costituire il motore reale del processo di cambiamento che il Piano si prefigge di realizzare, coerentemente con la scelta di garantire un rilevante impegno istituzionale nelle politiche sociali per l'evoluzione del sistema verso un assetto che, liberando risorse esistenti e promuovendo la disponibilità di risorse aggiuntive, apra concretamente la strada all'innovazione e insieme all'accelerazione del progresso sociale e civile della Regione.

Tutto ciò non è certo irrilevante rispetto ai contenuti del Piano ed in particolare alla definizione del nuovo sistema delle responsabilità sul quale il Piano deve fondarsi tenendo conto che negli ultimi anni, si sono avuti profondi cambiamenti nell'ordinamento giuridico, nella prassi amministrativa, nella cultura dei singoli e delle loro formazioni sociali che hanno profondamente inciso sull'assetto istituzionale e sociale del nostro Paese.

Sul versante istituzionale (e nel solco del processo di realizzazione dei principi costituzionali iniziato con il DPR n. 616/1977) il fatto di maggiore rilievo è costituito dalla riforma delle autonomie locali tracciata dalla legge n. 142/1990 e, come abbiamo visto, in seguito dal decreto legislativo 112/97, dalla legge regionale 25/97.

Il Comune si configura come l'istituzione pubblica alla quale è attribuita la *funzione* di rappresentare gli interessi della comunità locale e di garantirne e promuoverne la soddisfazione.

Nel complesso sistema delle responsabilità viene attribuito all'Ente locale un ruolo che si differenzia sia per "*livello*" sia per "*intensità*" da quello di tutti gli altri soggetti.

Sotto il primo profilo, il Comune è il soggetto al quale l'ordinamento attribuisce la responsabilità istituzionale di rilevare ed interpretare i bisogni della comunità locale e di garantire il livello di soddisfazione degli stessi.

Sotto il secondo profilo, il Comune è - con la Regione e con la Provincia - titolare di potestà pubbliche che conferiscono ai propri atti una particolare forza attuativa, che si differenzia rispetto a quella di tutti gli altri soggetti privati che possono condividere responsabilità pubbliche nella definizione e nell'attuazione del Piano.

Se, da un lato, la legge n. 142/1990 definisce la funzione dell'Ente locale, altre importanti leggi di riforma (in particolare, le leggi n. 266/1991 sul volontariato e n. 381/1991 sulla cooperazione sociale) compiono un analogo riconoscimento, formalizzando situazioni e ruoli che già si erano venuti consolidando nella realtà amministrativa e nella cultura politico-sociale ed economica.



Accanto ai tradizionali soggetti pubblici istituzionali si affermano cioè anche altri soggetti che si contraddistinguono essenzialmente per una peculiarità: quella di perseguire interessi generali che si collocano al di fuori della propria compagine per rivolgersi alla comunità locale estesa, assumendo in tal modo un ruolo primario nell'azione di promozione umana e di integrazione sociale dei cittadini. Sono soggetti che possiamo definire della cittadinanza attiva organizzata. Si assiste, in sostanza, al superamento del vecchio assetto delle responsabilità ed al configurarsi di un assetto più complesso nel quale soggetti non istituzionali si trovano a condividere (sia pure a livello diverso) con quelli istituzionali responsabilità pubbliche, cioè, naturalmente, in piena libertà ed autonomia.

Nel novero di tali soggetti non istituzionali (che possono essere chiamati soggetti *sociali*) vanno innanzitutto comprese le Cooperative Sociali, le organizzazioni di volontariato, le associazioni delle famiglie e degli utenti, oltre che più in generale tutti gli altri organismi non lucrativi di utilità sociale. Fermo restando che - come già visto - il ruolo dei soggetti istituzionali si differenzia per livello e per intensità rispetto a quello degli altri ne discende (proprio in funzione di tale differenziazione) la necessità di *comporre a sistema* un assetto che, per la propria complessità, sarebbe altrimenti di difficile gestione.

### 3.2 - I SOGGETTI ISTITUZIONALI

Ai soggetti istituzionali locali l'ordinamento attribuisce il ruolo fondamentale di rappresentare la collettività locale e di garantire la soddisfazione dei bisogni della stessa. Per individuare, in un chiaro sistema, le responsabilità che fanno necessariamente capo ai soggetti istituzionali è necessario distinguere i servizi nei diversi momenti nei quali essi articolano la loro azione:

- la lettura dei bisogni e l'identificazione delle risorse;
- la definizione delle priorità e dei piani di intervento;
- la progettazione delle azioni;
- la gestione dei servizi;
- il finanziamento della spesa;
- la vigilanza sui servizi;
- il controllo e la valutazione.

E' evidente che la scelta politica di rinnovare e qualificare il sistema di welfare rende irrinunciabile l'assunzione di responsabilità *istituzionali* relativamente ai momenti concernenti la lettura dei bisogni, l'identificazione delle risorse, la programmazione, la vigilanza-controllo, la valutazione, per garantire l'esistenza, la qualità e l'accessibilità dei servizi.

Per quanto concerne, invece, i momenti della progettazione e della gestione, gli Enti pubblici istituzionali possono valutare l'opportunità di un loro impegno diretto o, in alternativa, di affidare l'esercizio della funzione gestionale alla responsabilità di soggetti non istituzionali tenendo conto che questo è compatibile con la scelta di uno stato sociale inteso non nel senso della difesa di posizioni di privilegio, ma in quello della promozione sociale e della più equa ed efficace tutela sostanziale di tutti i soggetti a partire da quelli più deboli.

Il sistema delle risorse può e deve essere progressivamente sostenuto anche dalla responsabilità comunitaria delle famiglie e delle formazioni sociali oltre che da quella dei singoli utenti.

A tale proposito e in armonia con i principi costituzionali la responsabilità istituzionale relativa al finanziamento dei servizi va riaffermata nel momento in cui ciò sia indispensabile, o in relazione alle capacità economiche degli utenti o in relazione alle opportunità pubbliche di promozione dell'utilizzo di determinati servizi per favorire la concreta esigibilità dei diritti o per incentivare l'utilizzo dei servizi ad elevato valore preventivo e di promozione.

Non va, infine, dimenticato o sottovalutato il fatto che i soggetti pubblici istituzionali adempiono alle loro responsabilità nei confronti dello stato sociale non solo garantendo servizi *ma anche svolgendo un ruolo fondamentale di mediatore dei processi, promuove interazioni fra*

*responsabilità interessate alla prevenzione del bisogno, alla disponibilità di risposte, alla creazione di risorse aggiuntive*, in un sistema che coinvolga in un disegno organico soggetti istituzionali e sociali.

Tutto ciò va, naturalmente, rapportato con la specifica condizione della realtà del territorio e della popolazione della Regione Basilicata, alla luce, in particolare, dei dati emersi dalle rilevazioni che hanno preceduto la predisposizione del Piano e che sono fundamentalmente costituiti da:

- presenza di Comuni aventi dimensioni demografiche molto piccole, tali da rendere impossibile non solo l'economica gestione dei servizi ma, a volte, lo stesso corretto svolgimento delle funzioni pubbliche istituzionali;
- territorio in gran parte montano, nel quale gli aspetti morfologici e culturali assumono un valore particolare, caratterizzante gli aspetti economici e sociali soprattutto per la prevalenza delle fasce anziane;
- elevato tasso di disoccupazione e sviluppo economico disomogeneo;
- scarsa diffusione di una cultura del sociale nelle Amministrazioni Pubbliche e nel tessuto economico e civile;
- consolidato di spesa, soprattutto negli interventi provvisori e di ricovero che lascia scarsi spazi di manovra per nuove iniziative,
- presenza di soggetti sociali (quali ad esempio Cooperative Sociali, organizzazioni di volontariato, sindacati) portatori di cultura solidaristica e di risorse originali;
- presenza di IPAB caratterizzate da situazioni problematiche, ma anche di altre portatrici di notevoli risorse e disponibili al coinvolgimento.

### **3.3. - I SOGGETTI SOCIALI**

Nella realtà lucana è particolarmente evidente la necessità di un Piano sociale che superi il mero obiettivo della razionalizzazione dell'esistente per perseguire quello della realizzazione di un nuovo sistema di servizi che primariamente valorizzi oltre alle collaborazioni inter-istituzionali, quelle con (e fra) soggetti sociali.

Solo attraverso tali collaborazioni sarà possibile superare il circolo chiuso costituito dalla insufficienza delle risorse regionali disponibili in quanto non impegnate nella spesa storica, e promuovere il graduale passaggio da una politica sociale basata sulla conservazione ad una fondata sulla progettualità, sull'equità e sulla qualità delle risposte.

Sul piano gestionale sarà quindi necessario superare (laddove possibile e conveniente) il ruolo meramente esecutivo dei soggetti sociali (appalto di servizi) per coinvolgerli in un sistema di offerta nel quale possano svolgere un ruolo attivo, inserito in un quadro programmatico unitario. Allo stesso modo occorre favorire e stimolare libere iniziative di autogestione e di autopromozione dei servizi fondate sulla reciprocità e sullo scambio tra cittadini singoli e associati.

E' però necessario che sul versante istituzionale i soggetti sociali trovino nei loro interlocutori pubblici i presupposti organizzativi e professionali necessari affinché le teoriche previsioni normative e le indicazioni di Piano possano tradursi in pratica.

Per promuovere la presenza di tale presupposto, il percorso di realizzazione del Piano dovrà essere accompagnato da significativi interventi sugli organici degli Enti locali sia sul piano strutturale (nel senso della loro revisione) sia su quello della formazione e della riqualificazione. Occorre superare i vecchi modelli organizzativi.

E' quindi condizione essenziale per la realizzazione del Piano accompagnare ad esso un incisivo programma di promozione e di rinnovamento degli apparati tecnici-burocratici degli Enti locali. Regione compresa. (vedi schede di sintesi).

Tale programma deve coprire un arco temporale uguale a quello del Piano ed essere ad esso funzionalmente collegato, proponendo obiettivi realistici e verificabili accompagnati da concreti strumenti di indirizzo, promozione e sostegno.

I soggetti sociali, dal canto loro, devono compiere un salto deciso verso la qualità ed affermare una capacità organizzativa e imprenditoriale all'altezza della nuova fase che sta per aprirsi. In particolare le organizzazioni di volontariato dovrebbero orientare l'azione verso la tutela e la difesa dei diritti dei cittadini consumatori sociali, intervenire a consolidare il sistema dei servizi attraverso l'opera di sensibilizzazione dei cittadini alla responsabilità e alla solidarietà attiva. Impegnarsi in uno sforzo di formazione per

riqualificare sul piano culturale e su quello operativo l'impegno dei singoli e delle organizzazioni. A questo sforzo la Regione fornirà il proprio sostegno. Vigilare sull'efficienza e sull'efficacia del sistema socioassistenziale e sui soggetti che a vario titolo concorrono all'attuazione concreta degli interventi, dei servizi e delle prestazioni. Proporsi come area di valore aggiunto, ai servizi svolti da altri soggetti in maniera continuativa e professionale, sviluppando iniziative di qualità a complemento e ad integrazione delle attività e delle prestazioni svolte a titolo oneroso.

La cooperazione sociale ha la grande responsabilità di continuare a fornire servizi sociali in una fase di transizione dirigendo gli sforzi verso assetti imprenditoriali più efficienti ed efficaci, puntando sulla qualità delle prestazioni e degli interventi. E' necessario, inoltre, laddove è debole, affermare una qualità della presenza delle Cooperative Sociali nelle comunità locali di riferimento. La Basilicata, oggi più che mai, ha bisogno di una cooperazione sociale coerente con i principi della legge 381/91, che agisca sulla base di valori etici chiari e forti, che lavori concretamente per la promozione delle comunità locali e sappia rendere conto dei risultati raggiunti. Un'azione di formazione, di riqualificazione e di aggiornamento del personale impegnato nelle cooperative è, anche, l'obiettivo strategico del Piano triennale.

La Regione adotterà i provvedimenti necessari perché nel territorio si affermi una cooperazione sociale autentica, fondata su motivazioni e presupposti imprenditoriali e solidaristici capaci di generare sviluppo e risorse aggiuntive. La Regione adotta quali principi generali di base per una cooperazione sociale di qualità:

- una dimensione compatibile con la possibilità di sviluppare tra i soci effettive e positive relazioni di conoscenza e per l'esercizio reale della democrazia interna, compatibile con la possibilità di garantire l'efficacia delle relazioni comunitarie, la capacità concreta di leggere ed interpretare i bisogni e le potenzialità della comunità locale per sviluppare iniziative coerenti di promozione.
- la territorialità, ossia il legame organico con la comunità locale, volto a valorizzare in chiave solidaristica ed imprenditoriale le potenzialità di cui ogni territorio dispone per fronteggiare i bisogni dei cittadini, in particolare dei più deboli e svantaggiati. Questo legame organico comporta la necessità di sviluppare un'azione costante di radicamento, di costruzione di rapporti con i cittadini, con i gruppi sociali e con le istituzioni, finalizzata al *perseguimento della promozione umana e all'integrazione sociale*, opzioni queste inconciliabili con una politica volta esclusivamente al solo sviluppo economico e commerciale della cooperativa.

- la cooperazione tra cooperative quale forma di ottimizzazione delle risorse progettuali, umane, territoriali, strumento di integrazione partecipativa e di arricchimento reciproco.
- la specializzazione come strategia aziendale di qualità indirizzata a specifiche aree di bisogno sulle quali concentrare energie, risorse, progetti di miglioramento e costruire innovazione.
- il rendiconto sociale, quale strumento di trasparenza e di pubblicizzazione del proprio operare responsabile nei confronti della comunità locale, che consenta la verifica annuale dell'outcome comunitario prodotto dal lavoro della cooperativa.

Su questi principi la Regione definisce gli standard gestionali, strutturali e di qualità delle Cooperative Sociali.

### **3.3.1 - Indirizzi operativi per la disciplina dei rapporti tra Enti locali, aziende sanitarie locali, aziende municipali e Cooperative Sociali.**

- Per l'affidamento a terzi della progettazione, organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, altre attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, gli Enti locali, le aziende municipali, le Aziende USL agiscono secondo quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art.11 della L.R. 25/97. In aggiunta alle disposizioni di cui alla L.R. 25/97 commi 5 e 6 gli Enti locali, le aziende municipalizzate, le Aziende USL 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.
- 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. A tal fine i Comuni, gli altri Enti locali, le aziende sanitarie in sede di approvazione del bilancio preventivo potrebbero riservare una quota delle risorse correnti per l'acquisto di beni e servizi, alle convenzioni di cui sopra.

### **3.3.2 - Indirizzi operativi per l'incentivazione delle iniziative di scambio e di reciprocità tra cittadini singoli e/o associati nell'ambito dell'offerta di servizi sociali**

La Regione favorisce e sostiene le iniziative di scambio e di reciprocità tra cittadini nell'ambito dell'offerta di servizi sociali e di prestazioni solidali. In particolare attiva:

- forme di sostegno circa la costituzione di "banche del tempo solidale" in materia di aiuto agli handicappati fisici e psichici, agli anziani in difficoltà, e di pronta ospitalità temporanea per situazioni di emergenza;
- il sostegno alla partecipazione attiva dei genitori nelle attività delle ludoteche e dei centri ludici;
- l'incentivazione dell'associazionismo tra genitori per le iniziative di formazione, informazione e sensibilizzazione sulle tematiche dell'adolescenza, dell'infanzia e del ruolo genitoriale;
- contributi alle scuole di ogni ordine e grado che organizzano percorsi extradidattici di educazione alla cooperazione sociale e al volontariato.
- incentivazione per le famiglie che assistono loro congiunti non autosufficienti o in gravi difficoltà e relative norme che disincentivano il ricorso al ricovero e ad altre forme di istituzionalizzazione.

### 3.4 - ASSETTI ORGANIZZATIVI E ARTICOLAZIONE ISTITUZIONALE

#### 3.4.1 - Il Piano sociale di zona

In attuazione dell'art.11 comma 1 della L.R. 25/97 il Piano assume come obiettivo di riqualificazione dell'assetto istituzionale e del sistema di responsabilità l'attivazione dei Piani di zona. Il Piano di zona rappresenta la piena affermazione dell'autonomia locale nella programmazione e gestione dei servizi sociali, anche in attuazione dei principi e delle disposizioni contenuti nella recente normativa nazionale in materia di attribuzione di compiti, funzioni e responsabilità ai Comuni. Il Piano di zona, inoltre, favorisce la vicinanza operativa e programmatica tra servizi, Enti, soggetti sociali e istituzionali che agiscono in un territorio omogeneo e geograficamente caratterizzato. Il Piano di zona è anche il luogo idoneo all'attuazione delle forme collaborative e di integrazione tra servizi e interventi sanitari e servizi e interventi sociali.

Il Piano di zona in quanto momento di sintesi programmatica e di verifica e valutazione sia del processo sia dei risultati viene ad articolarsi sui seguenti principi:

1. **Sussidiarietà:** i cittadini, aderenti o meno ad Associazioni di Volontariato, in virtù del diritto di cittadinanza, esprimono il loro livello di responsabilità attraverso l'esercizio della cittadinanza attiva. Viene così superato il concetto di delega, per recuperare, nei limiti del possibile, la propria capacità protagonista con l'eventuale intervento sussidiario là dove le proprie forze risultano essere insufficienti;
2. **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.

#### 3.4.2 Strumenti formali per la realizzazione dei Piani di Zona

Sotto il profilo giuridico, il Piano di zona può essere definito come un provvedimento amministrativo concordato avente contenuto programmatico.

Il Piano di zona è uno strumento che ha essenzialmente natura tecnica e finalità di programmazione tali per cui mal si presterebbe a disciplinare direttamente i rapporti giuridici fra i soggetti coinvolti. Di qui l'opportunità di prevedere l'utilizzo di ulteriori strumenti giuridici al fine di creare le condizioni per l'attuazione del Piano, disciplinando efficacemente i rapporti e le situazioni giuridiche in genere. Tali strumenti sono costituiti da:

- convenzioni ex art. 24 L. 142/90
- accordo di programma ex art. 27 L. 142/1990 fra tutti i soggetti pubblici coinvolti nel Piano;



- accordi ex art. 15 L. 241/1990 fra le pubbliche amministrazioni coinvolte;
- conferenza di servizi (L. 241/1990) quale modalità procedimentale favorente il raggiungimento degli accordi fra i soggetti istituzionali;
- accordi di diverso tipo con i soggetti non istituzionali anche sotto forma di accordi integrativi o sostitutivi del provvedimento amministrativo, limitatamente agli aspetti attuativi (art. 11 - L. 241/1990).

### La convenzione

La convenzione costituisce l'atto preliminare di tutto il processo programmatorio e attuativo del Piano sociale di zona. Attraverso la convenzione i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento sanciscono la gestione associata dei servizi e definiscono le finalità generali della gestione associata, la tipologia dei servizi e degli interventi ricadenti nella gestione associata, la loro durata, le forme e la periodicità delle consultazioni tra i contraenti, i rapporti finanziari fra loro intercorrenti, i reciproci obblighi e garanzie, le modalità di coordinamento nell'esercizio delle funzioni, le modalità di attribuzione del coordinamento organizzativo e amministrativo ad uno o più dei contraenti, della gestione dei servizi e degli interventi da attuarsi in forma associata. Nella convenzione, vengono altresì stabilite le linee generali per la conclusione degli accordi di programma ex art. 27 L.142/90, degli accordi ex L. 241/90, dei protocolli di intesa.

### Accordi di programma

L'accordo di programma è lo strumento attuativo del Piano di zona che prevede l'azione coordinata ed integrata dei Comuni, della Provincia, dell'Azienda Sanitaria Locale, e di altri Soggetti pubblici. Gli accordi di programma in attuazione del Piano di zona riguardano:

- l'area anziani
- l'area minori-famiglia
- l'area della tossicodipendenza
- l'area della salute mentale
- l'area handicap
- l'area ex detenuti
- l'area immigrati, extracomunitari e nomadi
- l'area donne
- l'area giovani

I Comuni utilizzeranno il testo di accordo di programma – tipo e il testo di convenzione-tipo per la gestione associata, allegati al presente Piano.

Con riferimento, infine, agli accordi con i soggetti non istituzionali, essi rappresentano l'aspetto più problematico e, nello stesso tempo, denso di potenzialità. Infatti, a proposito di questi ultimi, se da un lato occorre evitare la genericità che spesso affligge la qualificazione degli accordi di questo tipo, dall'altro occorre tenere presente che l'ordinamento offre strumenti diversificati e funzionali al bisogno, fra i quali va, in particolare, ricordato quello costituito *dagli accordi integrativi o sostitutivi del provvedimento amministrativo* (ex art. 11 - L. n. 241/1990), sino ad ora scarsamente utilizzato, nonostante le potenzialità pratiche.

Negli accordi di programma devono essere indicati i servizi e gli interventi da affidare a Cooperative Sociali tramite le procedure di gara di cui al paragrafo 3.3.1.

La gestione associata si può attuare anche mediante delega ai sensi della legge regionale 25/97. L'area di riferimento, per favorire l'integrazione fra le attività di assistenza sociale e quelle sanitarie, è quella dell'Azienda USL.

### **3.4.3 - Le risorse**

Nel processo di realizzazione di un Piano caratterizzato dal perseguimento di un ampio sistema di responsabilità, una posizione strategica è svolta dalla ricerca di ogni possibile modalità di collaborazione con quanti, fra i soggetti non istituzionali radicati sul territorio (e fra essi prioritariamente quelli senza finalità di lucro) possano essere disponibili a collaborare con i soggetti istituzionali nella realizzazione degli obiettivi .

A tale proposito, va ricordato che le Pubbliche Amministrazioni, accanto alle risorse meramente finanziarie presenti, o comunque, allocabili nel bilancio, non possono sottrarsi alla necessità di valorizzarne altre, costituite da:

- risorse di carattere non finanziario, delle quali le Amministrazioni dispongono (immobili, altri beni, informazioni sulla popolazione e sul territorio, professionalità dei propri dipendenti, uffici e servizi esistenti);
- risorse che altri soggetti diversi dagli Enti locali territoriali, ma aventi sede nel territorio comunale e in esso radicati, possono mettere a disposizione della comunità locale in un comune impegno di sviluppo e di miglioramento.
- risorse per tempo impiegato a titolo non oneroso da cittadini singoli o associati, in attività sociali, socio-educative e socio-assistenziali di carattere integrativo e complementare a quelle professionali a titolo oneroso;
- risorse per tempo impiegato a titolo non oneroso da cittadini singoli o associati in attività di servizi ludici, di sostegno familiare, di aiuto alle persone in difficoltà.

Si tratta dunque, di individuare bisogni e risorse, anche non finanziarie e di programmare le risposte ai primi ricercando ogni possibile collaborazione con i soggetti esterni che fanno parte del nuovo sistema delle responsabilità pubbliche locali.

#### **3.4.4 - La partecipazione dei soggetti sociali**

*La partecipazione al procedimento amministrativo è un istituto giuridico* introdotto nell'ordinamento dagli articoli 7 e seguenti della legge n. 241/1990. In particolare l'articolo 11 prevede che il contenuto discrezionale di un provvedimento amministrativo possa essere determinato dall'amministrazione anche in conformità ad *accordi* fra la stessa Pubblica Amministrazione ed i soggetti privati interessati. Anzi, il provvedimento amministrativo *può addirittura essere sostituito dall'accordo*, spostando in tal modo l'azione amministrativa dall'esercizio di poteri autoritativi ad attività di tipo consensuale, in una posizione di parità con i privati. L'articolo 13 precisa che le disposizioni contenute nel presente capo non si applicano nei confronti dell'attività della Pubblica Amministrazione diretta alla emanazione di atti normativi, amministrativi generali, *di pianificazione e di programmazione*, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione. Per tale ragione, va favorita la più ampia partecipazione sostanziale anche se *informale* al processo *di definizione del Piano di zona*. Nel contempo - *sul piano formale* - la partecipazione dei soggetti va limitata al momento realizzativo del programma (successivo all'approvazione, la quale resta, quindi atto unilaterale adottato dai soggetti istituzionali in quanto pubbliche autorità); *in tale fase realizzativa, gli accordi sostitutivi* di cui all'articolo 11 della legge n. 241/90 possono costituire un nuovo strumento per incentivare, facilitare e supportare una estensione di responsabilità a quei soggetti quali ad esempio Cooperative Sociali e Associazioni di Volontariato, ai quali l'ordinamento giuridico e la realtà amministrativa locale riconoscono un ruolo significativo nel nuovo e più ampio sistema di responsabilità *pubbliche nei servizi alle persone*. Per quanto riguarda le Cooperative Sociali, la partecipazione nella fase programmatica tramite gli accordi sostitutivi, o attraverso protocolli di intesa, viene esercitata dalle organizzazioni di rappresentanza politico sindacale e non già dalle singole imprese.

#### **3.4.5 - Zonizzazione dei servizi**

La configurazione delle zone, individuate come ambiti per la gestione dei servizi sociali, scaturisce dall'esigenza di conciliare, da un lato, le scelte già effettuate dalla Regione (territori delle comunità montane, AUSL, distretti socio-sanitari) e, dall'altro, favorire il raggiungimento dell'obiettivo di promuovere le collaborazioni tra le diverse istituzioni coinvolte e cointeressate al sistema dei servizi alla persona.

Per questi motivi, i **criteri adottati** sono funzionali alla realizzazione di una *zonizzazione su scala territoriale* per ambiti omogenei finalizzata alla gestione dei servizi. L'omogeneità territoriale è stata definita sulla base degli elementi geomorfologici, sui tempi di spostamento, sulla base della distribuzione della rete viaria. Si è posta anche attenzione alle caratteristiche socioculturali particolari di alcune zone della Regione. E' stata, inoltre, attribuita assoluta priorità alla coincidenza degli ambiti territoriali con le rispettive Aziende Sanitarie di appartenenza. Questa priorità risponde alla necessità di perseguire soprattutto a livello territoriale locale l'integrazione funzionale, organizzativa e operativa tra servizi sanitari e servizi sociali.

E' stata dedicata grande attenzione all'attuale articolazione dei Distretti Sanitari di Base e delle Comunità Montane. I Comuni per la definizione dei PSZ possono assumere quale riferimento le aggregazioni proposte nel presente Piano, ponendo attenzione ai diversi livelli dell'integrazione socio-sanitaria che si realizza nei Distretti Sanitari di Base.

L'utilizzo dei criteri così specificati ha portato a definire ambiti in media di 40.000 abitanti, ad eccezione dei due Comuni capoluoghi di provincia che possono costituire ambito territoriale unico.

Le tabelle allegate descrivono i 13 ambiti entro cui è prevista la gestione associata dei servizi.

### **3.5 - COS'È IL PIANO DI ZONA**

Il sistema delle responsabilità e le specifiche attribuzioni di competenza, ripartite tra i diversi livelli istituzionali comportano la necessità di coniugare il livello programmatico regionale con un livello che risulti adeguato e funzionale alla rappresentanza, promozione e protezione degli interessi specifici della popolazione nelle singole comunità locali adeguate per territorio e popolazione.

il Piano di zona è l'occasione offerta alle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo e va visto e realizzato come piano regolatore del funzionamento dei servizi alle persone. In particolare, il Piano di zona è lo strumento promosso dai diversi soggetti istituzionali e comunitari per:

- analizzare i bisogni e i problemi della popolazione sotto il profilo qualitativo e quantitativo;
- riconoscere e mobilitare le risorse professionali, personali, strutturali economiche, pubbliche, private (profit e non profit) e del volontariato;
- definire obiettivi e priorità, nel triennio di durata del Piano attorno a cui finalizzare le risorse;
- individuare le unità d'offerta e le forme organizzative congrue, nel rispetto dei vincoli normativi e delle specificità e caratteristiche proprie delle singole comunità locali;
- stabilire forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità;
- prevedere sistemi, modalità, responsabilità e tempi per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

#### **3.5.1 - Perché il Piano di zona**

I bisogni, vecchi e nuovi, impongono una revisione critica dell'attuale sistema di unità di offerta, non sempre adeguata sotto il profilo qualitativo e quantitativo, spesso non idoneo a garantire le opportunità necessarie perché i diritti sanciti risultino esigibili. A questo scopo va promossa e consolidata la logica del lavorare per progetti con il potenziamento di iniziative di concertazione interistituzionale, per garantire approcci integrati all'interno di circuiti e procedure programmatiche propri del livello regionale e di quello locale, nel rispetto degli obiettivi e delle priorità definite dalla Regione, fatte salve le specifiche esigenze delle comunità locali.

Il Piano di zona è lo strumento e l'occasione nelle mani del programmatore locale per garantire la concordanza tra i programmi, gli obiettivi e i risultati attesi da un lato, e le previsioni finanziarie annuali e pluriennali dei Comuni, e degli altri soggetti che concorrono alla realizzazione degli obiettivi dall'altro.

La maggior interazione tra soggetti nel rispetto dei ruoli e delle specifiche funzioni può essere garanzia di maggior tutela delle persone, in particolare di quelle più deboli che, spesso, oltre a

non essere in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni non sempre riescono a formulare domande pertinenti ai servizi.

Il Piano di zona consente di dare significato alle cose da fare, evita di far prevalere la gestione ordinaria sulla visione strategica, riqualifica la spesa pubblica, mette in circolo le potenzialità nascoste o ignorate presenti sul territorio.

Il Piano di zona contestualizza le finalità e gli obiettivi definiti nel Piano Regionale in alcune aree di intervento ritenute strategiche, con riferimento alle esigenze e ai bisogni locali. Questi obiettivi comportano a livello locale l'adozione di atti, l'effettuazione di scelte, la predisposizione di strumenti, l'avvio di rapporti interistituzionali che, puntualmente, nelle forme, nelle modalità e nei tempi definiti dalla Regione, si configureranno come specifici del Piano di Zona.

Il Piano di zona, infine, permette di superare i limiti strutturali, sia in termini di risorse sia in termini di equità distributiva dei servizi sul territorio, derivanti dalle caratteristiche demografiche e geomorfologiche della Regione.

### **3.5.2 - Le aree di competenza del Piano di zona**

I piani di zona devono dare priorità agli anziani, ai disabili, ai minori e all'età evolutiva. La famiglia, verso la quale si sono sviluppate aspettative notevoli ed alla quale sono state spesso delegate funzioni gravose, deve essere soggetto attivo e destinatario delle politiche sociali locali contribuendo a realizzare gli inderogabili doveri di solidarietà nello specifico contesto e con le modalità tipiche dei rapporti familiari. In tal senso, gli eventuali contributi economici a favore di nuclei familiari in difficoltà, erogati dall'ente gestore locale, devono essere motivati nel quadro di progetti individualizzati di aiuto e sostegno alla persona e alla sua famiglia.

Gli obiettivi prioritari di intervento devono riguardare:

- la promozione
- la prevenzione
- l'inserimento e il reinserimento sociale e lavorativo

In particolare il Piano di zona riguarda:

- l'area anziani, in particolar modo gli interventi di assistenza domiciliare integrata e le attività culturali e di animazione;
- l'area minori, in particolar modo gli interventi di cui alla L. 285/97;
- l'area della tossicodipendenza, con riferimento agli interventi sociali complementari e successivi ai trattamenti di prevenzione, cura e riabilitazione di pertinenza sanitaria, ossia agli interventi di prevenzione in ambito socioculturale a livello comunitario, nonché agli interventi di risocializzazione e di inserimento lavorativo dei tossicodipendenti;

- l'area della salute mentale, con riferimento alle funzioni socio-assistenziali complementari o successive ai trattamenti sanitari-psichiatrici, ossia agli interventi di risocializzazione comunitaria e di inserimento lavorativo, nonché ai servizi di assistenza domiciliare;
- l'area handicap, con riferimento particolare a quanto previsto negli artt. 7, 8, 9, 10, 12, 13, 24, 40 della legge 104/92 così come modificata dalla legge 21 maggio 1998 n. 162, nonché a quanto previsto negli artt. 9, 11, 13, della L.R. 38/84 nonché alle attività di inserimento lavorativo.
- L'area ex detenuti con riferimento al reinserimento socio-lavorativo e ad iniziative di lotta contro il pregiudizio;
- L'area immigrati, extracomunitari e nomadi, con riferimento particolare a modalità di accoglienza e di inclusione sociale, attraverso iniziative di collegamento con il mondo della scuola e del lavoro;
- L'area donne, con particolare attenzione al fenomeno della femminilizzazione della povertà e al ruolo delle donne nell'economia di riproduzione sociale e di sussistenza;
- L'area giovani, con particolare riferimento all'elaborazione e allo sviluppo di specifiche politiche giovanili.

Le Aziende unità sanitarie locali provvedono all'attuazione degli interventi ad esse attribuiti in materia di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ad integrazione socio-assistenziale nelle aree sopra individuate attraverso gli accordi di programma da stipularsi in attuazione dei piani di zona.

Le Aziende unità sanitarie locali, tramite il direttore generale o funzionario delegato competente partecipa direttamente al procedimento di elaborazione del Piano di zona.

### **3.5.3 - Come si articola il Piano di zona**

La predisposizione del Piano di zona comporta tre fasi di lavoro:

- una prima, propedeutica, di analisi dei problemi e dei bisogni, di lettura delle risorse, di individuazione dei soggetti che, a diverso titolo, sono interessati al processo programmatico;
- una seconda, in cui vengono messi a punto i contenuti del Piano e si procede alla sua approvazione ed alla stipula degli accordi di programma ove necessario;
- una terza, in cui si avvia e sperimenta la sua gestione unitaria ed integrata (anche con i soggetti comunitari), all'interno degli ambiti per la gestione dei servizi sociali.

Allegate al Piano le schede di orientamento per il lavoro del programmatore locale, nella fase conoscitiva ed in quella di predisposizione del Piano di zona.

### **3.5.4 - Chi predisporre il Piano di zona**

I Sindaci, ovvero nella Conferenza dei Sindaci negli ambiti pluricomunali, sono i soggetti che promuovono e curano la predisposizione dei Piani di zona, con il concorso dell'Azienda Unità Sanitaria Locale. Essi coinvolgono, nelle diverse fasi e nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno, tutte le istituzioni pubbliche, le istituzioni private, le famiglie e tutti i soggetti della solidarietà organizzata presenti nell'ambito territoriale e disponibili ad entrare in una logica programmatoria locale.

### **3.5.5 - Procedure metodologiche per la predisposizione del Piano di zona**

E' opportuno che il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci costituiscano un "gruppo di piano" formato da politici, tecnici e rappresentanti dei soggetti istituzionali e della solidarietà organizzata, che funzioni da Cabina di regia e rappresenti lo "strumento operativo" del programmatore locale nella predisposizione del Piano.

Le fasi principali in cui può articolarsi il lavoro sono le seguenti:

- a. predisposizione degli strumenti di rilevazione dei soggetti presenti sul territorio e dei dati relativi ai bisogni, alle risorse, ai servizi;
- b. analisi dei dati, individuazione degli obiettivi e delle priorità, con diretto coinvolgimento del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci e altri Soggetti Istituzionali e Sociali;
- c. stesura del Piano di zona con obiettivi, sotto-obiettivi, risultati attesi, indicatori, azioni da compiere, interventi e servizi da garantire, soggetti responsabili, oneri necessari, tempi di realizzazione dei servizi rapportati alla durata triennale del Piano momenti di verifica e valutazione;
- d. individuazione delle modalità gestionali per garantire approcci integrati con il Distretto sanitario.

