

RELAZIONE SOCIALE

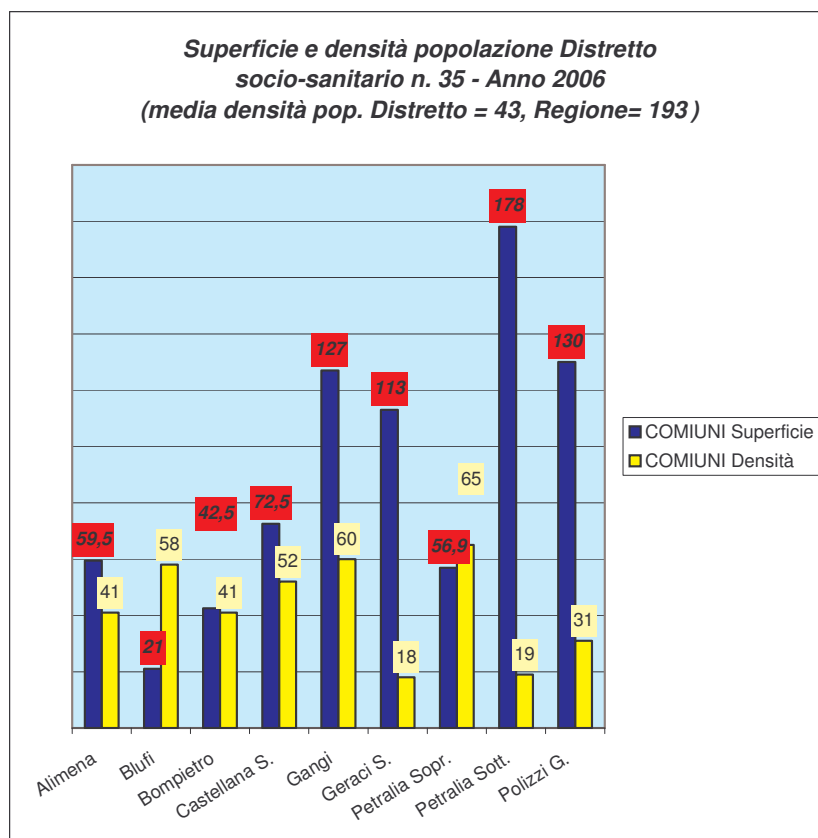
del Distretto socio-sanitario n. 35

Di Petralia Sottana (PA)

§1 Profilo socio-demografico.

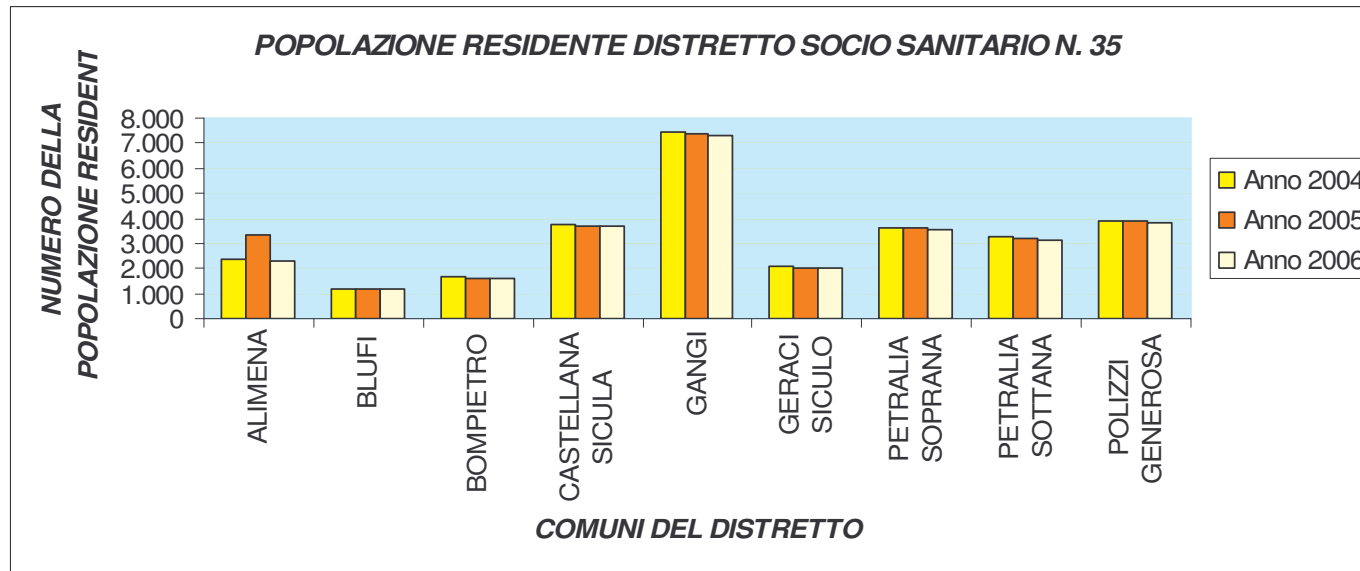
La popolazione del Distretto socio-sanitario n. 35 di Petralia Sottana (PA), è costituita da **28581** abitanti (*pari allo 0,60% dell'intera popolazione regionale, ammontante a 5.017.212 abitanti residenti*) e vive su un territorio di 800 Km² (*pari al 3% dell'intero territorio regionale¹, che misura 25.707 Km²*), con una densità abitativa (*totale della superficie territoriale/totale degli abitanti*) di 43 abitanti per Km² (*contro una densità abitativa regionale pari a 193,29 abitanti per Km²*).

Commento [PPF1]:



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 35
POPOLAZIONE RESIDENTE**

<i>COMUNI DEL DISTRETTO</i>	<i>ANNO 2004</i>			<i>ANNO 2005</i>			<i>ANNO 2006</i>		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ALIMENA	1.094	1.269	2.363	1.073	2.248	3.321	1.054	1.229	2.283
BLUFI	547	622	1.169	549	620	1.169	541	617	1.158
BOMPIETRO	754	886	1.640	735	862	1.597	719	874	1.593
CASTELLANA SICULA	1.776	1.961	3.737	1.776	1.934	3.710	1.764	1.927	3.691
GANGI	3.583	3.866	7.449	3.558	3.820	7.378	3.533	3.790	7.323
GERACI SICULO	992	1.085	2.077	973	1.062	2.035	963	1.037	2.000
PETRALIA SOPRANA	1.754	1.876	3.630	1.737	1.865	3.602	1.720	1.842	3.562
PETRALIA SOTTANA	1.525	1.713	3.238	1.487	1.692	3.179	1.472	1.671	3.143
POLIZZI GENEROSA	1.874	2.043	3.917	1.869	2.028	3.897	1.849	1.979	3.828
TOTALI PARZIALI			29.220			29.888			28.581

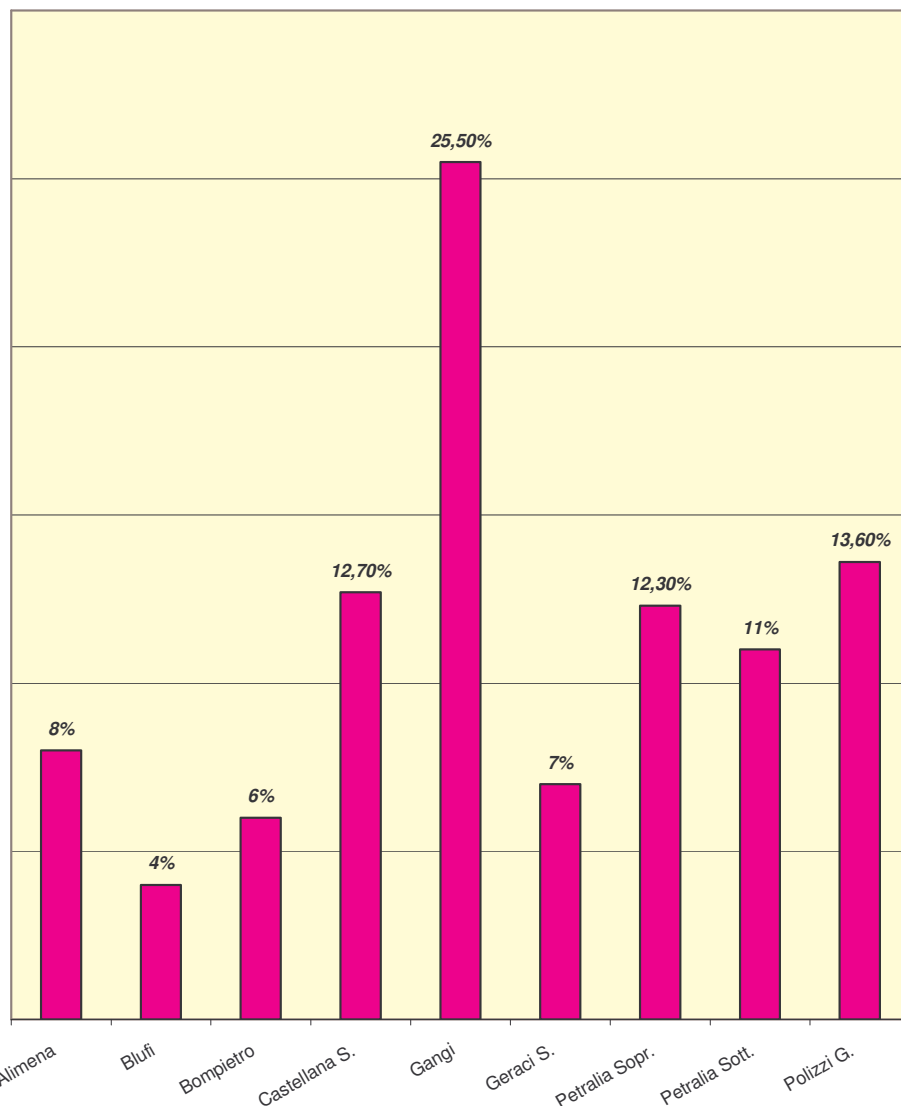


Popolazione totale della Regione Sicilia	5.017.212 abitanti residenti
Popolazione totale del Distretto Socio Sanitario di Petralia Sottana n. 35 (PA).	28.581 abitanti residenti
%	0,57%

Il Comune più popolato del Distretto socio-sanitario è quello di Gangi, con 7323 abitanti residenti (*vedi tabella e grafico in allegato alla Relazione sociale*), pari al **25,à%** della popolazione totale.

I Comuni la cui popolazione supera il 10% del totale sono: Castellana Sicula, Petralia Soprana, Petralia Sottana e Polizzi Generosa, con un campo di variazione che va dall'11% al 13,6%. I restanti Comuni del Distretto si attestano sotto la quota del 10%, con un campo di variazione che va dal 4 % all'8%.

**Percentuale popolazione snigoli Comuni sul totale popolazione Distretto n. 35 ·
ANNO 2006**



La popolazione totale del Distretto, disaggregata per sesso, su un totale di 28581 unità, è così composta: maschi 13.615 unità per una percentuale pari al 48%, femmine 14.966 per una percentuale pari al 52%.

La struttura socio-demografica del Distretto n. 35 si caratterizza:

- ⇒ per un graduale decremento demografico;
- ⇒ per un saldo naturale tendenzialmente negativo;
- ⇒ per una forte rappresentatività delle classi di età oltre i 65 anni, pari a poco più di 1/4 del totale della popolazione; classi di età caratterizzate da un elevato tasso di femminilizzazione e di vedovanza femminile;
- ⇒ per una aspettativa di vita in linea con il dato nazionale e regionale (di 82,9 anni circa per le femmine e di 76,7 anni circa per i maschi);
- ⇒ per una debole rappresentatività delle classi di età comprese fra 0 e 18 anni, pari a poco più di 1/5 del totale della popolazione;
- ⇒ per un numero medio di componenti per nucleo familiare pari a 2,46 unità e con 3371 famiglie mononucleari (pari all' 11% della popolazione totale);
- ⇒ per una percentuale di popolazione in età attiva pari al 59% della popolazione totale;
- ⇒ per un tasso di disoccupazione e di inoccupazione pari al 30% della popolazione totale ed al 52% della popolazione in età attiva (prevalentemente giovanile e femminile);
- ⇒ per un carico sociale pari a 70.

In modo disaggregato, per fasce di età, la popolazione totale distrettuale risulta così composta: fascia 0-4 anni: 992 unità, per una percentuale pari al 3.47% della popolazione totale; fascia 5-14 anni: 2.542 unità, per una percentuale pari al 8.89% della popolazione totale; fascia 15-24 anni: 3.069 unità, per una percentuale pari al 10.74% della popolazione totale; fascia 25-64 anni: 14.079 unità, per una percentuale pari al 49,27% della popolazione totale; fascia 65 anni ed oltre: 7.046 unità, per una percentuale pari al 24.66% della popolazione totale (*vedi tabella e grafico in allegato alla Relazione sociale*).

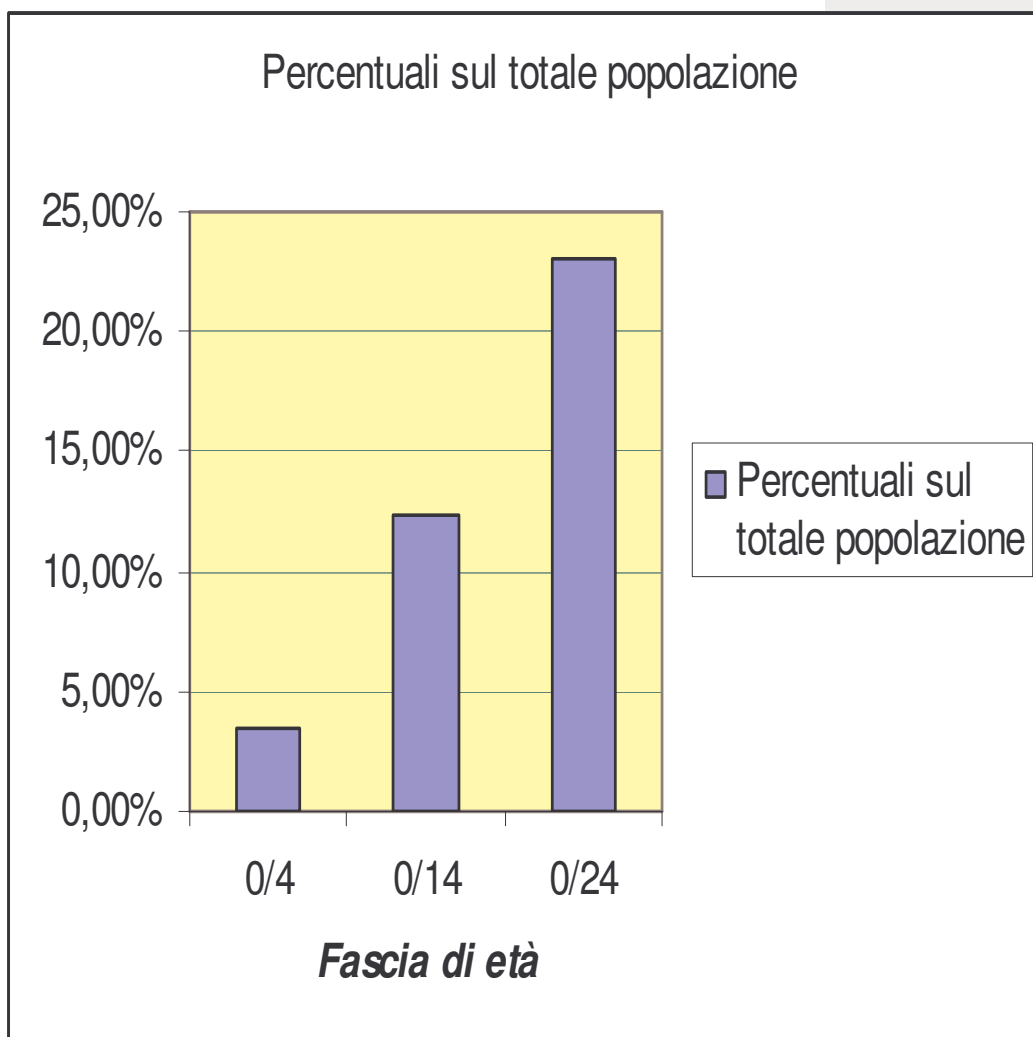
**Popolazione totale dell'intero Distretto anno 2006– fasce d'età
Distretto socio-sanitario n. 35
Petràlia Sottana (PA)**