### **3.5.6 - L'approvazione del Piano di zona**

Una volta predisposto, il Piano di zona viene sottoposto all'approvazione dei Consigli Comunali dei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale e quindi trasmesso, con allegati gli accordi di programma, alla Regione entro 120 giorni dalla pubblicazione sul BUR del Piano Regionale Socio-Assistenziale, a cura della Conferenza dei Sindaci.

La Giunta Regionale, nel termine di 30 giorni dal ricevimento del Piano di Zona, ne verifica la compatibilità con gli obiettivi di sistema definiti nelle direttive del Piano Sociale Regionale e, in assenza di rilievi, ne delibera l'approvazione.

Il programmatore locale informa dell'avvenuta approvazione tutti i soggetti pubblici e privati che hanno titolo alla gestione dei servizi.



Dopo l'approvazione da parte della Regione possono essere formalizzati gli accordi di programma e quant'altro necessario per la gestione integrata del Piano di Zona. Il Piano approvato, in particolare, costituisce il necessario presupposto per la firma degli accordi di programma tra i Comuni, singoli o associati e l'Azienda U.S.L. di riferimento per quanto attiene alle competenze gestionali relative ai servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria. Il Piano sociale di zona ha durata triennale ed è sottoposto a verifica annuale in sede di Conferenza dei Sindaci. Nella sede di verifica è possibile modificare e/o integrare il PSZ, nonché gli accordi di programma collegati, sulla base delle procedure indicate nell'accordo medesimo. Gli accordi di programma possono avere durata massima pari a quella del Piano o diversa durata con eventuale previsione di rinnovo.

### **3.6 - AREE AD ELEVATA INTEGRAZIONE**

La distinzione delle responsabilità istituzionali e gestionali in ordine al funzionamento dei servizi sanitari e sociali rende oggi più necessaria che in passato la realizzazione di interventi capaci di integrare professionalità e risorse sociali e sanitarie.

Il Piano sociale guarda all'integrazione istituzionale e operativa come ad un obiettivo strategico a cui tendere, avvalendosi degli strumenti già previsti dalla normativa e promuovendone di nuovi. L'azione integrata, oltre a favorire l'efficacia degli interventi a garanzia dell'unitarietà e globalità della persona, consente di razionalizzare la spesa, non solo nella gestione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni, ma anche nell'opera di ristrutturazione e riqualificazione della rete di strutture residenziali e diurne.

#### **3.6.1 - La strategia dell'integrazione socio-sanitaria**

Questa strategia si realizza attraverso due condizioni, già descritte in precedenza:

- ⇒ a livello istituzionale, con l'accordo di programma tra l'Ente gestore dei servizi assistenziali e l'Azienda Sanitaria Locale, in cui vengono specificati, oltre agli obiettivi da raggiungere nella singola area, anche le competenze di ogni soggetto istituzionale, le risorse messe a disposizione, le modalità per la gestione integrata, tutti gli altri strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione partecipata;
- ⇒ a livello programmatico, attraverso la predisposizione del Piano di zona che dovrà prevedere, per i servizi ad elevata integrazione, l'adozione di progetti-obiettivo quantomeno con riferimento ai problemi degli anziani non autosufficienti, dei minori, dei disabili, della salute mentale.

La realizzazione di progetti-obiettivo, cioè interistituzionali, presuppone che i soggetti titolari delle due competenze, socio-assistenziale e sanitaria, si assumano, per le rispettive competenze, la responsabilità di realizzare quanto previsto. In tal senso l'integrazione istituzionale e operativa si specifica:

- a livello organizzativo, attraverso la valorizzazione del lavoro territoriale di ambito e di distretto, come luogo in cui realizzare i processi di presa in carico integrati, a cura di professionalità dipendenti da istituzioni diverse;
- a livello finanziario, mediante la corretta imputazione ai fondi delle due aree (sanitaria e sociale), rispettivamente per le attività e prestazioni sanitarie e quelle assistenziali a rilievo sanitario.

La corretta imputazione è possibile a condizione che nell'accordo di programma siano definite chiaramente le quote di responsabilità di ogni Ente rispetto all'attività da garantire.

### **3.6.2 - Le azioni per l'integrazione**

In attuazione del Piano socio-assistenziale, la Regione favorisce l'integrazione attraverso:

- l'individuazione della dotazione minima di strutture e servizi, atti a garantire risposte integrate negli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sociali;
- la definizione di standard gestionali e strutturali nell'arco del triennio, prevedendo i tempi di adeguamento da parte degli Enti gestori;
- l'individuazione di procedure per la concessione dell'idoneità al funzionamento per le nuove strutture;
- la riclassificazione dell'attuale sistema delle unità di offerta, anche per rendere possibile il loro inserimento nella rete delle strutture convenzionate, se appartenenti ad Enti privati;
- interventi per ristrutturazione e creazione di servizi residenziali in conformità all'art. 45 della L.R. 25/97;
- la formazione per gli operatori dei servizi e strutture ad elevata integrazione.

### **3.6.3. - Il sistema dei servizi**

Il sistema dei servizi di una comunità locale richiede alcune condizioni essenziali per la sua realizzazione:

- la necessità di una definizione chiara del servizio sotto il profilo della sua natura, delle funzioni, degli obiettivi, della struttura organizzativa, degli standard di funzionamento, dei destinatari;
- la chiarezza dei riferimenti istituzionali del servizio, in rapporto al titolare delle funzioni che tale servizio può gestire direttamente o attraverso forme convenzionali;
- la chiarezza sulla fisionomia budgetaria del medesimo sotto il profilo delle entrate e delle uscite, delle risorse, dei prescrittori di spesa e dei finanziatori;
- la necessità che il servizio abbia una sua specifica identità operativa, amministrativa, istituzionale;
- la necessità di precisare procedure per forme di presa in carico specifiche.

### **3.6.4. - L'integrazione**

Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, soprattutto in rapporto a disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali. In tali servizi è fondamentale che si guardi sistematicamente al rapporto tra la persona e i propri contesti di

vita, agendo sui fattori che ne favoriscono lo sviluppo.

Tutto ciò richiede cooperazione e integrazione al fine di contrastare la multifattorialità del disagio, chiamando in causa una nuova cultura della salute e nuove metodologie di intervento capaci di collocare in un processo unitario i diversi apporti di natura sociale, sanitaria, educativa.

Le attività ad alta integrazione socio-sanitaria sono quelle indicate nell'art. 12 della L.R. 25/97, ovvero:

- a) riabilitazione e rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili;
- b) cura e recupero fisico-psichico dei malati mentali;
- c) cura e recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti,
- d) cura e riabilitazione funzionale degli anziani non autosufficienti;
- e) prevenzione, assistenza e tutela materno- infantile e dell'età evolutiva.

### **3.6.5 - Caratteri dell'integrazione nei servizi territoriali**

L'integrazione avviene a diversi livelli:

- istituzionale quando il servizio dipende, per impostazione ed operatività, dagli specifici indirizzi di politica sociale emanati dall'istituzione che lo gestisce;
- interistituzionale quando una struttura, per specifiche funzioni, fa capo ad altrettanto diversificati livelli istituzionali, che non possono non mettersi in sinergia fra loro;
- interorganizzativa quando, all'interno di una stessa unità operativa, agiscono professionalità afferenti amministrativamente a strutture diverse, come nel caso di operatori dell'Ente Pubblico e delle Cooperative Sociali all'interno della medesima struttura di servizio;
- interprofessionale quando le figure presenti nel servizio sono diverse e nello stesso tempo convergenti su bisogni unitari, all'insegna della complementarietà e della condivisione di responsabilità in ordine alla soluzione dei problemi.

### **3.6.6 - La presa in carico**

La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione non è solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di setting operativi e organizzativi, utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo.

La presa in carico non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni e in

primo luogo le realtà solidaristiche.

Su questo terreno l'integrazione diventa una metodologia fondamentale che richiede l'incontro e l'individuazione di diverse responsabilità:

- ◆ professionale, da parte del singolo operatore;
- ◆ interprofessionale, da parte di professionalità diverse che agiscono sulla base di un progetto comune;
- ◆ di servizio, a garanzia di continuità tecnica e istituzionale dell'intervento;
- ◆ fra servizi, quando la complessità della situazione lo richiede, individuando volta per volta il servizio primario di riferimento;
- ◆ istituzionale, a garanzia della esigibilità del diritto considerato;
- ◆ comunitaria, nella misura in cui soggetti diversi, professionali, istituzionali e solidaristici esercitano una comune responsabilità in ordine al superamento della condizione-problema.

Sul piano concreto si ritiene prioritario:

- agire sui livelli organizzativi/funzionali al fine di chiarire i rapporti interni all'Ente;
- promuovere protocolli operativi per la presa in carico dei casi e l'attuazione coordinata degli interventi;
- formalizzare momenti di scambio tra gli operatori dei servizi (conferenze di servizio e tra servizi);
- creare le condizioni organizzative che favoriscano il rapporto tra gli operatori di diversi comparti.

### **3.6.7 - Obbligatorietà della gestione associata**

L'assetto istituzionale configurato con la legge regionale 25/97 pone in capo alla Regione, alle Province e ai Comuni la titolarità delle funzioni socio-assistenziali. Le Aziende sanitarie concorrono alla realizzazione del sistema socio-assistenziale.

Il presente Piano conferma tutto l'assetto che si configura negli artt. 6 e seguenti del Titolo II della L.R. 25/97, fatto salvo quanto disposto nel presente capitolo.

La gestione associata dei servizi sociali e socio-assistenziali è obbligatoria nelle aree di intervento di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9, del paragrafo 3.5.2

I Comuni possono scegliere di non partecipare alla gestione associata limitatamente alle attività di:

- a) assistenza economica, di cui all'art. 21 della L.R. 25/97
- b) reddito minimo di inserimento

- c) informazione, di cui all'art. 19 della L.R. 25/97
- d) promozione sociale, di cui all'art. 20 della L.R. 25/97
- e) altre prestazioni non rientranti nell'ambito delle attività a gestione associata obbligatoria.

In conformità alle indicazioni del presente Piano i Comuni possono attribuire alla gestione associata ulteriori servizi sociali di loro competenza.

### **3.6.8 - Ulteriori indicazioni sulla gestione associata**

I Comuni capoluoghi di provincia possono prevedere convenzioni o accordi di programma relativamente alle aree di cui al paragrafo 3.5.2 con i Comuni ricadenti negli ambiti zonalmente a gestione associata, qualora lo ritengano opportuno, o per progetti speciali e sperimentali in aree innovative, in conformità a quanto stabilito nel presente Piano.

Con riferimento al disposto degli articoli 3 e 15 della legge 142/90, le Province partecipano, per quanto di competenza, alla definizione e realizzazione dei Piani di zona, anche sottoscrivendo se necessario gli accordi di programma stipulati in attuazione dei Piani medesimi.

Nelle zone montane, l'ambito sociale può coincidere con una o più Comunità Montane, tenuto conto della opportunità di assumere il Distretto Sanitario di Base quale riferimento territoriale per l'integrazione socio-sanitaria.. Ciò anche in considerazione di quanto previsto dall'art. 11 della Legge 97/94 concernente "Nuove disposizioni per le zone montane". L'art. 11 della citata legge muove nella direzione degli artt. 28 e 29 della Legge 142/90, in relazione all'esercizio associato di funzioni e servizi pubblici da parte delle Comunità Montane in favore dei Comuni.

### **3.7 - LA FASE TRANSITORIA**

Nel Piano socio-assistenziale vengono già individuate sulla base degli studi e delle rilevazioni effettuati alcune priorità per gli ambiti territoriali. I primi Piani di zona, avranno quindi, per certi versi carattere sperimentale soprattutto sul versante delle procedure e della tenuta organizzativa dell'impianto complessivo. Nel corso del triennio di riferimento i Comuni singoli e associati potranno avvalersi della consulenza tecnica dello staff di Piano insediato presso il Dipartimento sicurezza sociale della Regione. Lo Staff di esperti e consulenti tra gli altri compiti, fornirà consulenza e supporto tecnico ai Comuni singoli e associati, per l'implementazione delle nuove procedure e per l'elaborazione dei piani di zona. Lo Staff si muoverà secondo una logica sussidiaria e non sostitutiva delle funzioni e dei compiti degli organi amministrativi e tecnici dei singoli Comuni.

E' considerata fase transitoria del Piano, tutto il periodo intercorrente tra l'approvazione del Piano medesimo e l'attivazione degli ambiti sociali di zona.

I Comuni, in ogni caso, si attivano sulla base delle nuove disposizioni relativamente agli aspetti di Piano già definiti in seguito all'approvazione e applicabili in termini programmatici e operativi.

### **3.8 - LA TUTELA DEL CITTADINO CONSUMATORE SOCIALE**

Nel rapporto tra cittadino-utente ed Ente gestore all'interno dei servizi sociali deve essere superata l'idea tradizionale di unilateralità ed autoritatività del potere pubblico, ma anche quella di mera collaborazione tra i due soggetti del rapporto, per giungere a realizzare una compartecipazione intesa come apporto di diverse componenti alle scelte amministrative.

I cittadini, in qualità di utenti e consumatori dei servizi socio-assistenziali, devono poter ottenere senza ritardo le prestazioni previste dalla legge. I loro diritti non devono essere meramente formali, ma concreti e direttamente esigibili.

L'esigibilità dei diritti va inquadrata nelle forme della tutela del singolo nei confronti dell'azione amministrativa previste dalla leggi e dagli altri provvedimenti, statali e regionali, sul procedimento amministrativo.

Queste norme consentono al cittadino di partecipare alla formazione del provvedimento amministrativo.

La partecipazione si attua, in particolare, attraverso la esatta definizione delle procedure, in cui siano certe le varie fasi con particolare riferimento:

- alla comunicazione dell'avvio del procedimento ed alle modalità relative;
- ai destinatari delle comunicazioni;
- alla disciplina regolamentare della partecipazione al procedimento ed al contraddittorio (tipo di atti producibili: memorie, documenti, partecipazione ad atti istruttori).

L'aspettativa del provvedimento deve venire soddisfatta con la conseguente eliminazione delle forme di inadempimento quali l'inerzia, il silenzio, l'inottemperanza, non solo per gli ovvi motivi di buon andamento della Pubblica Amministrazione, quanto per dare protezione agli interessi legittimi del cittadino-utente che attendono di essere realizzati da un provvedimento o per mezzo di esso.

L'aspettativa del provvedimento riceve maggior tutela quanto più risulti ridotto il margine di discrezionalità riconosciuto all'Amministrazione e al contrario la tutela subisce una riduzione qualora il potere discrezionale sia ampiamente esteso.

#### **3.8.1 - La trasparenza dell'azione amministrativa**

Il cittadino-utente deve essere in grado di conoscere gli orientamenti dell'Ente gestore dei servizi sociali, in quanto l'accesso alle informazioni è presupposto per l'accesso ai servizi.

Soprattutto nel procedimento amministrativo attinente alla materia dei servizi sociali è necessario dare vita ad un rapporto informato ai seguenti principi:

- contraddittorio tra cittadino e amministrazione;
- partecipazione al procedimento amministrativo;



- diritto di accesso agli atti istruttori;
- conoscenza della motivazione del provvedimento finale.

Il rapporto che sorge tra il cittadino e l'Ente gestore deve essere posto in essere e svolgersi secondo le prescrizioni della legge sul procedimento amministrativo.

L'interesse pubblico sotteso all'azione amministrativa non deve ritenersi scollegato dall'interesse privato nel procedimento

### **3.8.2 - La tutela del cittadino-utente**

Il cittadino-utente di fronte all'amministrazione dispone dell'ordinaria tutela giurisdizionale amministrativa cui può aggiungersi la tutela offerta dal Difensore Civico nell'ambito dei poteri che gli sono attribuiti dalla legge regionale.

I cosiddetti interessi diffusi, quegli interessi cioè di cui una larga parte della collettività è titolare, senza peraltro che tali interessi si possano imputare a soggetti determinati, hanno acquisito una rilevanza sempre maggiore nel corso degli ultimi anni.

Il legislatore ha riconosciuto in taluni casi la legittimazione di Enti o Associazioni ad agire in giudizio a nome dei loro appartenenti.

Una ulteriore fonte di tutela del singolo può dunque venire realizzata attraverso il riconoscimento dei soggetti collettivi portatori di interessi diffusi. L'Ente gestore può prevedere forme di accesso agli atti da parte di questi soggetti.

L'Ente gestore può istituire uno sportello informativo sulle leggi e sulle procedure ed altre forme di comunicazione e di pubblicità in caso di nuove iniziative a livello centrale o locale nell'ambito dei servizi socio- assistenziali.

Le informazioni possono venire trasmesse anche attraverso conferenze o altre iniziative di carattere assembleare.



## **CAPITOLO 4**

### **LA POLITICA DELLE RISORSE**

#### **4.1 - SUPERAMENTO DEGLI SQUILIBRI E RIQUALIFICAZIONE DELLE RISORSE**

Le variabili-cornici che caratterizzano e modellano l'attuale sistema di erogazione dei servizi socio-assistenziali in Basilicata fondamentalemente sono le seguenti:

- a) le numerose leggi regionali che prevedono interventi finanziari di sostegno e di promozione sono scarsamente collegate fra loro e perseguono obiettivi di tipo settoriale, senza tenere conto di un disegno unitario, riferito al territorio;
- b) residualità dell'intervento socio-assistenziale all'interno delle politiche sociali complessive;
- c) squilibrio tra i vari modi di intervento operativo: infatti, gli interventi riparatori e di emergenza assorbono una parte consistente delle risorse finanziarie disponibili a scapito ovviamente degli interventi di sostegno e, ancor più, di quelli preventivi e di promozione;
- d) elevata incidenza di interventi temporanei rispetto ad azioni organizzativamente più complesse ma continue;
- e) squilibrio esistente a livello territoriale, e in pratica nella disomogenea distribuzione dei punti di erogazione delle prestazioni sul territorio regionale, tale da non consentire una fruizione uguale dei servizi da parte di tutta la popolazione lucana;
- f) squilibrio dato dal perdurare di una incidenza eccessiva del ricorso al ricovero residenziale quale modalità prevalente di risposta al bisogno;
- g) squilibrio dato dalla diversa capacità di mobilitazione delle risorse tecniche;

La diminuzione significativa e progressiva della residualità e la riduzione degli squilibri nel settore socio-assistenziale sono alcune delle finalità strategiche obbligate.

Altrettanto obbligata è la processualità attraverso la quale le due finalità vanno perseguite in quanto il superamento della residualità è la preconditione per aggredire gli squilibri che caratterizzano gli interventi.

La residualità, nei fatti, è un condizionamento strutturale che condanna le politiche sociali alla dispersione in micro-interventi, che rende sempre negativamente obbligata la scelta tra investimento stabile e prestazione episodica, tra prevenzione e riparazione, tra protezione e promozione, che obbliga il sistema a ritardare continuamente il decollo dall'assistenzialismo alle politiche di promozione e sicurezza sociale.

Solo a partire dal superamento significativo della residualità delle risorse impegnate dal sociale si può realizzare l'accumulazione primaria capace di alimentare gli investimenti necessari a correggere le diseconomie e gli squilibri, e ad espandere le capacità di intervento almeno nella stessa direzione della crescita della domanda di sostegno.

E' chiaro quindi come l'esigenza di individuare le risorse aggiuntive necessarie alla manovra programmatica sia fondamentale per il Piano triennale.

La capacità di investimenti del settore socio-assistenziale è ad oggi del tutto marginale: ad eccezione di quei Comuni - pochi per la verità - che hanno destinato risorse proprie, in aggiunta ai trasferimenti, per ampliare la gamma dei servizi o per avviare iniziative sperimentali.

Le condizioni perché parta un processo di superamento della residualità e, quindi, di alimentazione degli investimenti attraverso risorse aggiuntive sono:

1. riqualificazione delle risorse interne e della spesa corrente
2. razionalizzazione della spesa
3. valorizzazione e capitalizzazione delle risorse della società civile

La riqualificazione delle risorse interne si ottiene attraverso un costante spostamento dalle spese correnti agli investimenti e, all'interno delle spese correnti, da un analogo spostamento dell'asse degli interventi dal polo debole, erogazioni di prestazioni, erogazioni monetarie, al polo forte, impianti di reti di unità di offerta. Nell'ambito delle reti di offerta occorre considerare e valorizzare le potenzialità dei cittadini singoli e associati e la loro capacità di autopromuovere e autogestire servizi.

La riqualificazione della spesa sociale lungo le direttrici individuate (da spese correnti ad investimenti, da prestazioni a servizi) non può prescindere dalla riconversione di alcuni presidi socio-assistenziali quali, per esempio, le Case di riposo.

E' inoltre necessario ricondurre le risorse regionali in un unico Fondo per le politiche e gli investimenti sociali.

## 4.2 - ALCUNI CRITERI DI SCELTA

Tenendo conto della necessità di far confluire il complesso degli stanziamenti storici (previsti dalle varie leggi di settore) in un unico fondo sociale regionale, i finanziamenti regionali saranno gradualmente riordinati nel modo seguente:

- A. per le *attività consolidate*: va assicurato il graduale superamento dei finanziamenti storici per giungere al conseguimento degli obiettivi di Piano;
- B. per i *livelli minimi di servizio*
- C. per i *piani di zona*: sotto questo profilo, la politica della spesa costituisce non solo strumento per promuovere un elevato livello qualitativo dei piani di zona in se' considerati, ma anche per sostenerne l'operatività. A tal fine saranno premiati gli ambiti di zona i cui Comuni investono risorse proprie.
- D. per *le gestioni speciali regionali*: pur nel rispetto del principio generale che attribuisce alla Regione funzioni di programmazione, coordinamento e controllo e che riserva agli Enti locali il compito di organizzare ed erogare i servizi, possono essere finanziate direttamente azioni di supporto e di promozione degli Enti locali (formazione, sistema informativo, ricerca, sperimentazione), ovvero iniziative e servizi che, in quanto strumentali rispetto alle funzioni caratteristiche della Regione, possono costituire supporto per gli stessi Enti;
- E. per *settori specifici*: caratterizzati dall'eccezionalità, in considerazione dell'opportunità di perseguire obiettivi ritenuti prioritari o rispetto ai quali un diretto coinvolgimento della Regione si rivela necessario, ovvero dalla straordinarietà oggettiva degli eventi e delle problematiche di riferimento.

L'entità finanziaria della manovra attraverso la quale il Piano può perseguire i propri obiettivi è determinata non solo da quote aggiuntive messe a disposizione agli Enti locali dall'amministrazione regionale, ma anche da risorse finanziarie liberate attraverso la razionalizzazione della spesa storica e il ridimensionamento di alcuni flussi tradizionali di finanziamento.

### 4.3 - ALCUNE QUESTIONI

La misura delle risorse liberate attraverso la razionalizzazione dell'esistente ed il ridimensionamento di alcuni flussi di finanziamento dipende da tre variabili:

1. il livello di gradualità del processo di cambiamento che la Regione intende promuovere;
2. la effettiva possibilità di incidere concretamente sull'azione amministrativa degli Enti locali;
3. la capacità di liberare *ulteriori* risorse finanziarie pubbliche, con l'esercizio, da parte delle amministrazioni locali delle funzioni di promozione e sostegno delle iniziative dei soggetti sociali senza le quali i margini di manovra per la politica della spesa sono modesti, tenuto conto delle problematiche di bilancio e delle esigenze della popolazione difficilmente comprimibili.
4. la possibilità di superare la condizione di eccessiva scarsità delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio regionale per la gestione dei servizi socio-assistenziali.

Una delle ragioni fondamentali del Piano è costituita dal riequilibrio dei servizi sul territorio e dal loro miglioramento qualitativo: obiettivi che sarebbe illusorio pensare di perseguire solo attraverso la messa a disposizione di risorse aggiuntive a carico del bilancio regionale. Rispetto a tali obiettivi sarà necessario procedere, in alcuni casi, anche a riduzioni di attuali linee di finanziamento, agendo prioritariamente:

- su quelle per le quali sia mancato un effettivo ed appropriato utilizzo da parte dei destinatari;
- su quelle rispetto alle quali i destinatari non siano disponibili a fornire riscontri valutativi adeguati;
- su quelle rivolte alla soddisfazione di bisogni non considerati prioritari dal Piano.

La Giunta Regionale con propria direttiva darà indicazioni anche sotto il profilo finanziario, a precisazione dei rapporti intercorrenti fra le Unità Sanitarie Locali ed i Comuni per quanto riguarda l'assunzione delle spese per i servizi sanitari più strettamente connessi con quelli di assistenza sociale e per lo stanziamento della quota sanitaria di quelli socio-sanitari ad elevata integrazione, nel rispetto della normativa nazionale e con la massima attenzione per la qualità delle risposte al bisogno.

A tal fine, la Giunta Regionale con atto proprio, individuerà strumenti quali-quantitativi per valutare l'efficienza e l'efficacia dei servizi erogati.

#### 4.4 - DALL'EROGAZIONE DI RISORSE ALL'INVESTIMENTO SOCIALE

La politica delle risorse deve fondarsi sulla logica dell'investimento. In termini generali significa acquisire la consapevolezza che i costi per i servizi sociali sono un fattore della produzione, e che la produzione è un processo articolato di integrazione e coordinamento delle risorse costituiti da diversi fattori: capitale umano, professionalità, cultura, capacità di intrapresa, conoscenza, formazione... La produzione è attivata in vista di un prodotto che deve rendere in termini sociali ed economici. Il prodotto è il benessere della collettività che a sua volta produce forza sociale capace di generare migliori condizioni per uno sviluppo ulteriore della qualità della vita e dell'esistenza dei cittadini.

I ritorni dell'investimento possono riguardare:

- costi evitati per ricoveri impropri o evitabili;
- accrescimento del capitale umano complessivo di una comunità locale;
- condizioni socio-culturali favorevoli allo sviluppo economico e alla modernizzazione dei territori;
- occupazione femminile e giovanile;
- riduzione dei costi per l'assistenza in generale;
- inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati con conseguente riduzione dei costi dell'assistenza, e incremento della loro capacità contributiva e di consumo;
- reinclusione nel circuito delle risorse umane, delle potenzialità e capacità dei soggetti a rischio di esclusione e di emarginazione (es.: anziani).

Il concetto di investimento implica una politica degli investimenti e una conseguente politica, a livello locale, di governo strategico del territorio legata ad una programmazione per obiettivi sociali ed economici di media e lunga scadenza.

In termini specifici e sul piano concreto significa che la Regione si muove secondo le indicazioni già riportate nei paragrafi precedenti del presente capitolo e in considerazione delle linee strategiche indicate nel capitolo II, e che i Comuni, singoli o associati, i soggetti sociali, agiscono in un'ottica di integrazione verticale e orizzontale tale da determinare economie , specializzazione, ampliamento dell'offerta di servizi, capacità di verifica e di valutazione degli esiti prodotti.

Il Piano di zona a tal fine rappresenta, per alcune aree di intervento, e per la parte dedicata alle risorse, un piano degli investimenti nel settore dei servizi e degli interventi sociali.



#### 4.4.1 Esempi di intervento sociale fondati sulla logica dell'investimento

1. Interventi per l'inserimento o il reinserimento lavorativo di soggetti svantaggiati:

COSTI	RISULTATO	VALORE AGGIUNTO
Quota parte della spesa corrente per l'acquisto di beni e servizi da terzi (spesa storica) Decisione: riqualificare la spesa. Somma destinata: 10 = un inserimento lavorativo; Valore della spesa storica: C100 = Q100.	C100 resta sempre uguale a Q100. 1. Inserimento al lavoro di un cittadino portatore di handicap fisico o psichico; 2. Riduzione della spesa pubblica in quanto: a) minori provvidenze economiche; b) minore fabbisogno di assistenza;	Incluso nei circuiti attivi della comunità locale un cittadino emarginato; Riqualificata e resa spendibile una risorsa umana; Risolto un problema di carattere sociale a responsabilità comunitaria;

C100 = Costo di mercato per l'acquisto della relativa quantità del servizio in questione

Q100 = valore/quantità di servizio acquistata con C100.

2. Esempio di politica sociale di investimento legata alle politiche del lavoro

DECISIONE	COSTO	RISULTATO	VALORE AGGIUNTO
Esternalizzazione di un servizio gestito direttamente dall'Ente Pubblico; Affidamento a cooperativa sociale B ai sensi di legge.	P100 = Q100 (spesa storica)	Incremento dell'occupazione nella cooperativa sociale; Inserimento lavorativo di x persone svantaggiate; Deburocratizzazione del servizio; Altro	Valore aggiunto è uguale alla differenza tra il valore del servizio Q100 ottenuto con i costi di produzione P100 e i risultati ottenuti con la decisione D. Per cui avremo un incremento del valore di Q100.

$X = a \cdot 10 \cdot n$

3. Investimento legato all'integrazione e alla prevenzione.

La prevenzione conviene proprio in termini strettamente economici; ne è un esempio l'assistenza domiciliare agli anziani che, in termini di risorse impiegate, "conviene" rispetto ad un ricovero ospedaliero per quanto riguarda l'azienda sanitaria, e conviene rispetto al ricovero in Istituto per quanto riguarda il Comune.

Potenziare l'attività di prevenzione significa, tra l'altro, puntare su un maggiore intervento in campo socio-assistenziale ed è in forza di questa considerazione che gli Enti dovrebbero

valutare opportuno gestire servizi socio-assistenziali e sanitari in forma integrata su base domiciliare. Garantire un'adeguata attività di socializzazione ad un anziano può significare "rallentare" il suo processo di invecchiamento evitando o posticipando un eventuale ricovero.

Gli interventi di promozione sociale e di animazione territoriale, la formazione e l'educazione alla vecchiaia possono tradursi in disponibilità di tempo a titolo non oneroso di persone anziane in diverse attività sociali, assistenziali, educative.

L'Assistenza domiciliare sanitaria senza l'integrazione socio-assistenziale, o viceversa, destinata ad anziani che avrebbero bisogno di un'assistenza integrata, rappresenta una forma di spreco perché non si colloca in una logica di investimento, ma in una logica di pura erogazione di prestazioni come risposta parziale, di emergenza, diretta a tamponare situazioni che invece sono più complesse.

#### 4. Investimento nella socialità attiva

Investire risorse in formazione, educazione e forme di incentivazione alla capacità dei cittadini singoli o associati di autoorganizzare servizi e di gestirli in forma autonoma ricorrendo alle forme di aiuto sussidiario della Pubblica Amministrazione, può significare riduzione dei costi per servizi a fronte di un incremento del tempo disponibile impiegato a titolo non oneroso in attività socio-assistenziali. Il tempo impiegato a titolo non oneroso ha un valore che prescinde dal parametro quantitativo del costo attribuibile, ma assume un valore sociale di promozione e di fermento civico che a sua volta genera altre condizioni favorevoli allo sviluppo più complessivo del territorio.

#### 5. La dotazione di servizi

Un'area dotata di servizi in grado di garantire un supporto agli adolescenti con difficoltà di inserimento nella scuola avrà, se confrontata con un'area priva di tali servizi, una migliore dotazione di capitale umano e un'offerta di forza lavoro a più alta qualificazione e sarà quindi in grado di sfruttare maggiormente le occasioni offerte dall'evoluzione economica.

#### **4.5 - LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI UTENTI AL COSTO DEI SERVIZI.**

- a) Gli utenti concorrono alla copertura dei costi degli interventi, secondo quanto definito dai regolamenti e dagli atti di programmazione locali, in conformità con i criteri individuati nel presente Piano.
- b) E' fatta salva la facoltà degli Enti gestori di intervenire senza oneri a carico degli utenti, in presenza di specifici progetti, valutati strategici o sperimentali o innovativi per la tutela e la promozione di particolari cittadini esposti a rischio di emarginazione.
- c) Va, in ogni caso, riservata alla disponibilità del cittadino utente, per esigenze personali, una quota di reddito la cui misura minima non può essere inferiore alla metà della soglia di reddito di povertà stabilita secondo i parametri di cui all'art. 6, comma 2 del decreto legislativo n. 237/98.
- d) La quota di contribuzione al costo del servizio e/o delle prestazioni va stabilita in relazione alla situazione economica dei soggetti richiedenti, i cui criteri di valutazione sono definiti sulla base del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109. I soggetti erogatori possono altresì prevedere modalità integrative di valutazione della situazione economica dei cittadini richiedenti.
- e) I criteri per la valutazione della situazione reddituale sono quelli indicati nel citato decreto n. 109/98.

##### **4.5.1 - Il credito solidale**

Per favorire atteggiamenti e comportamenti di cittadinanza attiva e solidale la Regione, attraverso il presente Piano promuove e disciplina una nuova forma di partecipazione e di contribuzione da parte di cittadini al costo dei servizi, integrativa a quella economica. I Comuni hanno la facoltà di attivare nell'ambito del servizio sociale comunale di cui al capitolo 5, il credito solidale. Il credito solidale è una forma di partecipazione diretta, alla fornitura dei servizi e delle prestazioni, da parte dei cittadini utenti di servizi o destinatari di prestazioni, ovvero i familiari, o volontari sostenitori i quali possono depositare presso il credito solidale ore di tempo dedicato a titolo non oneroso ad attività e servizi socio-assistenziali, socio-educativi e socio-culturali di interesse generale svolti nell'ambito comunale sia direttamente dal Comune, sia da Cooperative Sociali, sia da Associazioni di Volontariato.

I cittadini utenti depositari e titolari di credito o direttamente o attraverso i familiari o volontari sostenitori otterranno una riduzione del costo di contribuzione economica dovuta secondo i parametri fissati dai Comuni in base alle indicazioni di Piano e alle normative vigenti.

Il valore minimo e massimo del credito cumulabile nel corso della durata del servizio è stabilito dai singoli Comuni.

Il credito solidale, quale forma di contribuzione attiva dei cittadini al costo dei servizi socio-assistenziali, è disciplinato sotto forma di sperimentazione per la durata del presente Piano.

I Piani sociali di zona potranno prevedere sperimentazioni locali, sulla base delle indicazioni e delle disposizioni contenute nel paragrafo seguente.

Il credito solidale può essere utilizzato da cittadini utenti che presentano una situazione economica e reddituale particolarmente difficile i cui parametri minimi sono: la soglia di povertà stabilita in lire 500.000 mensili per una persona che vive sola; per i nuclei familiari, la soglia di reddito stabilita secondo i parametri di cui all'art. 6, comma 2 del decreto legislativo n. 237/98.

In via prioritaria il credito solidale è destinato a garantire ai cittadini destinatari di servizi socioassistenziali la quota minima di reddito disponibile, di cui alla lettera c) del precedente paragrafo. (Vedi scheda allegata)

## 4.6. INDIRIZZI OPERATIVI CONCERNENTI IL FONDO SOCIALE

### 4.6.1 Fondo socio-assistenziale 1999 e le attuali modalità di ripartizione

Nefropatici e talassemici ed altre malattie del sangue	5.000.000.000	
Minori soggetti a provvedimenti dell'A.G.	3.000.000.000	
Gestione di servizi socio-assistenziali	6.750.000.000	
Assistenza sanitaria integrativa agli invalidi di guerra ai sensi dell'art. 57 legge 833/78	350.000.000	
Contributi straordinari ai sensi dell'art. 61 della D.C.R. 443 dell'11.3.83	900.000.000	di cui: - 450.000.000 per interventi in favore di anziani - 390.000.000 assistenza ai minori e contributi agli Istituti educativo-assistenziali e ad Enti che svolgono attività in favore di minori, giovani e cittadini in stato di bisogno - 60.000.000 interventi di assistenza estiva a minori, giovani e handicappati
Provvidenze di cui alla L.R. 5/92 relativa agli interventi in favore di trapianti d'organo in Italia, nonché per interventi particolari su motivate proposte degli Enti		Compresi nei costi per gli interventi di cui alla prima riga (nefropatici ecc.)
TOTALE	16.000.000.000	

#### **Gestione dei servizi socio-assistenziali: lire 6.750.000.000**

La somma è stata assegnata ai Comuni in rapporto alla popolazione residente. Il parametro è di lire 10.000 per ogni abitante. Il residuo derivante dallo scarto tra popolazione regionale residente e somma disponibile è attribuito ai Comuni per altri interventi di natura socio-assistenziale.

#### **Provvidenze in favore di cittadini affetti da malattie del sangue, nefropatie e talassemia, e interventi l. r. n. 5/92: lire 5.000.000.000**

La somma è assegnata e liquidata sulla base delle richieste dei Comuni. Il rimborso agli accompagnatori dei trapiantati di organi è liquidato alla Ausl.

#### **Interventi in favore dei minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria: lire 3.000.000.000**

La somma è assegnata e liquidata sulla base delle richieste dei Comuni.

**Assegnazioni previste in Bilancio (stato di previsione della spesa) e non ricomprese nel Fondo socio-assistenziale.**

<b>Capitolo</b>	<b>Oggetto</b>	<b>Previsione 1999</b>
3280	Ristrutturazione, sistemazione, ampliamento di edifici destinati a Case di riposo, centri sociali, case albergo e altre strutture in favore degli anziani (legge regionale 20.3.81 n. 3 e art. 14 legge regionale n. 7/86)	500.000.000
3235	Contributi agli Asili nido per spese di funzionamento e di gestione	800.000.000
3216	Contributi per la realizzazione di interventi di promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza	fondi 1998 – 4.832.133.310)
3250	Incentivi a favore delle Cooperative Sociali (L.R. 39/93)	30.000.000
3260	Fondo per l'attuazione della legge quadro sul volontariato e della relativa normativa regionale (L.R. 38/93)	150.000.000
3500	Istituzione e funzionamento dei consultori familiari	100.000.000
3218	Contributo per interventi in favore di persone con handicap grave L. 104/92 e art. 3 legge 162/98	318.000.000
3240	Interventi in favore di cittadini portatori di handicap (L.R. 38/84)	700.000.000
3505	Trasferimenti agli Enti locali per interventi relativi alla protezione e assistenza della maternità ed all'infanzia (legge 23.12.75 n 698)	200.000.000
3252	Fondo Nazionale Lotta alla Droga	4.190.637.000 (stanziamento anni 97-98-99)

#### 4.6.2 - Indirizzi operativi concernenti il Fondo Regionale per le Politiche e gli investimenti sociali

Ipotesi di manovra primo anno in coerenza alle linee di Piano:

INTERVENTI	Caratteristica della manovra	AZIONI NEL TRIENNIO
a) Nefropatici e talassemici		
b) Minori soggetti a provvedimenti dell'A.G.	Diminuzione	Riduzione per effetto dei finanziamenti derivanti dal Fondo 285. Disponibilità destinata a gestione speciale.
c) Gestione di servizi socio-assistenziali	Aumento	Incremento delle risorse derivate dal rientro di eventuali fondi non spesi da parte degli Enti gestori.
d) Assistenza sanitaria integrativa agli invalidi di guerra ai sensi dell'art. 57 legge 833/78	Confermato	
e) Contributi straordinari ai sensi dell'art. 61 della D.C.R. 443 dell'11.3.83	Abrogazione	Finanziamento di progetti- obiettivo di riconversione delle Case di riposo e altri presidi semiresidenziali e diurni
f) Provvidenze di cui alla L.R. 5/92 relativa agli interventi in favore di trapianti d'organo in Italia, nonché per interventi particolari su motivate proposte degli Enti	Confermato	
g) Cooperazione sociale	Finanziamento della legge 39/93	150.000.000
h) Volontariato	Finanziamento della legge 38/93 e successive	250.000.000
i) La legge n. 3 del 20.3.81 va modificata secondo le linee di Piano relative alla riconversione delle Case di riposo e al riadeguamento strutturale e funzionale degli altri presidi semiresidenziali. La legge deve prevedere apposite direttive attuative.	Integrazione con fondi ex D.C.R. 443	Finanziamento di progetti- obiettivo di riconversione delle Case di riposo e altri presidi semiresidenziali
l) Fondo L. 285	Confermato	Il 5% da destinare alla formazione degli operatori; La somma rimanente da destinare ai Comuni sulla base delle modalità di ripartizione definite dalla Regione: 55% in relazione alla popolazione minorile; 25% in relazione ai minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria; il 10% in relazione al numero dei contribuenti con reddito fino a 10 milioni; il 10% in relazione al peso delle aree montane. Il Fondo 285 ammonta nel periodo 1998-1999

		a complessive lire 9.767.364.000
m) Consulenza per la realizzazione di progetti-obiettivo e per la realizzazione del Piano socio-assistenziale	Integrazione	Per funzionamento Staff di Piano e Osservatorio Regionale politiche sociali. Gestione speciale.
n) Fondo per l'integrazione degli interventi in favore dei cittadini handicappati (L. 104/92 e 162/98)	Trasferimento fondi a finanziamento della legge sull'handicap	
o) Trasferimenti agli Enti locali per interventi relativi alla protezione e assistenza della maternità ed all'infanzia (legge 23.12.75 n 698)	Eventuale integrazione	
p) Interventi in favore di cittadini portatori di handicap (L.R. 38/84)	Integrazione Nuova legge sull'handicap	Riserva di una quota di budget gestione servizi socio-assistenziali oltre ai finanziamenti statali previsti dalla legge 21 maggio 1998 n. 162.
q) Fondo Nazionale Lotta alla Droga	Aumento	Finanziamento di progetti speciali di investimento per il consolidamento dei Sert e per la creazione di nuove unità di offerta di servizi di prevenzione e di attività per l'inserimento lavorativo, da parte dei soggetti sociali.
r) Istituzione e funzionamento dei consultori familiari	Integrazione	Contributi a programmi integrati di promozione del ruolo genitoriale
s) Contributi agli Asili nido per spese di funzionamento e di gestione	Integrazione	Contributi a programmi innovativi di ampliamento dell'offerta di servizi e di utilizzo delle strutture

**Al 1999, le risorse disponibili per le politiche e gli investimenti sociali ammontano a complessive lire 27.000.000.000 di cui 5.000.000.000 per i nefropatici, talassemici, e cittadini affetti da altre malattie del sangue.**

#### **4.6.3 - Destinazioni prioritarie delle risorse del Fondo**

Il Fondo, per la parte relativa alle risorse non vincolate, è suddiviso in quote percentuali distinte in relazione alle seguenti aree di intervento:

- a) per servizi e prestazioni sociali e socio-assistenziali, di cui il 45% destinato a servizi e interventi in favore delle persone anziane, prioritariamente a copertura dei costi relativi alle prestazioni sociali e socio-assistenziali dei progetti-obiettivo tutela della salute degli anziani, ovvero dei programmi ADI;
- b) ad integrazione dei trasferimenti statali per interventi sociali e socio-assistenziali previsti dalla legge 5.2.1992, n° 104 e successive modificazioni a sostegno dei soggetti portatori di handicap;
- c) per l'attuazione di progetti sperimentali diretti a favorire l'inserimento sociale e lavorativo delle persone in situazioni di svantaggio.



- d) a progetti di formazione e aggiornamento degli operatori
- e) per interventi a sostegno dell'infanzia e dell'adolescenza
- f) per riconversione dei presidi residenziali, semiresidenziali e centri diurni
- g) per la promozione della cittadinanza attiva e solidale
- h) per la creazione di nuove unità di offerta

Le aree di intervento sono collocate nel quadro di una classificazione generale che distingue i fondi di parte corrente per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi dai fondi per gli investimenti.

Sono finanziamenti per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi quelli destinati:

- agli asili nido
- ai centri sociali
- ai centri di aggregazione giovanile
- ai centri diurni e/o socio educativi
- a tipologie di servizi di nuova istituzione
- a interventi conseguenti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile
- a interventi socio-assistenziali per la lotta contro la tossicodipendenza
- all'assistenza domiciliare non integrata
- all'istituzione dei servizi sociali comunali
- alle strutture residenziali
- all'aggiornamento degli operatori
- all'assistenza economica

Sono finanziamenti per gli investimenti quelli destinati:

(Investimenti strutturali)

- a progetti di riconversione dei presidi residenziali
- a progetti di adeguamento strutturale dei presidi residenziali

(investimenti sociali)

- a progetti per l'inserimento lavorativo di portatori di handicap fisici e psichici e di altri soggetti svantaggiati
- a progetti di assistenza domiciliare integrata
- a progetti di promozione e sviluppo della cittadinanza attiva e solidale
- a progetti di promozione e prevenzione in area materno-infantile e in area minori
- a progetti finalizzati a promuovere la partecipazione attiva e produttiva delle persone anziane ad attività locali di interesse generale in area socioculturale.
- a progetti finalizzati alla prevenzione della violenza e al sostegno delle donne che hanno

subito e/o sono a rischio di violenza

#### **4.6.4 - Accesso e modalità di gestione del Fondo: linee generali**

1. Il Fondo, decurtato della quota riservata alla gestione speciale pari al 5%, nonché delle quote destinate a finanziare leggi regionali a carattere specifico è ripartito, annualmente, dal Consiglio regionale, tra i Comuni singoli, che presentano alla Regione, entro 30 giorni dalla scadenza fissata per la presentazione dei Piani di Zona il programma delle attività sociali e socio-assistenziali, e tra i Comuni associati che presentano il Piano di Zona da realizzare nel triennio successivo.
2. Il 70% del fondo è destinato a finanziare gli interventi di cui agli accordi di programma stipulati in attuazione dei Piani di Zona,
3. il 30% è riservato alle attività svolte in forma singola,

La Regione, sulla base delle risorse disponibili, finanzia gli interventi previsti dagli accordi di programma in attuazione dei Piani di zona. In linea generale si prevede che:

1. I Comuni associati nella previsione di spesa del Piano Sociale di Zona individuano le risorse messe a disposizione, per ciascun progetto o programma di intervento, dai Comuni o da altri soggetti pubblici o privati, l'entità delle eventuali risorse regionali aggiuntive necessarie alla completa realizzazione dello stesso progetto.
2. La ripartizione del fondo destinato a finanziare sia i Piani di zona, sia le attività svolte in forma singola avverrà secondo le modalità e i criteri di seguito stabiliti:
3. I criteri di ripartizione, per la quota di fondo relativa alle risorse non vincolate, sono stabiliti sulla base dei seguenti parametri di incidenza:
  - A) popolazione residente: 15% ;
  - B) popolazione ultrasessantacinquenne residente: 30% (indicatore: Indice di invecchiamento);
  - C) popolazione residente 0-17 anni : 25% ( indicatore: percentuale della popolazione 0-17 anni sul totale della popolazione)
  - D) quota di spesa prevista a proprio carico: 30% (indicatore: percentuale della spesa prevista a proprio carico sul totale della spesa )

In via transitoria, nelle more della definizione e approvazione dei PSZ, per il primo semestre del 2000 sarà assegnata ai singoli Comuni, con delibera di Giunta Regionale, una anticipazione pari al 50% del fondo sulla base dei nuovi criteri di cui ai punti A, B, C, del presente paragrafo.

Le attività in corso svolte in forma singola dai Comuni, ma rientranti ai sensi del presente Piano nella gestione associata obbligatoria, in attesa dei PSZ, possono continuare fino alla

scadenza stabilita in sede di avvio delle stesse attività. Sono da escludere provvedimenti di proroga delle attività in scadenza, svolte in forma singola, ma rientranti nella gestione associata obbligatoria.



## **CAPITOLO 5**

### **OBIETTIVI E AZIONI PROGRAMMATICHE**

## **5.1 - OBIETTIVI GENERALI CARATTERIZZATI SU PROBLEMI SPECIFICI**

L'analisi sul sistema delle unità d'offerta, nelle aree specifiche prese in esame dal Piano regionale, porta a formulare due possibilità strategiche:

- la prima è quella di potenziare le risposte nei singoli ambiti territoriali riportando nelle comunità locali le persone oggi ricoverate in strutture situate fuori della zona di provenienza, attivando contestualmente forme di progettazione individuale per superare la logica del lavoro per prestazioni, poco efficace e soprattutto poco rispettosa della globalità della persona;
- la seconda è conseguenza della prima e consiste nel realizzare una dotazione minimale di servizi per ogni ambito territoriale.

### **5.1.2 - Azioni programmatiche nell'area adulti e anziani**

- Personalizzare l'offerta di servizi,
- sostenere le potenzialità di cura delle famiglie,
- aumentare la capacità di assistere domiciliariamente le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso aiuti economici e materiali che contrastino i fenomeni di espulsione dal contesto abitativo e sociale,
- contenere fortemente il sostegno economico all'inserimento in Casa di riposo delle persone anziane completamente o parzialmente autosufficienti,
- promuovere e favorire la crescita, in parallelo al servizio pubblico, di un'offerta di servizi domiciliari da parte del sistema non profit
- attrezzare le zone di un adeguato numero di servizi residenziali protetti, ad elevato grado di assistenza, sia per contenere la mobilità degli assistiti verso altri territori, sia per dare adeguata cura, anche per periodi programmati, alle persone con le condizioni più gravi di non autosufficienza.

#### **5.1.2.1 - La premessa agli obiettivi**

Per affrontare qualsiasi tentativo di programmazione e di orientamento delle politiche per gli anziani in Basilicata, è necessario focalizzare alcuni problemi chiave dai quali partire per sviluppare un ragionamento logico in termini di proposte. Faremo una prima distinzione tra problemi generali e problemi particolari.

##### Problemi di ordine generale

1. Il primo di questi problemi è rappresentato dal fatto che non ci si rende ancora pienamente

conto della portata delle trasformazioni avvenute in seguito all'invecchiamento della popolazione.

2. Il secondo problema è quello di trovare i mezzi di sostentamento per un numero sempre più grande di persone definite dalla società, e da se stesse, come non più necessarie all'interno della forza lavoro. Un aspetto particolare di questo problema è costituito dalle difficoltà che si incontreranno nel fornire adeguati servizi di assistenza sociale.

3. Il terzo problema riguarda l'atteggiamento nei confronti della vita e il morale dell'enorme massa delle persone anziane, in una società in cui sono così profondamente radicati stereotipi che negano ai vecchi capacità e dignità.

4. Il quarto problema è, quindi, lo sviluppo di una prospettiva nuova che consenta, insieme con apposite istituzioni e organizzazioni, di dare uno scopo agli anni supplementari che sono generosamente assegnati a noi tutti. E' assolutamente necessario che le potenzialità degli anziani nei confronti di se stessi e del resto della società trovino espressione. Occorre, in sostanza, definire socialmente i ruoli delle persone anziane nei processi di sviluppo delle comunità. Ruoli socialmente condivisi e riconosciuti necessari che entrino a far parte delle dinamiche socioeconomiche e culturali proprie di ciascuna comunità locale. E' questo il vero dramma che si affaccia all'orizzonte per la stragrande maggioranza delle persone anziane: "chi sono, che cosa faccio per chi e per che cosa".

5. Ciò che impedisce di affrontare il quarto problema con la necessaria attenzione, è il fatto, o meglio "l'errore categorico" di confondere la minoranza degli anziani che in qualche modo rappresentano un problema (i non autosufficienti gravi, quelli che sono entrati in un periodo segnato da una reale dipendenza e dall'estremo declino fisico) con la totalità delle persone anziane. E' questo il più dannoso dei retaggi del passato. E' su questo grande equivoco che si sono costruite politiche sbagliate, costose e nello stesso tempo inutili.

Gli anziani autosufficienti costituiscono la quasi totalità della popolazione anziana ed è in diminuzione fortissima il numero dei soggetti che chiedono il ricovero in strutture di assistenza.

#### Problemi specifici

1. Se gli anziani ricoverati nelle Case di riposo sono per la metà autosufficienti, evidentemente qualcosa non funziona. E se, si spende di più per i ricoveri che per i servizi

territoriali mirati ad evitare i ricoveri, allora nulla funziona.

2. Un problema riguarda la definizione degli obiettivi. Deve essere chiara la distinzione tra:

- a) interventi e servizi di carattere curativo-riabilitativo, di pertinenza sanitaria
- b) interventi e servizi di carattere preventivo, di maggiore pertinenza socio-assistenziale e ad integrazione sanitaria

Se i primi si pongono obiettivi sanitari di cura e recupero, che sono obiettivi generali e non riguardano solo le persone anziane, i secondi hanno l'obiettivo di prevenire (o almeno rallentare) l'insorgenza di situazioni di malessere fisico e psichico. A questo si aggiungono gli obiettivi di sostenere l'ambiente entro cui l'anziano vive e di integrare le risposte e avvicinarle ai bisogni. E' questo ultimo gruppo di obiettivi il problema principale delle politiche sociali per gli anziani.

3. I servizi alle persone anziane non dovrebbero quindi soltanto far fronte a situazioni di disagio o di sofferenza psico-fisica, ma dovrebbero soprattutto promuovere il pieno sviluppo e la migliore qualità della vita delle persone avanti negli anni, all'interno delle loro comunità di appartenenza. Ma questo non può essere sufficiente, poiché appare ancora come un obiettivo non strategico, cioè non proiettato allo sviluppo della comunità. Allora il nodo centrale di tutto il problema sta nella ridefinizione degli obiettivi nei termini di una diversa distinzione:

- a- interventi e servizi finalizzati alla cura di persone già entrate in situazioni di non autosufficienza più o meno grave (minoranza della popolazione anziana)
- b- interventi finalizzati a rallentare o prevenire l'insorgenza di situazioni di malessere fisico e psichico che deve riguardare una parte consistente della popolazione anziana (a rischio di non autosufficienza, o entrate in situazioni temporanee di non autosufficienza di carattere non grave)
- c- programmi e interventi finalizzati all'impiego dell'enorme massa di risorse che sono tutte le persone anziane

4. Ancora un problema, riguarda le risorse necessarie a garantire il dispiegarsi e l'affermarsi di una nuova politica per gli anziani. La questione è meno drammatica di quanto si pensi. Da un lato occorre prendere coscienza del fatto che in questo settore è bene parlare di investimento e non di erogazione di risorse a fondo perduto. Dall'altro è meglio decidersi a razionalizzare, soprattutto nel campo sanitario, l'impiego delle risorse sia umane sia finanziarie.

Si può parlare di investimento nelle politiche per gli anziani in presenza delle seguenti condizioni minime:



- a) l'investimento deve impegnare più soggetti, istituzionali e non, pubblici e non pubblici;
- b) l'investimento non deve riguardare il mero impiego di risorse finanziarie, ma deve tenere conto del complesso delle risorse umane, professionali, dell'utenza, e delle potenzialità ed energie presenti sul territorio;
- c) l'investimento deve seguire ad una precisa programmazione che individua oltre alle risorse necessarie, le strategie, gli obiettivi e la verifica dei risultati;
- d) gli obiettivi non devono essere centrati esclusivamente sui destinatari, ma devono riguardare anche gli effetti moltiplicatori di sviluppo sociale all'interno delle comunità interessate dall'investimento;
- e) i risultati attesi devono essere coerenti con le risorse impiegate;
- f) la resa dell'investimento non deve essere calcolata nei soli termini economici, ma anche e soprattutto in termini sociali.

Date queste condizioni occorre un modello organizzativo che garantisca:

- articolazione razionale dei servizi sul territorio: dimensionamento su base zonale con una popolazione superiore a 12 mila abitanti. Non serve, e comunque diventa quasi impossibile, attivare un servizio sociale o socio-sanitario integrato in ogni piccolo Comune. E' invece possibile, efficace ed economicamente vantaggioso attivare servizi su base intercomunale secondo raggi di azione che devono dipendere dalle specifiche situazioni territoriali.
- Offerta composita: i servizi per le persone anziane devono affrontare una domanda sociale complessa, all'interno della quale si intrecciano e si combinano vecchi e nuovi bisogni. Le risposte, pertanto, non possono più essere settorializzate, ma devono preoccuparsi di predisporre o indicare occasioni di aiuto o di partecipazione ad attività le più diverse, in considerazione delle variegata istanze reali o latenti espresse dall'anziano. Concretamente si tratta di offrire interventi come risposta sia a bisogni materiali e istituzionali sia a bisogni relazionali, espressivi, di ruolo.
- Offerta mirata: garantire un'offerta composita non significa eccedere nella quantità delle prestazioni rivolte all'anziano. Occorre allora introdurre semplici, ma efficaci tecniche che consentano di attuare un preciso accertamento delle condizioni di bisogno della persona, anche attraverso l'utilizzo di scale che misurino il grado di autosufficienza, così da evitare un ricorso eccessivo, oppure insufficiente, ai servizi. Occorre, inoltre, introdurre criteri di progettazione e valutazione dell'intervento, per registrare periodicamente i risultati raggiunti e gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi quantitativi e qualitativi previsti.

E' perciò opportuno predisporre progetti individualizzati di intervento che prevedano precise finalità da perseguire e tempi da rispettare.

- Offerta integrata: affinché le prestazioni offerte rispondano in modo completo e mirato ai bisogni delle persone avanti con gli anni, esse debbono giocoforza risultare tra loro strettamente integrate. L'intreccio in rete tra servizi della stessa natura (es. tra servizi sociali), tra quelli di natura diversa (sanitari, sociali, culturali, ecc.), tra i soggetti (pubblico, privato, privato sociale, reti informali) presenti all'interno dello stesso territorio è oggi più che mai necessario. Offrire un sistema integrato di aiuti, che preveda tutta la gamma dei possibili interventi, presuppone una conoscenza precisa di tutto lo spettro di iniziative previste in un certo territorio e delle persone che ne hanno la responsabilità. Da qui la necessità di creare flussi di comunicazione tra operatori e tra servizi. Integrare tra loro i diversi soggetti di politica sociale significa riconoscere e ricercare un continuum tra l'azione familiare, del vicinato, del volontariato, delle Cooperative Sociali, delle strutture pubbliche, riconoscendo tali azioni come tra loro complementari e non antagonistiche, di modo da massimizzare il prodotto sociale e da minimizzare gli sprechi.
- Un ruolo fondamentale va assegnato agli stessi anziani e alla loro capacità di autogestione e organizzazione di servizi rivolti alla comunità locale.

#### **5.1.2.2 - La riconversione delle strutture**

La qualità stessa dell'assistenza si è trasformata: la diminuzione delle malattie acute con esito mortale a breve termine e l'aumento delle malattie croniche ha incrementato la quota parte di non autosufficienti sul totale dei ricoverati, modificando le caratteristiche della domanda di servizi all'interno delle strutture. Il non autosufficiente richiede una quantità nettamente superiore di cure sanitarie e di assistenza rispetto all'anziano anche parzialmente autosufficiente. Questa condizione pone problemi tali di organizzazione dell'assistenza da aver indotto paesi più avanzati, e recentemente anche l'Italia, ad introdurre una differenziazione tra Case di riposo per anziani e istituzioni a più alta protezione sanitaria (Residenze Sanitarie Assistenziali). L'obiettivo di tutti i sistemi nazionali di assistenza e protezione sociale nei paesi industrializzati è quello di creare a breve termine, le condizioni organizzative affinché siano realizzati con l'aiuto dello Stato, da parte di soggetti abilitati (Organizzazioni non profit, Enti locali, Regioni, ecc.), sistemi di assistenza domiciliare integrata (ADI) di supporto alla famiglia e all'anziano solo o sostitutivi del ricovero, nonché strutture intermedie (RSA) tra quelle tradizionali (Case di riposo) e gli ospedali, destinati al ricovero di anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, bisognosi di una copertura sanitaria continua.

Nelle Case di riposo in Basilicata, risultano ricoverati circa 780 anziani di cui almeno 300 sono autosufficienti. Mancando le RSA, e non risultando altissimo il numero di ricoverati non autosufficienti nelle Case di riposo, dobbiamo supporre che molti anziani sono routinariamente ricoverati negli ospedali.

Gli anziani che necessitano di un qualche tipo di assistenza domiciliare in Basilicata sono circa 10.000, di questi circa il 4% necessita di una forma di assistenza ad alta intensità sanitaria. Si tratta quindi di agire in due direzioni:

a) riconvertire le Case di riposo, in relazione agli standard strutturali e gestionali che potenzialmente possono assumere nel medio-lungo periodo:

- in Centri residenziali aperti a media copertura sanitaria e presidi di pronto intervento
- in Centri residenziali con spazi protetti

b) laddove è possibile facilitare le dimissioni degli anziani autosufficienti dagli Istituti di ricovero puntando sui servizi territoriali e di assistenza integrata a domicilio.

Per favorire questo processo, tra le altre azioni, occorre sciogliere un nodo relativo ai soggetti cui compete l'onere dell'assistenza in caso di ricovero delle persone anziane.

È necessario caricare la spesa sul Comune dove l'assistito aveva la residenza precedentemente al ricovero e non sul Comune nel cui ambito territoriale ricade la Casa di riposo.

### **5.1.2.3 - Un investimento nella civiltà e nelle risorse umane: Obiettivi innovativi possibili e necessari in Basilicata**

#### **Una premessa teorica**

##### Il problema del ruolo

Gli americani lo chiamano "roleless role", *ruolo di assenza di ruolo*, ed è probabilmente il vero dramma che oggi si affaccia su milioni di persone anziane. Ma questo problema sembra non essere stato, se non di recente, considerato nella sua giusta rilevanza sociale e politica. La continua assenza di ruolo produce di per sé un altro ruolo che è quello, appunto, di chi sa di non avere più, o di non poter aspirare più ad avere, un ruolo. Non un ruolo qualsiasi, autocentrico, marginale, socialmente intangibile e insignificante come quelli che si è tentato di offrire agli anziani con iniziative generose, ma patetiche e insieme paradossali (l'orto). Ma un ruolo socialmente condiviso e riconosciuto necessario. Il problema sta proprio qui: quale ruolo per le persone anziane nelle comunità locali?

Prima di tentare una risposta è necessario ripercorrere brevemente la storia di questo problema nei suoi aspetti culturali e sociali.

E' evidente che nel nostro Paese, ma più in generale nel mondo Occidentale, l'emergere della terza età è un fenomeno recente, databile a partire dagli anni sessanta di questo secolo. Un fenomeno che ha trovato impreparate la società e le istituzioni le quali conservavano da un lato retaggi culturali ottocenteschi riguardo alle pratiche di assistenza, e dall'altro erano troppo prese dal passo di altre grandi trasformazioni epocali nel campo economico e scientifico.

E così l'evento, l'emergere della terza età nella sua dirompenza demografica e sociale, è diventato *notizia, fatto, accadimento* attraverso il dramma della solitudine e dell'emarginazione di persone anziane, amplificato dalla stampa e dalla televisione. Il retaggio culturale dell'assistenza e della carità conservava l'unica possibile risposta della società e delle istituzioni alle visioni e alle notizie di fatti che riguardavano vecchi abbandonati e malati.

Intanto i mutamenti demografici continuavano il loro necessario corso storico, il progresso economico e della ricerca scientifica avanzava inesorabilmente.

Nasce così il "grande errore", l'illusione ottica collettiva per la quale una minoranza di persone anziane in condizioni psicofisiche precarie ha rappresentato tutto l'universo della vecchiaia.

Non a caso quelli che sono in realtà i sintomi dell'arrivo della quarta età sono stati indebitamente associati, con esiti dannosi, alla condizione di tutti gli anziani. *L'errore categorico di confondere la minoranza degli anziani che in qualche modo rappresentano un problema - (...) - con la totalità delle persone in età di pensione è il più dannoso dei retaggi del passato.*(Laslett, 1995)

E' su questo grande equivoco che si sono costruite politiche sbagliate, costose e nello stesso tempo inutili.

In ogni caso ci troviamo ad affrontare problemi che sono paradossali.

L'aver dato risposte esclusivamente sanitarie, alle persone anziane non autosufficienti secondo le definizioni sanitarie, ha prodotto guasti profondi. *Su ogni problema che abbia a che fare con l'età avanzata, i governanti, i legislatori, gli amministratori di ditte e società si rimettono all'opinione dei medici. Ancora più importante è che le persone anziane formulano le proprie opinioni su se stesse, sulle loro capacità e sul loro valore in gran parte sulla base di quanto viene loro detto nell'ambulatorio medico o all'ospedale.*

Ci siamo preoccupati di *riparare l'ingranaggio, il meccanismo* della macchina (la persona in quanto corpo, organismo viene ricoverata in ospedale per essere *aggiustata*). Una macchina, però, viene riparata in quanto serve, in quanto ha una funzione. La persona anziana viene curata in quanto persona (per motivi etici e di giustizia), ma non ha alcuna

possibilità di servire, di funzionare, di avere un ruolo. Abbiamo così creato una enorme massa di *non autosufficienti esistenziali*.

E' assolutamente necessario che le potenzialità degli anziani nei confronti di se stessi e del resto della società trovino espressione. Occorre, in sostanza, definire socialmente i ruoli delle persone anziane nei processi di sviluppo delle comunità. Ruoli socialmente condivisi e riconosciuti necessari che entrino a far parte delle dinamiche socioeconomiche e culturali proprie di ciascuna comunità locale.

### **Un ruolo attivo e possibile**

#### L'età' culturale: gli anziani agenti di sviluppo culturale.

Quando si afferma che gli anziani sono i "depositari della memoria storica", spesso ci si immagina dei vecchi armadi (anziani) che conservano libri antichi e impolverati (memoria). In sostanza alla memoria, quale portata culturale, viene attribuita una funzione museificante, di conservazione. In tal modo l'affermazione "sono depositari della memoria", nei fatti condanna le persone anziane alla marginalità culturale, cioè a non avere un ruolo nella dinamica culturale che non sia quello folclorico di rappresentare le sopravvivenze, più o meno visibili, della vecchia cultura.

Eppure, è proprio partecipando ai processi di formazione della cultura, che gli anziani, in una comunità locale, possono trovare spazi dentro cui occupare ruoli significativi ed esplicitare le loro possibilità umane.

Ma ciò non è possibile immaginando vecchi armadi e libri antichi.

Questa partecipazione può essere creativa e inverarsi in un ruolo per gli anziani, solo se la comunità sociale ne avverte l'esigenza; cioè solo se noi, la comunità, prendiamo coscienza del fatto che i cambiamenti li dobbiamo vivere e non subirli, perciò stesso li dobbiamo promuovere consapevolmente per salvaguardarne la razionalità, in altre parole la loro funzione umana. Ma la condizione minima perché si possa vivere e promuovere il cambiamento culturale è una continua riflessione critica sulla cultura di ciascuna comunità nella sua vicenda storica: cultura che per essere criticata deve essere conosciuta. Ma la conoscenza-incontro con il divenire storico della propria cultura, non la si ricava dalla storia con la esse maiuscola, poiché è la quotidianità il vivaio dentro cui lievita e si manifesta, con il suo carattere dinamico e multiforme, la cultura. La conoscenza, dunque, possiamo ricavarla da una relazione comunicativa, culturale, con i protagonisti, dai mille volti e dalle mille vicende, della quotidianità del passato - quotidianità *storica* -.

Ecco, allora, che incontriamo gli anziani: non sono loro i protagonisti della quotidianità storica? Non sono loro, cioè, che per decenni hanno incarnato le spinte innovative e,

insieme, quelle conservatrici dal cui intreccio-scontro si è sviluppata nel tempo la cultura antropologica della comunità?

E' insieme a loro quindi che possiamo conoscere, vale a dire scoprire, la cultura della nostra comunità nella sua complessa, variegata e dinamica vicenda storica. Insieme a loro possiamo capire "chi siamo oggi qui", che è la condizione per pensare a "ciò che vogliamo essere qui domani" per non finire nel labirinto delle *mille e nessuna identità*. Con loro possiamo cioè scegliere insieme che cosa rifiutare e che cosa salvare della vecchia cultura alla luce dell'esperienza di oggi; che cosa rifiutare e che cosa salvare della cultura di oggi alla luce dell'esperienza passata; come promuovere, orientare i cambiamenti per costruire il futuro che così, insieme, inventiamo. In tal modo, la cultura del passato non può essere vista come la sopravvivenza di una vecchia tradizione, ma necessariamente come portatrice di elementi critici, seminali e innovativi, da introdurre nel confronto creativo tra vecchio e nuovo, tra presente e passato, in vista del futuro.

E' all'interno di questa cornice concettuale che la persona anziana smette i panni da portantino di una cultura da guardare, imballata nell'involucro di una memoria sterile e fuori della storia, per indossare quelli di comunicatore critico di una cultura da usare per creare nuova cultura.

L'età avanzata è, così, un'esigenza sociale, un'età di cui si ha bisogno, perché contiene in sé una funzione di cambiamento (o un ruolo) vitale: conservare la cultura per salvaguardarne l'ulteriorità sul piano dell'innovazione. La terza o la quarta o l'ennesima età sono concetti artefatti, meccanici che perdono ancora più senso: ciò che acquista senso e dà senso è il concetto di *Età culturale*, vale a dire l'età che crea cultura del/nel cambiamento.

I Laboratori per la comunità previsti in seguito sono il mezzo possibile per favorire processi di inclusione reale degli anziani nei circuiti attivi della comunità locale.

### Obiettivi generali

Obiettivo 1	Attivare le unità di valutazione geriatrica nei singoli ambiti territoriali, con la collaborazione tra personale sociale dell'ambito e personale sanitario del distretto.
Obiettivo 2	Avviare i servizi di assistenza domiciliare integrata in ogni ambito territoriale,
Obiettivo 3	Sperimentazione dei Centri diurni quali poli dei servizi integrati e avviare i Laboratori per la comunità, in ogni ambito zonale
Obiettivo 4	Programmare ed attuare un piano di dimissioni degli anziani autosufficienti dalla Case di riposo.
Obiettivo 5	Riconvertire, parzialmente, i posti letto per autosufficienti in posti per non autosufficienti.
Obiettivo 6	Riconvertire parti delle strutture esistenti da Istituto in centri diurni e spazi protetti

### 5.1.3 - Caratteristiche dell'attuale sistema dei servizi nell'area dell'età evolutiva e obiettivi di Piano regionale

I servizi e le prestazioni attivate in quest'area attualmente si configurano come offerte che "separano" i soggetti in età evolutiva dalla famiglia (è il caso degli Istituti). Sono pochissimi i minori seguiti da strutture di tipo familiare quali comunità alloggio, o con la formula dell'affido familiare.

Più in generale gli interventi non sono sufficientemente orientati al sostegno alla famiglia e sono ancora scarsamente sviluppate iniziative sul versante della promozione e della prevenzione.