COMUNI DEL DISTRETTO	FASCE D'ETA'					TOTALE
	0-4	5-14	15-24	25-64	OLTRE 65	
ALIMENA	76	182	231	1.170	690	2.283
BLUFI	32	81	105	538	402	1.158
BOMPIETRO	37	123	124	712	597	1.593
CASTELLANA SICULA	153	336	396	1.828	133	3.691
GANGI	242	638	728	3.661	2.054	7.323
GERACI SICULO	69	212	415	1.025	279	2.000
PETRALIA SOPRANA	150	326	327	1.744	1.015	3.562
PETRALIA SOTTANA	100	276	329	1.610	828	3.143
POLIZZI GENEROSA	133	368	414	1.865	1.048	3.828
	992	2.542	3.069	14.153	7.046	
TOTALI						28.581

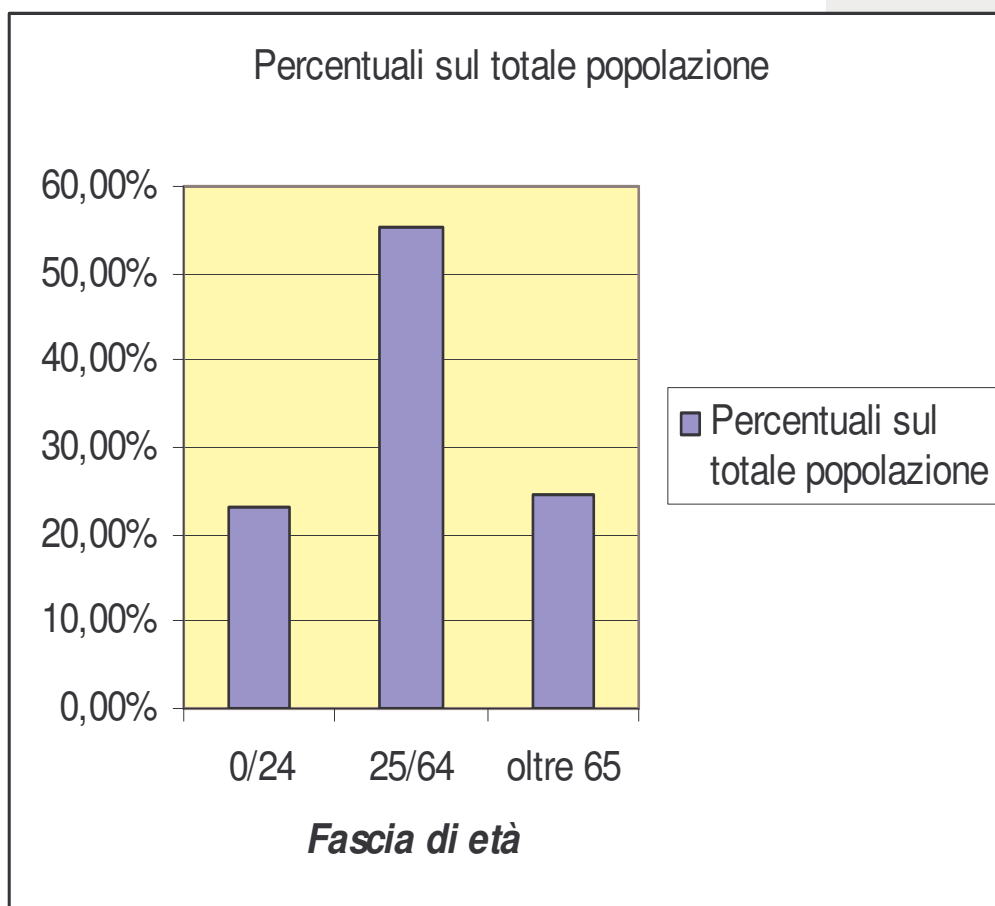
**Percentuale popolazione totale dell'intero Distretto – fasce d'età
Distretto socio-sanitario n. 35
Petràlia Sottana (PA)**

Popolazione	V.A.	%
Tot.	28.581	
0 – 4 anni	992	3,47%
5 – 14 anni	2.542	8,89%
15 – 24 anni	3.069	10,74%
25 – 64 anni	14.153	49,52%
65 anni ed oltre	7.046	24,65%

In modo disaggregato, per fascia di età, la popolazione minorile distrettuale, estesa fino all'età di 24 anni (completamento ciclo scolastico), risulta così composta: fascia 0-4 anni: 992 unità, per una percentuale pari al 3,47% della popolazione totale; fascia 0-14 anni: 3.534 unità, per una percentuale pari al 12,36% della popolazione totale; fascia 0-24 anni: 6603 unità, per una percentuale pari al 23,10% della popolazione totale.



Il 23,10% della popolazione totale, pertanto, è costituito da persone di età compresa tra 0 e 24 anni, il 55,33% della popolazione totale, è costituito da persone di età compresa tra 25 e 64 anni, con un'aspettativa di vita pari a 78,4 anni (in base alla media regionale, che si discosta dalla media nazionale che è di 79,25 anni¹), mentre il 24,65% della popolazione totale è costituito da persone con oltre 64 anni.



Il rapporto medio tra classi di età (*popolazione 65 anni ed oltre e popolazione da 0 a 4 anni*) è di 7,10%, nel senso che per ogni minore compreso tra 0 e 4 anni ci sono 7,10 anziani con più di 65 anni di età e con un'aspettativa media di vita di 78,4 anni.

Rapporto medio tra classi di età (popolazione 65 anni ed oltre e popolazione da 0 a 4 anni)	7046/ 992
	7,10%
Aspettativa media di vita (in anni) in Sicilia	78,4

L'indice medio di vecchiaia (rapporto % tra la popolazione ultrasessantacinquenne e la popolazione infraquattordicenne) è di 2,30%.

Indici di vecchiaia	Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Polizzi Generosa
	690 258	402 113	597 160	978 489	2054 880	279 281/	1015 476	828 376	1048/ 501
	2,67%	3,55%	3,73%	2%	2,33%	0,99%	2,13%	2,20	2,09

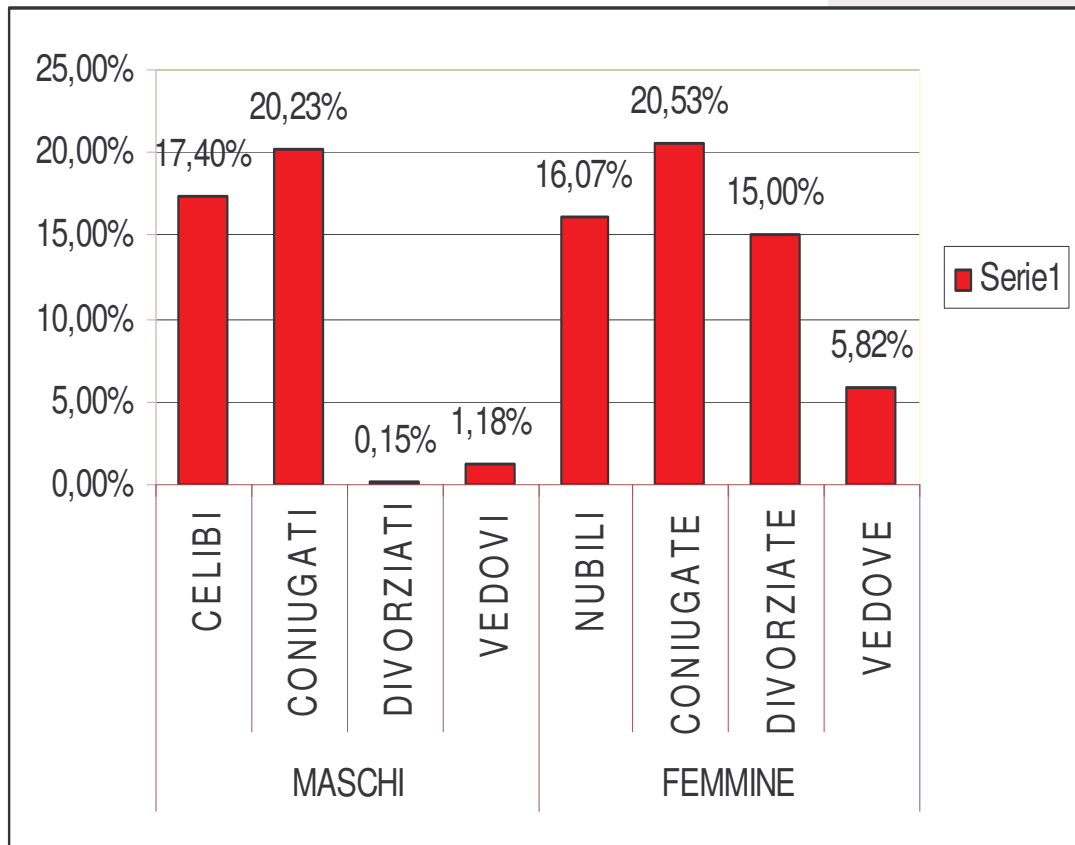
La popolazione residente (in sette dei nove Comuni del Distretto socio-sanitario) ha il seguente stato civile: celibi 4.973, per una percentuale pari al 17,40% del totale della popolazione del Distretto; coniugati 5.781, per una percentuale pari al 20,23% del totale della popolazione del Distretto; divorziati 42, per una percentuale pari allo 0,15% del totale della popolazione del Distretto; vedovi 336, per una percentuale pari all'1,18% del totale della popolazione del Distretto; nubili 4.592, per una percentuale pari

al 16,07% del totale della popolazione del Distretto; coniugate 5.867, per una percentuale pari al 20,53% del totale della popolazione del Distretto; divorziate 43, per una percentuale pari allo 0,15% del totale della popolazione del Distretto; vedove 1.663, per una percentuale pari al 5,82% del totale della popolazione del Distretto.

Vedi tabella sotto riportata:

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 35
POPOLAZIONE RESIDENTE PER STATO CIVILE ANNO 2006**

COMUNI DEL DISTRETTO	MASCHI				FEMMINE				TOTALE
	CELIBI	CONIUGATI	DIVORZIATI	VEDOVI	NUBILI	CONIUGATE	DIVORZIATE	VEDOVE	
ALIMENA	435	570	10	39	454	570	10	195	2.283
BOMPIETRO	dato non pervenuto								1.593
BLUFI	232	282	3	24	207	290	5	115	1.158
CASTELLANA SICULA	dato non pervenuto								3.691
GANGI	1.568	1.885	6	74	1.435	1.892	4	459	7.323
GERACI SICULO	532	404	1	26	506	391	3	137	2.000
PETRALIA SOPRANA	718	930	6	66	641	924	6	271	3.562
PETRALIA SOTTANA	714	701	5	52	677	809	11	174	3.143
POLIZZI GENEROSA	774	1.009	11	55	672	991	5	312	3.828
TOTALE	4.973	5.781	42	336	4.592	5.867	43	1.663	28.581

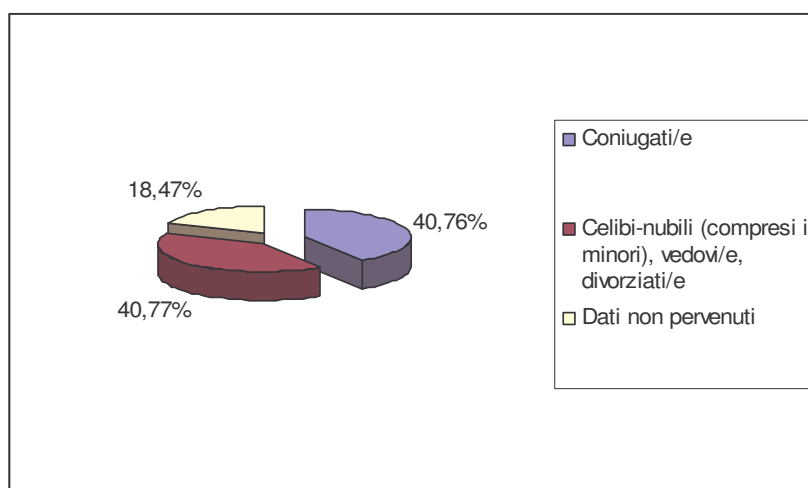


Popolazione	100 %
Celibi	17.40%
Coniugati	20.23%
Divorziati	0,15 %
Vedovi	1,18%
Nubili	16.07%
Coniugate	20.53%
Divorziate	0.15%
Vedove	5.82%

Il totale parziale dei coniugati e delle coniugate è pari al 40.76% della popolazione distrettuale, mentre il totale parziale dei celibi (compresi i minori), delle nubili (compresi i minori), dei divorziati, delle divorziate, dei vedovi e delle vedove è pari al 40,77% della popolazione distrettuale. (Tenendo conto dei dati di 7 Comuni su nove, dati pervenuti)

Coniugati e coniugate	40.76% (Pop Distretto)
------------------------------	---

Celibi <i>(compresi i minori),</i> Nubili <i>(compresi i minori),</i> Divorziati, Divorziate, Vedovi, Vedove	40.77% (Pop Distretto)
---	---



I dati dei nuclei familiari del Distretto socio-sanitario n.35 di Petralia Sottana (PA) sono pervenuti così come da tabella sotto riportata.

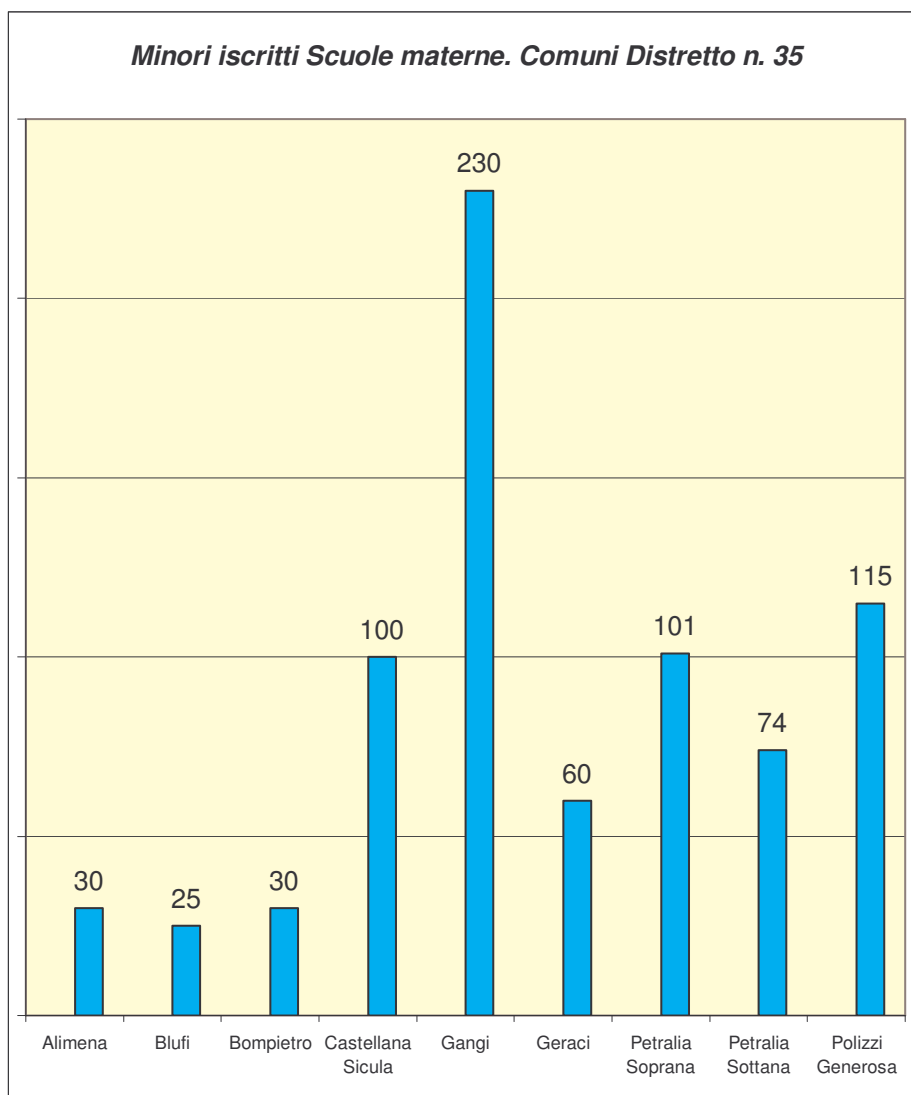
**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 35
FAMIGLIE PER NUMERO DEI COMPONENTI ANNO 2006**

COMUNI DEL DISTRETTO	COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE							TOTALE
	N. 1 COMP.	N. 2 COMP.	N. 3 COMP.	N. 4 COMP.	N. 5 COMP.	N. 6 COMP.	N. 7 COMP.	
ALIMENA	327	247	198	151	46	3	1	973
BOMPIETRO	385	198	97	98	18	2	0	798
BLUFI	182	144	88	77	18	1	0	510
CASTELLANA SICULA	dato non pervenuto							
GANGI	dato non pervenuto							
GERACI SICULO	176	216	144	139	38	7	1	721
PETRALIA SOPRANA	dato non pervenuto							
PETRALIA SOTTANA	dato non pervenuto							
POLIZZI GENEROSA	576	438	274	289	64	7	2	1650

Il saldo naturale negativo si connette, nel Distretto, ad un tendenziale decremento del numero degli iscritti alla scuola dell'obbligo.