L'attuale sistema di servizi è infine concentrato in alcune zone, con il rischio di innescare nelle altre processi di isolamento e di emarginazione. A fronte di tale situazione, il Piano regionale definisce i seguenti obiettivi generali:

Obiettivo 1	Potenziare la metodologia del lavoro per progetti integrati, finalizzata ad una presa in carico dei problemi che si evidenziano nei nuclei familiari e che condizionano i processi di crescita dei soggetti in età evolutiva. L'aiuto alla famiglia d'origine, il supporto perché le relazioni all'interno del nucleo non penalizzino i minori, l'attivazione di forme di sostegno domiciliare e diurno, il supporto per la riunificazione (da prevedere già nella fase dell'allontanamento) sono fasi da gestire unitariamente e nell'ottica del lavoro di rete, favorendo l'apporto di ogni soggetto istituzionale e comunitario disponibile ed attivabile.
Obiettivo 2	<i>Potenziare i "centri aperti"</i> a favore di preadolescenti ed adolescenti, in modo di attivare forme di aiuto diffuso, finalizzato alla promozione e prevenzione, in ogni ambito territoriale.
Obiettivo 3	<i>Attivare i "centri diurni"</i> a favore di nuclei limitati di soggetti in età evolutiva (10-15 anni) che necessitano di aiuto intensivo perché definiti "a rischio", soggetti in età evolutiva già istituzionalizzati o che comunque necessitano di supporti psico-educativi e assistenziali personalizzati. Tali centri possono essere di ambito ovvero servire due o più ambiti confinanti, convenzionati fra loro.
Obiettivo 4	Avviare sperimentalmente interventi di assistenza educativa domiciliare e territoriale per soggetti in età evolutiva con gravi problemi personali e familiari.
Obiettivo 5	Potenziare forme di affido familiare in collaborazione con gruppi, Associazioni di Volontariato e altri soggetti della solidarietà organizzata.
Obiettivo 6	Attivare centri di aggregazione giovanile ogni 12.000 abitanti
Obiettivo 7	Attivare servizi comunitari di tipo familiare a livello di ambito o di più ambiti territoriali tra loro.
Obiettivo 8	Costruire una rete di ludoteche e di servizi ludici per l'infanzia
Obiettivo 9	Attivare percorsi formativi per i genitori e favorire l'associazionismo tra genitori

### 5.1.4 - Caratteristiche dell'attuale sistema dei servizi nell'area handicap e obiettivi di Piano regionale

La classificazione delle strutture e dei servizi di quest'area non è sempre omogenea, per la sovrapposizione di prestazioni diverse sulla stessa persona e per la confluenza in quest'area di competenze articolate e diverse.

E' questo il settore in cui diventa evidente il limite insito nel non disporre di un efficace e concentrato sistema informativo in grado di convogliare dati e informazioni sui servizi e sull'utenza, al di là dell'Ente gestore che eroga le prestazioni.

L'area dell'handicap è quella dove maggiormente la Regione è chiamata ad effettuare uno sforzo congiunto, tra settori per:

- verificare e classificare le strutture esistenti;
- potenziare interventi domiciliari e diurni;
- prevedere forme di incentivazione per decentrare servizi e prestazioni;
- favorire risposte globali prevedendo uno sviluppo sul versante dell'integrazione sociale, scolastica e lavorativa
- colmare la carenza di servizi

Obiettivo 1	Sperimentare nuclei valutativi integrati, d'intesa tra ambito territoriale e Azienda sanitaria locale.
Obiettivo 2	Attivare forme di assistenza domiciliare integrata e potenziare le esperienze già operanti.
Obiettivo 3	Sperimentare Centri diurni socio-riabilitativi per persone con handicap che necessitano di "aiuto intensivo"
Obiettivo 4	Realizzare alternative ai grandi Istituti prevedendo, dove possibile, la riconversione in microstrutture comunitarie diffuse sul territorio regionale in modo omogeneo e con un massimo di 30 posti letto.
Obiettivo 5	Avviare la riconversione degli attuali Istituti in Centri socio-riabilitativi diurni.

### 5.1 5 - Azioni programmatiche trasversali

- ◇ realizzare iniziative mirate di prevenzione e attivare i servizi e gli interventi per i bisogni ancora del tutto o parzialmente scoperti;
- ◇ sviluppare gli interventi di sostegno al nucleo familiare attraverso la mobilitazione di una serie di risorse sia professionali sia di servizio, e cioè qualificando ulteriormente gli interventi di assistenza domiciliare ed in particolare quelli di sostegno psico-sociale, assicurando il sostegno educativo dove necessario e potenziando la disponibilità di strutture aperte a carattere diurno;
- ◇ promuovere la graduale realizzazione di interventi tesi a uniformare e rendere omogenee, per tutti gli utenti, le condizioni e le modalità di accesso ai servizi, anche attraverso l'istituzione di unità valutative interdisciplinari;
- ◇ procedere ad una sostanziale revisione dell'assistenza economica, che tenga conto della necessità di contrastare atteggiamenti o posizioni di rinuncia alla ricerca o al ripristino dell'autonomia del nucleo familiare, anche attraverso la limitazione temporale delle prestazioni e in modo coordinato con i servizi che operano nell'area del lavoro;



- ◇ promuovere ad ogni livello attraverso le organizzazioni di privato sociale e di volontariato la diffusione di forme solidaristiche di aiuto alla persona ed al nucleo familiare;
- ◇ promuovere forme attive di inserimento lavorativo;
- ◇ promuovere la partecipazione delle persone a rischio di esclusione nei circuiti attivi della comunità locale;
- ◇ favorire, di norma, situazioni logistiche che consentano una integrazione tra i centri diurni per anziani, i centri di aggregazione giovanile, le ludoteche e i centri socio-educativi per handicappati.

## 5.2 - LE DOTAZIONI MINIME DI SERVIZI IN AMBITO COMUNALE E ZONALE

### I presidi socio-assistenziali di base

Per presidi di base si intendono:

- ⇒ il servizio sociale comunale
- ⇒ i centri diurni e socio-educativi
- ⇒ il Centro di aggregazione giovanile
- ⇒ la ludoteca o punto ludico aperto
- ⇒ il nido
- ⇒ il servizio di assistenza domiciliare e di aiuto personale
- ⇒ assistenza economica
- ⇒ pronto intervento assistenziale
- ⇒ interventi per l'inserimento lavorativo
- ⇒ assistenza domiciliare integrata
- ⇒ servizi residenziali e di comunità
- ⇒ servizi per l'affido familiare

### **5.2.1 - Il Servizio sociale comunale**

Ogni Comune deve istituire entro il primo anno di vigenza del Piano il Servizio sociale comunale. Il servizio esercita le funzioni socio-assistenziali a titolarità comunale attraverso la seguente dotazione organica:

- 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti per un impegno orario minimo pari a 18 ore settimanali
- 1 psicologo ogni 12.000 abitanti per un orario minimo pari a 18 ore settimanali
- 1 funzionario amministrativo del Comune per l'impegno orario necessario
- 1 sociologo per ogni ambito zonale, con funzioni di supporto all'impianto del sistema organizzativo e alla pianificazione sociale.

Il personale dipendente da Cooperative Sociali ed impegnato nei servizi, a seguito di convenzioni o altre forme contrattuali con la P.A., concorre proporzionalmente al tempo complessivo di impiego e al raggiungimento dei parametri indicati.

Funzioni del Servizio:

- a) attività di primo contatto, pronto intervento assistenziale, di accoglienza, consulenza, orientamento e raccolta richieste di aiuto finalizzate a:

- predisporre le relazioni e i documenti necessari all'accertamento, da parte del Comune, della necessità di interventi di assistenza economica per famiglie bisognose;
- all'accertamento delle condizioni che possono determinare decisioni di ricovero di minori o anziani in Istituti e Case di riposo;
- interventi di sostegno e di attivazione delle risorse locali in situazioni di disagio con bambini e adolescenti a rischio;
- interventi di natura burocratica finalizzati a sostenere le persone in difficoltà nell'esercizio dei propri diritti;
- presa in carico di cittadini in difficoltà e relativa elaborazione delle risposte in termini di aiuto personale, sostegno sociale e psicologico, attivazione dei servizi territoriali e delle risorse del volontariato;
- il servizio di norma interviene sulle manifestazioni precoci di disagio segnalate dalla rete locale di responsabilità (famiglie, associazioni, scuola, ...)

b) rilevazione e monitoraggio della domanda sociale

c) il servizio funziona da punto di raccolta e di smistamento a livello locale di tutte le informazioni relative al sistema informativo regionale socio-assistenziale;

d) il servizio si occupa della gestione del credito solidale

e) informazione

f) altre attività riconducibili alle competenze comunali e che riguardano le funzioni proprie di un servizio sociale comunale.

Ogni comune mette a disposizione uno spazio idoneo e riservato presso la sede municipale, dotato di telefono e delle attrezzature minime di ufficio entro cui collocare il servizio. Il servizio è svolto dall'assistente sociale, e dallo psicologo quando occorre, sulla base di un calendario definito da ciascun comune secondo le proprie esigenze. Gli operatori sociali del servizio si coordinano con il funzionario referente amministrativo.

Il servizio sociale comunale si integra e si coordina con il consultorio familiare e con il distretto sanitario. Le modalità di coordinamento e integrazione sono stabilite attraverso protocolli di intesa tra l'associazione dei Comuni e l'Azienda sanitaria locale, ovvero nell'ambito degli accordi di programma per l'attuazione dei Piani sociali di zona.

Il servizio sociale comunale si integra e coordina con gli altri servizi socio-assistenziali e sanitari pubblici e privati del territorio, nonché con gli organismi competenti nei settori scolastico, previdenziale, giudiziario, penitenziario.

L'assistente sociale del servizio comunale partecipa al lavoro dell'UVG istituita dall'Azienda Sanitaria Locale in aggiunta al nucleo di operatori indicati nel progetto obiettivo tutela della salute degli anziani.

Gli operatori dei servizi sociali compresi nell'ambito zonale costituiscono il coordinamento tecnico dei servizi sociali dell'Associazione dei Comuni.

Il coordinamento tecnico di zona segnala al Comune capofila il nome del coordinatore scelto in seno agli operatori. Il coordinatore è nominato dalla Conferenza dei Sindaci dell'ambito zonale. Il coordinatore, scelto tra gli operatori con maggiore esperienza e titoli professionali, ovvero tra quelli individuati nel paragrafo 4 del capitolo 9, svolge funzioni di raccordo tra i servizi sociali comunali con particolare riguardo ai collegamenti funzionali con gli altri servizi del territorio e all'organizzazione e alla tenuta del sistema informativo locale.

Gli operatori del servizio sociale comunale fanno parte del gruppo tecnico di elaborazione del Piano di zona.

In sede di stipula degli accordi di programma, ovvero nei protocolli operativi allegati, i Comuni singoli o associati, le Aziende unità sanitarie locali e, quando previsto, gli altri soggetti istituzionali, formalizzano i momenti di scambio tra i rispettivi operatori dei servizi prevedendo le conferenze di servizio e tra servizi, in conformità a quanto descritto nel paragrafo 6 e successivi del capitolo 3.

L'integrazione operativa tra il servizio sociale comunale e i servizi la cui responsabilità è in capo ad altri soggetti istituzionali, avviene in particolare nell'ambito delle Unità Operative costituite a livello zonale e previste negli accordi di programma.

### **5.2.2.1 - Le Unità operative di zona**

In sede di accordo di programma e anche attraverso protocolli allegati di specificazione i Comuni singoli o associati, l'Azienda Unità Sanitaria Locale competente per territorio, prevedono la costituzione di unità operative di zona per ciascuna delle aree di cui ai punti 1., 2., 3., 4., 5., 6 , 7 , 8 , 9 , del paragrafo 5. del capitolo 3. Sono unità operative obbligatorie:

- a) U.O.Z. nell'area anziani coincidente con l'U.V.G. 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;
- b) 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.
- c) U.O.Z. nell'area minori 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.
- d) U.O.Z. area tossicodipendenti costituita da operatori del SERT, 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.
- e) 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.

I Comuni, singoli o associati, le Aziende unità sanitarie locali, possono, sulla base di criteri oggettivi di valutazione, allargare la partecipazione alle UU.OO.ZZ.

Le UU.OO.ZZ. rispondono al Responsabile del Distretto sanitario, al DSM, al Sert, competenti per territorio, relativamente alle attività a prevalente contenuto sanitario, e al coordinatore dei servizi sociali di zona, ovvero al Sindaco del Comune capofila, per le attività a prevalente contenuto socio-assistenziale e socio-educativo.

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, inoltre:

A) Persegue i seguenti obiettivi:

1. Verso la persona

- realizzare un presa in carico globale delle sue problematiche;

- dare garanzia di continuità assistenziale

## 2. Verso l'organizzazione

- individua correttamente i bisogni della popolazione dell'area di pertinenza, attraverso un sistema valutativo omogeneo a tutto il territorio

- ottimizzare l'utilizzo delle risorse

B) Svolge le seguenti azioni:

### 1. Verso la persona

- valuta ogni situazione problematica presente nel territorio ed elabora un programma globale di intervento

- verifica e riprogetta l'intervento, con particolare attenzione ai passaggi cruciali nella vita della persona

### 2. Verso l'organizzazione

- registra i dati per alimentare con continuità il sistema informativo dell'area problematica di pertinenza

- individua lacune e ridondanze nella rete dei servizi, contribuendo a modificarne o a riprogettarne l'assetto.

L'U.O.Z. interviene prioritariamente sui primi sintomi o manifestazioni potenziali di disagio o di patologia.

L'U.O.Z non è un nuovo servizio, ma un modo innovativo di lavorare. Nella U.O.Z. gli operatori integrano le loro competenze:

- per meglio capire i diversi problemi e situazioni delle persone
- per condividere le responsabilità e coordinare gli interventi.

Ambito zonale	Comuni	Popolazione residente	Totale	Dotazioni minime prioritarie
<b>VULTURE</b>	Atella	3.666		5 assistenti sociali F.T.
	Barile	3.363		2 psicologi F.T.
	Melfi	16.566		Oppure
	Pescopagano	2.265		10 assistenti sociali P.T.
	Rapolla	4.697		4 psicologi P.T.
	Rapone	1.296		U.O.Z. handicap
	Rionero in V.	13.525		U.O.Z. minori
	Ripacandida	1.848		U.O.Z. anziani
	Ruvo del Monte	1.303		U.O.Z. tossicod.
San Fele	4.043			
			52.752	

<b>ALTO BRADANO</b>	Banzi	1.562		4 assistenti sociali F.T.
	Forenza	2.637		2 psicologi F.T.
	Genzano di Lucania	6.190		Oppure
	Ginestra	726		8 assistenti sociali P.T.
	Lavello	13.603		4 psicologi P.T.
	Maschito	1.934		U.O.Z. salute mentale
	Montemilone	2.060		U.O.Z. handicap
	Palazzo S.Gervasio	5.257		U.O.Z. minori
	Venosa	12.557		U.O.Z. anziani U.O.Z. tossicod.
		46.526		

<b>MARMO MELANDRO</b>	Abriola	1.928		4 assistenti sociali F.T.
	Anzi	2.073		2 psicologi F.T.
	Calvello	2.233		Oppure
	Balvano	2.129		8 assistenti sociali P.T.
	Baragiano	2.719		4 psicologi P.T.
	Bella	5.834		U.O.Z. handicap
	Castelgrande	1.286		U.O.Z. minori
	Laurenzana	2.444		U.O.Z. anziani
	Muro Lucano	6.373		
	Picerno	6.129		
	Ruoti	3.793		
	Savoia di Lucania	1.282		
	Tito	6.245		
Vietri di Potenza	3.173			
		47.641		

<b>BASENTO</b>	Acerenza	3.029		4 assistenti sociali F.T.
	Albano	1.661		2 psicologi F.T.
	Avigliano	12.090		Oppure
	Brindisi di montagna	919		8 assistenti sociali P.T.
	Campomaggiore	1.036		4 psicologi P.T.
	Cancellara	1.659		U.O.Z. handicap
	Castelmezzano	973		U.O.Z. minori
	Filiano	3.318		U.O.Z. anziani
	Oppido lucano	3.990		
	Pietragalla	4.634		
	Pietrapertosa	1.363		
	Pignola	5.257		
	San Chirico Nuovo	1.700		
	Tolve	3.693		
	Trivigno	834		
Vaglio Basilicata	2.248			
		48.404		

<b>POTENZA</b>	Potenza	69.695		6 assistenti sociali F.T. 5 psicologi F.T. Oppure 12 assistenti sociali P.T. 10 psicologi P.T. U.O.Z. handicap U.O.Z. minori U.O.Z. salute mentale U.O.Z. tossicodip. U.O.Z. anziani
				69.695

<b>ALTO-MEDIO AGRI</b>	Armento	850		5 assistenti sociali F.T. 2 psicologi F.T. Oppure 10 assistenti sociali P.T. 4 psicologi P.T. U.O.Z. salute mentale U.O.Z. handicap U.O.Z. minori U.O.Z. anziani
	Brienza	4.187		
	Gallicchio	1.061		
	Grumento Nova	1.914		
	Marsico Nuovo	5.339		
	Marsico Vetere	4.550		
	Missanello	656		
	Moliterno	4.881		
	Montemurro	1.535		
	Paterno	4.125		
	San Chirico Raparo	1.539		
	San Martino d'Agri	1.070		
	Sant'Arcangelo	6.982		
	Sarconi	1.409		
	Spinoso	1.805		
	Tramutola	3.242		
	Sant'Angelo Le Fratte	1.547		
	Sasso di Castalda	993		
	Satriano di Lucania	2.385		
Corleto Perticara	3.162			
Guardia Perticara	785			
Viggiano	3.130			
		57.147		

<b>LAGONE GRESE</b>	Castelluccio Inferiore	2.506		4 assistenti sociali F.T. 2 psicologi F.T. Oppure 8 assistenti sociali P.T. 4 psicologi P.T. U.O.Z. salute mentale U.O.Z. handicap U.O.Z. minori U.O.Z. anziani U.O.Z. tossicodip.
	Castelluccio Superiore	1.043		
	Castelsaraceno	1.823		
	Lagonegro	6.218		
	Latronico	5.433		
	Lauria	13.980		
	Maratea	5.292		
	Nemoli	1.603		
	Rivello	3.114		
	Rotonda	3.981		
	Trecchina	2.456		
Viggianello	3.073			
		51.152		



<b>ALTO SINNI – VAL SARMENTO</b>	Calvera	628		3 assistenti sociali F.T.
	Carbone	1.012		2 psicologi F.T.
	Castronuovo S. Andrea	1.589		Oppure
	Cersosimo	903		6 assistenti sociali P.T.
	Chiaromonte	2.309		3 psicologi P.T.
	Episcopia	1.708		U.O.Z. handicap
	Fardella	756		U.O.Z. minori
	Francavilla in Sinni	4.319		U.O.Z. anziani
	Noepoli	1.235		
	Roccanova	1.882		
	S. Costantino Albanese	996		
	S. Paolo Albanese	428		
	S. Severino Lucano	2.076		
	Senise	7.419		
	Teana	814		
Terranova di Pollino	1.808			
		29.882		

<b>BASSO SINNI</b>	Colobraro	1.647		4 assistenti sociali F.T.
	Nova Siri	6.333		2 psicologi F.T.
	Policoro	15.227		Oppure
	Rotondella	3.433		8 assistenti sociali P.T.
	S. Giorgio Lucano	1.651		4 psicologi P.T.
	Scanzano jonico	6.635		U.O.Z. minori
	Tursi	5.813		U.O.Z. handicap
	Valsinni	1.887		U.O.Z. anziani U.O.Z. tossicodip.
		42.626		

<b>COLLINA MATERANA</b>	Accettura	2.531		4 assistenti sociali F.T.
	Aliano	1.369		2 psicologi F.T.
	Cirigliano	485		Oppure
	Craco	874		8 assistenti sociali P.T.
	Gorgoglione	1.302		4 psicologi P.T.
	Montalbano Jonico	8.498		U.O.Z. anziani
	Pisticci	18.029		U.O.Z. tossicodip.
	S. Mauro Forte	2.817		U.O.Z. handicap
	Stigliano	6.036		U.O.Z. minori
		41.941		

<b>BASSO BASENTO</b>	Bernalda	12.266		3 assistenti sociali F.T.
	Miglionico	2.694		2 psicologi F.T.
	Montescaglioso	9.906		Oppure
	Irsina	5.947		6 assistenti sociali P.T.
	Pomarico	4.541		3 psicologi P.T. U.O.Z. anziani U.O.Z. minori U.O.Z. handicap
		35.354		

<b>BASENTO BRADANO</b>	Calciano	923		3 assistenti sociali F.T.
	Ferrandina	9.508		2 psicologi F.T.
	Garaguso	1.217		Oppure
	Grassano	5.929		6 assistenti sociali P.T.
	Grottole	2.716		3 psicologi P.T.
	Oliveto Lucano	657		U.O.Z. anziani
	Salandra	3.294		U.O.Z. handicap
	Tricarico	6.759		U.O.Z. minori U.O.Z. tossicodip.
			31.003	

<b>MATERA</b>	Matera			6 assistenti sociali F.T.
				5 psicologi F.T.
				Oppure
				12 assistenti sociali P.T.
				10 psicologi P.T.
				U.O.Z. handicap
				U.O.Z. minori
				U.O.Z. salute mentale
				U.O.Z. tossicodip.
				U.O.Z. anziani
			56.387	

<b>TOTALE REGIONE</b>			610.330	
---------------------------	--	--	---------	--

## **CAPITOLO 6**

### **SERVIZI, OBIETTIVI SPECIFICI E STANDARD GESTIONALI**

## 6.1 - ASSISTENZA ECONOMICA

1. Gli interventi economici sono diretti ai singoli o ai nuclei familiari in condizioni economiche che non consentono il soddisfacimento dei bisogni fondamentali della vita.
2. Gli interventi hanno carattere di straordinarietà ed eccezionalità per far fronte a particolari situazioni di disagio individuale e familiare e devono, comunque, essere coordinati con altre prestazioni e servizi socio-assistenziali.
3. Interventi economici possono essere fatti in sostituzione di altri tipi di prestazioni, socio-assistenziali non erogabili, valutate indispensabili per il sostegno dell'autonomia delle persone in difficoltà, per il superamento di contingenti situazioni di emarginazione sociale o di istituzionalizzazione.
4. Detti interventi sono effettuati in conformità agli indirizzi del presente Piano socio-assistenziale e nell'ambito dei criteri stabiliti dalla programmazione locale.

La valutazione della situazione economica dei richiedenti questo tipo di assistenza va determinata secondo le modalità di cui al paragrafo 5 del capitolo 4.

Nell'attesa di ulteriori specificazioni anche in ordine al decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109, l'assistenza economica può essere erogata in favore dei cittadini privi di reddito, oppure con un reddito che, tenuto conto di qualsiasi emolumento a qualunque titolo percepito e da chiunque erogato non sia superiore alla soglia di povertà stabilita in L. 500.000 mensili per una persona che vive sola. In presenza di un nucleo familiare composto da due o più persone tale soglia di reddito è determinata sulla base della scala di equivalenza di cui all'art. 6, comma 2 del decreto legislativo 18 giugno 1998 n. 237, ossia:

Numero dei componenti	Parametro
1	1,00
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85

Maggiorazione di 0,35% per ogni ulteriore componente
Maggiorazione di 0,2 in caso di assenza del coniuge e presenza di figli minori
Maggiorazione di 0,5 per ogni componente con handicap di cui all'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92 o di invalidità superiore al 66%
Maggiorazione di 0,2 per nuclei familiari con i figli minori in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro e di impresa.

L'assistenza economica pura, ossia la semplice erogazione monetaria in favore del cittadino richiedente è, di norma esclusa. Il servizio sociale comunale, muovendosi nella logica della sussidiarietà, di norma:

- fornisce risposte in termini di servizi
- fornisce risposte integrate: assistenza economica e servizi finalizzati al superamento della situazione problematica di emergenza
- chiede, in cambio del sussidio economico, prestazioni di utilità sociale e collettiva a carico del beneficiario.
- In particolare i beneficiari di sussidio economico, se le condizioni personali e familiari non sono di grave impedimento, ricambiano l'assistenza ricevuta con attività lavorative rese in favore della comunità locale per tramite del Comune. Nel caso sia necessaria un'assistenza economica prolungata per oltre 6 mesi, il sussidio, qualora le condizioni del caso lo rendano possibile, è trasformato in reddito minimo di inserimento.

I Comuni singoli o associati si dotano a tal fine di un apposito regolamento di disciplina dell'assistenza economica.

## **6.2 - ASSISTENZA DOMICILIARE**

Ai sensi dell'art. 22 della L.R. 25/97 gli interventi di assistenza domiciliare sono diretti a persone o a nuclei familiari in situazioni di disagio o di parziale o totale non autosufficienza che non sono in grado, anche temporaneamente di garantire il soddisfacimento delle esigenze personali, domestiche e relazionali, con lo scopo di salvaguardare l'autonomia degli individui e la loro permanenza nel proprio nucleo familiare o nella propria residenza, nonché per elevare la qualità della vita degli stessi e per evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale.

Rientrano tra i destinatari di detti interventi anche i nuclei familiari con componenti a rischio di emarginazione, con particolare riguardo a soggetti in età evolutiva.

Le prestazioni socio-assistenziali consistono in attività di aiuto domestico, somministrazione pasti ed altri interventi connessi alla vita quotidiana, in attività di segretariato sociale e più in generale in ogni attività diretta al sostegno della personalità e all'integrazione nel sociale.

Il servizio può essere integrato con prestazioni di tipo educativo, in particolare a favore di soggetti minori o handicappati.

Nei confronti di soggetti handicappati sono previste anche le attività di assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'assistenza domiciliare è attivata, altresì, in collaborazione con la sanità nel contesto degli accordi di programma in attuazione del Piano di Zona. L'assistenza domiciliare ha finalità prioritarie di prevenzione e determina la condizione di partenza entro cui i servizi rappresentano una risposta in termini evolutivi in vista di un recupero personale e di un percorso di inclusione nella vita comunitaria delle persone destinatarie.

### **6.2.1 - Personale**

- Assistente sociale: coordina il servizio e predispone in collaborazione con gli altri operatori e, eventualmente, con i familiari e lo stesso utente, il piano individuale per il superamento della condizione di bisogno e per la reinclusione nei circuiti partecipativi della comunità locale.
- l'assistente domiciliare: attua le prestazioni domestiche nel quadro degli obiettivi stabiliti nel piano di intervento; pone particolare attenzione alle dinamiche relazionali e lavora nell'ottica del coinvolgimento diretto della persona destinataria nelle attività domestiche e nelle attività esterne relative alla vita quotidiana.

- lo psicologo svolge attività di sostegno psicologico, quando necessario, e fornisce consulenza ai singoli operatori nell'ambito dell'attuazione dei piani di intervento.
- altre figure ausiliarie e specialistiche secondo quanto previsto nei piani di intervento.

### **6.2.2 - Obiettivi specifici**

Attivazione entro il triennio del servizio di assistenza domiciliare in ogni ambito zonale.

### **6.3 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

1. L'assistenza domiciliare integrata consiste nell'insieme combinato di prestazioni di carattere socio-assistenziale e sanitario erogate al domicilio di anziani, minori e handicappati e in genere di nuclei familiari comprendenti soggetti a rischio di emarginazione non autosufficienti, di norma a sostegno dell'impegno familiare, sulla base dei programmi assistenziali personalizzati dall'U.O.Z., al fine di consentire la permanenza nel normale ambiente di vita e a ridurre le esigenze di ricorso a strutture residenziali.

2. L'assistenza domiciliare integrata è tesa a garantire:

- a) assistenza di medicina generale;
- b) consulenza medico specialistica;
- c) assistenza infermieristica;
- d) assistenza riabilitativa e di recupero funzionale;
- e) fornitura di ausili e presidi sanitari necessari;
- f) assistenza domiciliare per lo svolgimento delle attività quotidiane.

3. Il Comune deve, nell'ambito delle proprie disponibilità finanziarie, concedere idonea contribuzione a favore delle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto.

Criteria, modalità, procedure:

- a) la famiglia presenta istanza all'Ufficio di servizio sociale del Comune competente;
- b) la U.O.Z. valuta le condizioni e i bisogni socio-sanitari della persona destinataria e le potenzialità assistenziali della famiglia;
- c) la U.O.Z. elabora, con il concorso della famiglia, ed eventualmente con il concorso della persona destinataria, il piano di intervento personalizzato che prevede il concorso della famiglia nelle prestazioni assistenziali;
- d) la U.O.Z. propone al funzionario amministrativo dell'Ufficio di servizio sociale competente l'erogazione, la misura e la durata del contributo finanziario.
- e) Il concorso finanziario è stabilito nella misura massima di lire 500.000 mensili;



f) Alla domanda il richiedente deve allegare tutta la documentazione necessaria a certificare lo stato di convivenza dell'assistito, nonché la situazione reddituale.

g) L'U.O.Z. provvede a stipulare con la famiglia un protocollo delle prestazioni e a verificarne l'effettiva applicazione.

4. L'U.O.Z. valuta i bisogni socio-sanitari della persona non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza ed è composta dall' UVG, ossia:

a) un medico geriatra o, in sua mancanza, un altro medico;

b) un infermiere professionale o assistente sanitario;

c) un assistente sociale;

d) un terapeuta della riabilitazione

e) altri specialisti (es.: handicap, psichiatria, pediatria) quando occorre, e allargata agli operatori del servizio sociale comunale.

Al fine di garantire il collegamento dell'ospedale con il territorio, il medico geriatra sarà preferibilmente individuato all'interno della divisione di geriatria, ove esistente.

5. Al fine di predisporre con il coinvolgimento della famiglia il programma assistenziale personalizzato l'U.O.Z. si raccorda con il medico di famiglia della persona assistita.

Il programma di assistenza domiciliare integrata va predisposto dall'U.O.Z. allargata ai coordinatori delle Cooperative Sociali o di altre organizzazione che svolgono sul territorio il servizio di assistenza domiciliare o di ADI.

### **6.3.1 - Destinatari**

Sono destinatari dell'assistenza domiciliare integrata le persone con medio-alto grado di non autosufficienza fisica, con scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione della casa, in situazioni di solitudine e di isolamento psicologico, che hanno difficoltà a mantenere rapporti col mondo esterno (soprattutto i soggetti di età più avanzata e gli handicappati), i nuclei familiari comprendenti soggetti a rischio di emarginazione o handicappati in presenza di situazioni di emergenza (allontanamento per cause di forza maggiore dei genitori, periodi di ospedalizzazione degli stessi).

### **6.3.2 - Ammissioni e dimissioni**

Spetta all'U.O.Z. l'individuazione degli utenti dell'ADI. Tale individuazione dovrà essere effettuata, in via prioritaria, in relazione al tipo di bisogno che configura una fascia di popolazione a più alto rischio destinato alle istituzionalizzazioni o ai ricoveri ospedalieri impropri.

L'unità operativa decide pertanto delle ammissioni a fruire delle prestazioni dell'ADI, nonché dei relativi tempi di fruizione. Nel caso di soggetti disabili in situazione di emarginazione ammessi a fruire dell'assistenza domiciliare, l'équipe specialistica stabilisce quali prestazioni fornire, e per quanto tempo, nell'ambito del piano di trattamento personalizzato.

### **6.3.3 - Tipologia delle prestazioni**

Le prestazioni fondamentali del servizio di assistenza domiciliare sono le seguenti:

*prestazioni di tipo domestico*, erogate dall'assistente domiciliare:

- aiuto per il governo della casa (pulizie - commissioni e spese);
- consulenza sulle corrette norme igieniche e alimentari;
- aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere (igiene personale totale o parziale - accompagnamento per il disbrigo di pratiche varie o per il mantenimento dei rapporti amicali e di vicinato, ecc.);

*prestazioni infermieristiche*:

- controllo delle terapie in atto e della situazione clinica in stretto collegamento con il medico curante;
- educazione sanitaria rivolta all'utente ed ai familiari o vicini collaboranti;
- interventi infermieristici tecnici;
- assistenza in fase acuta di malattie;
- collegamento tra l'anziano e i presidi sanitari;

*prestazioni medico-riabilitative*:

- per quanto riguarda le generali prestazioni mediche di base, specialistiche e riabilitative occorre collegarsi con i servizi della medicina di base e specialistica dell'ASL..

*prestazioni educative*:

- le prestazioni educative a domicilio sono da prevedersi solo ed esclusivamente per minori o soggetti handicappati in età evolutiva.

Nel caso di utenza handicappata, tali prestazioni possono essere indirizzate sia a soggetti gravissimi che non possono usufruire delle prestazioni erogate dai C.S.E. o che non intendono ricorrere al Centro residenziale, sia a soggetti meno compromessi già inseriti nell'ambiente scolastico.

Nel primo caso le prestazioni sono prevalentemente rivolte a sostenere la famiglia nel rapporto con l'handicappato onde alleviare il costante impegno assistenziale e educativo dei familiari e dei genitori, ovvero sono finalizzate all'osservazione dell'ambito familiare (dinamiche interne,

comportamento del soggetto, ecc.) prima dell'eventuale inserimento dell'handicappato nel C.S.E. o nella struttura residenziale.

Nel secondo caso le prestazioni dell'educatore sono finalizzate alla realizzazione di un programma educativo tendente ad ottenere un progressivo inserimento dell'handicappato all'interno delle occasioni organizzate di incontro e di ritrovo per la generalità dei coetanei.

#### **6.3.4 - Personale**

Il servizio di assistenza domiciliare è espletato dalle seguenti figure professionali fondamentali:

- assistente domiciliare e dei servizi tutelari;
- infermiere professionale;
- psicologo;
- medico di medicina generale;
- medico specialista;
- terapeuta della riabilitazione;
- assistente sociale.

*L'assistente domiciliare* opera al domicilio dell'utente dando il proprio aiuto volto a favorire l'autosufficienza nell'attività giornaliera. Si tratta, in particolare, dei seguenti tipi di aiuto:

- aiuto nell'attività di assistenza diretta alla persona (alzarsi dal letto; pulizie personali; vestizione; assunzione dei pasti; corretta deambulazione; movimento di arti invalidi; uso di accorgimenti per una giusta posizione degli arti in condizione di riposo; uso di accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, camminare; mobilitazione della persona costretta a letto);
- aiuto per il governo dell'alloggio e le attività domestiche (cura delle condizioni igieniche dell'alloggio; riordino del letto e della stanza; cambio della biancheria e utilizzo del servizio di lavanderia; preparazione dei pasti e acquisti; eventuale fornitura dei pasti a domicilio e simili);
- accompagnamento dell'utente per visite mediche, scuole, pratiche varie e altre necessità.

Tale operatore svolge inoltre prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione quando queste siano complementari alle attività assistenziali e coincidano con quelle svolte normalmente dai familiari. Si tratta di attività non legate a situazioni di rischio specifico e non separabili da un'attività integrata di assistenza alla persona (es. massaggi e frizioni per prevenire piaghe da decubito, mobilitazione dell'utente e simili).

*L'infermiere professionale* fornisce le prestazioni igienico-sanitarie e infermieristiche che comportino una precisa responsabilità in ordine a rischi specifici e che siano predeterminabili e programmabili in modo autonomo rispetto al programma socio-assistenziale globale.