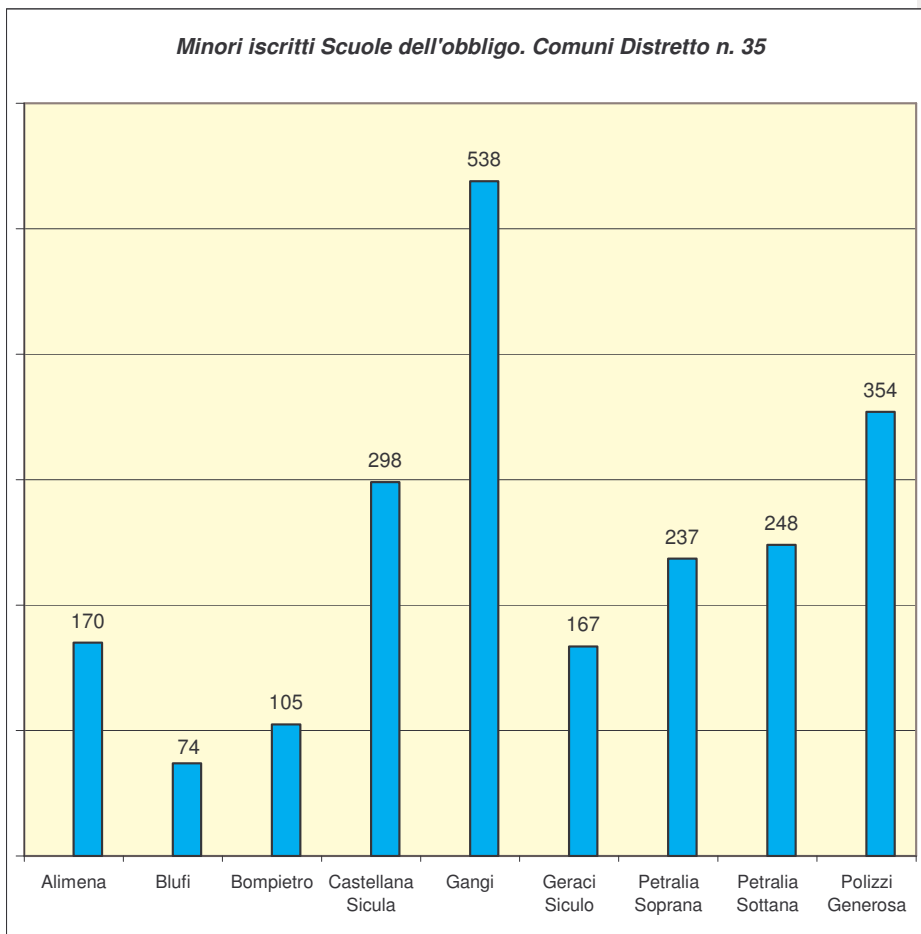
**Iscritti alle Scuole materne
Comuni Distretto n. 35
Peralia Sottana**

Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Peralia Soprana	Peralia Sottana	Polizzi Generosa	Tot
55	n.d.	32	96	137	46	n.d.	47	84	497



**Isritti alle Scuole dell'obbligo
Comuni Distretto n. 35
Peralia Sottana**

Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Peralia Soprana	Peralia Sottana	Polizzi Generosa	Tot
156	n.d	91	262	526	174	n.d.	200	205	



**Abbandoni e dispersione nelle Scuole dell'obbligo
Comuni Distretto n. 35
Peralia Sottana**

Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Peralia Soprana	Peralia Sottana	Polizzi Generosa	Tot
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

In passato la presenza degli stranieri in Italia era un fenomeno molto trascurabile. L'Italia era un paese dal quale partivano cittadini per andare, alla ricerca di lavoro, soprattutto in America e nei paesi del nord Europa.

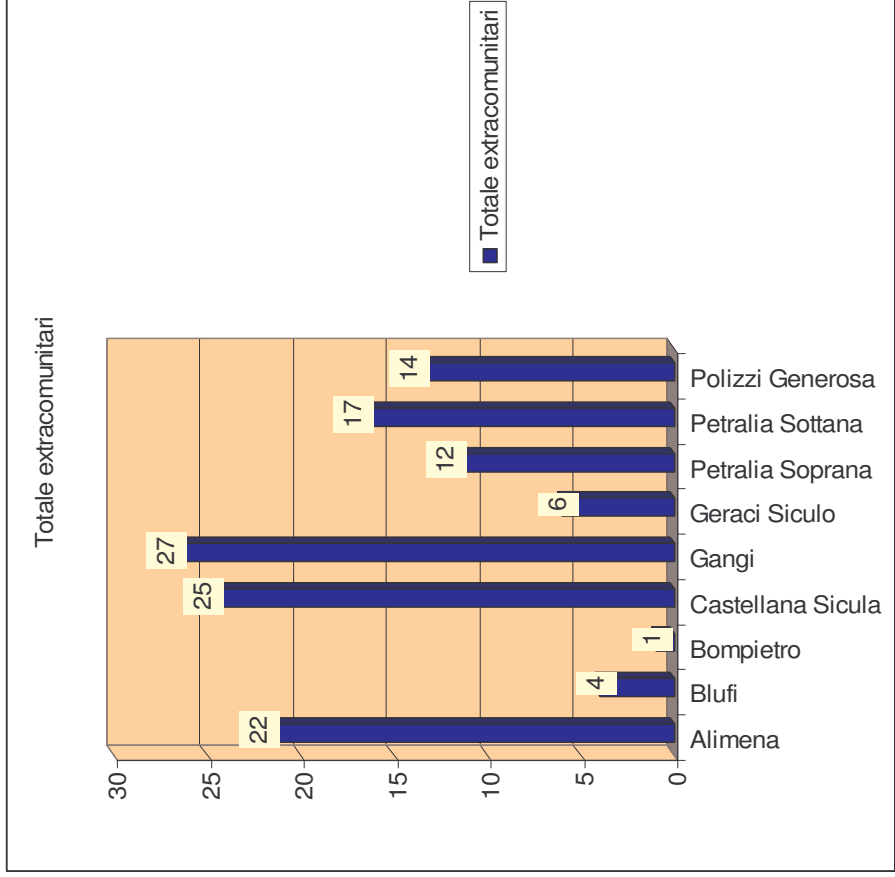
Recentemente la situazione si è capovolta: il numero degli italiani che vanno all'estero è fortemente diminuito, mentre è aumentato il numero di meridionali che si recano nelle regioni settentrionali d'Italia, anche in modo flessibile, ed il numero degli immigrati stranieri, soprattutto dai paesi dell'Africa, dell'Asia e dell'Europa orientale.

Questo sembra essere soltanto l'inizio: la pressione dei popoli poveri verso il nostro paese, infatti, diventerà sempre più forte.

Le crescenti ondate migratorie trasformeranno gli stati europei, Sicilia compresa, in stati multi-etnici.

**Stranieri residenti
Comuni Distretto n. 35
Petràlia Sottana**

	Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Petràlia Soprana	Petràlia Sottana	Polizzi Generosa	Tot
M	9	n.d	n.d	13	14	n.d	n.d	n.d	4	
F	13	n.d	n.d	12	13	n.d	n.d	n.d	10	
Tot.	22	4	1	25	27	6	12	17	14	128



RELAZIONE SOCIO- ECONOMICA
DISTRETTO PETRALIA SOTTANA N 35

In questi ultimi anni, nei Comuni del Distretto, si è registrata una crescita progressiva del problema occupazionale, in un quadro generale di degrado socio-economico e di crisi di modelli culturali stabili e coerenti.

A fronte di una popolazione attiva, nei nove Comuni del Distretto, di 17683¹ unità, i disoccupati, nel 2001, ammontavano a 9177 unità, per una percentuale pari al 51,90%; di tale totale 5324 erano uomini, per una percentuale pari al 58,01%; mentre 3853 erano donne, per una percentuale pari al 41,99%.

Nell'anno 2006 i disoccupati residenti nel distretto ammontano a:

Maschi 4722 - Femmine 4574 per un totale 9296.

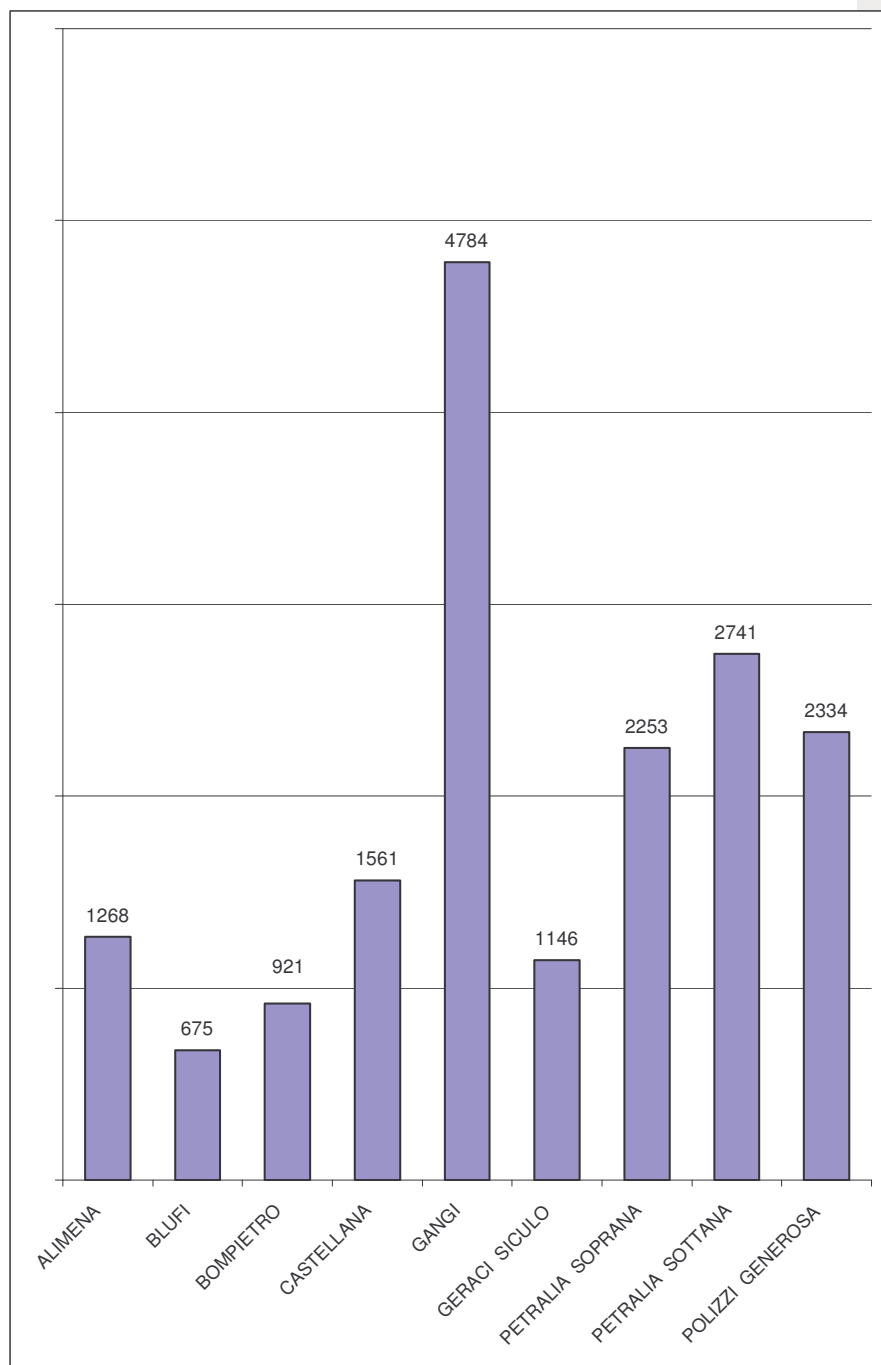
POPOLAZIONE RESIDENTE IN ETA' NELL'AMBITO DISTRETTUALE
ATTIVA ANNO 2001

ALIMENA	1268
BLUFI	675
BOMPIETRO	921
CASTELLANA	1561
GANGI	4784
GERACI SICULO	1146
PETRALIA SOPRANA	2253
PETRALIA SOTTANA	2741
POLIZZI GENEROSA	2334

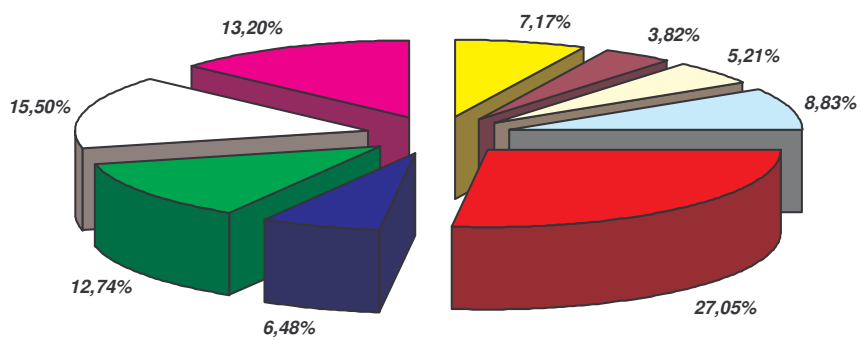
¹ Così distribuita nei nove Comuni: Alimena 1268, Blufi 675, Bompietro 921, Castellana Sicula 1561, Gangi 4784, Geraci Siculo 1146, Petralia Soprana 2253, Petralia Sottana 2741, Polizzi Generosa 2334.

TOTALE

17683

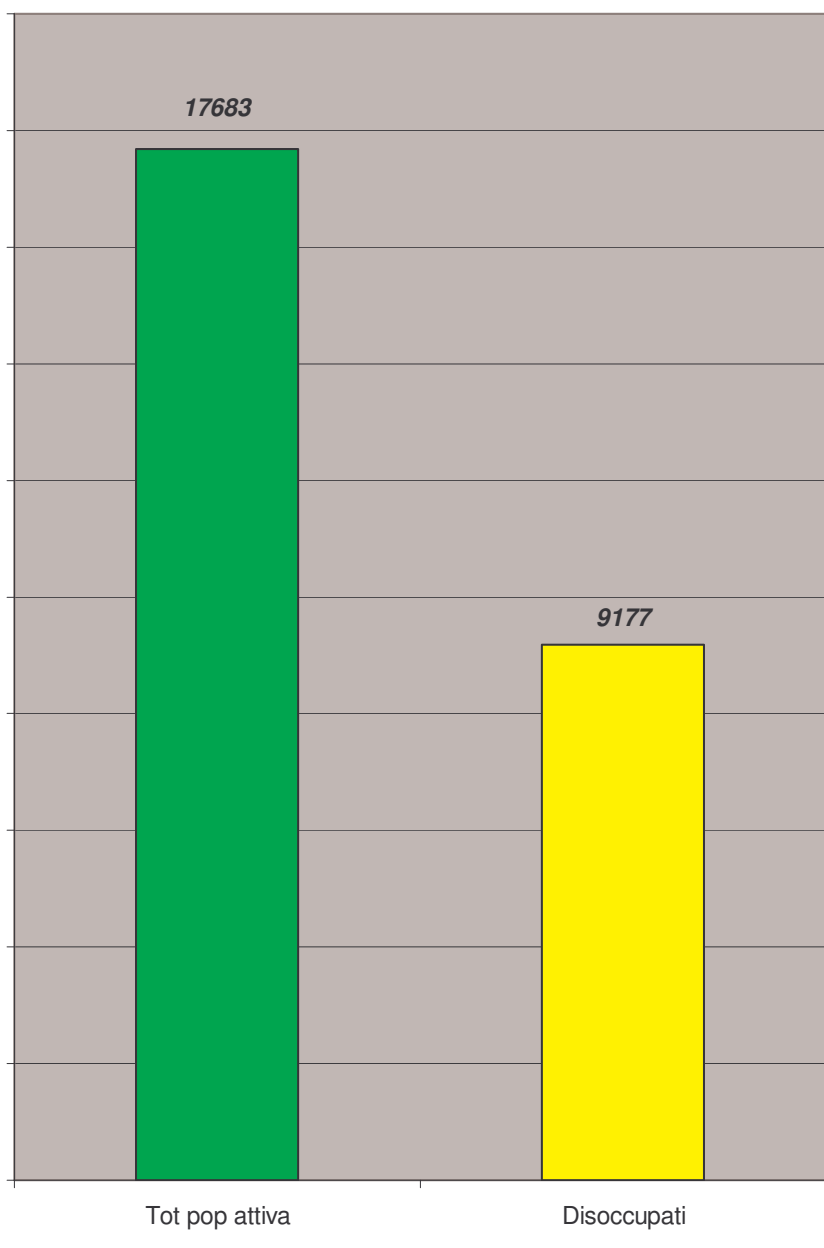


% Pop attiva Comuni Distretto n. 35

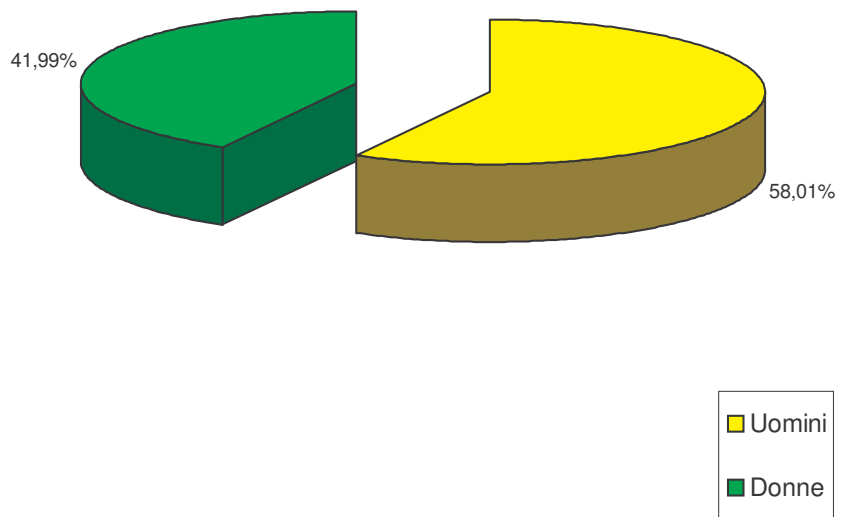


- Alimena
- Blufi
- Bompietro
- Castellana Sicula Sicula
- Gangi
- Geraci Siculo Siculo
- Petralia Soprana Soprana
- Petralia Sottana Sottana

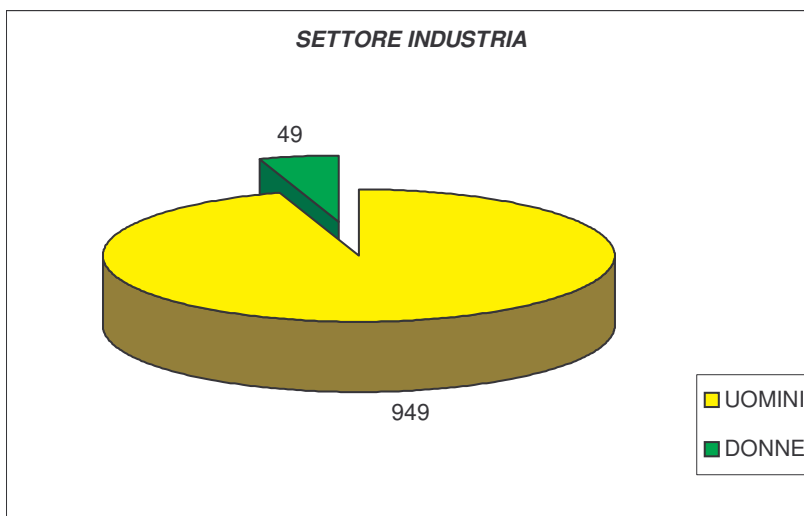
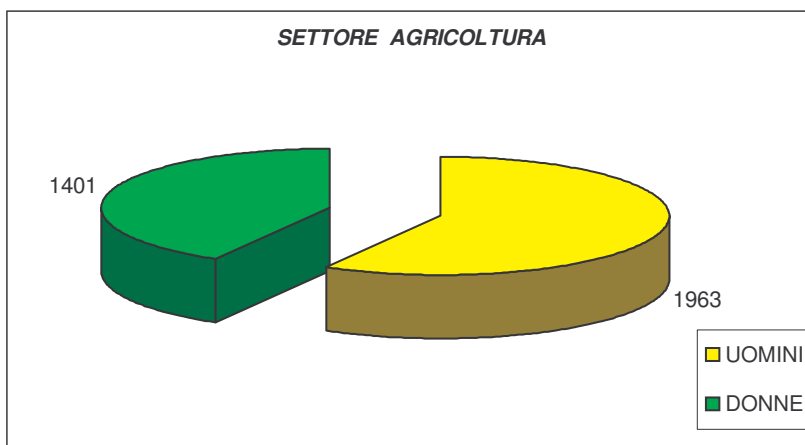
Tot pop. attiva e tot. disoccupati Distretto n. 35

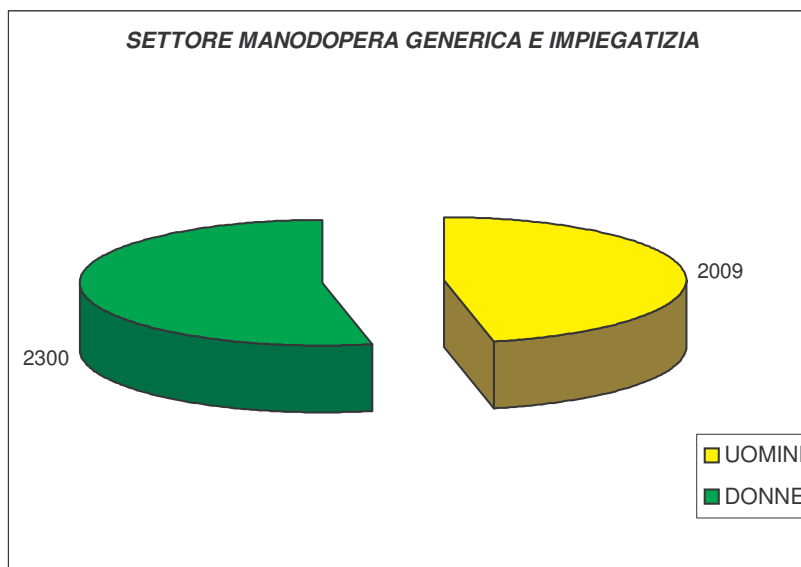
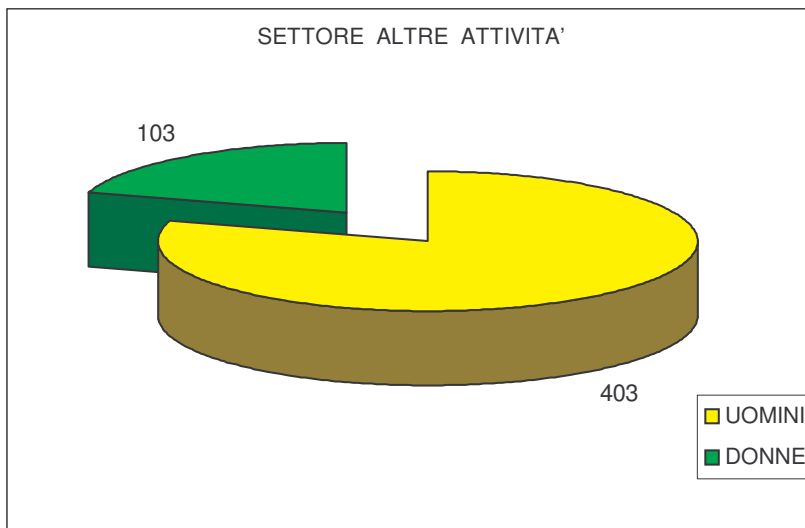


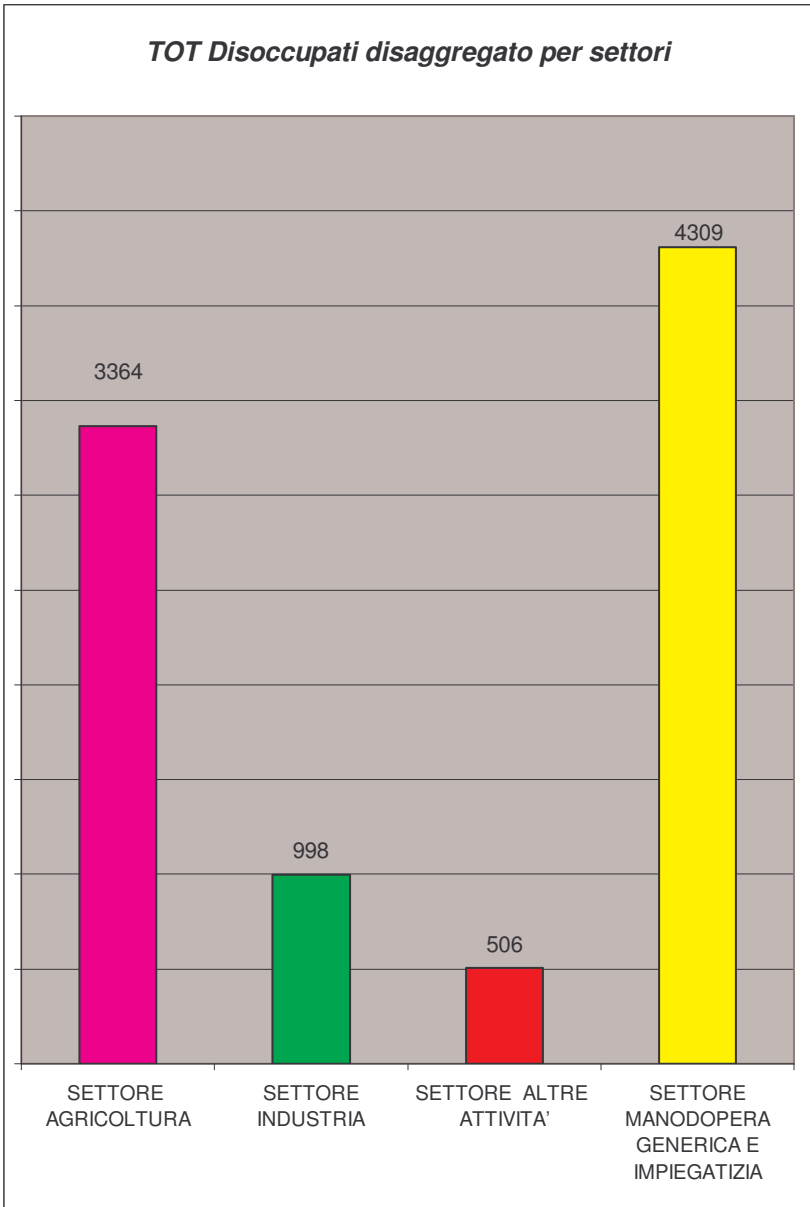
**% Pop disoccupata disaggregata per sesso.
Distretto n. 35**



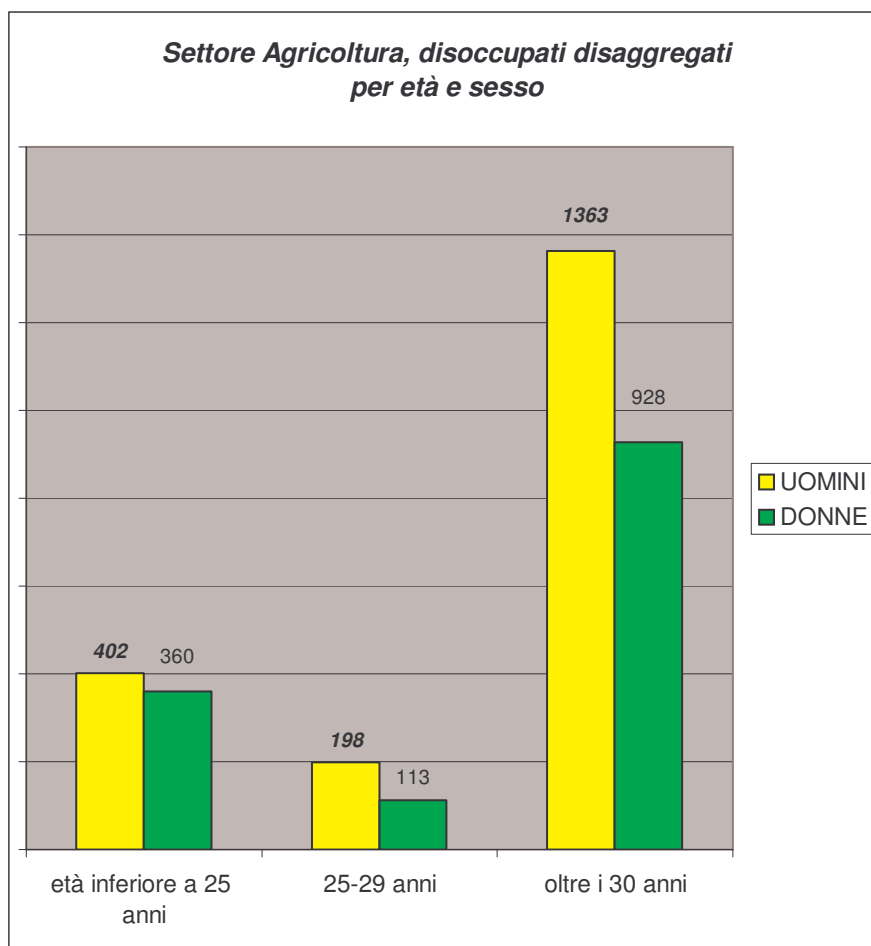
DISOCCUPATI	UOMINI	DONNE	TOTALE
Totale parziale	5324	3943	9177
SETTORE AGRICOLTURA	1963	1401	3364
SETTORE INDUSTRIA	949	49	998
SETTORE ALTRE ATTIVITA' MANODOPERA GENERICA E IMPIEGATIZIA	2009	2300	4309