L'educatore attua il progetto educativo, integrativo e/o sostitutivo del gruppo familiare, nell'ambito del programma mirato ed individualizzato formulato dalle competenti équipe che seguono il caso.

Il terapeuta della riabilitazione effettua prestazioni di tipo fisioterapico e altre prestazioni riabilitative sulla base del programma individualizzato e si raccorda con i medici specialisti.

L'assistente sociale svolge attività di sostegno sociale e di raccordo con gli altri servizi territoriali, fa il monitoraggio periodico del piano di intervento e coordina il servizio relativo alla parte socio-assistenziale raccordandosi con il medico di medicina generale e con il responsabile del distretto sanitario.

L'U.O.Z. allargata quando occorre agli specialisti, effettua riunioni periodiche di verifica e monitoraggio dei piani di intervento.

### **6.3.5 - Standard di personale**

Diverse variabili concorrono a rendere difficile la definizione di uno standard di personale rigido, non ultime l'erogazione delle prestazioni o distribuite omogeneamente nel corso dell'anno o concentrate nei periodi di maggior bisogno e la dispersione territoriale degli utenti.

Ad ogni modo, pare ragionevole, prevedere i seguenti rapporti minimali rispetto alle varie figure professionali:

- assistente domiciliare - 1:10 assistiti a domicilio;
- infermiere professionale - 1:14 assistiti;
- terapeuta della riabilitazione - 1:20 assistiti.

Il fabbisogno delle altre figure è da determinare secondo parametri di carattere generale.

### **6.3.6 Standard assistenziali minimi**

Gli standard assistenziali minimi tendenziali per assistito in media annuale che il servizio ADI deve assicurare, e sulla base dei quali vanno determinati gli oneri dei finanziamenti sono:

- 140 ore di prestazioni di tipo domestico;
- 50 ore prestazioni di lavanderia-stireria;
- 90 ore preparazione pasto a domicilio;
- 100 ore di servizio infermieristico;
- 50 ore di servizio riabilitativo;

- 50 accessi del medico di medicina generale;
- 8 consulenze medico specialistiche;
- 50 accessi dell'assistente sociale;
- 8 accessi dello psicologo;
- altri, secondo necessità.

#### **6.3.7 - Obiettivi specifici**

- Attivazione dell'ADI entro il triennio in ogni ambito zonale
- obiettivo di 3.000 utenti nel triennio

## **6.4 - CENTRI DI PRONTO INTERVENTO**

### **6.4.1 - Definizione**

I centri di pronto intervento assicurano, nell'attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate, il soddisfacimento temporaneo di bisogni, quali alloggio, vitto, tutela di fatto, determinati da una circostanza o eventualità imprevista, che richiede interventi eccezionali ma di breve durata.

Il pronto intervento può essere garantito da un presidio organizzato in modo autonomo oppure può essere una funzione svolta da unità d'offerta esistenti quali le comunità alloggio, i centri residenziali per handicappati, le Case di riposo per anziani (per ulteriori esplicitazioni si rinvia alle aree specifiche).

Le strutture che decidono di svolgere questa funzione devono rispettare i criteri fissati dai presenti standard.

### **6.4.2 - Destinatari**

Sono destinatari dei centri di pronto intervento tutte le persone in difficoltà e a rischio di emarginazione. A puro titolo esemplificativo, e non esaustivo, si citano: minori e/o handicappati rimasti privi di assistenza e tutela per impossibilità dei genitori (malattia, morte, crisi della famiglia); dimessi dal carcere che abbisognino di una soluzione immediata per il periodo necessario a reperire soluzioni alternative; altri utenti in difficoltà.

### **6.4.3 - Ammissioni e dimissioni**

L'invio di soggetti al Centro di pronto intervento può essere disposto dal Sindaco, su proposta del Servizio Sociale Comunale e dalla Magistratura.

Il responsabile del Centro accoglie l'utente e provvede immediatamente a segnalare l'ammissione alle unità operative della zona di residenza degli utenti.

La definizione dei possibili interventi risolutivi spetta alle unità operative di zona che si raccordano con gli altri servizi territoriali sociali e sanitari.

A questa fase partecipa altresì il responsabile del Centro di pronto intervento o della struttura che svolge la funzione di pronto intervento.

### **6.4.4 - Capacità ricettiva**

Il Centro di pronto intervento deve essere realizzato come modulo organizzativo autonomo preferibilmente all'interno di preesistenti strutture comunitarie residenziali, ciò anche al fine di evitare strutture ad hoc la cui gestione risulterebbe ampiamente diseconomica.

La capacità ricettiva non deve essere superiore agli 8 posti letto.

#### **6.4.5 - Funzionamento**

Il Centro di pronto intervento funziona permanentemente nell'arco delle 24 ore, per l'intera settimana e per tutto l'anno.

La permanenza presso il Centro deve assolutamente limitarsi al periodo strettamente necessario alla ricerca di una soluzione idonea al caso da parte della competente unità operativa.

Indicativamente si ritiene che tale permanenza non debba superare i 30-40 giorni.

I costi della retta, determinati con apposita delibera regionale, sono, di solito a carico dell'utente o dei familiari tenuti all'assistenza ai sensi del codice civile. Quando le condizioni dell'utente non consentono il pagamento della retta, questa è a carico del Comune di residenza dell'utente.

#### **6.4.6 - Attività**

Poiché il Centro di pronto intervento sopperisce ad un bisogno temporaneo di alloggio, vitto e tutela, le prestazioni da garantire agli utenti sono di fatto di tipo tutelare, in quanto gli interventi specifici più idonei per la soluzione del caso dovranno essere definiti nel progetto individuale.

Gli utenti del Centro di pronto intervento sono soggetti a rischio di emarginazione, spesso con difficoltà di relazione e con esperienze di disgregazione familiare e sociale; gli educatori pertanto si impegneranno a proporre momenti di socializzazione, di impiego del tempo libero e attività che favoriscano il crearsi di un clima positivo di vita comunitaria in cui sia stimolata la capacità di relazione interpersonale.

#### **6.4.7 - Personale**

Nei centri di pronto intervento, operano stabilmente, costituendone in nucleo operativo il responsabile, gli educatori e gli assistenti domiciliari e dei servizi tutelari.

Il *responsabile* si occupa dell'organizzazione interna, definisce in collaborazione con gli operatori del Centro i programmi delle attività e partecipa ai processi di definizione del possibile intervento risolutivo di competenza del servizio sociale.

Qualora il pronto intervento sia appoggiato ad un'altra struttura, il responsabile di quest'ultima lo è anche del Centro di pronto intervento.

Qualora il Centro sia aggregato ad altra struttura, oltre l'utilizzo in comune dei servizi generali (cucina, lavanderia, pulizia, ecc.) può essere messo a disposizione dalla struttura stessa il restante personale. In ogni caso, efficaci servizi generali (cucina, lavanderia, stireria, pulizie generali ecc.) devono essere assicurati mediante l'utilizzo di personale del soggetto gestore.

Le prestazioni di assistenza sociale e psicologiche sono garantite dal servizio sociale comunale ove ha sede il Centro. Eventuali prestazioni sanitarie sono garantite dai competenti servizi dell'AUSL.

#### **6.4.8 - Obiettivi specifici**

I centri saranno attivati attraverso i Piani di Zona solo se le altre strutture di accoglienza esistenti si dimostreranno insufficienti.



## **6.5 - CENTRI DIURNI PER ANZIANI**

### **6.5.1 - Definizione**

I Centri diurni per anziani forniscono un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione. Questi centri si propongono di assicurare agli anziani effettive possibilità di vita autonoma e sociale, favorendo il rapporto di comunicazione interpersonale e le attività ricreative, culturali e di animazione.

### **6.5.2 - Destinatari**

I Centri diurni sono destinati alle persone anziane, ma aperti e accessibili a tutti i cittadini senza distinzione di età.

### **6.5.3 - Attività**

Il Centro diurno si caratterizza per la polifunzionalità delle sue prestazioni. Può supportare le attività di assistenza domiciliare e sanitaria alla popolazione anziana o in stato di bisogno, offrendosi come struttura di appoggio e/o come sede naturale del Servizio Assistenza Domiciliare (S.A.D.); può comprendere servizi ed attività di ristoro, di ritrovo, di segretariato sociale e di consulenza; può essere sede di attività culturali, ricreative di socializzazione.

Nello specifico le prestazioni ed i servizi che i centri diurni possono offrire alla popolazione anziana sono:

- attività di tempo libero, culturali, sociali e di animazione, attività espressive ed artigianali, attività finalizzate allo scambio tra generazione a all'integrazione generazionale;
- servizio mensa;
- se sede del S.A.D.: prestazioni di assistenza alla persona (bagni assistiti, manicure, pedicure, lavaggio capelli, lavanderia, stireria, di preparazione pasti caldi per gli utenti dell'assistenza domiciliare);
- servizio di segretariato sociale, consulenza sulle diverse problematiche di tipo sanitario e sociale.

Il Centro si configura come servizio territoriale a beneficio dell'intera comunità, organizza perciò attività di produzione culturale, educative, di animazione destinate a tutti i cittadini.

In particolare Il Centro si caratterizza quale struttura flessibile nei suoi contenuti e aperto al territorio, luogo-spazio di promozione e non solo di assistenza, che agisce sulla comunità locale per affermare la centralità della persona nei processi e nelle dinamiche di cambiamento; per costruire una cultura della solidarietà e della responsabilità.

#### **6.5.4 - I Laboratori per la comunità**

Nell'ambito dei centri diurni sono attivati i Laboratori per la comunità in cui gli anziani sono destinatari e produttori di una vasta gamma di iniziative culturali. Nei Laboratori le persone sperimentano la doppia dimensione dell'insegnamento e dell'apprendimento. Il Centro è organizzato intorno a diverse unità di lavoro sviluppate nei vari laboratori: laboratorio della comunicazione visiva e del teatro; atelier della manualità creativa; laboratorio del gioco e del giocattolo; laboratorio più generico di produzione culturale; altre attività. E' un luogo aperto affacciato sull'intera comunità. Si realizzano momenti di formazione differenziata finalizzati all'acquisizione di particolari competenze e tecniche che gli anziani utilizzano all'interno delle diverse unità di lavoro. Gli anziani si trasformano a loro volta in formatori di altri anziani nonché di quei bambini, giovani e adulti che aderiscono e partecipano alle attività del Centro. Il Laboratorio è il luogo dinamico dove si sperimenta con successo uno dei possibili ruoli sociali significativi degli anziani: essere agente di sviluppo culturale all'interno delle comunità locali, con il compito, tra gli altri, di conservare la cultura per salvaguardarne l'ulteriorità e la continuità sul piano dell'innovazione. Attraverso i Laboratori è possibile raggiungere altri traguardi:

- a) le opportunità sociali, culturali, formative offerte dal Laboratorio consentono agli anziani di vivere una vita attiva che significa soprattutto il mantenimento e il potenziamento delle capacità fisiche e mentali; la possibilità di vivere nuove e diverse aperture relazionali, la possibilità di acquisire nuove conoscenze e capacità e di affinare le competenze già possedute. Gli anziani sono soggetti in formazione permanente;
- b) queste possibilità, opportunamente vissute, riducono al minimo il rischio di rimanere isolati, di perdere i contatti con gli altri e con il mondo intorno, di essere vittime di patologie senili cui vanno incontro le persone che invecchiano;
- c) le stesse opportunità consentono di dimostrare a sé stessi e agli altri che si possono conservare efficienti fino all'ultimo le competenze e le prestazioni mentali e vitali, e ricche le dimensioni affettive, etiche, estetiche.

Obiettivi del Laboratorio sono, quindi:

- I) mantenere vive le abilità senso-percettive e linguistiche, le capacità creative, manuali e intellettuali degli anziani, attraverso opportune attività e iniziative;
- II) socializzare le classi di età, ossia promuovere e stimolare l'integrazione generazionale, dimostrare la produttività dello scambio intergenerazionale, attraverso il coinvolgimento di soggetti di età diverse nelle iniziative e nelle attività;

III) svolgere, attraverso le medesime attività, un vero e proprio servizio di produzione culturale, di animazione, di ricerca, di educazione a beneficio di tutta la comunità locale (scuole, Associazioni, Enti, singoli cittadini);

IV) promuovere e diffondere una nuova cultura dell'età avanzata intesa come età positiva, ricca di risorse e di possibilità; proporre nuovi modelli di vecchiaia.

Gli obiettivi del Laboratorio, come abbiamo visto, si sviluppano e si concretizzano attraverso attività culturali e di animazione, educative e formative, di studio, di ricerca e di lavoro all'interno dell'ambiente. L'ambiente è inteso come risorsa educativa, come spazio illimitato di ricerca e di conoscenza; come luogo di interazioni e relazioni con uomini e cose; come luogo della vita passata, presente, futura; come luogo della realtà e dell'immaginazione; come spazio possibile dentro cui restituire alla memoria la funzione di veicolo di cultura.

E' in questo spazio-luogo ambiente che gli anziani si attivano per:

- recuperare e valorizzare il patrimonio storico, culturale, linguistico locale in una dimensione critica e innovativa e aperta alle altre culture;
- difendere dalla varie forme di abuso e di indifferenza i beni culturali minori, l'ambiente;
- recuperare e valorizzare le antiche forme di arte e artigianato;
- promuovere e realizzare iniziative in altri campi, finalizzate a migliorare la qualità della vita di tutti.

Queste attività necessitano dell'azione del lavoro professionale degli animatori e degli educatori, ma è fondamentale ogni forma di autogestione nella programmazione e progettazione delle iniziative. E' opportuno puntare sull'associazionismo tra anziani, eventualmente sostenuto e integrato dal lavoro professionale delle Cooperative Sociali e raccordato con le altre forme di partecipazione culturale e sociale del territorio.,

La copresenza delle varie attività nel Centro diurno è strettamente legata alla presenza o meno nella zona servita di strutture analoghe o complementari che assolvono ad alcune delle funzioni erogabili nel Centro diurno.

Le funzioni minime essenziali che devono essere garantite dal Centro diurno sono le attività organizzate di tempo libero, culturali, di incontro, di produzione alle quali abbiamo appena accennato.

Esse devono essere garantite per almeno 4 ore al giorno nei giorni feriali, e laddove siano autogestite, o comunque l'organizzazione lo consenta, il Centro può funzionare anche nei giorni festivi.

A tali funzioni si possono aggiungere gli altri servizi elencati a seconda dell'esigenze e delle possibilità di usufruire degli stessi presso altre strutture sociali o sanitarie vicine.

Il Centro diurno si caratterizza quindi quale struttura flessibile nei suoi contenuti e può quindi nascere:

- 1) quale struttura autonoma, a completamento o meno di servizi esistenti nella zona;
- 2) quale emanazione di servizi per anziani di tipo residenziale o territoriale già esistenti o con nascita contemporanea, che in questo modo tendono ad integrare le loro prestazioni e ad aprirsi alla comunità;
- 3) quale integrazione di altre strutture a carattere sociale, che, pur fornendo prestazioni diverse, possono divenire il punto di riferimento per l'assistenza agli anziani.

Nel primo caso, trattandosi di una struttura autonoma, per la validità e l'economicità del servizio è indispensabile fare riferimento ad una popolazione almeno di 8.000 abitanti.

Nel secondo caso, realizzando il Centro diurno nell'ambito di strutture residenziali tipo Case di riposo, si dovranno potenziare adeguatamente gli spazi per servizi collettivi, pur differenziandone chiaramente le funzioni, in modo da garantire un servizio valido sia nei confronti degli ospiti fissi che degli utenti esterni.

Organizzazioni miste di questo tipo, oltre a garantire efficienza ed economia di gestione, consentono di ampliare le occasioni di vita di relazione, di attivizzare il gruppo anziano, e favoriscono maggiormente l'integrazione sociale.

Si tratta di un'ipotesi di intervento generalmente conveniente, che appare particolarmente opportuna.

Nel terzo caso si tratta di organizzare alcune delle attività del Centro diurno presso altre strutture a carattere sociale, che dovranno essere adeguatamente attrezzate.

#### **6.5.5 - Obiettivi specifici**

Per i Centri Diurni e i Laboratori per la Comunità non viene predeterminata la capacità ricettiva, né il bacino d'utenza, data la variabilità del numero dei fruitori, **si ritiene in ogni caso utile un Centro diurno ogni 8.000 abitanti**. I Laboratori fanno capo al Centro diurno di riferimento dove è organizzato il polo integrato delle attività e del supporto tecnico.

#### **6.5.6 - Personale**

Si ritiene indispensabile la presenza di un operatore **professionale** con funzioni di organizzazione e di animazione, responsabile del progetto delle attività culturali, ricreative, di svago e tempo libero del Centro. Tale operatore deve avere un impegno lavorativo settimanale di almeno 20 ore.

Per gli altri servizi eventualmente erogati nel Centro il personale dovrà avere diverse qualifiche professionali a secondo delle specifiche attività prestate.

## **6.6 - CENTRI DI AGGREGAZIONE E DI SOCIALIZZAZIONE GIOVANILE**

### **6.6.1 - Definizione**

Il Centro di aggregazione giovanile è una unità di offerta per la generalità dei giovani. Esso ha lo scopo di offrire un'ampia gamma di opportunità di impegno e di utilizzo del tempo libero, la possibilità di usufruire di iniziative aventi contenuti formativi e socializzanti allo scopo di favorire un corretto sviluppo psicofisico e di attuare un intervento di prevenzione nei confronti della devianza giovanile.

### **6.6.2 - Destinatari**

I destinatari dei Centri di aggregazione giovanile sono tutti i giovani e gli adolescenti. I soggetti in condizioni di emarginazione non devono prevalere numericamente sul flusso complessivo degli utenti: essi, di fatto, rappresentano una “presenza” all'interno di una consistente utenza indifferenziata.

### **6.6.3 - Funzionamento**

Il Centro di aggregazione giovanile funziona tutti i pomeriggi dei giorni feriali per tutto l'anno, e, a seconda dell'organizzazione, anche la sera, per tutta la settimana.

### **6.6.4 - Capacità recettiva**

Pare opportuno non determinare la capacità ricettiva di questo tipo di servizio, data la variabilità dei flussi di utenza.

### **6.6.5 - Attività**

Le attività svolte sono polifunzionali e organizzate secondo il modulo del “laboratorio” inteso come momento di tempo libero programmato in cui il momento del “fare” si congiunge con il soddisfacimento di un bisogno di socializzazione. Questa organizzazione che favorisce un processo di integrazione sociale, si presenta come insieme di momenti differenziati sia per contenuti sia per obiettivi.

Sono da prevedersi momenti di libera e spontanea aggregazione e momenti programmati di diverse attività, quali ad esempio: atelier di tessitura, di falegnameria, di fotografia, di pittura, di musica e teatro.

Il Centro di aggregazione deve altresì garantire attività di pratica sportiva, al servizio della collettività, utilizzando spazi e strutture messe a disposizione dall'Ente locale, dalle scuole, dal quartiere, dalla comunità.

Il Centro deve inoltre produrre attività di documentazione e informazione.

I centri di aggregazione giovanile, quando esistono le condizioni, possono avere sede all'interno dei Centri diurni per anziani, attraverso l'organizzazione opportuna degli spazi.

#### **6.6.6 - Personale**

Per ogni Centro di aggregazione giovanile deve essere nominato un *responsabile* che si occupi delle attività, della loro programmazione, della loro organizzazione interna, dei loro coordinamento con l'insieme degli altri interventi zonali, della verifica e del controllo dei programmi attuati.

La figura fulcro del Centro di aggregazione giovanile è *l'educatore o animatore socioculturale* che imposta la propria attività attraverso:

- l'analisi: attuata mediante la ricerca e l'individuazione delle capacità possedute dal soggetto, del livello di maturazione raggiunto, delle difficoltà emotive, intellettive e di socializzazione avendo come riferimento le attitudini e le potenzialità del singolo;
- la programmazione: secondo obiettivi e non per contenuti; infatti si individuano i fini da perseguire che si concretizzano in abilità che sia possibile raggiungere;
- la verifica: è un momento, più che di giudizio del lavoro fatto, di valutazione circa i risultati formativi raggiunti nell'evoluzione comportamentale.

L'educatore o l'animatore attraverso l'uso di tecniche di animazione deve saper costruire una significativa atmosfera comunitaria favorendo l'autogestione del progetto educativo allo scopo di permettere ai giovani ampia autonomia di programmazione, gestione e verifica delle attività per lo sviluppo del senso di responsabilità, critica e autocritica.

Le attività, quando possibile, è auspicabile che siano integrate con quelle dei Laboratori per la Comunità.

#### **6.6.7 - Standard di personale**

Lo standard di personale necessario data la diversificazione delle attività, la loro diversa possibile incidenza temporale nei periodi di apertura e la variabile difficilmente programmabile dei flussi di utenza è fissato in relazione al tipo di attività programmate dal Centro e al numero degli utenti presenti, tale da garantire la realizzazione di una significativa atmosfera comunitaria e per favorire l'autogestione da parte degli utenti del progetto educativo.

Il responsabile del Centro di aggregazione giovanile è nominato dall'Ente gestore tra il personale con competenze educative in possesso dei requisiti tecnici e professionali necessari per l'assolvimento delle funzioni da attribuire.

Lo standard di personale dovrà rispettare i seguenti valori a seconda delle figure professionali:

- Responsabile: 1 unità di personale in servizio;
- Educatori o animatori: 1 unità di personale in servizio ogni 15 utenti presenti.

A tali figure possono essere affiancati consulenti tecnici per le varie attività di laboratorio.

#### **6.6.8 - Obiettivi specifici**

Il Piano Sociale di Zona (P.S.Z.) definisce il numero e la allocazione dei Centri di aggregazione giovanile, garantendo comunque la presenza di Laboratori di attività in ogni Comune.

## **6.7 - ISTITUTI EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER MINORI**

### **6.7.1 - Definizione**

Gli Istituti educativo-assistenziali per minori provvedono alla ospitalità e all'educazione di minori privi di famiglia, o allontanati dalla famiglia per disposizione dell'Autorità Giudiziaria, o a cui comunque la famiglia medesima non possa adeguatamente provvedere, limitatamente al tempo in cui permane tale impossibilità. L'Istituto è un'unità di offerta, integrata in un sistema di servizi, che provvede all'educazione dei minori a rischio. Rappresenta, pertanto la soluzione transitoria per situazioni per le quali nell'immediato non è possibile l'inserimento in comunità alloggio o non è praticabile l'affido familiare.

A seconda della tipologia dei bisogno, l'Istituto risponde con le modalità del convitto o del semiconvitto.

### **6.7.2 - Destinatari**

L'Istituto accoglie minori provenienti da famiglie in temporanea difficoltà, sottoposti o meno a provvedimenti civili o amministrativi dell'Autorità Giudiziaria, minori orfani ovvero, qualunque altro minore che viva situazioni di devianza o disadattamento.

Possono essere inseriti in Istituto soggetti portatori di handicap quando non necessitino di specifica o qualificata assistenza.

Ove non sussistano particolari controindicazioni, l'Istituto deve poter accogliere fratelli e sorelle, o soggetti con vincoli di parentela.

### **6.7.3 - Ammissioni e dimissioni**

L'ammissione in Istituto deve essere decisa dall'apposita unità operativa di distretto e/o zonale di residenza del minore dopo attenta valutazione e attraverso incontri con gli operatori sociali che hanno istruito il caso, con la famiglia, (se esistente) e con la competente autorità Giudiziaria Minorile per gli aspetti di competenza, in accordo con l'équipe dell'Istituto.

Nel disporre l'ammissione del minore in Istituto deve essere indicata la presumibile durata della permanenza, in rapporto alle esigenze dei cicli formativi relativi al singolo.

Per quanto riguarda le dimissioni, il ritorno nell'ambiente di provenienza, o in quello che è disponibile ed idoneo ad accogliere il minore, deve essere adeguatamente preparato e seguito dall'apposita unità operativa della zona di provenienza del minore in collaborazione con gli operatori dell'Istituto, con le famiglie, ove esistenti, e, se del caso, con le competenti autorità giudiziarie minorili.



#### **6.7.4 - Capacità ricettiva**

L'Istituto deve essere in grado di dare una adeguata risposta alle necessità degli utenti, deve ospitare un numero di soggetti non superiore a 50 unità a convitto.

#### **6.7.5 - Funzionamento**

L'Istituto educativo assistenziale a convitto ha funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore, per tutta la settimana e per l'intero anno.

#### **6.7.6 - Attività**

Gli Istituti per minori offrono prestazioni educativo- assistenziali e formative tese a contrastare i rischi derivanti da situazioni in cui sia necessaria la sostituzione o la integrazione del nucleo familiare perché inesistente, impossibilitato o incapace di assolvere il proprio ruolo. L'organizzazione interna è opportuno sia articolata in sottogruppi autonomi.

A tal fine le prestazioni fornite sono finalizzate a:

- stimolare una maturazione psicologica relazionale e socializzante del minore in vista di un autonomo inserimento nel mondo della scuola, nel lavoro e nel tessuto sociale, attraverso una caratterizzazione della propria attività da effettuare sulla base di specifici e finalizzati progetti educativi;
- promuovere e mantenere i contatti con le famiglie di origine, ove non espressamente esclusi dall'Autorità Giudiziaria Minorile;
- curare l'integrazione con l'ambiente sociale circostante: proprio ad evitare l'isolamento o l'esclusione dalla partecipazione alla vita sociale, il minore deve poter utilizzare le strutture scolastiche, sportive, ricreative e tutti gli altri servizi esistenti all'esterno, e parimenti tutti gli altri servizi esistenti all'interno dell'Istituto dovranno poter essere utilizzati dalla generalità degli altri ragazzi.

Il servizio medico infermieristico e l'équipe psico-sociale di appoggio, devono essere di norma quelli che operano sul territorio alle dipendenze dell'AUSL e dell'Ente locale.

L'Istituto deve altresì farsi carico, oltre che dei bisogni materiali degli ospiti, anche di tutti quegli adempimenti connessi al loro particolare stato giuridico.

Per ciascun soggetto presente dovrà essere predisposta una cartella personale psico-medico-sociale da aggiornare costantemente a cura di tutti gli operatori interessati all'azione educativa.

Ove possibile, occorre evitare ogni spostamento del minore ad altra struttura, sia essa Comunità o Istituto, determinato unicamente dal raggiungimento di una certa età.

### **6.7.7 - Personale**

Ogni Istituto ha un responsabile della programmazione e della organizzazione delle attività che si svolgono all'interno della struttura, nonché del loro coordinamento con gli altri servizi zonali e della verifica dei programmi attuati.

Nell'Istituto si prevedono le seguenti figure professionali:

a) *Educatore*: in questa unità d'offerta tale figura ha una forte valenza pedagogica perché opera per promuovere la crescita evolutiva degli ospiti, per aiutarli a raggiungere un più adeguato rapporto con se stessi, con gli altri e con l'ambiente.

Rispetto all'educatore di unità strutturali non residenziali, quello dell'Istituto si trova a dover convivere con i soggetti ospitati, ragion per cui le sue funzioni sono anche di supplenza dell'organizzazione familiare comunemente preposta alla soddisfazione di bisogni materiali e affettivi. Ciò significa che l'educatore, proprio perché opera con intenzionalità educativa (=non in maniera estemporanea), deve saper utilizzare la condivisione degli eventi quotidiani in vista di un progetto educativo chiaramente finalizzato. Inoltre egli deve stabilire momenti di interazione con il sistema familiare (sia esso la famiglia d'origine o la rete parentale più estesa) e con altri servizi del territorio (es.: centri di aggregazione e di socializzazione).

b) *Esecutori, operatori ed ausiliari addetti ai servizi generali*: (es. pulizie generali e straordinarie, cucina, lavanderia, stireria, guardaroba, centralino, portineria, manutenzione, ecc.).

Le prestazioni sanitarie e/o riabilitative sono garantite mediante l'accesso degli ospiti ai normali servizi del territorio.

Deve essere garantita anche la reperibilità di un medico in caso di necessità.

### **6.7.8 - Standard di personale**

Ogni Istituto deve avere il seguente standard di personale in organico:

- 1 responsabile per ogni Istituto;
- 1 educatore ogni 5 ospiti.

Si deve cioè verificare in un Istituto che saturi completamente la propria ricettività massima accogliendo 50 utenti, che il numero degli educatori sia pari a 10 unità.

La struttura deve inoltre garantire razionali ed efficienti servizi di:

- cucina;
- lavanderia, stireria, guardaroba;
- portineria ;
- centralino;
- manutenzione impianti;
- servizi amministrativi,

utilizzando personale dipendente, convenzionato o mediante appalti a ditte esterne. Si ritiene che il costo complessivo di tali servizi (comprese le spese generali dell'acquisizione dei relativi beni e servizi) non debba di norma superare il 40-45% del costo totale della struttura.

#### **6.7.9 - Obiettivi specifici**

- attivazione di un progetto-obiettivo di riconversione di alcuni degli istituti educativi attualmente presenti sul territorio regionale in Centri socio-educativi e Comunità alloggio
- progressivo superamento della forma assistenziale dell'Istituto educativo, quale modalità non idonea alle finalità educative in relazione alle innovazioni introdotte nel sistema di welfare e nel sistema dell'istruzione.

## **6.8 - CASE DI RIPOSO**

### **6.8.1 - Definizione**

Le Case di riposo sono residenze collettive che forniscono agli ospiti anziani, parzialmente autosufficienti, prestazioni di tipo alberghiero, servizi specifici di carattere assistenziale, prestazioni di tipo culturale e ricreativo, nonché prestazioni sanitario-riabilitative, dirette a recuperare e migliorare l'autosufficienza.

### **6.8.2 - Destinatari**

Sono destinatari delle Case di riposo anziani in condizioni psicofisiche di parziale autosufficienza, in condizione cioè di compiere con aiuto le funzioni primarie.

Qualora si verificano situazioni di non autosufficienza per cause sopravvenute durante il ricovero presso la Casa di riposo, l'assistenza e la cura possono avvenire nella casa di riposo stessa salvo che prevalenti esigenze di carattere sanitario, obiettivamente accertate, non richiedano il ricorso a soluzioni diverse.

### **6.8.3 - Ammissioni**

L'invio alla Casa di riposo, gestita direttamente o convenzionata con gli Enti locali è proposto su richiesta dell'interessato dal servizio sociale competente integrato da apporti specialistici provenienti dalla UVG e dai servizi di medicina specialistica dell'AUSL (fisiatra-geriatra), previa certificazione del medico di fiducia dell'assistito, constatato che le condizioni psicofisiche del soggetto e la situazione familiare e socio-ambientale sono tali da non permettergli di permanere nel proprio domicilio in via provvisoria o per lunga durata. L'accoglimento da parte della struttura avviene sulla base delle disposizioni contenute nelle convenzioni e comunque previo accertamento delle condizioni dell'anziano da parte del responsabile delle strutture. Indicazioni operative circa l'invio in Casa di riposo:

1. L'invio non può essere disposto senza il preventivo consenso della persona anziana coinvolta, e/o dei familiari;
2. L'invio in Casa di riposo si configura in ogni caso come soluzione temporanea, e in casi eccezionali come soluzione di lunga permanenza senza però scartare la possibilità di un ritorno dell'anziano al domicilio o in altre situazioni comunitarie non istituzionalizzate.
3. Di norma è escluso l'invio in Casa di riposo di anziani non autosufficienti i cui problemi devono essere superati attraverso l'attivazione di tutti i servizi sociali e socio-sanitari del territorio mirati alla domiciliarità e alla partecipazione attiva alla vita comunitaria.

4. Di norma gli anziani parzialmente autosufficienti sono seguiti a domicilio con il servizio SAD o con l'ADI e devono poter utilizzare gli altri servizi del territorio. Quando ciò risulti non praticabile, è consentito l'invio in Casa di riposo, per via momentanea in attesa di soluzioni alternative. Il servizio sociale competente che suggerisce l'invio in casa di riposo deve elaborare, in collaborazione con gli altri operatori della UVG e con i medici specialisti dell'ASL, nonché coinvolgendo quando possibile i familiari e la persona anziana, un percorso individualizzato di superamento della condizione di bisogno che prevede le dimissioni dalla casa di riposo in un arco di tempo ragionevole.

#### **6.8.4 - La riconversione**

Data questa impostazione la Casa di riposo viene completamente e concretamente integrata con gli altri servizi del territorio. Assume una configurazione di servizio residenziale aperto, di appoggio e di sostegno ai servizi domiciliari e inserito nella rete territoriale dei servizi di promozione e sostegno alla persona.

La riconversione si colloca nel quadro delle azioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

La Casa di riposo è servizio residenziale di appoggio ai programmi di prevenzione della non autosufficienza, si integra perciò con gli altri servizi della domiciliarità e della promozione comunitaria.

La Casa di riposo è servizio residenziale di appoggio ai programmi di riabilitazione psicofisica e sociale delle persone anziane momentaneamente non autosufficienti e bisognosi di ausili tecnici e aiuto personale per la vita quotidiana in vista del superamento totale e parziale della condizione di dipendenza.

Una Casa di riposo può contenere, organizzare e fornire le due tipologie di servizio, ovvero solo una, in considerazione delle potenzialità strutturali che è capace di esprimere, nonché in considerazione dei bisogni territoriali entro cui è collocata.

#### **6.8.5 - Capacità ricettiva**

Eventuali Case di riposo di nuova realizzazione devono avere un minimo di 20 p.l., ma non devono superare i 40 p.l. Eventuali deroghe a tali limiti possono essere autorizzate per le strutture già funzionanti, nei limiti dei posti letto preesistenti, solo previa verifica del fabbisogno complessivo della zona, della densità demografica e delle condizioni geomorfologiche della zona, dei possibili bacini di utenza.

### **6.8.6 Funzionamento**

La Casa di riposo ha funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore, per l'intera settimana e per tutto l'anno.

### **6.8.7 - Attività**

La Casa di riposo garantisce il dignitoso soddisfacimento dei bisogni primari ed assistenziali degli ospiti, sopperendo alle difficoltà che l'ospite incontra nel provvedere con propria iniziativa. La struttura e l'organizzazione dell'ambiente devono avere le caratteristiche generali e particolari che rendono lo stesso un gradevole ambiente di vita, fruibile anche da persona con autonomia e autosufficienza ridotta. L'animazione della giornata deve essere tale da soddisfare il bisogno e stimolare la capacità di rapporto sociale, favorire le possibilità di ricreazione, di sollecitazioni culturali e di creatività dei soggetti, organizzando momenti di interazione con il contesto sociale circostante al fine di promuovere utili occasioni di partecipazione sociale. Le prestazioni di natura assistenziale, volte a soddisfare bisogni primari ed assistenziali degli ospiti possono essere esemplificate come segue:

- interventi rivolti all'assistenza diretta della persona (aiuto durante l'igiene personale e i pasti; pulizia ordinaria degli ambienti di vita, arredi ed attrezzature dell'ospite);
- interventi di protezione della persona (controllo e sorveglianza);
- interventi generali di natura assistenziale (prestazioni di carattere assistenziale volte a seguire l'evoluzione delle condizioni dell'ospite, i rapporti con la famiglia e l'esterno, ecc.).

La struttura deve inoltre garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari dell'ospite (controlli medici, terapie orali e iniettive, medicazioni, prestazioni riabilitative).