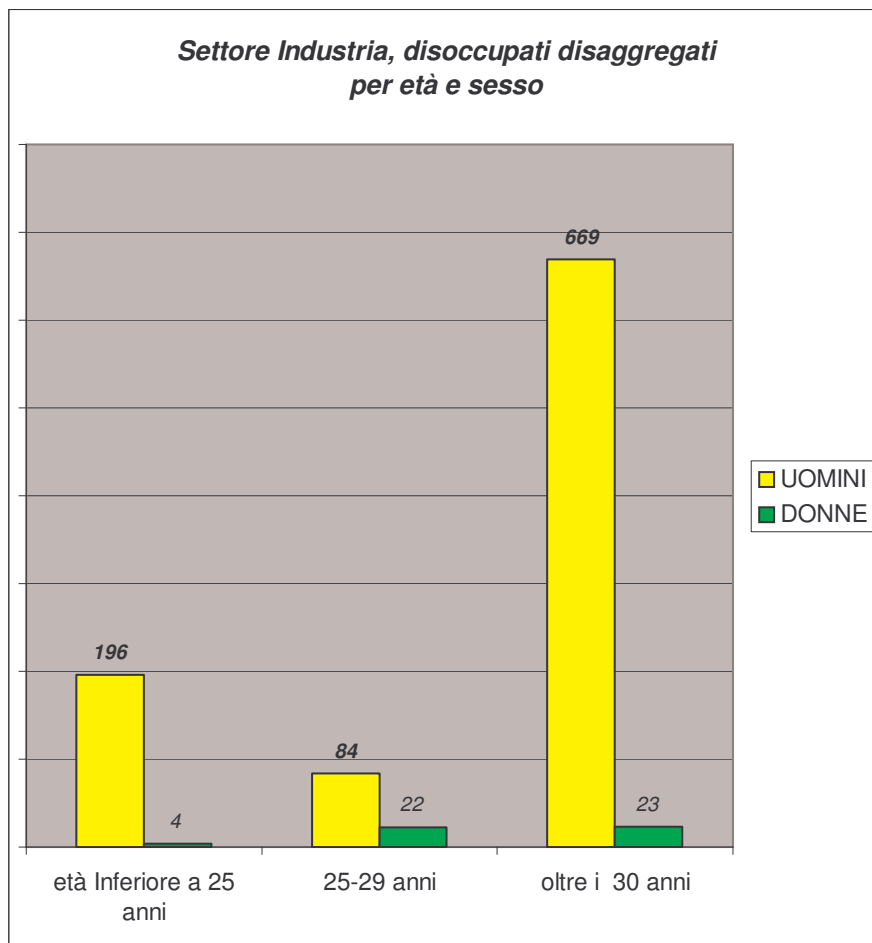




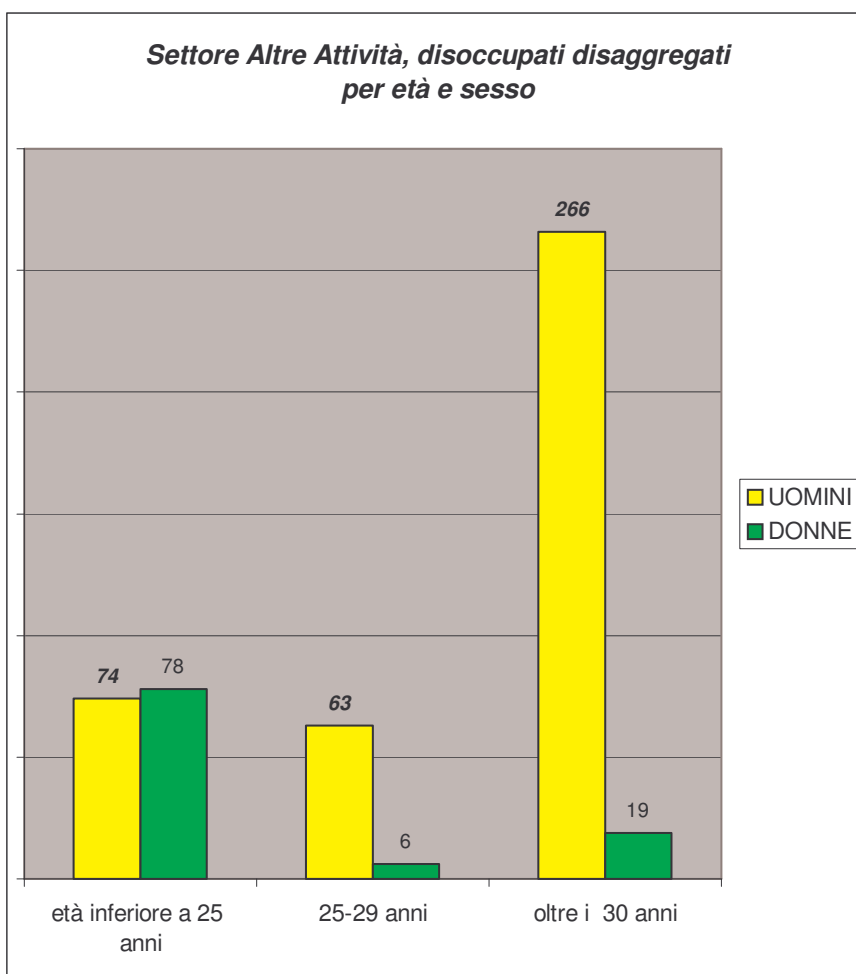
DISOCCUPATI DISTINTI PER CLASSI DI ETA' INFERIORE A	SETTORRE AGRICOLTURA		TOTALE
	UOMINI	DONNE	
25 ANNI	402	360	762
25-29 ANNI	198	113	311
OLTRE 30 ANNI	1363	928	2291



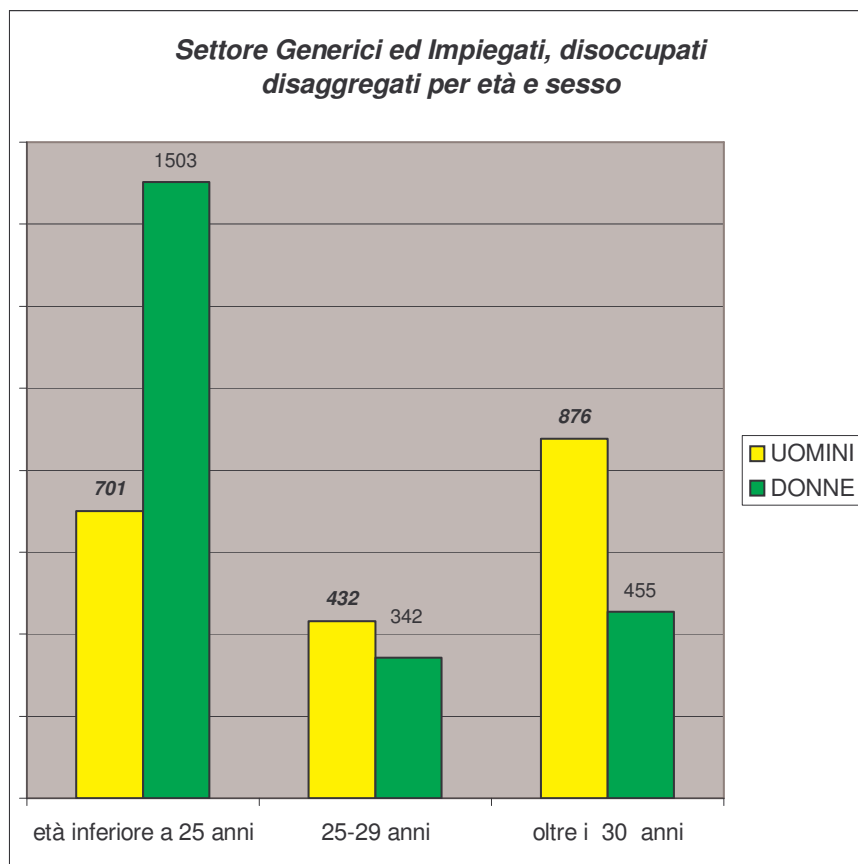
DISOCCUPATI DISTINTI PER CLASSI DI ETA' INFERIORE A	SETTORRE	INDUSTRIA	TOTALE
	UOMINI	DONNE	
25 ANNI	196	4	200
25-29 ANNI	84	22	106
OLTRE 30 ANNI	669	23	692



DISOCCUPATI DISTINTI PER CLASSI DI ETA' INFERIORE	SETT ORRE ATTIV ITA'	ALTRE	TOTALE
	UOMINI	DONNE	
A			
25 ANNI	74	78	152
25-29 ANNI	63	6	69
OLTRE 30 ANNI	266	19	285



DISOCCUPATI DISTINTI PER CLASSI DI ETA' INFERIORE A	GENERICI ED		
	SETTORE		
	IMPIEGATI UOMINI	DONNE	TOTALE
25 ANNI	701	1503	2204
25-29 ANNI	432	342	774
OLTRE 30 ANNI	876	455	1331



La gravità della situazione occupazionale, sopra dettagliatamente illustrata, ha contribuito ad incrementare, in modo consistente, il fenomeno emigratorio. Lo sviluppo di tale fenomeno ha determinato l'allontanamento dai Comuni del Distretto di buona parte della forza lavoro, a discapito dell'economia complessiva del territorio.

I nuovi emigranti, tra i quali non si annoverano soltanto operai, artigiani e contadini, ma anche diplomati, laureati e lavoratori altamente qualificati e specializzati, hanno venduto i beni familiari per investire il ricavato nelle città di destinazione, per far fronte alle spese di inserimento e di primo mantenimento.

I redditi prodotti nelle città di destinazione, inoltre, non sono stati investiti nei paesi del Distretto di provenienza, come, invece, succedeva nel passato. Prima, infatti, gli emigranti del nostro territorio producevano reddito nelle città di destinazione per investirlo, successivamente, nei paesi del territorio distrettuale, acquistando terreni, acquistando o ristrutturando immobili ad uso abitativo, commerciale o industriale, intraprendendo attività artigianali o imprenditoriali, etc.

Questo fenomeno emigratorio, connotato dalle caratteristiche sopra illustrate, ha aggravato la già pesante crisi economica nei settori dell'agricoltura, della zootecnica, dei prodotti caseari, crisi dovuta alle difficoltà ataviche di realizzare filiere e prodotti di nicchia, ad alto contenuto qualitativo, capaci di sfuggire alla forte concorrenza della grossa

distribuzione di massa ed alle difficoltà finanziarie dovute alla necessità di adeguare le piccole imprese esistenti alle norme dell'Unione europea.

La crisi è diventata sempre più grave, negli ultimi anni, anche nei settori dell'edilizia pubblica e privata e dell'artigianato, a causa, soprattutto, del forte calo delle commesse pubbliche.

Anche i settori del commercio e dei servizi offerti dai privati hanno subito, inesorabilmente, gli effetti di questa crisi.

A fronte di una simile situazione economica di lungo periodo, è stata inevitabile la crescita di una fortissima richiesta di servizi pubblici solidali soddisfattivi e di qualità.

Dagli indici demografici si evince un generale invecchiamento della popolazione, un sostanziale decremento delle nascite ed un saldo negativo del rapporto tra nascite e morti (il numero delle nascite è inferiore a quello delle morti, per anno).

Questo dato può essere letto nel senso che nel Distretto, negli ultimi lustri, i nuclei familiari non hanno affrontato, con serenità e con stabilità economica, la scelta relativa alla crescita della loro consistenza numerica per effetto di nuove nascite.

I singoli nuclei familiari presenti sul territorio, tendenzialmente, registrano il decremento del numero dei loro componenti. Buona parte delle persone comprese nella fascia di età fra i 18 ed i 40 anni (la c.d. popolazione attiva) si è trasferita al di fuori dei Comuni del Distretto per motivi di lavoro o per motivi di studio. Questo, evidentemente, ha contribuito alla formazione dell'andamento decrescente delle nascite e del trend crescente dell'aumento della popolazione anziana residente.

I redditi dei nuclei familiari sono bassi. Tra questi, le pensioni degli anziani, per un numero considerevole di nuclei familiari, sono una fonte di sostentamento che, spesso, risulta essere l'unica, o comunque la più stabile e consistente.

Gli stipendi erogati dagli enti pubblici costituiscono una percentuale modesta.

Ancora più bassa è la percentuale degli stipendi erogati dalle imprese.

La maggior parte dei redditi, oltre che dalle pensioni, deriva da piccole attività di lavoro autonomo, agricolo, artigianale, commerciale e libero professionale.

Il basso reddito prodotto è speso, quasi per intero, per consumi. Ne consegue una scarsissima propensione al risparmio ed agli investimenti.

Il costo del denaro è elevato, l'accesso al credito non è semplice ed i finanziamenti agevolati sono utilizzati in misura modestissima.

Nel settore imprenditoriale, vi è una bassissima propensione al rischio. Da ciò consegue una scarsa propensione agli investimenti in strutture, attrezzature, etc.

Relativamente alla formazione, emerge un paradosso: i giovani, ma anche molti soggetti quarantenni, frequentano dei corsi di formazione professionale al fine di conseguire delle qualifiche "a misura di territorio", potenzialmente utili in una proiezione futura positiva delle esigenze occupazionali del territorio distrettuale. Il paradosso consiste nel fatto che, nel territorio distrettuale, a causa della crisi imperante, questo personale qualificato rimane, in larghissima parte inoccupato e disoccupato, mentre al di fuori del territorio distrettuale le qualifiche conseguite risultano essere praticamente inutili.

CONTESTO ABITATIVO E SISTEMA DEI TRASPORTI

La struttura urbanistica dei Comuni più antichi delle Alte Madonie è di tipo medievale e la maggior parte degli *insediamenti abitativi* riflette questa struttura.

Essa, da un lato, favorisce le interazioni sociali e, dall'altro, 'facilita' un elevato controllo sociale della comunità sul singolo cittadino.

In contiguità a questi nuclei storici, negli ultimi decenni, sono sorti dei nuovi nuclei residenziali, ora in armonia con quelli preesistenti (ad es. Geraci Siculo), ora in evidente disarmonia (ad es. Polizzi Generosa, Gangi, Petralia Sottana).

Nel territorio del Comune di Petralia Sottana, in modo particolare, sono sorti dei veri e propri 'quartieri satelliti', decontestualizzati dal centro storico.

Il nucleo commerciale di Modonuzza, 'quartiere satellite' del Comune di Petralia Soprana, nella sua anarchia urbanistica, costituisce il luogo di maggiore transizione, di maggior volume di scambi commerciali e di più elevato numero di relazioni sociali.

La struttura urbanistica dei Comuni più giovani (Blufi, Bompietro, Castellana Sicula, Alimena) è prevalentemente di tipo rurale. La configurazione urbanistica è presente, in modo maggiore, nei Comuni di

Castellana Sicula e di Alimena, in modo minore, nei Comuni di Blufi e Bompietro.

Anche in questi Comuni, al pari di quelli più antichi, molte delle vecchie abitazioni sono state abbandonate, a favore di nuovi insediamenti residenziali, sorti all'interno del nucleo abitato o in zone attigue con esso contestualizzate.

La stragrande maggioranza degli abitanti del comprensorio sono proprietari degli alloggi nei quali vivono, a testimonianza di un legame culturale forte con la *casa* considerata come bene economico di primaria importanza. Solo una minoranza di essi abita in alloggi presi in locazione.

Molti degli alloggi dei centri storici, abitati soprattutto da persone anziane, sono stati costruiti circa mezzo secolo fa. Alcuni di essi sono stati costruiti prima della guerra, presentano barriere architettoniche, godono di poco sole e sono poco luminose. Negli ultimi decenni sono stati dotati di servizi igienici, di acqua corrente e di sistemi di riscaldamento precari.

La maggior parte dei cittadini vive in abitazioni più nuove, o comunque adeguatamente rimodernate, dotate dei servizi necessari e dei comforts tipici di un alloggio moderno, luminose, soleggiate, con impianti elettrici sicuri.

Esistono molti edifici residenziali con un livello di affollamento accettabile e con una buona disponibilità pro-capite di spazio abitativo.

Il sistema fognario e quello di smaltimento dei rifiuti solidi, considerati nel loro complesso, hanno standard igienico-sanitari accettabili. In questi ultimi anni, non si sono mai registrate patologie legate a carenze addebitabili a questi sistemi.

L'approvvigionamento idrico è abbastanza sicuro dal punto di vista igienico. La quantità di acqua erogata dal sistema idrico è bassa, in relazione alle disponibilità idriche del comprensorio.

L'assenza, protrattasi negli anni passati, di Piani Regolatori Generali ha determinato, nella maggior parte dei Comuni (Gangi, ad. esempio fa eccezione), la mancata individuazione di *aree artigianali*. La dislocazione di molte attività artigianali all'interno dei nuclei abitati è incompatibile con la vita sociale moderna ed è motivo di inquinamento (acustico e di altro tipo).

Sono rilevabili, in modo non concentrato ed in quantità modesta, fonti di inquinamento nucleare, a causa della presenza di strutture e di accessori costruiti con l'impiego di materiali a base di amianto.

La salute e la qualità della vita di questi paesi risentono della presenza delle automobili all'interno delle aree abitate. Fatta eccezione per qualche isola pedonale domenicale (in alcuni Comuni) e per alcuni spazi architettonicamente inaccessibili alle auto, possiamo dire che il paesaggio 'antropico' è ampiamente sovrastato da quello automobilistico, con gli agi ed i disagi ad esso connessi.

La densità del traffico automobilistico è maggiore nelle due grosse arterie che tagliano il comprensorio (SS 120 e SS 180).

Una problematica specifica, inerente all'inquinamento acustico ed all'inquinamento atmosferico, sussiste per i Comuni di Alimena e di Fasanò, attraversati da un consistente transito di autotreni che trasportano salgemma, con partenza dalla miniera di Petralia Sottana e con destinazione verso le Province meridionali della Sicilia.

Una problematica simile esiste per il Comune di Castellana Sicula, tagliato trasversalmente dalla SS 120, strada sulla quale fluttua un traffico automobilistico idoneo a produrre livelli di inquinamento analoghi a quelli di una strada urbana cittadina.

I nove Comuni del Distretto sono disseminati su un ampio territorio. La rete stradale è costituita dalle due grosse arterie sopra menzionate (SS.