Le prestazioni sanitarie oltre a curare gli eventi morbosi ricorrenti, sono tese sia a prevenire situazioni invalidanti sia a riportare la persona al massimo recupero possibile o stabilizzare la situazione non migliorabile.

La Casa di riposo offre inoltre i normali servizi generali di tipo alberghiero (cucina e servizio pasti, lavanderia, stireria, pulizie generali, ecc.).

I servizi e gli impianti della Casa di riposo possono essere opportunamente messi a disposizione per le attività degli altri servizi, quali l'assistenza domiciliare, i centri diurni e le attività sanitarie riabilitative. Questa operazione ha il vantaggio di aprire all'esterno la casa e di realizzare una economia sia nella sua gestione in quanto si estende ad una maggiore e diversificata utenza sia in quella dei servizi aperti e domiciliari, che vi possono trovare opportuna sede.

### 6.8.8 - Personale

Nella Casa di riposo si prevedono le seguenti figure professionali:

*A) assistente dei servizi tutelari o operatore socio-assistenziale:* presta assistenza diretta alla persona, ivi compresa l'effettuazione della pulizia ordinaria degli ambienti di vita, arredi ed attrezzature dell'ospite e fornisce prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, in qualche modo a confine tra l'area sanitaria e socioassistenziale, e pertanto da definirsi a rilievo sanitario: ciò comporta attività non legate a situazioni di rischio specifico e non separabili da un'attività integrata di assistenza alla persona, in quanto essenziali all'attuazione del programma assistenziale (esempio: massaggi e frizioni per prevenire le piaghe da decubito, mobilitazione dell'utente, collaborazione ad attività di tipo infermieristico o sanitario);

*B) animatore:* promuove attività di animazione e di ricreazione nonché di mantenimento degli interessi specifici degli ospiti e di prevenzione del decadimento psico-fisico, in stretto collegamento con l'Ass. Sociale;

*C) assistente sociale:* presta interventi di natura socio-assistenziale volti alla soluzione di problemi che si evidenziano o nascono in concomitanza con il ricovero e al migliore utilizzo delle risorse presenti nella struttura e sul territorio, con particolare riferimento alla famiglia e all'ambiente di provenienza al fine di evitare l'emarginazione dell'anziano; collabora a promuovere attività partecipativi degli ospiti;

*D) esecutori, operatori ed ausiliari:* addetti ai servizi generali (es. pulizie generali e straordinarie, cucina, lavanderia, stireria, guardaroba, centralino, portineria, manutenzione ecc.);

*E) infermiere:* fornisce prestazioni di assistenza diretta e le prestazioni igienico-sanitarie che comportino una precisa responsabilità in ordine a rischi specifici e che siano predeterminabili e programmabili in modo autonomo rispetto al programma socio-assistenziale globale. Può svolgere compiti di coordinamento ed organizzazione di un reparto o di una unità assistenziale;

*F) terapeuta della riabilitazione:* fornisce le necessarie prestazioni riabilitative secondo la patologia degli ospiti al fine di prevenire l'insorgenza di disabilità, ritardarne l'evoluzione in cronicità, migliorare la residua capacità del soggetto;

*G) medico:* responsabile dell'organizzazione delle attività sanitarie preventive, curative e riabilitative all'interno della struttura, dell'igiene ambientale, delle diagnosi e delle terapie;

*H) personale amministrativo;*

Le prestazioni dell'assistente sociale e dell'animatore possono, se collocate in un quadro più complesso di gestione dei servizi di animazione e di recupero e riabilitazione sociale, essere affidate a Cooperative Sociali del territorio in modo da agevolare e rendere più produttivo l'inserimento delle persone anziane nei circuiti di partecipazione attiva dentro la Comunità locale.

La struttura deve inoltre garantire razionali ed efficienti servizi di:

cucina;

lavanderia;

portineria;

centralino;

manutenzione impianti;

servizi amministrativi,

utilizzando personale dipendente, convenzionato o mediante appalti a ditte esterne, preferibilmente a Cooperative Sociali di tipo b). Si ritiene che il costo complessivo di tali servizi (comprese le spese generali dell'acquisizione dei relativi beni e servizi) non debba di norma superare il 40-45% del costo totale della struttura.

#### **6.8.9 - Standard di personale**

Lo standard di personale è espresso dal rapporto personale/anziani parzialmente autosufficienti assistiti calcolato sulla base dei seguenti parametri:

a) ore di lavoro giornaliere, mediamente una unità di personale assunta a tempo pieno presta la propria attività su 365 giorni l'anno per 4 ore al giorno. Tale dato risulta dal seguente calcolo: 36 h settimanali x 52 settimane = 1872 ore annue, convenzionalmente ridotte a n. 1460 h effettive di lavoro tenuto conto dei periodi di ferie, festività soppresse, festività infrasettimanali, recuperi, malattie  $1460 \text{ h} : 365 = 4 \text{ h/giorno}$ ;

b) tempi medi di prestazioni richieste per soddisfare le esigenze di assistenza diretta all'ospite, tenuto conto dei diversi gradi di parziale autosufficienza degli ospiti e della loro incidenza all'interno della struttura.

I rapporti numerici personale/anziani parzialmente autosufficienti definiti per le varie figure professionali possono ovviamente subire variazioni in relazione:

- agli orari del rapporto di lavoro personale dipendente (personale a tempo pieno, a tempo parziale);

- alla presenza di personale convenzionato (compreso i volontari) e di personale religioso, tenuto conto delle ore di servizio effettivamente prestate dallo stesso.

In ogni caso devono comunque essere garantiti i minuti giornalieri di assistenza richiesti per ogni ospite parzialmente autosufficiente o, in caso di spazio protetto, per gli anziani con gravi deficit.



Lo standard indicato si riferisce al personale in organico: l'organizzazione dei turni di presenza del personale è di competenza delle singole strutture; deve comunque essere garantita l'erogazione delle necessarie prestazioni nell'arco delle 24 h nel rispetto di un ordinato ritmo di vita degli ospiti.

*Assistente dei servizi tutelari e/o operatore socio assistenziale – infermiere*

Mediamente si ritiene che un anziano (tenuto conto della parziale autosufficienza e di quanto ciò implica in relazione alle prestazioni primarie assistenziali e sanitarie da assicurare) richiede 60 minuti al giorno di assistenza (comprensivi dell'assistenza diretta alla persona e delle prestazioni infermieristiche). Pertanto lo standard relativo all'ausiliario e/o operatore socio-assistenziale si quantifica nel rapporto 1 ausiliario ogni 5 anziani e lo standard del personale infermieristico si quantifica nel rapporto 1 infermiere ogni 35 anziani.

*Medico*

Deve essere garantita sia l'erogazione di prestazioni mediche pari a 18 ore settimanali (1 medico part-time) ogni 40 ospiti, sia la reperibilità di personale medico in caso di necessità.

A secondo del bisogno dell'ospite deve essere garantito il necessario apporto medico specialistico da parte del competente servizio di medicina specialistica dell'A.S.L. Si ritiene inoltre necessaria la consulenza di un dietista.

*Terapista della riabilitazione*

Lo standard di terapisti della riabilitazione si quantifica in un terapeuta ogni 50 ospiti. In tale area di intervento riveste essenziale importanza la formulazione di un programma riabilitativo da parte del fisiatra: alla realizzazione di tale programma concorrono oltre alla specifica competenza del fisioterapista, anche gli apporti del medico, dell'infermiere e dell'operatore socio-assistenziale.

*Assistente sociale e animatore:* secondo necessità.

Ogni casa di riposo ha un responsabile della programmazione e della organizzazione delle attività che si svolgono all'interno della struttura nonché del loro coordinamento con gli altri servizi zonali e della verifica e controllo di gestione dei programmi attuati.

Nel caso in cui la casa di riposo abbia al proprio interno uno spazio protetto il responsabile della casa di riposo lo è anche per lo spazio protetto.

### **6.8.10 - Le rette**

I Comuni attraverso la gestione associata assicurano alle Case di riposo un contributo mensile per ciascun ospite pari alla differenza tra il reddito della persona assistita, la quota di reddito minima riservata alla disponibilità della persona assistita (definita secondo i criteri indicati nel paragrafo dedicato alla partecipazione economica degli utenti al costo dei servizi), la eventuale contribuzione dei

familiari dell'assistito e la retta mensile che per il triennio è fissata in lire 1.300.000 per gli anziani non autosufficienti e in lire 900.000 per gli anziani autosufficienti.

Qualora i familiari dell'anziano ricoverato non rientrano nei casi di povertà stabiliti secondo i parametri di cui all'art. 6 comma 2 del decreto legislativo n. 237/98, questi sono tenuti, ai sensi dell'art. 433 del C.C. alla copertura della contribuzione economica. Sono fatte salve le condizioni previste dagli artt. 434, 438 e seguenti del titolo XIII del C.C.

I Comuni e le Aziende USL, in sede di accordi di programma o di protocollo di intesa, stabiliscono forme di contribuzione di parte sanitaria a carico della Asl sulla base della quantificazione delle attività e dei servizi sanitari eventualmente non forniti dall'azienda sanitaria, ma forniti direttamente dalla Casa di riposo. In tal caso la contribuzione del Comune è direttamente ridotta in proporzione alla contribuzione dell'ASL.

#### **6.8.11 - Obiettivi specifici**

Progressiva riconversione delle Case di riposo in Comunità alloggio o case famiglia

## **6.9 - ASILI NIDO**

### **6.9.1 - Definizione**

Gli asili nido pubblici e privati, attuano un servizio socio-educativo per la collettività, rispondente al bisogno di socializzazione del bambino ed al suo armonico sviluppo psicofisico.

Essi offrono, altresì, occasioni di formazione socio-pedagogica, di integrazione all'azione educativa della famiglia e, contemporaneamente, sono strutture aperte ai problemi ed alle esperienze di tutta la popolazione ed alla integrazione con altre strutture e servizi del territorio.

Sono da considerare strutture simili quelle che possono ospitare almeno 5 bambini per un numero limitato di ore comunque non superiore a 5 ore giornaliere, offrendo un servizio temporaneo di assistenza educativa con esclusione della preparazione dei pasti principali.

### **6.9.2 - Destinatari**

Utenti specifici della rete degli asili nido sono i bambini in età da 0 fino a 3 anni. Ove possibile può essere garantita la frequenza, fino al termine del ciclo scolastico, anche a quegli utenti che abbiano compiuto il terzo anno di età.

Eventuali menomazioni fisico-psico-sensoriali non possono costituire causa di esclusione dei bimbi dagli asili nido; al contrario, la rete dei servizi per la prima infanzia dovrà favorire il più possibile l'inserimento di bimbi portatori di disabilità, garantendo le condizioni idonee per tale inserimento.

### **6.9.3 - Ammissioni e Iscrizioni**

L'accoglimento dei bimbi nei nidi avviene sulla base dei criteri determinati dai regolamenti gestionali degli asili nido, deliberati dagli Enti gestori del servizio e, per i privati, approvati dall'ente autorizzante.

In situazioni di basso indice di presenza (frequentanti su iscritti) il numero dei bambini iscritti può essere superiore alla capienza potenziale della struttura in percentuale pari alle assenze mediamente registrate.

### **6.9.4 - Capacità ricettiva**

Ogni asilo nido deve avere una capacità ricettiva vincolata dalle proprie caratteristiche strutturali, e può oscillare tra un valore minimo di 20 posti ed un valore massimo di 40 posti.

Nel caso in cui l'asilo nido intenda ospitare nell'ambito della propria organizzazione anche bambini di età dai 3 ai 6 anni, senza una specifica configurazione a scuola materna, ciò può essere consentito a condizione che il numero di tali bambini non superi il 15% della capienza

massima autorizzata e che si applichino anche nei loro confronti integralmente gli standard ed i requisiti richiesti per gli asili nido.

Nelle situazioni in cui risultasse impossibile raggiungere la capienza minima di 20 posti, può essere istituito il micronido;; può essere realizzato purché insieme alla condizione di utenza ridotta, si realizzi l'altra condizione che lo legittima, cioè la sua aggregazione ad un'altra unità di servizi per l'infanzia (scuola materna, primaria, ecc.) con la quale realizzare significative economie gestionali.

In deroga a quanto previsto, i nidi gestiti da soggetti privati possono essere autorizzati al funzionamento di un micronido non aggregato ad altre unità di servizi per l'infanzia.

#### **6.9.5 - Funzionamento**

L'asilo nido deve funzionare almeno 8 ore ogni giorno, per almeno 5 giorni alla settimana, per tutto l'anno. Il nido può dotarsi di un'organizzazione che prevede l'apertura anche nei giorni festivi e nei mesi estivi.

Gli utenti possono frequentare il nido anche per un lasso di tempo inferiore alle ore di funzionamento della struttura sulla base delle indicazioni contenute nel regolamento interno

#### **6.9.6 - Attività**

L'età dei bambini che frequentano l'asilo nido è indubbiamente un'età molto delicata, infatti i progressi compiuti nei primi 2-3 anni di vita sono di estrema importanza sia per lo sviluppo cognitivo che per lo sviluppo affettivo.

Le attività proposte da parte degli educatori sono dunque mirate a creare condizioni favorevoli per una crescita armonica dei piccoli e in funzione di un progetto individuale più complesso.

Il nido opera in una rete di servizi con i quali entra in relazione. Tale rapporto andrebbe così a configurare attività di promozione culturale, di programmazione, di consulenza educativa.

L'utilizzo di figure professionali quali il pediatra e l'assistente sanitaria vigilatrice da parte degli altri servizi, e l'ingresso nel nido di altre figure professionali, garantirebbe la possibilità di progetti di lavoro comune, per particolari aspetti.

Le attività e l'organizzazione interna debbono essere improntate a modalità di coordinamento del personale. Qualora il nido ospiti minori di età superiore a 3 anni deve essere assicurata tuttavia una separata attività pedagogico-ricreativa laddove il loro numero superi le 5 unità, fatti salvi i momenti di refezione.

### **6.9.7 - Personale**

Negli asili nido operano stabilmente il personale educativo ed il personale ausiliare addetto ai servizi. Gli *educatori o assistenti sociali o laureato in scienze dell'educazione, pedagogia, vigilatrice di infanzia, maestra di asilo, puericultrice*, sono operatori che nei nidi rispondono agli obiettivi di armonico sviluppo psicofisico, di socializzazione del bambino, nonché d'integrazione dell'azione educativa della famiglia. Ad essi competono altresì le operazioni di igiene e pulizia del bambino, nonché la somministrazione del pasto.

Gli *ausiliari addetti ai servizi* garantiscono l'assolvimento delle funzioni di pulizia generale degli ambienti e di aiuto in cucina.

Ogni nido ha un *coordinatore, preferibilmente laureato*, nominato anche a turno fra il personale educativo con compiti di:

- organizzazione per le attività socio-pedagogiche e ludiche che si realizzano nel nido;
- di raccordo con l'Ente gestore per la parte amministrativa e per gli aspetti organizzativi generali del servizio;
- rapporto con le famiglie, con le istanze di partecipazione sociale e territoriale con gli altri servizi socio-sanitari-assistenziali.

L'assistenza medica nell'asilo nido è affidata ad uno specialista in pediatria e va assicurata dall'ASL; nelle strutture gestite da soggetti privati va assicurata mediante convenzioni a rapporto libero professionale.

La sua attività deve essere diretta non solo alla tutela della salute del bambino, ma rivolgersi anche ad una prevenzione collettiva.

### **6.9.8 - Standard di personale**

Lo standard di personale in organico dovrà rispettare i seguenti valori a seconda delle figure professionali:

- 1 coordinatore;
- educatori o assistente sociale o puericultrice o maestra d'asilo o titolo equipollente unità di personale ogni 8 iscritti di età superiore ad 1 anno; 1 unità di personale ogni 5 iscritti di età inferiore ad 1 anno;
- ausiliari addetti ai servizi: 1 unità di personale ogni 15 iscritti;
- personale di cucina: 1 cuoco.

Il personale addetto ai servizi può variare in relazione alla caratterizzazione dei servizi (es. lavanderia, stireria, guardaroba, pulizia) ed ai caratteri tecnologici delle attrezzature.

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie deve essere messo a disposizione dalla ASL un medico pediatra per almeno 4 ore alla settimana e nelle strutture gestite da soggetti privati

mediante convenzioni a rapporto libero professionale, fermo restando la sua reperibilità in caso di necessità.

Analoga soluzione è da individuarsi per le prestazioni riabilitative, che si rendessero indispensabili per bambini portatori di disabilità.

Per il personale educativo dei micronidi e delle strutture similari vale lo standard previsto per gli Asili nido. I rapporti globali 1:5 e 1:8, calcolati rispetto al personale in servizio su bambini iscritti, sono stati poi praticati sui bambini frequentanti. Da ciò emerge che:

- il carico di lavoro personale presente su bambini presenti non è maggiore degli stessi valori 1:5 - 1:8 per almeno 6 ore al giorno, lasso di tempo che è da considerarsi come periodo durante il quale è svolta una reale attività educativa;
- il carico di lavoro personale/utenti risulta più pesante nelle rimanenti 2 ore (entrata ed uscita dei bambini).

Ciò tuttavia sembra accettabile se si ammette che per almeno 2 ore al giorno il nido possa rispondere prevalentemente ad esigenze custodialistiche. Si tenga inoltre presente che nelle prime e nelle ultime ore di apertura e chiusura dei nidi l'arrivo e l'uscita dei bambini avviene in modo progressivo.

- l'adozione dell'orario spezzato per almeno alcuni operatori all'interno di ogni nido consentirebbe una più razionale presenza di questi, che entrerebbero così a coprire meglio la fascia custodialistica.

Per il personale ausiliario dei micronidi, va utilizzato di norma il personale della struttura di appoggio. Il rapporto 1/15 deve essere inteso come limite per il personale da assumere per i nidi. Nel caso in cui l'asilo nido sia aggregato o abbinato ad una scuola materna debitamente autorizzata, fatto salvo l'utilizzo in comune dei servizi generali, gli spazi riservati ai minori ed il relativo personale necessario devono essere distinti e separati per ciascuna delle due istituzioni.

Il nido può essere aperto ad altre attività da svolgersi nel tardo pomeriggio e nella serata destinate ai genitori (esempio: incontri di sostegno e formazione al ruolo genitoriale).

## **6.10 - I MICRONIDI FAMILIARI**

I genitori di bambine e bambini possono, nell'ambito delle loro abitazioni organizzare spazi elementari di custodia dei piccoli sulla base di orari liberamente determinati. I genitori che intendono attivare micronidi autogestiti devono costituirsi in associazione semplice, stabilire un regolamento per il funzionamento del nido, nonché le turnazioni e gli orari, stipulare polizze assicurative a propria tutela e a tutela dei bambini ed iscriversi all'albo comunale dei nidi, che sarà attivato nell'ambito del servizio sociale comunale.

I micronidi possono avere sede nelle abitazioni dei genitori, nido itinerante, in una abitazione di uno dei genitori, nido stabile, oppure in altra sede che risponda ai requisiti e agli standard strutturali stabiliti in seguito.

Il micronido può ospitare fino ad un massimo di 10 bambini.

I Comuni, anche con il contributo della Regione, favoriscono la nascita dei micronidi autogestiti attraverso:

- la formazione dei genitori e/o dei nonni incaricati della custodia dei bambini;
- la riduzione delle aliquote ICI e TARSU sulle abitazioni destinate a micronidi;
- la cessione in uso di locali di proprietà comunale prevedendo eventualmente il riparto delle spese per l'adeguamento strutturale e funzionale;
- altre iniziative.

I genitori e/o i nonni organizzati in associazione per l'autogestione del micronido devono obbligatoriamente:

- frequentare un corso di formazione specifico;
- non avere carichi pendenti;
- non essere mai stati sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria per reati penali;
- essere di sana e robusta costituzione;
- essere in ottimo stato psichico.

I micronidi possono abbinarsi ad altri servizi del territorio, ludoteche, nidi comunali e altri nidi privati, stipulando con essi protocolli di collaborazione. In particolare è da prevedersi la supervisione di educatori, pediatri, pedagogisti e/o altri operatori degli Asili nido soprattutto in relazione alle attività di cura globale del bambino a livello pedagogico, affettivo e psicofisico.

I Comuni, nell'ambito della gestione associata si doteranno di un regolamento tipo per l'attivazione dei micronidi familiari, in conformità a quanto indicato nel presente paragrafo.

### **6.10.1 - Obiettivi specifici**

- 1 asilo nido ogni 20.000 abitanti entro il triennio;
- 1 micronido autogestito per ogni ambito zonale entro il triennio.

## **6.11 - COMUNITA' ALLOGGIO**

### **6.11.1 -Definizione**

La Comunità alloggio è la soluzione residenziale alla quale si ricorre quando, per persone in particolari condizioni esistenziali, sia impraticabile o improponibile l'ambiente familiare di appartenenza o l'affido familiare, nel caso di minori o di handicappati, e non sia necessario il ricorso a soluzioni residenziali particolarmente protette. In positivo la C.A. è da considerarsi ambiente strutturato di vita, temporaneo, caratterizzato da un clima di interrelazioni che permetta la manifestazione di comportamenti differenziati o autonomi, ma ancorati a motivazioni personali o di gruppo, nonché di progetti articolati e realistici riguardanti l'organizzazione della vita di ognuno.

In tale ambiente strutturato è necessaria la presenza di un certo numero di "operatori su cui contare", che condividano necessità e bisogni, sia all'interno della Comunità che, soprattutto, nei rapporti col territorio senza per questo voler riproporre modelli culturali precostituiti.

### **6.11.2 - Destinatari**

Sono destinatari della Comunità alloggio minori e persone in difficoltà, soggetti o meno a provvedimenti civili e amministrativi dell'autorità giudiziaria, persone in situazione di devianza e di disadattamento, persone portatrici di handicap, ex degenti degli ospedali psichiatrici, donne maltrattate e/o a rischio di violenza, anziani.

### **6.11.3 - Ammissioni e dimissione**

Il ricorso alle Comunità alloggio, le ammissioni, le verifiche e le dimissioni sono decise dall'unità operativa di zona, di intesa con il responsabile o coordinatore della Comunità. Per quanto riguarda le Comunità Alloggio per i dimessi degli ex ospedali psichiatrici, si tiene conto della normativa regionale e nazionale concernente i requisiti minimi strutturali e funzionali, le modalità di accesso e di gestione. Le decisioni per i portatori di handicap sono di competenza dell'U.O.Z. e del nucleo multidisciplinare della ASL.

### **6.11.4 - Capacità ricettiva**

Ogni C.A. deve ospitare un numero complessivo di persone di ambo i sessi, da un minimo di 8 ad una massimo di 15, in rapporto alle diverse tipologie di bisogno, alla strutturazione delle relazioni interpersonali in una visione di vita comunitaria, alle risorse educative del servizio e alle dimensioni dell'alloggio.



### **6.11.5 - Funzionamento**

La C.A. ha funzionamento permanente nell'arco delle 24 ore, per l'intera settimana e per tutto l'anno.

### **6.11.6 - Attività**

Nella C.A. si conduce un'esperienza di vita comunitaria in un ambiente effettivamente ricco e in grado di consentire legami duraturi e validi.

La gestione della dinamica del processo educativo avviene su due versanti:

- all'interno del nucleo comunitario, offrendo quotidianamente agli ospiti stimoli a maturare in senso psicologico, relazionale e sociale;
- all'esterno della Comunità, mantenendo rapporti con l'ambiente in generale, compresa la famiglia di origine (ove non esistano controindicazioni), per promuovere concretamente l'integrazione della Comunità nel contesto sociale e poter fruire di tutti i servizi e gli spazi organizzati.

Ogni ospite ha diritto al sostegno individuale nell'ambito di percorsi specifici finalizzati al superamento della condizione di esclusione, marginalità, bisogno, dipendenza. Il superamento della condizione è sancita dall'inclusione della persona nei circuiti attivi della Comunità locale: inserimento lavorativo, inserimento in ambienti familiari e/o nella domiciliarità allargata.

La gestione del percorso del piano individualizzato è allo stesso modo attuata secondo le modalità di integrazione interorganizzativa e interprofessionale.

La partecipazione degli utenti al costo del servizio è disciplinato in base a quanto stabilito nel paragrafo dedicato del capitolo 4.

### **6.11.7 - Personale**

Per ogni Comunità deve essere nominato un responsabile coordinatore che si occupi delle attività, della loro programmazione, della loro organizzazione interna, del loro coordinamento con l'insieme degli altri interventi zonali, della verifica e del controllo dei programmi attuati.

Coerentemente e conseguentemente al compito affidatogli, il responsabile partecipa ai processi di definizione delle strategie e delle modalità di intervento della Comunità alloggio.

Al coordinatore della cooperativa sociale indicato per la gestione della casa alloggio competono, nel quadro dei regolamenti e delle disposizioni dell'Ente titolare, i compiti relativi sia alla gestione del personale sia agli aspetti amministrativi inerenti la conduzione economica e patrimoniale della Comunità.

Gli educatori, fondamentale componente "residenziale" della Comunità, sono gli operatori

che, nell'ambito della programmazione generale, danno concreta attuazione ai progetti educativi stabiliti. Essi inoltre gestiscono insieme con gli ospiti, per quanto questi ultimi possano contribuire, e insieme con gli operatori sociali di base, ossia gli assistenti domiciliari e dei servizi tutelari, gli aspetti materiali della vita di comunità.

Possono prestare altresì la loro opera nella C.A. altre figure professionali in relazione alle attività e ai programmi di riabilitazione, nella misura ritenuta necessaria (maestri d'arte, animatori di comunità, animatori socioculturali).

Va garantito l'apporto di volontari nella misura stabilita dalla legge 381/91 per quanto riguarda le Cooperative Sociali; e comunque in misura tale da non compromettere il regolare svolgimento delle attività previste dai programmi di riabilitazione. L'apporto di tali figure va previsto nei programmi di riabilitazione.

E' possibile inserire obiettori di coscienza in servizio civile.

L'apporto dei volontari e degli obiettori deve stabilirsi per attività integrative e complementari a quelle degli operatori professionali e retribuiti, non già sostitutive.

Gli assistenti sociali curano le relazioni con l'esterno, i legami con il territorio e con la comunità locale concorrono alla definizione dei programmi di riabilitazione, partecipa alle attività di riabilitazione al pari degli educatori.

#### **6.11.8 - Standard di personale**

Ogni C.A., non destinata a dimessi dagli ex ospedali psichiatrici o a disabili psichici, deve avere il seguente standard di personale in organico:

- 1 responsabile per ogni Comunità che con gli educatori e assistenti sociali concorre al rapporto di 1 unità ogni 5 ospiti;

Si deve cioè verificare in una C.A. che saturi complessivamente la propria ricettività massima accogliendo 15 utenti che il numero delle unità di personale non sia inferiore a 3.

Altre figure sanitarie, quando occorre, sono rese disponibili nell'ambito del servizio sanitario del territorio.

#### **6.11.9 - Obiettivi specifici**

- **Comunità alloggio per dimessi psichiatrici:** confermati gli obiettivi del P.S.R.
- **Comunità alloggio per minori:** 5 Comunità entro il triennio
- **Comunità alloggio per handicappati:** da 3 a 5 Comunità entro il triennio
- **Comunità alloggio per anziani:** il numero è individuato dalle U.O.Z., tenendo conto della riconversione graduale delle Case di riposo.

## **6.12 - ASSISTENZA SOCIO-EDUCATIVA TERRITORIALE E INTERVENTI DI SOSTEGNO E PSICOLOGICI**

### **6.12.1 Definizione e attività**

Il servizio sociale comunale integrato con il consultorio familiare costituisce in nucleo operativo di zona per l'assistenza socio-educativa territoriale. E' prevista la costituzione di un nucleo per ogni ambito zonale, attraverso protocolli operativi che prevedono l'integrazione interistituzionale, interorganizzativa e interprofessionale.

L'assistenza socio-educativa territoriale consiste in interventi di sostegno alla famiglia, anche per la promozione della corresponsabilità genitoriale, o a singoli soggetti a rischio di emarginazione, mediante attività di tipo educativo, culturale, ricreativo, mirati all'inserimento ed all'integrazione nella società e attraverso interventi di riduzione del danno soggettivo e sociale.

2. Gli interventi di cui sopra sono attuati, secondo le specificità dei singoli casi, in collaborazione con i servizi sanitari, educativi scolastici e con tutti gli altri servizi territoriali, i quali intervengono ciascuno per la propria competenza, anche per quanto attiene gli oneri finanziari derivanti dagli interventi stessi.

3. Gli interventi di sostegno consistono, in generale nell'attività di supporto agli utenti svolta da tutti gli operatori e, con particolare riferimento, dagli operatori dei consultori familiari aventi compiti di educazione sanitaria, promozione della procreazione consapevole, prevenzione del ricorso all'aborto e dei danni materno-fetali, promozione del benessere psicofisico della donna, del minore e della famiglia.

4. Gli interventi psicologici consistono in attività, anche territoriali e domiciliari, a favore degli utenti che si trovano in condizioni specifiche e complesse ed è svolta da psicologi iscritti all'Ordine Professionale.

### **6.12.2 - Personale**

Il personale per l'assistenza socio-educativa territoriale è quello in carico ai consultori e ai servizi sociali comunali integrato, di volta in volta, con gli operatori della scuola e degli altri servizi territoriali coinvolti.

Lo standard minimo di personale è il seguente:

- 1 psicologo;
- 1 assistente sociale;
- 1 educatore.

ogni 20.000 abitanti e comunque per ogni ambito zonale.

### **6.12.3 - Obiettivi specifici**

Un nucleo di servizio ogni 20.000 abitanti e comunque per ogni ambito zonale nel triennio.

## **6.13 - AFFIDAMENTI PRESSO FAMIGLIE, PERSONE SINGOLE O COMUNITÀ DI TIPO FAMILIARE**

### **6.13.1 - Definizione**

Gli interventi di affidamento sono finalizzati ad arginare e ridurre l'istituzionalizzazione e a garantire il rispetto delle individualità, offrendo un contesto di accoglienza, di solidarietà e di interazioni particolarmente significative.

### **6.13.2 - Destinatari**

Gli interventi di affidamento sono rivolti a minori, persone anziane, handicappate fisiche o psichiche o comunque parzialmente o totalmente non autosufficienti, che non possono essere adeguatamente assistiti nell'ambito della famiglia di appartenenza, e possono essere disposti presso famiglie o persone singole o comunità di tipo familiare.

Gli affidamenti di persone anziane, handicappate fisiche o psichiche o comunque parzialmente o totalmente non autosufficienti, hanno carattere di temporaneità e sono attuati con il consenso dell'interessato o di chi esercita la tutela, mantenendo il soggetto nel suo ambiente sociale, salvo che ciò sia pregiudizievole al soggetto stesso.

Gli affidamenti familiari di minori sono rivolti a soggetti temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo, al fine di assicurare loro il mantenimento, l'educazione e l'istruzione, a norma dell'art. 2 della legge 4 maggio 1983, n. 184 e secondo le modalità previste dagli articoli 4 e 5 della medesima legge.

### **6.13.3 - Attività**

In ogni ambito zonale è costituito il nucleo operativo per l'affido familiare. Il nucleo è costituito da operatori del consultorio e da operatori dei servizi sociali comunali, integrato con volontari delle associazioni delle famiglie affidatarie, dove esistono. Il nucleo svolge attività di promozione dell'affido attraverso:

- a) una modalità organizzata di reperimento, selezione e formazione delle famiglie affidatarie;
- b) promozione dell'associazionismo tra famiglie affidatarie;
- c) attività di sensibilizzazione e promozione dell'affido familiare attraverso il coinvolgimento attivo delle organizzazioni di volontariato sociale del territorio, delle organizzazioni religiose, delle scuole;
- d) attività di sostegno ai nuclei familiari di origine;
- e) ogni altra attività ritenuta valida per la promozione dell'affido familiare.

Vanno previste ulteriori forme di incentivazione per le famiglie affidatarie, oltre la retta: ad esempio riduzione dell'aliquota ICI, riduzione della TARSU. Tali incentivazioni sono disciplinate nell'ambito degli accordi di programma e attuate tramite provvedimenti deliberativi dei singoli consigli comunali.

#### **6.13.4 - Personale**

Il personale dedicato a questa attività è stabilito in sede di protocollo operativo di servizio tra i Comuni, singoli o associati, e la Azienda Sanitaria Locale, sulla base della specifica realtà territoriale.

#### **6.13.5 - Obiettivi specifici**

Raddoppiare il numero degli affidi familiari in rapporto al dato 1995 ( n. 125 affidi) entro il triennio.

## **6.14 - LA LUDOTECA**

La Regione tutela il diritto al gioco infantile promuovendo, anche attraverso l'erogazione di contributi in conto capitale, la costituzione di ludoteche pubbliche o private, ovvero gestite dal Comune o da Cooperative, Associazioni, Enti o Aziende, soggetti privati iscritti all'albo di cui al successivo paragrafo 15.2

### **6.14.1 - Definizione**

La ludoteca è un servizio educativo-culturale-ricreativo aperto a quanti intendono fare esperienze di gioco ed ha lo scopo di favorire la socializzazione, di educare all'autonomia ed alla libertà di scelta e di valorizzare le capacità creative ed espressive di ogni bambino o bambina. Attività tipiche della ludoteca sono, tra le altre, l'animazione ludica con o senza giocattoli, il prestito di giocattoli, il laboratorio, i campi scuola ludico ambientali, la ricerca delle tradizioni popolari, il recupero e riciclaggio di giocattoli, il gemellaggio con le altre ludoteche ed altre scuole, la conoscenza delle diverse etnie, la formazione e informazione dei genitori.

### **6.14.2 - Autorizzazione**

Le associazioni dei Comuni provvedono alla costituzione dell'albo delle ludoteche pubbliche e private.

I soggetti pubblici o privati che intendano avviare una ludoteca dovranno presentare domanda di iscrizione all'albo delle ludoteche. La domanda in carta semplice dovrà indicare i dati del titolare, l'ubicazione della ludoteca, l'organigramma del personale gerente della stessa ludoteca. La domanda dovrà essere corredata dei seguenti documenti:

- planimetria dei locali da adibire a ludoteca con l'esatta indicazione dei servizi;
- relazione psicopedagogica, firmata dal responsabile della ludoteca, sul piano ludico-educativo nel corso dell'anno;
- polizza assicurativa attestante la copertura dei bambini contro gli infortuni ed eventuali incidenti;
- attestato dell'Ufficio prevenzione e igiene della ASL per l' idoneità dei locali;
- atto notorio sostitutivo del responsabile della ludoteca e degli altri addetti attestante che a loro carico non vi siano precedenti penali.

Il Piano di Zona, tenendo conto della realtà territoriale, può prevedere la presenza di ludoteche o spazi ludici negli ospedali, negli Istituti educativo-assistenziali per minori o in altri

luoghi di attesa e aggregazione in locali messi a disposizione dagli Enti proprietari.

La ludoteca deve essere di norma posta al piano terra con spazio scoperto utilizzabile per lo svolgimento di attività esterne, deve prevedere uno spazio minimo complessivo di 4 metri per utente e di servizi igienici, adeguati alle diverse età.