Comuni	Distanze	Mezzi di	Tempi di
--------	----------	----------	----------

120 e SS. 180) e da una serie di strade provinciali, intercomunali e minori che consente un adeguato collegamento fra tutti i nuclei abitati del territorio.

I tempi medi di percorrenza sono però alti, a causa della configurazione del territorio e si allungano considerevolmente durante le stagioni invernali.

I mezzi pubblici di collegamento, considerata la bassa frequenza delle corse, sono poco utilizzati dall'utenza che ricorre, prevalentemente, a mezzi privati.

	chilometriche da Petralia Sottana (Comune Capofila)	trasporto	percorrenza
Alimena	19 Km	Pubblici → Privati →	45' – 60° 25' – 30'
Blufi		Pubblici → Privati →	25' – 30' 15'
Bompietro		Pubblici → Privati →	25' – 30' 15'
Castellana Sicula		Pubblici → Privati →	20' 15'
Gangi		Pubblici → Privati →	20' – 25' 15' – 20'
Geraci Siculo		Pubblici → Privati →	20' – 25' 15' – 20'
Petralia Soprana		Pubblici → Privati →	15' – 20' 10'
Polizzi Generosa		Pubblici → Privati →	25' – 30' 15' – 20'

**IL PIANO DI ZONA
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.35
Principi e finalità**

Entrando nel merito del Piano di Zona, dobbiamo segnalare alla memoria che una precedente esperienza di pianificazione e di progettazione sociale, sul nostro territorio, è stata messa in campo (con finalità, a dire il vero, molto meno ambiziose e ben più circoscritte) con l'attuazione della legge 285/97 che ha consentito, per la prima volta, di connettere soggetti istituzionali e terzo settore, nell'ambito specifico della tutela e della promozione della *qualità della vita* dei minori.

La legge 285/97 è stata una 'prova tecnica di connessione' ed, al contempo, il primo passo per una vera e propria integrazione².

Il Piano di Zona, ispirato ai principi ed ai criteri della legge 328/00, rappresenta una reale opportunità per sviluppare, nel Distretto n. 35, una *cultura di rete* concretantesi in un processo di programmazione comune ed in un'efficace integrazione socio-sanitaria, ispirata ai principi della sussidiarietà³.

Il Piano di Zona, frutto della collaborazione fra i Comuni del Distretto socio-sanitario n. 35, l'Azienda USL n.6, le Scuole del territorio ed il Privato sociale, si inserisce in un contesto locale caratterizzato:

- *dalla presenza di un patrimonio culturale, storico ed antropologico ricco e*

² “Prima della legge n. 328/2000 e del decreto legislativo n. 229/99, la definizione delle condizioni per l'integrazione era stata affrontata dalle legislazioni regionali, attraverso:

- ⇒ l'inserimento nelle proprie norme di soluzioni per la programmazione integrata dei servizi (ad esempio i piani di zona dei servizi socio-sanitari);
- ⇒ la previsione di formule incentivanti, soprattutto di natura economica, per gli enti locali e le aziende sanitarie che avessero optato per la gestione integrata dei servizi, tramite delega gestionale o accordo di programma;
- ⇒ la sollecitazione dei servizi, con progetti obiettivi e azioni finalizzate, a passare dalle prestazioni settoriali alla realizzazione di sistemi integrati di risposta per le persone e le famiglie, sviluppando capacità di gestire percorsi assistenziali complessi.” Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “*Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana*”, Parte II, Cap. 3, punto 3.11.

³ “Il principio di sussidiarietà, inteso in termini non riconducibili ad alcuna interpretazione ideologica, estende la metodologia della concertazione e della cooperazione, valorizzando i processi di integrazione attraverso la prassi delle responsabilità condivise.” Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “*Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana*”, Parte II, Cap. 3, punto 3.10.

*significativo, anche nel
contesto regionale di
riferimento;*

- *dalla presenza di un
patrimonio paesaggistico,
naturalistico ed architettonico
tra i più interessanti della
Sicilia;*
- *da un tessuto sociale solido ed
abbastanza coeso in cui,
tuttavia, i tradizionali vincoli di
solidarietà (parentali, amicali e
di vicinato) che garantiscono
un adeguato livello di
protezione sociale, sono
sottoposti a trasformazioni che
alimentano nuovi ed
inquietanti processi di
disgregazione;*

**Il Piano di Zona nasce in un momento storico in cui il territorio del
Distretto n. 35 risulta essere interessato da alcune criticità indicative:**

- *generale invecchiamento della popolazione, con i problemi sociali e
sanitari connessi a tale fenomeno;*
- *consistente tasso di disoccupazione, in particolare giovanile e femminile;*

- *significativo decremento demografico connesso a fenomeni di mobilità sociale (fenomeno migratorio, etc);*
- *problematiche relative al reinserimento lavorativo degli ultracinquantenni che hanno perso il “posto di lavoro”;*
- *graduale indebolimento finanziario dei Comuni, per i tagli dei trasferimenti da parte dello Stato-Regione;*
- *ampliamento dell’area dei bisogni (sociali, sanitari, economici, ecc.), a fronte di un graduale decremento delle risorse disponibili;*
- *scarsa diffusione della ‘cultura di rete’ e della gestione integrata dei servizi;*
- *forte e diffusa “cultura del campanile”, con gli svantaggi (culturali, economici, sociali, etc.) che da essa conseguono e derivano, e, “all’interno del campanile” (cioè, in ogni singolo Comune), forte predominio della “cultura della prevalenza del singolo (che da solo può e deve fare tutto, quando vuole che le sue azioni siano votate al successo e non al fallimento) sul gruppo”, a discapito della collaborazione e della cooperazione;*
- *frammentazione territoriale (nove Comuni e numerose frazioni disseminate su una vasta superficie distrettuale).*
- *un livello di sviluppo economico vicino alla crescita zero, connesso alle emergenze dettate dalle “vecchie e nuove povertà” .*

Per affrontare e risolvere in positivo queste criticità, il Piano di Zona deve muoversi su due livelli, distinti ma costantemente collegati fra di loro:

1° livello: *relativo alla popolazione tutta considerata nella sua ‘normalità’;*

2° livello: *relativo ai ‘segmenti problematici’ del territorio.*

Consequenzialmente, la presente progettazione di piano mira:

- ⇒ *alla riforma dei modelli di organizzazione dell'assistenza;*
- ⇒ *a ridurre il disagio senza attivare circuiti di dipendenza assistenzialistica⁴;*
- ⇒ *al “disegno” sul territorio-comunità della rete dei servizi essenziali⁵;*
- ⇒ *all'individuazione, prima del “disegno” della rete dei servizi essenziali, dei livelli e dei modelli standard distrettuali degli stessi, al fine di predisporre un “quadro omogeneo dei servizi”⁶. “La ricognizione sulle caratteristiche locali potrà mettere in risalto, tramite una migliore conoscenza delle realtà territoriali, anche alcuni squilibri tra i diversi territori. E' necessario perciò sostenere politiche redistributive quando si disegneranno sul territorio le reti di servizi essenziali: è importante infatti garantire omogeneità di trattamento e pari opportunità ai cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza”⁷;*
- ⇒ *alla formulazione ed all'adozione di idonei schemi quantitativi di valutazione;*

⁴ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.8.

⁵ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.6.

⁶ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.6.

⁷ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.6.

- ⇒ *alla formulazione ed all'adozione di efficaci schemi di valutazione della qualità dei servizi erogati (mediante il metodo della concertazione tra pubblico e privato sociale)⁸;*
- ⇒ *alla raccolta ragionata e funzionale dei dati;*
- ⇒ *all'informazione costante e continua sui bisogni da soddisfare e sull'evoluzione della domanda⁹;*
- ⇒ *alla correzione, se necessaria, del “disegno” della rete dei servizi essenziali, sulla base dei dati raccolti mediante gli schemi di valutazione e mediante il monitoraggio sull'evoluzione della domanda;*
- ⇒ *alla ricognizione delle risorse disponibili ed all'individuazione delle risorse aggiunte sia della pubblica amministrazione, sia del privato sociale, sia delle imprese¹⁰;*
- ⇒ *a promuovere la cultura della prevenzione (il piano socio-sanitario deve indicare ambiti concreti di intervento, progetti sperimentali, criteri e indicatori condivisi, piani di intervento pluriennali delimitati e con risultati realistici e verificabili¹¹), della promozione e dell'attenzione, cercando di contenere gli interventi lampo (non programmati neanche in termini*

⁸ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.9.

⁹ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.7.

¹⁰ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.7.

¹¹ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.8.

preventivi) dettati dalla logica dell'emergenza e degli interventi a pioggia;

⇒ a favorire una maggiore economicità nella gestione dei servizi socio-sanitari e sanitari;

⇒ ad accompagnare il cittadino ('normale' o portatore di problemi) durante il percorso verso l'attuazione di una piena e compiuta cittadinanza sociale;

⇒ a facilitare il cittadino nell'accesso ai servizi ed a garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi, mediante: l'istituzione di sportelli unificati per l'accesso, la sibtetizzazione delle procedure, il collegamento e la messa a rete di tutti i punti di accesso del Distretto¹²;

⇒ a migliorare la qualità della vita ed il ben-essere delle comunità interessate;

⇒ a combattere la povertà "vecchia e nuova";

⇒ a promuovere la cultura della partecipazione, della responsabilità diffusa e della governance nel territorio.

⇒ A favorire l'integrazione tra il pubblico ed il privato sociale.

¹² "In questo ambito rientra la competenza del segretariato sociale, le cui funzioni, in rapporto alle esigenze dei cittadini, sono quelle di:

⇒ avere informazioni complete sulla gamma dei diritti, delle prestazioni e delle modalità di accesso al sistema locale dei servizi socio-sanitari;

⇒ conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui i cittadini vivono.

In particolare l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi" Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana", Parte II, Cap. 3, punto 3.7.

“L’integrazione degli interventi e dei servizi sociali deve prevedere:

- ⇒ **la rete dei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria¹³ di competenza delle Aziende unità sanitarie locali;**
- ⇒ **la rete dei servizi di competenza dei Comuni.**

Affinché venga realizzata la rete delle unità d’offerta ad elevata integrazione socio-sanitaria di competenza delle Aziende unità sanitarie locali occorre:

- ⇒ **la ridefinizione dell’indice di fabbisogno;**
- ⇒ **la liberalizzazione degli incrementi;**
- ⇒ **l’introduzione del contratto (per rendere finanziariamente sostenibile la spesa socio-sanitaria sono indispensabili forme contrattuali a livello centrale o decentrato in grado di governare le tariffe in rapporto ai volumi);**
- ⇒ **la ridefinizione puntuale delle utenze proprie di ciascuna unità (riclassificazione delle <<condizioni di fragilità>>; ridefinizione dei contenuti delle prestazioni assistenziali; introduzione delle nuove modalità di remunerazione riferite ai tre parametri: fragilità, qualità delle prestazioni, risultato).**

La rete dei servizi sociali di competenza dei Comuni deve invece prevedere:

- ⇒ **standard gestionali;**
- ⇒ **standard strutturali”¹⁴.**

¹³ “La riforma ter rispetto a questi problemi dice che: quando c’è un bisogno molto intenso che richiede elevata integrazione socio-sanitaria, gli oneri degli interventi gravano totalmente sul fondo sanitario nazionale, evidenziando come in questi casi le aziende sanitarie devono garantire risposte certe, in tempi definiti” Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.7.

Relativamente al momento dell'erogazione, occorre precisare che "l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità.

Risultano determinanti:

- ⇒ l'organizzazione della rete delle strutture offerte;
- ⇒ le modalità di presa in carico anche attraverso una valutazione multidimensionale;
- ⇒ una omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza¹⁵”.

I principi ed i valori a cui la presente progettazione di piano si ispira sono quelli:

- *dell'universalità nell'accesso.*
- *dell'attenzione ai soggetti più deboli.*
- *dell'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati*

Per ultimo, ma certamente non per minore importanza, dobbiamo ribadire che il processo normativo ed amministrativo che ha condotto alla nascita dei Distretti socio-sanitari ha avuto, sin dall'inizio, come obiettivo dichiarato quello di creare degli ambiti territoriali con una valenza ben diversa rispetto al passato, dalla quale far derivare buona parte del significato e del senso della loro funzione.

¹⁴ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.7.

¹⁵ Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.7.

Non ci troviamo di fronte, infatti, ad una mera operazione di aggregazione territoriale di Comuni a sistema invariato, bensì ci troviamo di fronte alla necessità di fare i conti e di confrontarci con un'operazione ben più sofisticata e più complessa¹⁶ volta a costituire degli ambiti operativi, perfettamente localizzati e determinati sul territorio, in cui, per ragioni di omogeneità, si devono programmare, progettare e realizzare dei sistemi integrati di interventi e di servizi sociali¹⁷, con l'impiego di modelli, alternativi rispetto al passato, fortemente innovativi ed efficaci.

Il compito è notevole ed arduo.

In questi ambiti territoriali:

- si devono promuovere interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, diritti di cittadinanza;
- si devono prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, da difficoltà sociali e da condizioni di non autonomia;
- si deve mettere la persona al centro del sistema degli interventi e dei servizi e la famiglia al centro della comunità sociale;

¹⁶ Basta leggere il Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 *“Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.2.1.*, per avere conferma di ciò : *“La Regione siciliana si avvia verso una riforma profonda e duratura del sistema dei servizi socio-sanitari. Per farlo, non dovrà solo mettere in campo grandi capacità operative e gestionali, né basterà disporre di risorse adeguate: serve anche una nuova mentalità”*.

¹⁷ Ai sensi della legge 328/2000, per *“interventi e servizi sociali”* si devono intendere tutte le attività previste dall’art. 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Alcune delle profonde innovazioni introdotte dalla legge-quadro di riforma del sistema degli interventi e dei servizi sociali (legge 328/2000) sono state anticipate dal decreto legislativo 229/99 sull’integrazione socio-sanitaria. In Sicilia, esse sono state anticipate, prima dell’anno 1999, dalla legge regionale n. 22/1986, la quale ha costituito e rappresentato, sin dal tempo in cui è entrata in vigore, un impianto normativo d’avanguardia, per l’importanza dei temi disciplinati e per il respiro degli indirizzi.

- si deve considerare la famiglia non come destinataria ultima di servizi, ma come “risorsa”;
- si devono porre al centro del nuovo sistema degli interventi e dei servizi sociali le responsabilità diffuse delle comunità locali;
- si deve conferire ai cittadini, singoli ed associati, l’opportunità di esercitare concretamente i doveri di solidarietà sociale indicati nell’art. 2 della Costituzione¹⁸;
- si devono riconoscere i cittadini e le famiglie come “soggetti” protagonisti della rete degli interventi e dei servizi sociali, non come “casi” “oggetto” di prestazioni, al fine di consentire loro l’esercizio della cittadinanza attiva nel campo sociale, in attuazione dei principi di libertà di scelta e di reciprocità;
- si deve riconoscere ed agevolare il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni, degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti, delle confessioni religiose¹⁹

¹⁸ Welfare della responsabilità. “... La Regione intende dare spazio alle donne ed agli uomini che vogliono impegnarsi a tutela dei beni comuni, promuovendo in ogni ambito territoriale lo spirito di comunità, attivando un processo che sostiene ... le modalità con cui si passa da uno Stato né solo erogatore, né solo esattore ad uno Stato che ha tra i suoi specifici compiti quello di promuovere risorse, capacità imprenditoriali e organizzazioni, diretta espressione della società civile, come soggetti di un welfare comunitario” Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.1.

¹⁹ “Questo significa che la Regione intende dare spazio alle donne ed agli uomini che vogliono impegnarsi a tutela dei beni comuni, promuovendo in ogni ambito territoriale lo spirito di comunità, attivando un processo che sostiene: ... le modalità di coinvolgimento stabile dei soggetti sociali nell’organizzazione dei servizi e delle prestazioni, in un rapporto non solo più di affidatario o fornitore del pubblico, ma di partenariato attivo; lo sviluppo, in tutto il sistema di organizzazione ed erogazione dei servizi, di modalità di coinvolgimento dei cittadini come utenti e fruitori dei servizi, ma anche di controllo della qualità e della funzionalità” Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana”, Parte II, Cap. 3, punto 3.1.

con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, operanti nel settore della programmazione, nella organizzazione, nella gestione e nel monitoraggio del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

- si deve promuovere la solidarietà sociale;
- si devono valorizzare le iniziative delle persone, dei nuclei familiari, le forme di aiuto-aiuto e di reciprocità e la solidarietà organizzata;
- si devono trasformare i gruppi svantaggiati da soggetti di assistenza in soggetti di iniziativa;
- si deve consentire l'accesso prioritario ai servizi ed alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali ai soggetti in condizione di povertà, con reddito limitato o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché ai soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria nei cui confronti si rendono necessari interventi assistenziali;
- si deve consentire l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali non solo ai cittadini italiani, ma anche ai cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea ed ai loro familiari, nonché agli stranieri, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali;

- si devono applicare i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza, economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali, e gli altri principi costituzionali;
- si deve praticare una prevenzione efficace ed efficiente;
- si deve applicare a tutto ciò che precede in elenco ed a qualsiasi altra problematica emergente nel territorio, sempre e comunque, una mentalità nuova.