#### **6.14.3 - Personale e attività**

Il ludotecario dovrà essere in possesso di laurea o di diploma di laurea breve ad indirizzo umanistico, potrà avvalersi della collaborazione di ludotecari in possesso di diploma di scuola media superiore muniti di attestati professionali o di servizio riconosciuti dallo Stato o dalla Regione, o già in servizio da almeno un anno presso ludoteche riconosciute.

Ogni ludoteca avrà un ludotecario e se la superficie sarà superiore a 100 mq. un ludotecario ogni 50 metri aggiuntivi.

Se la Ludoteca è convenzionata con l'Ente Pubblico, il ludotecario dovrà presentare annualmente al Comune depositario dell'albo il piano ludico-educativo.

Esso dovrà contenere, oltre al programma ludico-educativo, le indicazioni per l'integrazione dei bambini portatori di handicap per l'educazione interculturale e per l'eventuale presenza dei bambini con età inferiore a tre anni accompagnati da un adulto di riferimento.

La ludoteca può abbinarsi o essere punto di abbinamento con altri servizi del territorio (Asili nido, micro nidi, scuola,) e prevede al suo interno appositi spazi destinati ai genitori.

All'interno delle ludoteche sono previsti incontri formativi destinati ai genitori, finalizzati al supporto del ruolo genitoriale e alla promozione dell'affido familiare.

A tal fine la ludoteca si integra e coordina con il consultorio familiare e con il servizio sociale comunale.

La ludoteca è aperta a tutte le bambine e a tutti i bambini, non sono di impedimento eventuali problemi di handicap, o di razza, o di religione. La ludoteca di qualità è attrezzata in modo tale da garantire l'esercizio del diritto al gioco ai bambini con handicap.

La ludoteca favorisce la partecipazione dei genitori alle attività e promuove il volontariato attivo dei nonni.

La Regione emanerà un'apposita legge per la promozione delle ludoteche, entro 6 mesi dall'approvazione del Piano.

#### **6.14.4 - Obiettivi specifici sono:**

1 ludoteca ogni 10.000 abitanti nel triennio

1 punto ludico da attrezzare anche in aule scolastiche o negli Asili nido o nei centri diurni ogni 5.000 abitanti, nel triennio.



## **6.15 - CENTRI SOCIO-EDUCATIVI PER HANDICAPPATI**

### **6.15.1 - Definizione**

I Centri socio educativi sono strutture integrate non residenziali che accolgono giornalmente soggetti con notevole compromissione dell'autonomia nelle funzioni elementari.

I Centri mirano alla crescita evolutiva dei soggetti nella prospettiva di una progressiva e costante socializzazione con l'obiettivo da un lato, di sviluppare, pur nella consapevolezza dei limiti oggettivi, le capacità residue, dall'altro, di operare per il massimo mantenimento dei livelli acquisiti.

Ne consegue che tali centri offrono ai loro utenti la specifica e continua assistenza, nonché gli interventi socio-educativi mirati e personalizzati di cui essi abbisognano.

Nei Centri socio educativi, i portatori di handicap trovano una "struttura d'appoggio" alla vita familiare, fatta di spazi educativi e ricreativi diversificati, particolarmente necessaria per consentire alla famiglia di mantenere al proprio interno l'handicappato.

### **6.15.2 - Destinatari**

Il Centro socio educativo accoglie portatori di handicap operando sulla base della gravità come unica categoria di selezione: sono ammessi di fatto alla rete dei C.S.E. *esclusivamente* i soggetti con disabilità tali da comportare una notevole compromissione dell'autonomia nelle funzioni elementari, e per i quali siano stati esperiti tutti gli interventi di tipo riabilitativo-sanitario e psico sociale atti a garantire un reale inserimento in strutture rivolte alla generalità delle persone, nonché per quelli divenuti gravi o per processi di decadimento o per mancanza di terapie adeguate.

Coerentemente a ciò, la rete dei Centri accoglie soggetti senza limiti d'età.

Nel caso di soggetti sotto i 14 anni, l'accoglimento deve avvenire con particolari cautele, solo dopo aver esperito tutti gli interventi di cui sopra, nonché aver verificato l'inidoneità della scuola a rispondere loro in termini educativi e formativi.

L'accettazione nella rete dei C.S.E. di questo tipo di utenti comporta la creazione di un'organizzazione specifica, capace di garantire (nella collocazione, nella specificità di progetti educativi e delle attività didattiche, nella qualificazione e nelle tipologie degli operatori) il raggiungimento degli obiettivi della prima formazione.

Questa unità d'offerta, la cui collocazione più opportuna appare all'interno di un edificio scolastico, deve garantire forme particolarmente accentuate d'integrazione tra le componenti scolastiche, medico-specialistiche, socio-assistenziali e le famiglie di appartenenza.

Appare conseguente che le strutture scolastiche che possono meglio garantire le condizioni sovra citate sono le scuole a tempo pieno.

### **6.15.3 - Ammissioni e dimissioni**

L'équipe specialistica di zona, ossia l'U.O.Z. integrata comunque dal nucleo di specialisti (fisiatra - neuropsichiatra infantile - psicologo - pedagogista ), decide circa la ammissibilità dei soggetti, predisponendo insieme col responsabile del Centro socio-educativo un piano di trattamento personalizzato e mirato, che preveda le linee generali d'intervento e fissi gli obiettivi da perseguire.

Il responsabile e gli educatori del Centro traducono operativamente tale piano in uno specifico progetto educativo, che verificano periodicamente con l'équipe per valutare il grado di efficacia degli interventi attivati per il raggiungimento delle mete e il grado di coerenza del progetto stesso rispetto al più generale piano di trattamento.

Le dimissioni, decise dalla medesima équipe d'intesa col responsabile e gli educatori del Centro, avvengono quando il progetto educativo ha esaurito la sua validità d'intervento e s'impone la necessità di predisporre un nuovo e diverso piano di trattamento.

### **6.15.4 - Capacità ricettiva**

Ogni Centro socio-educativo deve avere una capacità ricettiva massima di 20 utenti. Possono essere autorizzati al funzionamento centri il cui numero medio di frequentanti non sia inferiore ai 10 utenti.

Tali valori si legittimano non solo e non tanto per ragioni di economicità gestionale, quanto soprattutto perché utenze troppo ridotte rendono il lavoro pedagogico condotto all'interno dei centri scarsamente significativo rispetto agli obiettivi di socializzazione e di crescita evolutiva.

### **6.15.5 - Funzionamento**

Ogni Centro deve garantire ai suoi utenti un minimo di 7 ore giornaliere di funzionamento, per 5 giorni alla settimana, per non meno di 10 mesi all'anno.

Per garantire un corretto funzionamento è necessario prevedere inoltre dei momenti di incontro settimanale tra educatori e responsabile per verificare il grado di attuazione del programma generale delle attività. Il periodo di chiusura comprende il mese di ferie del personale, le festività natalizie e pasquali e deve venire inoltre utilizzato per la predisposizione del sopraccitato programma.

### **6.15.6 - Attività**

Le prestazioni socio-educativo-assistenziali sono assicurate dagli educatori i quali, nel rispetto delle finalità del C.S.E. e del principio dell'individualizzazione del processo educativo, orientano i loro interventi in senso squisitamente pedagogico, aiutando gli utenti a raggiungere un più adeguato rapporto con se stessi, con gli altri e con l'ambiente, nonché a cercare di acquisire comportamenti e funzioni indispensabili per la vita di tutti i giorni. Il personale educativo deve quindi coinvolgere attivamente i soggetti nei vari momenti di vita del Centro, perché ognuno di questi momenti ha una propria valenza educativa e rappresenta, nella sua specificità, una meta che l'handicappato può raggiungere in modo progressivo. Ma l'azione educativa non si esaurisce in quanto sopra delineato, essa deve infatti coinvolgere anche il nucleo familiare del soggetto: l'educatore dà completezza al proprio intervento allorché riesce a rendere compartecipi i famigliari nel progetto educativo affinché gli stessi, ad esempio, correggano eventuali modalità di rapporto negative nei confronti del congiunto dovuti a iperprotettività, a rifiuto (manifesto o meno) oppure a stanchezza psicologica.

In quest'ottica si possono individuare 6 aree in cui inserire una gamma di attività diversificate tali da soddisfare i principali bisogni espressi dai soggetti normalmente frequentanti il Centro, tenendo ben in considerazione nella programmazione delle attività l'età degli utenti, al fine di operare corrette aggregazioni il più possibile omogenee fra loro.

#### *Attività educative indirizzate verso l'autonomia personale*

Ci si riferisce qui a tutte le attività volte a facilitare il miglior adattamento possibile ai vari momenti funzionali della giornata, facendo particolare attenzione alla organizzazione temporale-sequenziale della giornata stessa e quindi ai ritmi giornalieri, all'autonomia o al sostegno ben studiato nell'alimentazione e nell'abbigliamento, all'igiene personale, all'orientamento nello spazio-ambiente e a tutte le sollecitazioni e le stimolazioni volte a favorire e a facilitare la comunicazione tra utente e ambiente, per lo meno relativamente al soddisfacimento dei bisogni primari.

#### *Attività educative con significato prevalentemente psico- motorio*

Si tratta in pratica di tutta la vasta gamma delle attività cosiddette "espressive", miranti a far raggiungere ai soggetti dei traguardi sempre più significativi rispetto alla loro capacità di prendere coscienza di sé e del mondo, nonché alla loro capacità di controllare il proprio corpo ed il proprio movimento utilizzandolo a scopo esplorativo-comunicativo-relazionale. A questo proposito si segnalano i laboratori di pittura e di manipolazione, i momenti specifici di educazione psicomotoria, le attività di drammatizzazione e di espressione corporea, il gioco-

teatro, l'educazione fisica con particolare riguardo alle proposte di sport e di gioco collettivo, i momenti di gioco "pedagogico", l'attività di animazione musicale, particolari proposte che utilizzino spazi ed operatori esterni, come ad es. il nuoto- attività motoria guidata in piscina, l'equitazione ed altre.

Qualora a talune di queste attività si desideri far assumere una valenza più specificamente terapeutica (musicoterapia, ippoterapia ecc.), sarà necessario garantire la presenza e la conduzione dell'attività stessa da parte di personale specializzato (interno ed esterno), sempre associando la adeguata supervisione o l'adeguato sostegno attraverso l'intervento di specialisti dell'équipe.

#### *Attività educative di socializzazione*

Ci si riferisce ad attività che permettano di far conoscere ai soggetti il contesto ambientale in cui vivono, dentro e fuori dal Centro, prestando attenzione sia alla scoperta delle microrealtà sia alla scoperta delle macrorealtà del territorio.

Si tratta delle attività miranti a promuovere momenti socializzanti che trovano infatti realizzazione non solo all'interno del Centro, ma anche, e soprattutto, all'esterno, in stretto raccordo con strutture ove siano presenti spazi di tipo aggregativo, sportivo, artistico, politico e culturale, organizzati per la generalità delle persone.

D'altro canto si pensa a vere e proprie attività di esplorazione ambientale attraverso passeggiate, visite a mercati, centri cittadini, negozi, industrie, laboratori artigiani, gite in luoghi significativi a livello ambientale, paesaggistico o artistico, momenti di conoscenza di ambienti diversi da quello abitualmente frequentato. Anche alcune attività di tipo espressivo e contemporaneamente educativo-occupazionale (come ad es. il laboratorio di cucina-economia domestica) possono servire a far meglio conoscere al soggetto alcune normali situazioni ambientali (in questo caso alcuni aspetti del microcosmo familiare) ed a fargli quindi sperimentare alcuni canali specifici di comunicazione e di socializzazione.

Si ricorda infine che vanno soprattutto potenziati tutti i tentativi per favorire la socializzazione attraverso rapporti con i coetanei e pertanto con tutte le strutture e le realtà circostanti frequentate dai coetanei.

#### *Attività educative con significato prevalentemente occupazionale*

Mediante queste attività gli utenti possono sperimentare, accrescere o raffinare le loro capacità gnoso-prassiche e percettive e vivere situazioni di maggior impegno e responsabilità.

(Si ricorda che le prassie sono sistemi di movimenti coordinati in funzione di un risultato o di un'intenzione, e che la funzione prassica è collegata alla funzione gnosica, cioè alla conoscenza dell'oggetto verso cui si rivolge l'attenzione).

In particolare ci si riferisce alle varie attività di laboratorio, artigianali o meno, quali quelle dell'assemblaggio, delle lavorazioni con il legno, con il cuoio, del cucito e della tessitura, della cesteria, del bricolage; alle semplici attività di coltivazione di fiori e piante, di orti, di allevamento di animali; alla economia domestica e alla cucina.

*Attività educative mirate in maniera specifica al mantenimento del livello culturale raggiunto dal soggetto*

Fra queste attività, oltre a buona parte di quelle già in precedenza citate, devono trovare spazio precisi momenti dedicati alla conservazione del patrimonio culturale esistente, di derivazione scolastica o meno e all'allenamento al suo utilizzo funzionale.

*Attività sanitarie*

Esauriscono, infine, la gamma delle attività espletate dai centri socio-educativi quelle legate all'esercizio di funzioni sanitarie, costituite dalle attività riabilitative e terapeutiche mirate, che devono essere specifiche e di carattere specialistico, differenziate a seconda delle esigenze e dei bisogni dei singoli soggetti ed individuate sulla base degli esami diagnostico-prognostici e delle prescrizioni-programmi terapeutici compiuti dagli specialisti dell'équipe.

Si tratta pertanto di prestazioni assicurate dal personale dell'ASL (generalmente appartenente al servizio di medicina specialistica extra ospedaliera) presso i servizi organizzati dall'ASL medesima o all'interno del Centro socio-educativo stesso.

Si precisa che la somministrazione dei farmaci deve essere fatta da un infermiere professionale messo a disposizione dall'ASL per le ore necessarie.

#### **6.15.7 - Personale**

Nei Centri socio educativi operano stabilmente, costituendone la componente "residenziale", il responsabile, gli educatori e gli ausiliari addetti ai servizi.

*Il responsabile* risponde della programmazione delle attività, della loro organizzazione interna, del loro coordinamento con l'insieme degli altri interventi zonali, nonché della verifica dei programmi attuati. Coerentemente e conseguentemente al compito affidatogli, il responsabile del Centro socio educativo partecipa ai processi di definizione delle strategie e delle modalità d'intervento:

- all'interno del nucleo zonale, nelle fasi di elaborazione dei piani di trattamento personalizzati e mirati in base ai quali si ammettono gli utenti e nelle fasi di verifica della validità dei risultati degli

stessi in base ai quali possono essere decise le dimissioni;

- ai livelli superiori (es. dipartimento) laddove, nella definizione dei programmi zionali di azione nei confronti dell'handicap, si rende necessario precisare e coordinare i ruoli dei singoli presidi coinvolti.

Al responsabile del Centro competono, nel quadro dei regolamenti e delle disposizioni predisposte dall'Ente responsabile in collaborazione con l'eventuale Ente gestore, i compiti derivanti dal regime di autonomia funzionale in cui opera il presidio, relativi sia alla gestione funzionale e operativa del personale, sia agli aspetti amministrativi inerenti la situazione economica e patrimoniale di sua competenza.

Il responsabile del Centro socio educativo è nominato dall'Ente gestore del servizio tra il personale con competenze educative in possesso dei requisiti tecnici e professionali necessari per l'assolvimento delle funzioni da attribuire.

*Gli educatori* sono gli operatori che partecipano alla predisposizione dei progetti educativi e ne danno concreta attuazione. Essi partecipano altresì, insieme col responsabile, all'interno del nucleo dipartimentale zonale nelle fasi di verifica della validità e dei risultati dei progetti in base ai quali possono essere decise le dimissioni.

*Gli ausiliari addetti ai servizi* garantiscono con la loro presenza le quotidiane funzioni di pulizia.

Nei Centri socio-educativi sono infine garantite da parte di personale "itinerante" prestazioni di carattere sanitario, attività di tipo educativo, di completamente a quelle di diretta competenza degli educatori in relazione agli specifici programmi educativi da attuare, nonché funzioni relative alla gestione degli aspetti materiali del Centro.

Tale componente "itinerante" è costituita dalle seguenti figure:

- *operatori di estrazione sanitaria*: medici specialisti, riabilitatori, terapisti, infermieri.
- *personale educativo particolare*: maestri d'arte", quali ad esempio: falegnami, ceramisti, coltivatori, musicisti. Essi svolgono attività complementari a quelle di competenza degli educatori.
- *personale ausiliario addetto ai servizi*: ausiliari aggiuntivi a quelli "residenziali" preposti alle pulizie generali. Essi agiscono su una pluralità di strutture.

Il Centro socio-educativo deve inoltre garantire il servizio mensa, preferibilmente facendo riferimento a strutture esterne. Laddove ciò sia giustificatamente impossibile, i pasti sono garantiti dal seguente personale:

- personale di cucina: cuoco ed eventuali ausiliari addetti ai servizi preposti alle cucine.

Le quantità e le modalità d'impiego del personale "itinerante" reso necessario dalle strategie d'intervento, in relazione ai bisogni dell'utenza, sono proposte dal responsabile del C.S.E. all'Ente gestore.

Le unità di personale "itinerante" che operano all'interno del Centro rientrano nella programmazione generale del servizio e fanno pertanto diretto riferimento al responsabile.

#### **6.15.8 - Standard di personale**

Ogni Centro socio-educativo deve avere il seguente standard di personale in organico:

- 1 responsabile, educatore professionale con almeno tre anni di esperienza o comunque uno psicologo, un pedagoga, un laureato in scienze dell'educazione con titoli specifici;
- 1 educatore professionale o operatore tecnico dell'educazione ogni 4 utenti.

Si deve cioè verificare, in un C.S.E. che saturi completamente la propria ricettività massima accogliendo 20 utenti, che il numero degli educatori presenti sia pari a 5 unità.

#### **6.15.9 - Obiettivi specifici:**

Un CSE per ogni ambito zonale entro il triennio

## 6.16 INTERVENTI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO

1. Gli interventi per l'inserimento lavorativo sono finalizzati al sostegno ed alla integrazione dei soggetti a rischio di emarginazione, compresi gli inabili e gli invalidi, nonché degli adolescenti problematici e dei soggetti già istituzionalizzati o in esecuzione penale esterna.

2. Per la realizzazione di tali finalità, gli interventi di cui al precedente comma, in armonia con la legislazione nazionale e regionale vigente in materia, si concretizzano in:

a) attività ed iniziative per il rispetto delle norme relative al collocamento obbligatorio delle categorie protette;

b) attività di orientamento lavorativo e qualificazione professionale dei soggetti portatori di handicap, tossicodipendenti e degli adolescenti in difficoltà, dei malati mentali

c) iniziative nei confronti di imprese per favorire l'inserimento lavorativo delle persone handicappate;

d) iniziative volte a favorire, anche mediante opportuni incentivi economici, l'istituzione e lo sviluppo di imprese sociali, specie artigiane e agricole o di servizi, alle quali partecipino, insieme ad altri cittadini, soggetti portatori di handicap, o tossicodipendenti, o esposti a rischio di emarginazione, nonché minori problematici in età lavorativa, donne in difficoltà, immigrati, malati di mente;

e) attività di individuazione di strutture produttive idonee e disponibili all'inserimento di adolescenti problematici, nonché di tossicodipendenti, di soggetti dimessi dal carcere o in regime di semilibertà, di malati di mente, realizzando anche rapporti convenzionali a tale scopo e verificandone l'attuazione.

La Regione individua quale modalità di inserimento lavorativo più idonea quella legata ai percorsi e ai metodi dell'impresa sociale in quanto:

- è una attività che si avvale del necessario supporto sociale;
- prevede piani personalizzati di inserimento;
- è valida ai fini della formazione personale e sul lavoro;
- l'inserimento, secondo le statistiche nazionali, ha esito positivo;
- è un percorso completo di crescita umana e professionale che valorizza le risorse individuali della persona svantaggiata le capitalizza e le reimmette nel circuito attivo aziendale sia in termini di produzione economica sia in termini di produzione sociale.

A tal fine, in conformità a quanto già detto nel capitolo 3, entro il triennio di Piano tutti gli ambiti zonali attivano iniziative finalizzate a:

- esternalizzare servizi pubblici locali da affidare a Cooperative Sociali per l'inserimento lavorativo;



- riservare una quota pari al 5% delle risorse finanziarie utilizzate per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni con Cooperative Sociali di tipo B ai sensi della 381/91, o a gare di appalto riservate alle medesime cooperative del territorio.

I servizi pubblici che inviano alle Cooperative Sociali persone svantaggiate in uscita da percorsi di riabilitazione o terapeutici devono stipulare con queste convenzioni specifiche finalizzate a disciplinare i rapporti fondati sull'obiettivo dell'inserimento lavorativo. Nelle convenzioni va riconosciuto il servizio formativo e di accompagnamento/affiancamento fornito dalla cooperative e perciò retribuito o sotto forma di riconoscimento dell'attività formativa o attraverso l'affidamento di servizi, ai sensi di legge.

#### **6.16.1 - Le strutture**

Le strutture dedicate ad attività produttive per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate devono rispettare le norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

#### **6.16.2 - Personale**

Ogni unità operativa di inserimento lavorativo deve prevedere la figura del responsabile dei piani e del percorso di inserimento. Il responsabile è un operatore dell'inserimento lavorativo, con una formazione specifica svolta presso soggetti pubblici, o privati riconosciuti con esperienza diretta nel campo dell'inserimento lavorativo. L'operatore dell'inserimento lavorativo si coordina e si integra con altre figure professionali quali l'operatore tecnico dell'educazione, l'educatore professionale, l'assistente sociale.

I lavoratori delle imprese addetti all'affiancamento delle persone in inserimento devono aver frequentato un corso di aggiornamento specifico della durata di 200 ore.

#### **6.16.3 - Obiettivi specifici**

- 100 inserimenti lavorativi di persone svantaggiate entro il triennio in particolare attraverso la modalità della cooperazione sociale.

## **6.17 - CONTRIBUTI REGIONALI PER LA RISTRUTTURAZIONE DI EDIFICI ADIBITI A SERVIZI RESIDENZIALI.**

1. La Regione può concedere contributi in via prioritaria per interventi di ristrutturazione di fabbricati già adibiti a servizi residenziali e semiresidenziali, di comunità e funzionanti, finalizzati all'adeguamento degli edifici agli standard strutturali di Piano. La Regione può concedere altresì:

- contributi per l'adeguamento agli standard strutturali di edifici da destinare a servizi residenziali, semiresidenziali e di Comunità non ancora funzionanti;
- contributi per interventi strutturali finalizzati alla riconversione delle Case di riposo in Centri diurni o Comunità alloggio per anziani.

2. Possono inoltrare domanda di contributo:

- I Comuni associati, attraverso il PSZ;
- le Case di riposo.

Non possono inoltrare domanda i singoli Comuni.

I Comuni in sede di PSZ determinano il costo complessivo dell'investimento, l'ammontare delle quote a carico dei singoli bilanci comunali, eventuali altri finanziamenti derivanti da leggi nazionali o misure Comunitarie, l'ammontare del contributo regionale, l'ammontare degli oneri finanziari derivanti dalla contrattazione di mutui.

3. Le domande per ottenere la concessione dei contributi devono essere inoltrate entro 6 mesi dalla data di approvazione del PSA alla Giunta Regionale, con i seguenti allegati:

- stato di fatto iniziale della struttura;
- progetto di ristrutturazione approvato;
- destinazione d'uso;
- stato di avanzamento dell'opera (per le strutture già in corso di adeguamento);
- piano finanziario distinto per provenienza delle risorse;
- tempi di attuazione dell'intervento;
- piano di gestione della struttura e dei servizi con relativo piano di copertura dei costi di gestione.

4. Criteri prioritari per la concessione dei contributi sono:

- a) coerenza con gli obiettivi del Piano socio-assistenziale regionale nel quadro delle priorità dell'ambito di zona e della razionale distribuzione dei servizi sul territorio;
- b) adeguamento agli standard strutturali del PSA o riconversione per edifici già esistenti che ospitano servizi residenziali, semiresidenziali e comunitari, già avviati;

- c) completamento o riconversione di strutture già destinate a servizi e non ancora avviate, purché compatibili con il criterio di cui alla lettera a);
  - d) ammontare delle risorse finanziarie a carico dei richiedenti;
  - e) fattibilità del piano di gestione.
5. La Regione sulla base delle domande pervenute approva il piano annuale di concessione dei contributi. I contributi sono erogati nella seguente misura:
- fino al 50% della quota di investimento a carico dei richiedenti.
6. Le modalità di erogazione:
- a) quota del 30 % contestualmente all'approvazione della concessione del contributo;
  - b) quota del 50% in relazione a stati di avanzamento dei lavori, su domanda del richiedente corredata da certificazione dell'Ufficio Tecnico o del Direttore dei lavori;
  - c) quota del 20 % a completamento dei lavori, su domanda del richiedente corredata da certificazione dell'Ufficio tecnico o del direttore dei lavori. Se trattasi di soggetto diverso dai Comuni occorre la documentazione tecnica comprovante l'effettivo adeguamento della struttura agli standard di Piano.
- I soggetti diversi dai Comuni, per ottenere la concessione dei contributi devono, a garanzia della Regione, produrre polizza fideiussoria bancaria o assicurativa per un importo pari al 20% del totale del contributo concesso.
7. La concessione dei contributi sarà effettuata tenendo conto delle disponibilità finanziarie sull'apposito capitolo di bilancio regionale per ciascun esercizio del triennio di Piano.

## **6.18 - DETERMINAZIONE DEI MASSIMALI ECONOMICI DI INTERVENTO PER I SEGUENTI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI.**

Annualmente, nella ripartizione dei fondi, saranno definiti i massimali almeno per i seguenti servizi:

- Affidamento eterofamiliare di minori
- Affidamento ad Istituti educativo-assistenziali
- Case alloggio per minori
- Affidamenti centri di vacanza per minori
- Affidamenti di anziani ed handicappati a Centri di vacanza
- Centri diurni per anziani e Laboratori per la comunità
- Centri di aggregazione e di socializzazione giovanile

## **CAPITOLO 7**

# **DISCIPLINA DELL'AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO**

I requisiti necessari per ottenere il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, sono i seguenti:

*Requisiti soggettivi*

Sotto il profilo dei requisiti soggettivi i legali rappresentanti della struttura devono dimostrare di non essere mai stati condannati per reati contro la Pubblica Amministrazione o di non aver pendenze in corso, e comunque di avere pienezza dei propri diritti civili ed elettorali. Tale dimostrazione deve essere fornita mediante le certificazioni probatorie d'uso.

*Requisiti oggettivi*

I requisiti di tipo oggettivo devono attenersi, secondo la tipologia del servizio che s'intende aprire o continuare a gestire, a adeguati livelli di prestazione, di qualificazione del personale e di funzionalità strutturale ed organizzativa secondo le linee di Piano.

Per i servizi implicanti l'uso di strutture, tra i requisiti oggettivi si collocano altresì quelli derivanti da leggi e regolamenti in materia edilizia, igienico-sanitaria e di prevenzione incendi, per i quali è a carico del richiedente l'autorizzazione al funzionamento di dimostrare il possesso delle relative licenze, concessioni o autorizzazioni previste, al momento dell'attivazione delle strutture stesse o anche successivamente, se richieste in via continuata dalla legge.

## 7.1 - DISCIPLINA DELL'IDONEITÀ AL CONVENZIONAMENTO.

Per l'inserimento nella rete locale dei servizi, i soggetti sociali devono ottenere l'idoneità al convenzionamento rilasciata dalla Regione.

Il riconoscimento di tale idoneità è subordinato all'accertamento dei seguenti requisiti:

- 1) assenza di fini di lucro;
- 2) adeguati livelli di prestazione, di qualificazione del personale e di funzionalità organizzativa ed operativa, in conformità alle indicazioni del Piano socio-assistenziale;
- 3) rispetto per i dipendenti delle norme contrattuali, ad eccezione delle prestazioni rese da volontari e obiettori o rese in forza di convenzioni con ordini religiosi.

1) Per quanto riguarda il requisito *“assenza di fini di lucro”* si può affermare che esso è di norma individuabile in tutte le Organizzazioni non lucrative di utilità sociale, che sulla base delle disposizioni statutarie, non si propongono un fine ultimo di carattere economico o di destinazione di utili tra gli associati o gli appartenenti all'organizzazione.

L'assenza di fini di lucro dovrà invece essere volta a volta accertata, sulla base delle disposizioni statutarie, per le Associazioni non riconosciute.

2) Per quanto riguarda il requisito *“adeguati livelli di prestazione, di qualificazione del personale, di funzionalità strutturale e organizzativa”* viene immediato il riferimento, come modello ottimale, allo standard programmatico così come definito, sia con riguardo agli aspetti organizzativi che agli aspetti strutturali, nell'allegata normativa tecnica.

In sede di prima applicazione sono previsti nel successivo paragrafo, i tempi e le modalità di adeguamento a tale standard programmatico sia organizzativo-gestionale sia strutturale.

3) Per quanto attiene, infine, al requisito *“rispetto di norme contrattuali di lavoro per i dipendenti”* si fa riferimento ai Contratti collettivi nazionali di lavoro e agli eventuali relativi accordi territoriali, cui devono attenersi gli Enti gestori.

4) Ai sensi della legge regionale n. 25/97 i servizi socio-assistenziali, socio-educativi, socio-sanitari ad integrazione socio-assistenziale, ossia tutti i servizi di cui all'art. 16 della legge medesima, sono gestiti dalle Cooperative Sociali, fatta salva la facoltà da parte degli Enti di gestirli direttamente. Con le Associazioni di Volontariato, iscritte al registro regionale di cui alla legge regionale 16 luglio 1993 n. 38, e successive modifiche è possibile stipulare convenzioni per servizi e attività che siano complementari e integrativi a quelli gestiti dalle Cooperative Sociali.

E' chiaro che la cooperazione sociale, sia nella legge regionale 25/97 sia nel presente Piano, al di là delle rispettive leggi nazionale e regionale di disciplina, assume un ruolo centrale nella

programmazione e nella gestione del sistema regionale dei servizi socio-assistenziali. Per questo è necessario definire con molta chiarezza, sottraendosi naturalmente a inutili e dannosi rigidismi, un percorso che conduca questo soggetto sociale ad essere vero garante della qualità degli interventi e dei servizi, della certezza dei risultati sia verso i cittadini sia nei confronti della Pubblica Amministrazione. Si prevede a tal fine un adeguamento delle modalità di iscrizione all'albo regionale, nonché delle modalità e degli strumenti di controllo, introducendo il principio della certificazione, oltre che dell'autorizzazione al funzionamento e, per il momento in via sperimentale, dell'accreditamento. Questo argomento è trattato nell'ultimo paragrafo.

Per quanto riguarda gli altri soggetti, pubblici e privati, che gestiscono le strutture, occorre prevedere l'adeguamento agli standard gestionali e strutturali definiti nel Piano.



## 7.2 - TEMPI E MODALITÀ DI ADEGUAMENTO AGLI STANDARD STRUTTURALI E GESTIONALI.

A) Per quanto concerne gli *standard strutturali* va innanzitutto precisato che le strutture *la cui costruzione non sia iniziata alla data dell'entrata in vigore* del presente Piano devono essere realizzate in conformità alle prescrizioni dello standard programmatico.

*Per le strutture già funzionanti o i cui lavori di costruzione o ristrutturazione siano già iniziati* vengono di seguito indicati i requisiti che le diverse unità di offerta devono possedere nell'immediato e alla fine del triennio, per avviare il necessario processo di graduale adeguamento agli standard programmatici. I requisiti minimali che ciascuna unità di offerta (pubblica o privata) deve possedere nell'immediato al fine di ottenere l'autorizzazione attengono:

- all'idoneità igienico-sanitaria;
- al rispetto delle norme di sicurezza e degli impianti antincendio;
- alla sicurezza statica dell'edificio;
- la certificazione di idoneità dell'impianto termoidraulico ed elettrico.

Come evidente, i requisiti sopra indicati sono fissati da norme di carattere generale emanate da organi diversi da quello regionale, ai quali pertanto competono le relative certificazioni e la concessione di eventuali deroghe transitorie.

Per le strutture i cui lavori di adeguamento sono posti in essere dopo l'entrata in vigore del presente P.S.A., i relativi lavori di ristrutturazione devono essere realizzati in conformità alle previsioni dello standard programmatico, con riferimento, quanto meno, ai seguenti elementi:

- camere da letto;
- servizi igienici;
- spazi per il pranzo e il soggiorno;
- impianti di sollevamento;
- barriere architettoniche.

Fermo restando il rispetto dei requisiti sopracitati, ciascuna struttura operante in ambito socio-assistenziale, entro la fine del triennio, deve dimostrare altresì il possesso di ulteriori caratteristiche.

Tali elementi consistono da un lato, nella realizzazione, ove mancante, dell'impianto di sollevamento in specifiche strutture, onde permettere la fruizione di queste a soggetti con ridotte

capacità motorie, e, dall'altro, nell'avvicinamento a un corretto rapporto tra numero di utenti e superfici degli spazi loro destinati.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, preme sottolineare che il processo di adeguamento richiesto per il triennio a tutte le strutture non implica necessariamente la realizzazione di interventi edilizi, ma può essere di norma ottenuto, attraverso la graduale riduzione degli ospiti.

Va altresì precisato che i requisiti indicati per la fine del triennio devono essere intesi come soglia discriminante l'idoneità della struttura, e non come livello da raggiungere qualora la situazione di partenza risulti di inadeguatezza.

Ai minimali vincoli già indicati per il funzionamento di *tutte le strutture* (sia pubbliche che private) si aggiungono ulteriori impegni per le strutture che rientrano di diritto (pubbliche) e che intendono rientrare (private) nel sistema locale dei servizi ossia per quelle che sono assoggettate alla programmazione zonale e che possono fruire di contributi regionali destinati all'adeguamento edilizio.

Ciascuna struttura rientrante in tale insieme deve impegnarsi a raggiungere lo standard programmatico entro i tempi fissati dalla programmazione regionale, in relazione alla possibilità data dai finanziamenti regionali e dell'autofinanziamento degli Enti interessati.

Per il periodo di validità del P.S.A., l'obiettivo che ciascun ambito zonale deve perseguire consiste nell'avere riconvertito od avviato a riconversione e a adeguamento strutturale:

- il 50% del fabbisogno di posti letto in strutture e spazi protetti;
- il 50% delle Comunità alloggio;
- il 50% delle Case di riposo, delle altre strutture residenziali e di quelle semiresidenziali;
- il 50% dei centri diurni.

Per quanto riguarda i presidi e i servizi sottoposti al solo adeguamento agli standard gestionali, per il periodo di validità del P.S.A., l'obiettivo che ciascuno ambito zonale deve perseguire consiste nell'aver adeguato gli standard gestionali:

- per il 70% dei servizi di assistenza domiciliare;
- per il 70% dei servizi di ADI;
- per il 70% dell'attività di assistenza socio-educativa territoriale;
- per il 70% delle ludoteche;
- per il 70% dei nidi;
- per il 100% dei servizi sociali comunali.

Tali percentuali ricomprendono la quota di strutture già adeguate a standard e in via di adeguamento con i finanziamenti pregressi. Gli obiettivi sopra indicati si traducono nell'obbligo di avviare entro il triennio i lavori per l'adeguamento allo standard programmatico in tutte le strutture e i servizi individuati dai Piani sociali di zona.