E' del tutto evidente che, dopo la realizzazione della totalità di questi interventi (oggetto e contenuto della stipula di un vero e proprio contratto sociale plurilaterale), l'ambito territoriale non può più continuare ad essere ciò che era prima della realizzazione efficace ed efficiente degli interventi medesimi.

L'ambito territoriale, infatti, è determinato come il luogo e la misura degli interventi; la stipula del contratto sociale plurilaterale e la realizzazione efficace ed efficiente degli interventi programmati trasformano radicalmente (in forza dell'efficacia e dell'efficienza dei modelli e degli interventi) l'ambito territoriale, in modo irreversibile.

Ciò che realmente si vuole mettere in giuoco, non sono soltanto gli interventi ed i servizi sociali, ma le dinamiche interne e profonde dell'ambito territoriale interessato dagli interventi medesimi, e cioè, in ultima analisi, il "vissuto, reale e mentale, del territorio".

Tutti gli abitanti dei Comuni facenti parte del Distretto socio-sanitario, dopo avere stipulato questo contratto, devono adempierlo perfettamente ed in modo soddisfacente, e cioè devono responsabilmente pensare il proprio territorio in un modo nuovo ed unitario: soltanto a questa condizione i servizi e gli interventi integrati possono essere efficaci ed efficienti.

Al centro del nuovo sistema è collocata, dunque, la responsabilità delle comunità locali solidali, connessa al contratto sociale plurilaterale stipulato e funzionalizzata alla crescita complessiva del territorio, in un modello che possiamo definire welfare territoriale comunitario della responsabilità plurale, e cioè delle responsabilità condivise (per la partecipazione alla stipula del contratto sociale plurilaterale di tutti i soggetti presenti ed attivi sul territorio).

Nel nuovo modello territoriale le decisioni di governo non devono più essere prese dall'alto, o dal centro, ma devono essere pensate, co-decise, co-programmate e co-progettate da un sistema di rete di soggetti interconnessi ed interfacciati, i quali dovranno condividere la responsabilità di quanto pensato, deciso, programmato, progettato e realizzato²⁰.

²⁰ “La welfare community. In coerenza con la legge 328/2000 e con il piano sociale nazionale, il piano sociale regionale promuove lo sviluppo di un Welfare che può essere definito plurale, perché costruito e sorretto da responsabilità condivise, in una logica di sistema allargato di governo, che valorizzi il federalismo solidale in cui:

- ⇒ tutti i livelli di Governo, Comuni, Province, Regione, sulla base degli indirizzi dello Stato e dell'Unione europea e tenendo conto delle specificità territoriali, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, concorrono a formulare, realizzare e valutare le politiche sociali;
- ⇒ le organizzazioni sindacali e le associazioni sociali e di tutela degli utenti partecipano a formulare gli obiettivi di benessere sociale e a valutarne il raggiungimento;
- ⇒ le comunità locali, le famiglie, le persone sono soggetti attivi delle politiche sociali e, in quanto tali, svolgono un ruolo da protagonista, nella progettazione e nella realizzazione del sistema;
- ⇒ l'aggregazione e l'auto-organizzazione degli utenti, delle famiglie, delle persone è fattore di arricchimento della rete dei servizi;
- ⇒ le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che operano in campo socio-assistenziale partecipano alla programmazione regionale del sistema;
- ⇒ le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato accordi, concorrono alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema integrato;
- ⇒ le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli altri soggetti privati provvedono, insieme ai soggetti pubblici, all'offerta ed alla gestione dei servizi.

Un ruolo molto importante nella programmazione e nell'attuazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali lo esercitano gli enti e gli organismi dipendenti o collegati con la chiesa cattolica e le altre chiese e confessioni religiose, le quali rappresentano importanti bisogni e domande sociali, oltre a contribuire generosamente, spesso in modo determinante, nell'offerta di servizi in beneficio della popolazione più bisognosa.

Anche il mondo della ricerca e della formazione, di cui la Regione è ricca, partecipa in pieno alla programmazione ed alla realizzazione della rete di interventi e servizi sociali con il suo patrimonio scientifico e di sapere.

Non va dimenticato, infine, l'indispensabile funzione del mondo della finanza e del credito, soggetto fondamentale per realizzare un sistema di interventi e di servizi efficiente e sostenibile.

Occorre promuovere un'organizzazione sociale che "si prenda cura" dei suoi membri e pensare a servizi che promuovono la piena cittadinanza di ciascuno, attivando uno scambio intenso e continuo fra reti informali e reti formali, fra le risorse familiari-parentali, quelle della comunità e quelle dei soggetti pubblici. Solo con una forte attenzione agli aspetti relazionali, è possibile contrastare efficacemente i molteplici percorsi che conducono all'esclusione sociale e ridurre le aree del disagio; solo all'interno di una comunità solidale è ipotizzabile nella società attuale la piena cittadinanza per tutti.

L'obiettivo del sistema di welfare locale è la realizzazione di questa comunità solidale. La prima scelta del piano socio-sanitario sarà dunque quella di mettere al centro del nuovo sistema degli interventi e dei servizi sociali siciliani i diritti di cittadinanza e le responsabilità diffuse della comunità locale. La rete dei servizi essenziali, da costruire in ogni ambito territoriale, dovrà affrontare i bisogni del territorio, prevedendo innanzitutto un insieme di interventi volti a comprendere le ragioni del disagio e a promuovere l'ascolto delle persone, per poter consigliare percorsi o anche semplicemente per favorire l'orientamento nel sistema dei servizi." Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 "*Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana*", Parte II, Cap. 3, punto 3.4.

**Quadro delle priorità del
Piano di Zona**

In data , alle ore 10:50 circa, si riuniva il Gruppo Piano, presso l’Aula Consiliare del Comune di Petralia Sottana.

All’unanimità i presenti deliberavano le seguenti priorità ed i seguenti obiettivi:

⇒ Upi per disabili
⇒ Segretariato Sociale
⇒ Assistenza Domiciliare
⇒ Sostegno alle famiglie
⇒ Interventi a favore di soggetti in esecuzione penale
⇒ Potenziamento dei Servizi esistenti
⇒ Politiche giovanili e prevenzione dipendenze

⇒ Carta dei Servizi

OFFERTA

(Commento alla griglia aggregata dei livelli assistenziali attivati nel Distretto)

Per quanto concerne i livelli assistenziali attivati nel Distretto il quadro complessivo è il seguente:

⇒ Servizio sociale professionale: il servizio sociale professionale, motore della programmazione e della promozione dell'offerta, è presente in tutti i Comuni del Distretto. Tuttavia, va osservato che questo servizio non ha, ad oggi, lo status di un servizio stabile e completamente istituzionalizzato con personale di ruolo a tempo indeterminato ed a tempo pieno, fatta eccezione per il solo Comune di Polizzi Generosa, il quale può usufruire di un assistente sociale di ruolo ed a tempo pieno. L'AUSL ha in ruolo 4 assistenti sociali a tempo pieno, i quali operano in tre Consultori territoriali presenti in tre Comuni del Distretto (Gangi, Petralia Sottana e Polizzi Generosa), ed al Centro di Salute Mentale. I Comuni nei quali non è attivo il servizio di Consultorio familiare, neanche in convenzione, sono: Alimena, Blufi, Bompietro, Castellana Sicula, Geraci Siculo e Petralia Soprana. Nell'ambito del servizio sociale

professionale così come descritto ed attivo nei Comuni del Distretto, viene svolto anche il servizio di segretariato sociale. Il servizio di segretariato sociale è presente in tutti i Comuni del Distretto e viene offerto non soltanto dagli Enti Locali, ma anche dal terzo settore: Patronati, Sindacati, ANMIC, BANCA DEL TEMPO (limitatamente agli associati). In particolare il Comune Capofila di Petralia Sottana ha attivato un servizio di segretariato sociale (Sportello C.E.R.I.S., Centro risorse) con fondi della Provincia Regionale di Palermo. Ad Alimena, l'INPS ha attivato uno sportello presso l'ufficio servizi sociali del Comune (Punto INPS), con finalità di segretariato sociale e con l'impiego di personale di ruolo del Comune. Nell'ambito dell'esercizio professionale della programmazione e della promozione dei servizi offerti, il quale, in quanto professionale, è per ciò stesso omogeneo, si deve segnalare l'utilizzazione di schemi di valutazione non omogenei nei diversi Comuni. Questo fatto è da addebitare all'assenza, ad oggi, di un Osservatorio centrale ed istituzionalizzato per l'analisi dei bisogni, per la predisposizione degli schemi di valutazione, per la raccolta dei dati, per il monitoraggio dei servizi e per la prevenzione. L'Osservatorio, peraltro, una volta istituzionalizzato con il coinvolgimento di tutte le professionalità presenti sul territorio (AUSL, Comuni, Terzo settore, Enti Terzi), dovrà costituire il riferimento fondamentale per l'elaborazione e

la formulazione di politiche sociali efficienti ed efficaci perché aderenti alle esigenze del territorio.

⇒ **Assistenza domiciliare:** Dalla lettura dei dati circa l'offerta del servizio si evince che esso è presente in tutti i Comuni, con percentuali differenti (calcolate sulla popolazione anziana di sessantacinquenni ed oltre), da un minimo del 2,5% (Polizzi Generosa) ad un massimo di 17,1% (Geraci Siculo), con una media distrettuale pari al 7%.

	Alimena	Blufi	Bompietro	Castellana Sicula	Gangi	Geraci Siculo	Petralia Soprana	Petralia Sottana	Polizzi Generosa
V.A.	104	30	72	48	60	60	60	100	30

Questi dati, però, possono ingannare, perché il servizio è prestato in modo parzialmente differente nei singoli Comuni. In alcuni è prestato per dodici mesi, in altri soltanto per alcuni mesi, con ore settimanali e con orari variabili. Prima di passare all'integrazione del servizio, pertanto, occorre rendere lo stesso servizio omogeneo in tutti i Comuni, attraverso l'individuazione di parametri standard che dovranno essere adottati, uniformemente, su tutto il territorio distrettuale.

Gli standard suggeriti sono i seguenti:

⇒ Il servizio dovrà essere reso per il periodo di 12 mesi. L'arco di tempo in cui il servizio dovrà essere erogato dovrà crescere parallelamente ai successi ottenuti sul versante della prevenzione

ed ai successi ottenuti per effetto del lavoro di rete, di razionalizzazione e di ottimizzazione dei servizi offerti;

⇒ I costi unitari del servizio dovranno essere resi quanto più uniformi ed omogenei in tutti i Comuni;

⇒ Il numero degli utenti dovrà essere determinato in funzione dei bisogni assistenziali e delle disponibilità finanziarie e dovrà aumentare parallelamente ai successi ottenuti sul versante della prevenzione ed ai successi ottenuti per effetto del lavoro di rete, di razionalizzazione e di ottimizzazione dei servizi offerti;

⇒ Gli schemi di valutazione dovranno essere utilizzati anche per obiettivi di prevenzione;

⇒ La prevenzione dovrà avere come obiettivi il benessere ed il risparmio di spesa;

⇒ Parallelamente all'erogazione del servizio domiciliare monitorato si dovrà monitorare anche la spesa sanitaria per accertare il raggiungimento degli obiettivi di benessere, di prevenzione e di risparmio di spesa.

⇒ Strutture residenziali e semiresidenziali: Dai dati forniti ed analizzati emerge che sul territorio distrettuale:

- non sono stati ad oggi attivati centri di accoglienza per donne in difficoltà e centri di accoglienza per immigrati;
- esiste una comunità alloggio per disabili mentali attivata presso il Comune di Geraci Siculo;
- sono stati ad oggi attivati centri diurni in favore dei disabili limitatamente a soli due comuni e per periodi limitati.
- esistono e sono state attivate strutture per anziani (case di riposo) in tre Comuni su nove Castellana Sicula (privata), Gangi (convenzionata), Petralia Sottana (privata) e Blufi (convenzionata). Nei Comuni di Alimena, Bompietro, e Petralia Soprana sono presenti strutture non ancora attivate;
- non esistono ad oggi centri di pronto intervento per handicap fisico;
- esiste presso il comune di Geraci Siculo una comunità alloggio per disabili.

Relativamente alle strutture semiresidenziali è stata segnalata l'esigenza di attivare un centro diurno comprensivo per disabili.

⇒ Centri di accoglienza: Dai dati forniti ed analizzati emerge che sul territorio distrettuale:

- non esistono asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia. Esistono strutture non attive nei Comuni di Castellana sicula e di Petralia Sottana;

- **Esistono , in tutti i Comuni, associazioni culturali e sociali, circoli ricreativi, gruppi parrocchiali, organizzazioni sportive;**
- **non si effettuano soggiorni vacanze per disabili e per minori, fatta eccezione per il Comune di Geraci Siculo che attua questo servizio solo per i disabili (privato sociale);**
- **si effettuano soggiorni vacanze per anziani nei Comuni di Alimena, Gangi e Geraci Siculo.**

GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI AL 31/12/2006

INDICATORI

COMUNI

ALIMENA	BLUFFI	BOMPIETRO	CASTELLANA	GANGI	GERACI SICULO	PETRALIA SOPRANA	PETRALIA SOTTANA	POLIZZI GENEROSA
---------	--------	-----------	------------	-------	---------------	------------------	------------------	------------------

TERRITORIO

Immobili comunali ad uso socio sanitario

no	1	no	no	1	no	no	no	
----	---	----	----	---	----	----	----	--

POPOLAZIONE

Numero centri di accoglienza notturna in convenzione

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Autorizzazione accoglienza notturna

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Numero mense sociali

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Numero case famiglia

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Nuclei familiari assistiti

si	no	no	no	si	no	no	no	si
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Assegni per nuclei familiari art. 65;66 L. 448/98

7	no	no	30	58	22	20	14	38
---	----	----	----	----	----	----	----	----

Contributo per l'affitto

4	no	no	no	no	no	no	no	no
---	----	----	----	----	----	----	----	----

Famiglia in assistenza alloggiata

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Banche del tempo

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Assistenza economica

24	no	no	3	9	7	3	2	30
----	----	----	---	---	---	---	---	----

Esenzione tributi per famiglia indigenti

no	no	no	no	3	no	no	no	1
----	----	----	----	---	----	----	----	---

Ragazze madri e minori illegittimi

no	no	no	2	1	no	no	no	1
no	no	1	no	no	no	no	no	13
no	no	no	no	no	no	no	no	no
no	no	no	no	no	no	no	no	no
1	1	no	no	no	no	no	no	2

Interventi ex ENAOLI

Interventi ex ANMIL

Assistenza famiglie detenuti

Assistenza post-penitenziaria

BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI

Numero asili nido comunali

Iscritti ai nidi in listad'attesa

Numero scuola materne statali, comunali e privato

Indagini pre-adozioni e/o preaffidamento

minori in affidamento

Minori assistiti in strutture residenziali

Strutture per ricovero minori

Minore in assistenza domiciliare

Utenti del servizio trasporto scolastico

Borse lavoro

Centri diurni

Biblioteca comunale

Informagiovani

Centri ricreativi e culturali

no	no	no	no	no	no	no	no	no
no	no	no	no	no	no	no	no	no
1	1	1	2	3	1	3	1	1
no	no	no	no	no	no	no	no	2
1	no	no	no	1	no	no	no	no
1	no	no	no	no	no	1	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no
no	no	no	no	no	no	no	no	no
30	70	no	71	184	280	392	150	200
no	no	no	no	no	no	no	no	no
no	no	no	no	1	no	no	no	no
1	1	1	no	1	n1	1	1	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no
3	no	no	no	4	no	no	2	1