B) Per quanto concerne gli *aspetti gestionali*, il processo di adeguamento graduale agli standard programmatici tiene conto della quantità di personale, e delle relative qualifiche, attualmente in servizio, nonché degli scostamenti esistenti rispetto allo standard programmatico; ciò al fine di consentire da un lato il prosieguo delle varie attività e dall'altro il raggiungimento dello standard pieno entro tempi ragionevolmente contenuti.

Per ogni unità di offerta sono quindi riportati, nelle tabelle allegate al presente paragrafo, i rapporti personale/utenti minimi relativi ad ogni figura professionale distintamente per l'autorizzazione al funzionamento e per l'idoneità al convenzionamento, con l'avvertenza che il livello richiesto per la fine del triennio alle strutture e dei servizi funzionanti coincide con il livello che le strutture di nuovo avvio devono possedere nell'immediato.

Va precisato che, per le sole strutture e servizi già funzionanti, sia pubblici che privati, può essere consentita la deroga ai requisiti minimi fissati per l'immediato.

Compete quindi alla Regione, in sede di rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, sentito il Comune interessato, valutare i tempi di adeguamento, tenuto conto delle specifiche situazioni, delle condizioni oggettive dalle quali dipenda l'attuabilità del processo di adeguamento stesso (formazione del personale e risorse finanziarie).

Tali condizioni saranno oggetto di verifica regionale, a metà del triennio di validità del Piano, al fine di rimuovere gli ostacoli che si dovessero manifestare e di procedere alle eventuali variazioni dei tempi e delle modalità di adeguamento.

### **7.3 - STANDARD GESTIONALI: LE FIGURE PROFESSIONALI**

Per quanto riguarda le figure professionali, occorre fare una distinzione tra personale già in servizio prima dell'entrata in vigore del Piano e personale che nel corso dell'attuazione del Piano entrerà in servizio. Esiste un problema di quantità che probabilmente non può essere risolto con la formazione professionale, nell'arco del triennio.

#### Assistenti domiciliari e dei servizi tutelari

Sono validi ai fini del riconoscimento della qualifica, gli attestati già rilasciati dalla Regione Basilicata agli allievi dei corsi di formazione professionale per "Operatori dei servizi sociali", "Operatore socio-assistenziale", "Assistenti domiciliari" e altri corsi simili.

#### Educatori

- Si ritiene opportuno che la figura dell'educatore professionale con funzioni di coordinamento e di programmazione abbia il necessario titolo universitario (diploma rilasciato da università), oppure sia laureato in psicologia con indirizzo specifico, o laureato in scienze dell'educazione o in pedagogia.

#### Assistenti sociali

- Gli assistenti sociali da destinare ai servizi sociali comunali è opportuno che frequentino un corso di aggiornamento pari a 200 ore.

#### Psicologi

- Allo stesso modo gli psicologi da destinare ai servizi sociali comunali devono frequentare un corso di aggiornamento di pari durata a quello per gli assistenti sociali.

Le allegate tabelle, elaborate sulla base di puntuali standard programmatori contenuti nel Piano, tengono perciò conto di tali aspetti; ad esempio, nel conteggio del personale che concorre al raggiungimento dello standard sono inclusi tutti gli operatori con rapporto di lavoro dipendente, non dipendente retribuito.

**7.4 - REQUISITI STRUTTURALI E GESTIONALI CHE LE STRUTTURE E I SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI DEVONO POSSEDERE NELL'IMMEDIATO E ALLA FINE DEL TRIENNIO DI VALIDITA' DEL P.S.A.**

**CASE DI RIPOSO**

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento (per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	SI	
Sicurezza statica dell'edificio	SI	
Impianto di sollevamento (per strutture a più piani)	-	Ascensore
Superficie camere da 1 letto	-	Mq 10
Superficie camere da 2 letti	-	Mq 14
Superficie camere da 3 letti	-	Mq 20
Superficie camere da 4 letti	-	Mq 26
Per ogni letto aggiuntivo (in via transitoria)	Mq 6	
N. ospiti massimo per camera (in via transitoria)	-	4
Servizi igienici	-	1 ogni 4 ospiti

**CENTRI DIURNI PER ANZIANI**

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento (per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	SI	
Servizi igienici	-	1 ogni 10 utenti
Sicurezza statica dell'edificio	SI	

**CENTRI SOCIO EDUCATIVI**

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento (per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	SI	
Sicurezza statica dell'edificio	SI	
Impianto di sollevamento (per strutture a più piani)	-	Ascensore
Locali Polifunzionali	-	Mq 4 pro capite
Servizi igienici	-	1 ogni 10 utenti

**COMUNITA' ALLOGGIO**

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento (per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	SI	
Sicurezza statica dell'edificio	SI	I
Pranzo	-	Mq 1,5 pro capite
Camere a 2 letti	-	Mq 12
Camere a 3 letti	-	Mq 18
Servizi igienici	1 ogni 4 ospiti	1 ogni 3 ospiti

## ISTITUTI EDUCATIVI ASSISTENZIALI PER MINORI

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento	
	(per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	SI	
Sicurezza statica dell'edificio	SI	
Impianto di sollevamento (per strutture a più piani)	-	Ascensore
Locali per attività varie	-	Mq 3 pro capite
Camere da 2 letti	-	Mq 12
Camere da 3 letti	-	Mq 18
Camere da 4 letti	-	Mq 24
Per ogni letto aggiuntivo (in via transitoria)	Mq 6	
N. ospiti massimo per camera (in via transitoria)	-	4
Servizi igienici	-	1 ogni 4 ospiti

## ASILI NIDO

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento	
	(per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	si	
Sicurezza statica dell'edificio	SI	
Superficie utile netta per bambino	Mq 4	Mq 6

## CENTRI DI PRONTO INTERVENTO

Requisiti strutturali minimi	Standard di funzionamento	
	(per tutte le strutture pubbliche e private)	
	Immediato	A fine triennio
Rispetto regolamenti di igiene	SI	
Rispetto norme di sicurezza e antincendio	SI	
Sicurezza statica dell'edificio	SI	
Pranzo	-	Mq 4 pro capite
Camere da 1 letto	-	Mq 9
Camere da 2 letti	-	Mq 16
Servizi igienici	-	1 ogni 4 ospiti

### CASE DI RIPOSO: Adeguamento degli standards professionali

Figure Professionali	Standard programmatorio	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1		1	
Assistente dei servizi tutelari e/o operatore socio assistenziale	1:5	1:15	1:10	1:10	1:7
Infermiere*	1:35	1:50	1:40	1:50	1:35
Medico*	1:80		1:100	1:100	1:80
Terapista della riabilitazione*	1:50	-	1:80	1:80	1:60
Assistente sociale**	1		1	1	1
Animatore	1	-	-	-	1

\* Le figure sanitarie possono essere messe a disposizione dall'Azienda sanitaria locale, sulla base di protocolli e convenzioni da specificare negli accordi di programma, qualora ai predetti accordi partecipino le IPAB o altri soggetti gestori delle Case di riposo.

\*\* L'assistente sociale può essere messo a disposizione da Cooperative Sociali o dal servizio sociale comunale, rispettivamente sulla base di convenzioni che prevedono la gestione di servizi più complessi, o sulla base di protocolli da specificare negli accordi di programma.

### ISTITUTI EDUCATIVO ASSISTENZIALI PER MINORI: Adeguamento degli standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatorio	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1		1	
Educatore	1:5		1:10	1:10	1:7

### CENTRI DI AGGREGAZIONE: Adeguamento agli standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatorio	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento coincidente coll'autorizzazione al funzionamento nelle strutture pubbliche	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile	1 (scelto tra gli educatori)	1		1	
Educatore	1:15	1:30	1:15	1:30	1:15

### COMUNITA' ALLOGGIO: Adeguamento degli standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatorio	Idoneità al funzionamento	
		Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1	
Educatore	1:		1:5

### CENTRI DIURNI PER ANZIANI: Adeguamento agli standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatico	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile con funzioni di animatore	1		1	1	1
Operatore animatore	1		1	1	1

### CENTRI DI PRONTO INTERVENTO: Adeguamento agli standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatico	Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1	1
Educatore per utenza indifferenziata	1:8		1:8
Educatori per utenti Minori e Adolescenti	1:4		1:4
Assistente servizi tutelari	1:8	1:8	1:8

### ASILI NIDO: Adeguamento degli standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatico	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Coordinatore	1	1	1	1	1
Operatori	1:8 (per bambini [1 anno]) 1:5 (per bambini 1 anno)	1:10	1:8	1:8	1:8
Ausiliari addetti ai servizi	1:10	1:10	1:10	1:10	1:10

### CENTRI SOCIO EDUCATIVI PER HANDICAPPATI: Adeguamento standards gestionali

Figure Professionali	Standard programmatico	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1	1	1	1
Educatore	1:3 (variabile a 1:2, 1:1 in funzione delle caratteristiche dei portatori di handicap e delle modalità organizzative)	-	1:6	1:6	1:6



**LUDOTECHE: Adeguamento standard gestionali**

Figure Professionali	Standard programmatico	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1	1+ 1 ogni 50 mq. aggiuntivi	1	1+ 1 ogni 50mq. aggiuntivi
Operatori* collaboratori	1:10	-	1:20	1:15	1:10

\* Gli operatori collaboratori possono essere volontari, anche genitori.

**ASSISTENZA DOMICILIARE: Adeguamento standard gestionali**

Figure Professionali	Standard programmatico	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Assistente sociale coordinatore	1: 50 utenti	1: 50 utenti	1:50 utenti	1:50 utenti	1: 50
Assistenti domiciliari	1:10	1:12	1:10	1:10	1:10

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: Adeguamento standard gestionali**

Confermati da subito quelli definiti nel capitolo 6.

## **7.5 - VIGILANZA**

1. I Comuni, singoli o associati, istituzionalmente competenti alla gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali sono tenuti ad esercitare la vigilanza e il controllo su tutti i servizi residenziali e semi- residenziali pubblici e privati nonché sulle attività svolte dagli Enti Pubblici e privati e dalle Associazioni di Volontariato e dalle Cooperative Sociali.

La vigilanza ed il controllo esercitati in stretta collaborazione con il servizio di igiene pubblica dell'Azienda Sanitaria U.S.L. competente, e tende in particolare:

- a) ad accertare la rispondenza dei servizi ai requisiti organizzativi, strutturali e funzionali stabiliti dal presente Piano ai fini dell'istruttoria per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento;
- b) a verificare il rispetto delle disposizioni che regolano l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e la permanenza dei requisiti di cui alla lettera a);
- c) a controllare le condizioni dei soggetti ospiti e l'adeguatezza delle prestazioni, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, nonché l'attuazione degli interventi educativi e riabilitativi;
- d) a sospendere l'attività del servizio in assenza di autorizzazione ed in presenza di gravi irregolarità;
- e) a promuovere la revoca dell'autorizzazione nel caso in cui persistano le gravi irregolarità.

### **7.5.1 - Autorizzazione, sospensione e revoca**

2. L'apertura ed il funzionamento dei servizi sono subordinati ad apposita autorizzazione della Regione, rilasciata previo parere del Comune espresso con apposito motivato atto deliberativo sulla base dell'accertamento della sussistenza dei suddetti requisiti e dell'affidabilità dei gestori secondo la normativa vigente.

3. L'autorizzazione è strettamente personale e non può essere ceduta ad altri sotto qualsiasi forma e ad alcun titolo, se non previa autorizzazione della Regione.

4. La permanenza dei requisiti all'atto del rilascio dell'autorizzazione è verificata mediante l'attività di vigilanza e di controllo. Eventuali variazioni dei presupposti che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione, comportano la modifica o la revoca dell'autorizzazione stessa.

5. In caso di diniego dell'autorizzazione al funzionamento è ammessa opposizione da parte degli aventi diritto, da presentarsi, entro trenta giorni dalla notifica alla Giunta Regionale, che si pronuncia entro sessanta giorni dal ricevimento.

6. L'autorizzazione può essere sospesa ove risultino gravi inadempienze o vengano a mancare i requisiti che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione su segnalazione dei soggetti tenuti alla vigilanza e al controllo, nonché in base a segnalazioni di singoli cittadini.
7. Nell'ipotesi prevista dal comma precedente la Regione prescrive al soggetto gestore del presidio un congruo termine per regolarizzare la situazione, prevedendo altresì le temporanee prescrizioni per garantire la sicurezza degli utenti e degli operatori.
7. Quando il soggetto vigilante accerti il superamento delle condizioni che hanno giustificato la sospensione dell'autorizzazione, ne prende atto con apposita deliberazione, dandone comunicazione alla Regione che provvede ad interrompere la sospensione stessa.
9. L'autorizzazione può essere, altresì, revocata nel caso in cui l'interessato non provveda a regolarizzare la situazione.
10. La revoca dell'autorizzazione al funzionamento, che comporta la chiusura definitiva del presidio, è disposta dalla Regione anche nell'ipotesi in cui cessi l'attività socio-assistenziale del presidio autorizzato.
11. In caso di chiusura temporanea o definitiva del presidio, i soggetti interessati in collaborazione con l'Amministrazione locale, concordano un piano di dimissioni degli ospiti.
12. Contro i provvedimenti di sospensione e di revoca dell'autorizzazione al funzionamento è ammessa opposizione da parte degli aventi diritto, da presentarsi, entro trenta giorni dalla notifica, alla Giunta Regionale che si pronuncia entro sessanta giorni dal ricevimento.
13. La disciplina di cui al presente paragrafo è da applicarsi anche per l'autorizzazione al convenzionamento.

## 7.6 - GLI STANDARD DELLE COOPERATIVE SOCIALI

### 7.6.1 - Premessa: orientamenti per una cooperativa sociale di qualità

La Regione Basilicata, in aggiunta e a specificazione di quanto già detto nel paragrafo 3. del capitolo 3, ed in coerenza con le linee e gli orientamenti di fondo del Piano contenuti nei capitoli 2 e 3, individua le seguenti caratteristiche fondamentali della cooperativa sociale di qualità:

ESSERE UN'IMPRESA che significa:	<p><b>1. ESPRIMERE UNA IDENTITA' DEFINITA, SVILUPPANDO VALORI IN CUI LE PERSONE POSSANO RICONOSCERSI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• AVERE LUOGHI E TEMPI IN CUI ELABORARE ED APPROFONDIRE LA PROPRIA SPECIFICA CULTURA</li><li>• AVERE SCOPI ED OBIETTIVI DEFINITI E CONDIVISI</li><li>• OPERARE PER PROGETTI</li></ul> <p><b>2. AVERE UNA AUTONOMIA GESTIONALE STRATEGICA ATTRAVERSO LA DISPONIBILTA' DIRETTA DEI DIVERSI FATTORI DI PRODUZIONE</b> a tal fine è necessario avere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• AUTONOMIA NELLE STRUTTURE (proprietà o comunque disponibilità a titolo di locazione, affitto o comodato del patrimonio mobiliare e immobiliare operativo. Ciò garantisce la realizzazione di un'azienda che vende un prodotto/servizio e non si limita a gestire manodopera)</li><li>• ADEGUATE RISORSE UIMANE (in relazione alle esigenze tecniche, alla dimensione dell'attività, alla coerenza ai valori dell'impresa, alle competenze professionali imprenditoriali)</li><li>• AUTOSUFFICIENZA FINANZIARIA (avere la disponibilità di mezzi e risorse, o avere la capacità di procurarsene, è condizione necessaria per realizzare i propri progetti)</li><li>• ECONOMICITA' DI GESTIONE (le uscite non devono superare le entrate)</li></ul> <p><b>3. DOTARSI DI STRUMENTI DI CONTROLLO E VERIFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• DELLA STRUTTURA E DEL SISTEMA DI GESTIONE</li><li>• DELL'AREA COMMERCIALE E DEL MARKETING</li><li>• DELLA LINEA DI PRODOTTO (sia nei servizi che nei prodotti materiali)</li><li>• DELLA SINGOLA PRESTAZIONE</li></ul>
----------------------------------	---

<p>ESSERE UN'IMPRESA SOCIALE che significa:</p>	<p><b>1. SAPER ATTRARRE RISORSE RESIDUALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DEL TERRITORIO (umane, professionali, materiali-economiche)</li> <li>• MARGINALI RISPETTO AL SISTEMA AZIENDALE</li> <li>• DELLE ATTITUDINI E DELLE PROFESSIONALITA' DEI SINGOLI SOGGETTI COINVOLTI</li> <li>• DELLE DISPONIBILITA' DELLE ATTITUDINI, DELLE ABILITA' DELLE PERSONE SVANTAGGIATE</li> </ul> <p><b>2. MANTENERE E VALORIZZARE LO STILE E LE MOTIVAZIONI PROPRIE DEL VOLONTARIATO attraverso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OPPORTUNITA' DI DIALOGO E DI INTEGRAZIONE TRA LE PERSONE A TUTTI I LIVELLI</li> <li>• UN PROGETTO SOCIALE ED IMPRENDITORIALE CONDIVISO</li> <li>• ATTENZIONE AL PROPRIO TERRITORIO</li> <li>• OPPORTUNITA' DI SCAMBIO E COLLABORAZIONE CON LE ALTRE REALTA' IMPEGNATE IN MEDESIMI CAMPI DI RIFLESSIONE ED INTERVENTO</li> </ul> <p><b>3. ORIENTARE LA PROPRIA AZIONE AL BENESSERE DELL'UTENZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLA SUA AUTONOMIA</li> <li>• ALLA SUA SODDISFAZIONE</li> </ul> <p>In particolare:</p> <p>A) PER LE COOPERATIVE SOCIALI DI TIPO "A"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ DIVERSIFICAZIONE DEI SERVIZI</li> </ul> <p>Nel rispetto dell'omogeneità dell'utenza: per la medesima tipologia di utenza appare opportuno prevedere un'ampia gamma di servizi diversificati tra loro complementari, così da consentire una risposta flessibile e completa ai bisogni di quella specifica area di utenza tendenzialmente presente entro un'area territoriale definita</p> <p>B) PER LE COOPERATIVE SOCIALI DI TIPO "B"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ CONTEMPORANEITA' E INTEGRAZIONE</li> </ul> <p>Tra attività riabilitative e inserimento lavorativo</p> <p>Tra interventi di inserimento lavorativo realizzati dalle cooperative e le azioni di altri soggetti (servizi pubblici, gruppi di auto-aiuto, ecc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ L'UNICA VERA ATTIVITA' DI INSERIMENTO LAVORATIVO SI FONDA SU UNA PROPOSTA DI LAVORO REALE</li> </ul> <p>Per realizzare ciò occorre:</p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>* Verificare la compatibilità tra il SETTORE PRODUTTIVO prescelto e la TIPOLOGIA D'UTENZA inserita</li><li>* Adattare le MANSIONI ALLA TIPOLOGIA DI SVANTAGGIO, non come principio ma come modalità in modo da poter meglio rispondere ai diversi bisogni dei lavoratori inseriti ( evitando tendenze assistenzialistiche i produttivistiche)</li><li>* Proporre un CICLO PRODUTTIVO VISIBILE</li><li>* UN ADEGUATO RAPPORTO tra le persone svantaggiate e non</li><li>* Il COINVOLGIMENTO attivo e la partecipazione dei lavoratori svantaggiati</li><li>* Abbinare tipologie di svantaggio COMPATIBILI</li><li>* Dotarsi di un SISTEMA DI CONTROLLO STABILE circa il profilo sociale, sia dell'azione generale che degli inserimenti specifici</li></ul>
--	--

<p>DEFINIRE, GARANTIRE E DIMOSTRARE LA QUALITA' DEL SERVIZIO che significa:</p>	<p><b>1. ELABORARE CHIARI OBIETTIVI EDUCATIVI E RIABILITATIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NEL BREVE, MEDIO, LUNGO TERMINE, SIA CON RIFERIMENTO AI SERVIZI CHE AI SINGOLI UTENTI</li> </ul> <p><b>2. INDIRIZZARE LE PROPRIE ATTIVITA' VERSO L'ACQUISIZIONE DELLA MAGGIORE AUTONOMIA POSSIBILE DELL'UTENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A tal fine è necessario che l'OFFERTA e la DOMANDA di cui sono portatori sia l'IMPRESA SOCIALE che l'UTENZA sviluppino da un lato ESPERIENZE DIVERSIFICATE nello spazio e nel tempo e d'altro capacità di ADATTAMENTO alle diverse situazione che la REALTA' propone</li> </ul> <p><b>3. DOTARSI DI UNA STRUMENTO DI VERIFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In relazione all'EFFICACIA, all'EFFICIENZA, alla QUALITA' della propria azione sociale ed esercitata costantemente e rigorosamente il CONTROLLO</li> </ul> <p><b>4. AVERE UNA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SOCIALE E OPERATIVA, PARTECIPATA E CONSAPEVOLE:</b></p> <p><b>5. PROMUOVERE UN PROCESSO CONSAPEVOLE DI SVILUPPO E ACCUMULAZIONE DEI VALORI CULTURALI E PROFESSIONALI DI TUTTI I SOGGETTI COINVOLTI</b></p> <p><b>6. DISPORRE DI UNA COMPETENZA PROPRIA E CONSOLIDATA:</b>  garantendo :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNA DIREZIONE TECNICA INTERNA E PROFESSIONALMENTE ADEGUATA</li> <li>• LA CAPACITA' PROGETTUALE</li> <li>• LA DOCUMENTAZIONE DEL PROPRIO OPERATO</li> <li>• LA POSSIBILITA' DI FORMARE GLI OPERATORI ANCHE AL PROPRIO INTERNO</li> </ul> <p><b>7. CONFRONTARE IL PROPRIO PRODOTTO/SERVIZIO CON QUELLO DI ALTRE ESPERIENZE DELLO STESSO O DI DIVERSO TERRITORIO SVILUPPANDO LA CAPACITA' DI MISURARSI CON GLI ALTRI</b></p> <p>Rispetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AI VALORI</li> <li>• AGLI OBIETTIVI</li> <li>• ALLE STRATEGIE</li> <li>• ALLA COMPETENZA DELLE PERSONE</li> <li>• ALLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA</li> </ul> <p><b>8. SAPER ACQUISIRE DAGLI ALTRI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONOSCENZE</li> <li>• ESPERIENZE</li> <li>• METODOLOGIE</li> </ul>
---	--

<p>INTERAGIRE COL TERRITORIO che significa:</p>	<p><b>1. AVERE UN RIFERIMENTO, UNA APPARTENENZA E UN PROGETTO TERRITORIALE SPECIFICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PER INDIVIDUARE LE ESIGENZE</li> <li>• PER ATTIVARNE LE RISORSE</li> <li>• PER SVILUPPARE E PROMUOVERE RELAZIONI FORMALI ED INFORMALI</li> </ul> <p><b>2. AVERE UNA PROPRIA RETE DI SERVIZI TERRITORIALI INTEGRATI COLLOCATA IN UNA PIU' AMPIA RETE OFFERTA DAL TERRITORIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IN GRADO DI RISPONDERE AI BISOGNI IN MODO COSTANTE ED INNOVATIVO</li> <li>• COSTRUIENDO E MANTENENDO COLLABORAZIONI CON L'ENTE PUBBLICO, L'ASSOCIAZIONISMO, IL VOLONTARIATO , E IL PRIVATO PROFIT</li> </ul> <p><b>3. VALORIZZARE E POTENZIARE LA PICCOLA DIMENSIONE DELLE SINGOLE COOPERATIVE SOCIALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quale SCELTA CULTURALE E STRATEGICA per realizzare le finalità dell'ART. 1 della LEGGE 381: "□ di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini□."</li> </ul> <p>Perché consente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* INTERAGIRE ATTIVAMENTE CON IL MICROTERRITORIO</li> <li>* GENERARE VISIBILITA' E CREDIBILITA'</li> <li>* ESSERE PUNTO DI RIFERIMENTO DEL SETTORE SPECIFICO DI INTERVENTO</li> <li>* DARE RISPOSTE RAPIDE ED EFFICACI</li> </ul>
---	--



### **7.6.2 Standard gestionali**

Le Cooperative Sociali che gestiscono o intendono gestire servizi sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari, devono possedere i requisiti di cui agli standard gestionali già definiti nel paragrafo dedicato, se trattasi di servizi non residenziali; devono altresì possedere i requisiti di cui agli standard strutturali se trattasi di servizi residenziali e semiresidenziali.

Il possesso dei requisiti relativi agli standard gestionali e strutturali è la condizione per ottenere l'autorizzazione al funzionamento.

Se l'autorizzazione al funzionamento riguarda il servizio, l'idoneità al convenzionamento riguarda invece l'impresa.

La cooperativa idonea al convenzionamento, ossia a stipulare convenzioni o altre tipologie di contratto con l'Ente Pubblico in seguito all'aggiudicazione di una gara di appalto, deve possedere oltre ai requisiti di cui sopra (gestionali e strutturali) la certificazione di qualità. Tale certificazione deve essere conseguita entro il triennio di Piano.

Gli Enti Pubblici, nell'espletamento delle procedure di gara, e sulla base di valutazioni circa la natura del servizio da affidare, possono chiedere ai contraenti la certificazione di qualità. Le Cooperative Sociali iscritte all'albo, qualora certificate, avranno l'annotazione di "Cooperativa certificata".

L'Albo si configura perciò, come strumento di certificazione del livello di qualità e di professionalità degli iscritti. In tal modo, e in considerazione delle cose già dette, è superato il problema della genericità rispetto al quale la sola e generica iscrizione all'Albo consente a chiunque di accedere al circuito della rete dei fornitori di servizi della Pubblica Amministrazione.

Tale configurazione dell'Albo funzionerà da stimolatore della qualità, sollecitando le Cooperative Sociali vecchie e nuove a dotarsi dei requisiti minimi di garanzia verso i cittadini e verso l'Ente Pubblico.

Entro il triennio di Piano tutte le Cooperative Sociali iscritte all'albo devono avere la certificazione di qualità. Tale certificazione potrà costituire una delle condizioni fondamentali per partecipare alle gare di appalto indette dalle Pubbliche Amministrazioni e, in ogni caso, per far parte della rete locale dei servizi. Le cooperative attualmente iscritte saranno sottoposte a verifica e dovranno adeguarsi agli standard gestionali e strutturali per la specifica area di intervento entro due anni dall'entrata in vigore del Piano.

In conseguenza di ciò i documenti di cui al comma 2 dell'art. 3 della legge regionale n. 39/93, sono da integrarsi con le certificazioni rilasciate dalle autorità competenti attestanti i requisiti minimi di standard delle strutture utilizzate per servizi residenziali e semiresidenziali, nonché

la certificazione che attesti il rispetto degli standard gestionali minimi relativi al personale (curriculum, attestati, copia delle buste paga, DM 10). Occorre, inoltre, produrre la certificazione ai sensi della legge 626/94 relativamente alla sede operativa della cooperativa quando non coincida con una delle strutture utilizzate per la produzione del servizio già adeguata agli standard. E' fatto obbligo agli Enti Pubblici appaltanti che forniscono in dotazione strutture proprie alle cooperative aggiudicatrici dei servizi, di procedere alle gare successivamente all'eventuale adeguamento delle strutture agli standard minimi strutturali già indicati.

Le Cooperative Sociali, al fine di consentire una reale certificazione della propria collocazione nell'albo regionale, devono all'atto della domanda di iscrizione precisare l'ambito specifico di intervento entro cui intendono collocarsi in via prioritaria, sancendo un orientamento specialistico di fondo. Questo anche per consentire alle Pubbliche Amministrazioni appaltanti di effettuare preselezioni di qualità rispetto all'oggetto del servizio da appaltare. Le cooperative già iscritte devono comunicare entro il termine di 6 mesi dall'entrata in vigore del Piano alla Regione, la loro attività prevalente in termini di tipologia di utenza e l'orientamento specialistico che intendono perseguire:

1. Cooperative di Tipo A)

- Anziani
- Minori- giovani - famiglia
- Handicap
- Salute mentale
- Tossicodipendenti, alcooldipendenti
- Emarginazione adulta e immigrazione
- ...

2. Cooperative di tipo B)

- Minori
- Handicappati
- Disabili mentali
- Detenuti
- Tossicodipendenti - alcolisti
- ...

Settori merceologici prevalenti

- agricoltura
- industria
- artigianato

- servizi e manutenzioni

- terziario avanzato

-...

Nel certificato di iscrizione all'albo comparirà l'annotazione circa il settore specialistico di intervento della cooperativa.

## 7.7 - AZIONI E REGOLE NUOVE PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

Il tema delle modalità di affidamento dei servizi non è separato dalle questioni legate all'autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento nel caso specifico delle Cooperative Sociali. Se da un lato le Cooperative Sociali devono compiere notevoli sforzi verso traguardi di qualità, dall'altro la Pubblica Amministrazione deve superare molti limiti legati soprattutto alla capacità di gestire un rapporto corretto e di partnership con le imprese sociali.

In particolare la necessità di sperimentare nuovi e possibili assetti innovativi nel rapporto pubblico-privato per la gestione dei servizi sociali nasce da alcune istanze specifiche:

- a. ripensare ruolo e rapporti con le Cooperative Sociali, in un settore già caratterizzato da una forte esternalizzazione dei servizi;
- b. superare la logica dell'acquisto di manodopera da parte dell'Ente Pubblico e della funzioni di intermediazione di forza lavoro da parte delle Cooperative Sociali, in favore di una logica di "service";
- c. riuscire comunque a definire sistemi tariffari compatibili sia con le risorse a disposizione, sia con gli obblighi contrattuali delle imprese e i vincoli alla qualità;
- d. costruire sistemi efficaci e concreti di controllo della qualità sostanziale e percepita del servizio.

Assunta ormai quasi ovunque una maggiore consapevolezza sull'opportunità ( o, se non altro, sulla possibilità) di acquistare i servizi sociali, invece di produrli direttamente come Ente Pubblico, restano aperte molte questioni. Ci si chiede soprattutto: nel caso si propenda per una gestione delegata, come scegliere tra fornitori diversi? Come verificare il grado di efficienza e di efficacia degli interventi? Come applicare le leggi senza il rischio di svilire i servizi?

Di seguito si riportano alcune prime possibili indicazioni operative inerenti le fasi del procedimento per l'affidamento a terzi della gestione dei servizi sociali:

a) *L'invito e l'ammissione alla gara.* Assunta come imprescindibile la necessità di comparare diverse offerte, una prima questione decisiva consiste nel valutare se sia conveniente, per la Pubblica Amministrazione, acconsentire che qualunque potenziale fornitore, a prescindere dalla sua natura giuridica, della sua sede legale e operativa, ecc. possa concorrere alla gara. Su questo punto la legge regionale 25/97 ha fatto chiarezza, in ottemperanza con quanto previsto dalla direttiva CEE 92/50, e consente di limitare l'ammissione alla gara ( da

svolgersi sulla base di una serie di vari elementi, oltre al prezzo) alle sole Cooperative Sociali. Ciò in quanto il loro rapporto con l'Ente locale è *caratterizzato dalla omogeneità delle finalità naturali dei due soggetti. Ambedue perseguono l'interesse generale della comunità di appartenenza. E' dunque evidente come tra essi debba instaurarsi un rapporto speciale e specifico, non confondibile con quello tra Ente locale ed altri soggetti privati portatori di finalità ed interessi più o meno distanti da quelli generali della comunità locale.*

In questo modo, la convenzione sarebbe anche un possibile nuovo strumento contrattuale attraverso cui le Pubbliche Amministrazioni, comparando offerte prodotte dalle sole Cooperative Sociali, possono individuare la proposta/progetto più conveniente. In ogni caso, la possibilità di operare correttamente attraverso procedure ristrette dipende, in buona misura, dalla definizione di sistemi di certificazione della qualità rigidamente verificati sulla base dei risultati effettivamente ottenuti e dai quali attingere per attuare una prima preventiva selezione degli offerenti.

b) *La scelta del tipo di gara.* Tra i diversi criteri per la scelta del contraente, l'appalto concorso appare quello probabilmente più idoneo per l'affidamento dei servizi sociali, in quanto consente ai pubblici amministratori, attraverso l'attribuzione di punteggi, una valutazione comparata su una serie di fattori (progetto, esperienza, radicamento territoriale, ecc.) oltre al prezzo e in quanto permette ai diversi possibili contraenti di precisare le caratteristiche della loro offerta.

c) *La scelta del contraente.* La valutazione delle offerte è un momento particolarmente delicato, che richiede ai pubblici amministratori e funzionari grande competenza, onestà personale e obiettività di giudizio. Non sono poche le questioni delicate, dalla cui corretta soluzione dipende, in larga misura, una scelta corretta dell'organizzazione a cui affidare il servizio. La commissione di valutazione dovrebbe essere composta da funzionari con competenze diverse, così da evitare valutazioni solo di tipo amministrativo, oppure solo legate agli aspetti sociali del progetto. Almeno alcuni membri della commissione dovrebbero provenire da città ( o se non altro da servizi - AUSL, Regione, ecc.) diverse. Il giudizio non dovrebbe limitarsi alla mera analisi dei progetti scritti, ma basarsi, anche e soprattutto, su valutazioni obiettive circa il grado di soddisfazione dei clienti/utenti e i risultati raggiunti da ogni candidato fornitore.

d) *La stipula del contratto.* Scelto il contraente, occorre, per quanto possibile, definire una convenzione che eviti elementi di rigidità, faciliti gli elementi di innovazione e gli incrementi di

produttività, consenta una continua interazione processuale tra le parti in modo da evitare sprechi e adeguare costantemente l'offerta ai bisogni. La convenzione è uno strumento, non un fine. E' uno strumento programmatico laddove: si individuano le risorse messe in campo dalla Pubblica Amministrazione ( finanziamenti, strutture, capacità di controllo, ecc.) quelle messe in campo dall'organizzazione alla quale è affidato il servizio (operatori, professionalità, esperienza, attrezzature, capacità di produrre risultati, ecc.) e le risorse messe in campo dai cittadini clienti/utenti da una parte e dagli altri cittadini a vario titolo coinvolti nell'attività ( contribuzione economica, idee, partecipazione, capacità di controllo, ecc.); e si stabiliscono le forme e le modalità di impiego delle risorse, la loro consistenza qualitativa e quantitativa, la quantità e la qualità dei risultati da conseguire, le strategie e i meccanismi operativi per raggiungere i risultati.

e) *La verifica del servizio.* Il controllo dei risultati è una fase verso cui, normalmente, si presta poca attenzione. Viceversa dovrebbe essere una fase determinante, poiché i risultati costituiscono la ragione di fondo per cui un servizio è svolto.

I Comuni nell'espletare le gare a concorso tra Cooperative Sociali per l'affidamento in gestione dei servizi sociali sono tenuti a rispettare le seguenti indicazioni.

L'appalto concorso attribuisce in linea indicativa i pesi di seguito specificati per ciascuna variabile considerata:

- prezzo:	non più del 40%
- esperienza e titoli dell'impresa :	non più del 20%
- radicamento territoriale:	non più del 20%
- progetto:	
a. tipo di servizio proposto;	
b. modalità organizzative interne;	
c. modalità di rapporto con l'agenzia pubblica:	non più del 40%
- n. di inserimenti lavorativi (coop. b):	non più del 30%
- esperienza e professionalità degli operatori:	non più del 20%
- idoneità e qualità delle strutture:	non più del 40%
- certificazione di qualità	non più del 30%