ANZIANI E DISABILI

Anziani assistiti economicamente

Anziani in assistenza domiciliare

Strutture residenziali per anziani e disabili

Soggiorni di vacanza

Canone centri sociali

Ricoveri

Attività lavorativa

no	10	no	no	no	no	no	no	5
104	30	72	48	60	60	60	100	30
1	2	no	no	1	1	no	1	no
47	no	no	no	50	no	no	no	55
no	no	no	no	1	no	no	no	no
1	no	no	no	2	no	no	4	no
18	10	no	no	8	30	no	no	no

EMIGRATI

Interventi a favore degli emigrati

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

no
no**IMMIGRATI**

N. Piani personalizzati

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

N. Inserimenti lavorativi

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

N. Minori inseriti in scuole materne, elementari e media

2	no	no	no	no	no	2	1	no
---	----	----	----	----	----	---	---	----

Centri di accoglienza

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Centri educativi

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Iniziative per la comunicazione interculturale

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Numero operatori di mediazione occupati nei servizi

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Interventi per l'orientamento e la formazione al lavoro

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Immigrati avviati al lavoro

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

SALUTE

Numero utenti con assistenza economica malati di AIDS

	no	no	no	no	no	no	no	no
--	----	----	----	----	----	----	----	----

Consultori

1	no	no	si	1	1	no	1	no
---	----	----	----	---	---	----	---	----

Comunità alloggio per utenti affetti da forme di disagio mentale

no	no	no	no	no	1	no	no	no
----	----	----	----	----	---	----	----	----

Presidi ospedalieri

no	no	no	no	no	no	no	1	no
----	----	----	----	----	----	----	---	----

N. tossicodipendenti in carico al SERT

no	no	no	no	np	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

PORTATORI HANDICAP E DISABILI

Assistenza igienico-sanitaria

1	1	no	1	no	2	1	no	2
---	---	----	---	----	---	---	----	---

Ricovero disabili mentali

	3	3	2	3	no	1	no	1
--	---	---	---	---	----	---	----	---

Assistenza domiciliare cittadini svantaggiati

no	no	no	no	7	no	no	no	no
----	----	----	----	---	----	----	----	----

Centri diurni

no	no	no	no	no	no	no	no	no
----	----	----	----	----	----	----	----	----

Assistenza domiciliare port handicap

10	no	no	9	10	3	6	5	no
----	----	----	---	----	---	---	---	----

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

si	si	si	si	si	si	si	si	si
----	----	----	----	----	----	----	----	----

AREA ANZIANI

Premessa

Nell'ambito della programmazione dei Servizi, l'area di interventi alle persone anziane è rientrata tra le direttrici prioritarie.

L'allungamento della vita media delle persone e l'invecchiamento della popolazione, insieme alla marcata e stabile diminuzione delle nascite, ci pongono di fronte ad una significativa modificazione del quadro demografico dei nostri territori: fenomeno questo che caratterizza la nostra epoca e che deve essere considerato ormai come strutturale e non reversibile.

Pertanto, considerata la consistenza del fenomeno, appare indispensabile abbandonare qualsiasi lettura del "fenomeno anziani" in termini negativi, come "fonte di problemi" e di gravami pesanti per la finanza pubblica: molti anziani anche ultrasessantacinquenni, costituiscono, un serbatoio di risorse che possono giocare a favore dell'intera collettività; a partire dagli interventi a fini solidaristici degli anziani per gli anziani per giungere ad una serie di attività socialmente utili, non ultima delle quali la trasmissione ai più giovani dei saperi collegati ai mestieri tradizionali.

L'invecchiamento va considerato, quindi, non come una "emergenza" da affrontare, ma come elemento costituente della nostra società che, a partire dalla conoscenza della sua reale entità e della sua complessità e dal riconoscimento culturale del "valore dell'età anziana", ci richiede, in maniera improrogabile, di ripensare e di riorganizzare adeguatamente la rete dei servizi sociali e sanitari.

L'analisi dei bisogni, condotta sul territorio, sia attraverso gli strumenti dell'ufficio servizi sociali, sia attraverso successive indagini dell'ufficio di Piano, ha convinto della necessità che la programmazione in essere deve assumere un

duplice impegno: quello dell'avvio di servizi essenziali di assistenza nelle realtà che sono partite da zero e la salvaguardia delle opportunità di implementazione ulteriore con relativa evoluzione qualitativa degli interventi consolidati presso quei Comuni che avevano già compiuto un primo percorso.

Il gruppo dopo aver preso in esame e poi condiviso lo schema operativo preposto ha discusso e si è confrontato intorno ai seguenti punti:

- Analisi dei bisogni e della domanda di aiuto;
- Analisi dell'offerta di servizi e delle persone presenti nel territorio;
- Validazione degli interventi già attivati;
- Definizione delle progettualità sperimentali.

Analisi dei bisogni e della domanda di aiuto

Attraverso la messa in comune del contributo dei singoli partecipanti che hanno riportato, ognuno per il proprio punto di osservazione, le domande e le richieste delle persone anziane e delle loro famiglie, il gruppo ha individuato una serie di esigenze e necessità espresse e latenti dalle persone anziane, che rappresentano altrettante aree di bisogno che possono essere sintetizzati in:

- Esigenza di esprimere un protagonismo sociale che, partendo da un sentimento di piena utilità e dal riconoscimento del valore culturale e sociale della terza età, permetta alle persone anziane di rimanere nel proprio contesto familiare e di vita relazionale, di conservare e/o di attivare relazioni significative con le altre età e di trasmettere il bagaglio di esperienze, di saperi e di storie vissute di cui ognuno è portatore;
- Necessità di ricevere cure ed assistenza adeguate e diversificate in relazione alla diminuzione di autonomia ed alla perdita di salute psico-

fisica, conservando, finchè è possibile, la possibilità di restare nel proprio ambiente di vita familiare e di relazioni sociali;

- Possibilità per le famiglie che hanno in carico persone anziane di poter usufruire di forme di sostegno e di supporto per continuare a rispondere alle necessità di cura dell'anziano nel proprio ambiente di vita;
- Necessità di poter contare su una rete di relazioni per evitare o ridurre le condizioni di isolamento e di abbandono;
- Necessità di poter usufruire di informazioni e di accompagnamento per accedere ai vari sistemi di servizi proposti da vari Enti e/o agenzie presenti sul territorio;
- Necessità di sostegno economico per contrastare condizioni di povertà materiali.

Per quel che attiene alle domande di aiuto espresse dalle persone anziane e dalle loro famiglie, emergono, in maniera forte e con forme più consapevoli, una serie di richieste nei confronti sia dei servizi pubblici socio-sanitari che delle Associazioni di Volontariato.

Le domande rivolte ai servizi socio-sanitari riguardano, in particolare, le richieste di:

- Intervento di Assistenza Domiciliare per favorire la permanenza dell'anziano in famiglia e/o all'interno di contesti relazionali e affettivi;
- Intervento di tele soccorso per gli anziani non autosufficienti e privi di idoneo supporto familiare;
- Assistenza continuativa in strutture residenziali in particolare per persone anziane che presentano una marcata perdita di salute e di autonomia e non dispongono di una rete familiare in grado di provvedere alle cure o, quando non esiste, non ne ha la capacità e/o la possibilità;

- Intervento di inserimento temporaneo delle persone anziane in strutture residenziali per far fronte a situazioni di emergenza e per sollevare la famiglia dal sovraccarico di oneri di cura;
- Intervento di supporto delle persone anziane che soffrono di patologie croniche, come la demenza senile e il morbo di Alzheimer, in strutture semiresidenziali per sollevare la famiglia, per alcune ore al giorno dagli impegni di cura e dalle responsabilità di vigilanza e per evitare e/o ritardare quanto più possibile il ricorso a strutture residenziali;
- Interventi di aiuti economici alle persone per far fronte a situazioni di disagio temporaneo
- Di accompagnamento all'esterno delle abitazioni per fare la spesa, per disbrigo pratiche, per controlli sanitari e/o per effettuare analisi cliniche e di laboratorio;
- Creazione di un centro di incontro e socializzazione.

Nei confronti delle Associazioni di Volontariato si esprime soprattutto la richiesta:

- Di assistenza psicologica e materiale, in maniera da integrare e consolidare la rete delle offerte esistenti e al fine di dare risposta, in modo personalizzato e differenziato, alle esigenze relazionali, sociali e di assistenza sanitaria- delle persone anziane.
- Di un centro diurno per i soggetti affetti dalla demenza senile e/o patologie correlate;
- Di assistenza sanitaria a domicilio;
- Di potenziare i servizi domiciliari già esistenti.

Analisi dei servizi e validazione delle Buone Pratiche.

Nel gruppo si sono ripercorse le tre principali direttrici, contenute nelle linee guida, lungo le quali si sono, fin qui, articolati gli interventi a favore delle persone anziane e delle loro famiglie.

Gli elementi emersi permettono di individuare le linee di sviluppo lungo le quali orientare la progettualità e le funzioni che ognuno degli attori in campo potranno/dovranno svolgere:

- a) creare i livelli essenziali
- b) potenziare quelli esistenti
- c) progetti innovativi
- d) garantire ai cittadini informazioni corrette ed aggiornate sulla gamma dei servizi per gli anziani, il quadro dei soggetti- pubblico, privato, volontariato- che operano sul territorio, il loro grado di affidabilità e l'elenco dei servizi disponibili
- e) carta dei servizi
- f) potenziare l'offerta di assistenza domiciliare (erogare il SAD agli anziani in modo continuo), prevedendo un'ampia articolazione di interventi sia di natura sociale sia di natura sanitaria:
 - potenziare aiuto domestico-integrato con l'ADI (potenziare gli operatori)
 - trasporto urbano
 - telesoccorso
 - attività lavorativa
 - assistenza infermieristica

rivolti alla persona anziana lungo tre linee:

1. a domicilio della persona anziana
2. attraverso azioni di sostegno alla domiciliarità
3. attraverso la sperimentazione di strutture comunitarie (casa di quartiere).

In particolare, garantendo un livello minimo di Assistenza domiciliare:

- a) per almeno il 5% del totale degli ultrasessantacinquenni entro il I° anno, al II° anno l'8%, al III° anno al 10% (si tratta solo ed esclusivamente di una proposta la cui attuabilità e fattibilità è tutta da verificare in termini finanziari);
- b) da erogare in forma continuativa
- c) garantendo standard di qualità (efficacia-efficienza, soddisfazione degli utenti, accessibilità ecc)
- d) sostenere il protagonismo delle persone anziane ed il loro radicamento nella società lungo alcune principali direttrici
- e) favorire il potenziamento nel territorio, di forme aggregative già esistenti per persone anziane e/o favorire lo sviluppo di nuove soggettività sociali al fine di incrementare ed ulteriormente qualificare il ventaglio di offerte del tempo libero, culturali:

Definizione delle progettualità cantierabili

Passando alla fase dell'individuazione delle azioni sperimentali, il gruppo ha convenuto sulla possibilità di promuovere per la realizzazione dei seguenti progetti

- Segretariato Sociale
- Creazione della R.S.A. nell'ambito del Distretto Sanitario (progetto da realizzare nei locali dell'ex Ospedale)
- Messa a regime del "Telesoccorso" nella rete dei servizi per la domiciliarità
- Centro Diurno
- Progettazione e sperimentazione di una casa "Casa del Quartiere"
- Apertura nelle strutture territoriali della "Bottega del fare"

- Attivazione della “Casa di Riposo” per anziani.

AREA MINORI

In questi ultimi anni si è assistito in tutti i Comuni del Distretto ad un aggravamento del problema occupazionale, accompagnata da un più generale quadro di degrado economico e sociale, di crisi di modelli culturali stabili e coerenti.

Nell’ambito dei nuovi occupati, il numero delle donne impegnate nel mondo del lavoro è proporzionalmente aumentato, di conseguenza è emersa la carenza di servizi e di interventi con funzione di sostegno alle famiglie in cui i minori vivono. Questi mutamenti, in concorrenza con altri fattori sociali, hanno determinato delle trasformazioni nei modelli di vita delle famiglie, con conseguente disorientamento educativo e funzionale delle stesse.

Le problematiche non sono emerse soltanto all’interno della famiglia, ma anche nel mondo della scuola e nel mondo giovanile in generale. In quest’ultimo si è evidenziato un incremento delle difficoltà nell’ambito relazionale, esistenziale e nella progettualità.

Dai dati si evince altresì un incremento del disagio psicologico nei minori, nonostante le singole agenzie abbiano promosso ed attuato degli interventi rivolti alla popolazione scolastica. Pertanto si auspica un'ottimizzazione dei suddetti interventi tramite il lavoro di rete.

Si osserva, in coda alle premesse generali, che non è stato possibile procedere ad un'analisi e ad una valutazione esaustiva dei fenomeni e delle dinamiche sopra argomentate, perché i dati a nostra disposizione ed a noi forniti non sono omogenei, sincronici e completi.

OBIETTIVI

- **Promozione della socializzazione dei minori;**
- **Decremento del disagio minorile ed adolescenziale;**
- **Orientamento delle dinamiche familiari a supporto del ruolo educativo dei genitori come punto di riferimento e modello per i minori;**
- **Promozione di procedimenti di integrazione territoriale tra i soggetti istituzionali e quelli del privato sociale coinvolti nell'orientamento del processo di crescita dei minori.**

IDEE PROGETTUALI

- **Consulenza per le famiglie, gli operatori scolastici e gli educatori in generale;**
- **Sostegno psicologico e sociale alle famiglie, ai minori ed a chiunque operi con esse;**
- **Luoghi di ascolto di facile accesso;**

- **Presenza psico-pedagogica presso tutte le scuole del territorio;**
- **Attività di educazione di strada;**
- **Assistenza educativa domiciliare;**
- **Attività di segretariato sociale;**
- **Informazione e promozione;**
- **Servizio di logopedia e di psicomotricità.**
- **Attività ricreative nel periodo estivo**

Le sopraelencate attività saranno svolte in rete, in particolar modo in collaborazione con i consultori familiari e gli altri servizi della AUSL operanti nel territorio del Distretto;

- **Attivazione di strutture e luoghi di gioco guidato nei periodi estivi di vacanza, per bambini dai 3 ai 6 anni;**
- **Attivazione di strutture di accoglienza a carattere familiare per minori e donne;**
- **Strumenti messi a disposizione dalla L.R. 10/03**

AREA FAMIGLIA E POVERTA'

In questo settore appare prioritario coordinare la L. 328/00 con la legge regionale n. 10/03 (*Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia*), leggi alle quali dev'essere data piena e completa attuazione, anche con il presente Piano di Zona.

La famiglia rappresenta una risorsa ed un valido punto di riferimento per la popolazione.

Dall'analisi dei bisogni emerge che le famiglie del nostro Distretto vivono problematiche analoghe a quelle delle aree più sviluppate.

Nel conteso storico attuale la famiglia sta attraversando un periodo critico dovuto a diversi fattori tra i quali la diminuzione della natalità, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del tasso di disoccupazione, la crisi dei valori.

Stanno emergendo nuovi bisogni, pertanto si devono pianificare nuove strategie e si devono offrire nuovi servizi

Attualmente, le risposte date dalle istituzioni sono prevalentemente di tipo assistenziale .

Appare utile potenziare i servizi esistenti integrandoli con altri, di nuova istituzione ed innovativi, che consentano a tutte le famiglie di poter esercitare il diritto alla cittadinanza e di costruirsi le proprie opportunità.

ANALISI DEI DATI E DELLE RELAZIONI: FAMIGLIA

1. Decremento proporzionale della popolazione;
2. in relazione al decremento proporzionale della popolazione, decremento proporzionale del numero dei nuclei familiari;
3. decremento proporzionale dei componenti dei singoli nuclei familiari;
4. frequenza della presenza di nuclei familiari costituiti da un solo componente, nella maggior parte dei casi anziano;
5. presenza nei nuclei familiari soprattutto di genitori, di minori e di anziani (i componenti della famiglia compresi nella fascia d'età dai 18 ai 40 anni, vivono in luoghi diversi dai Comuni del Distretto, per motivi di studio o di lavoro);
6. gli anziani sono fonte di reddito per i nuclei familiari (soprattutto a causa del fenomeno della disoccupazione); ciò se da un lato riequilibra il credito di dignità e di rispetto dell'anziano all'interno dei nuclei familiari, dall'altro crea delle problematiche di equilibrio

- e di ruoli nelle dinamiche interne dei nuclei familiari medesimi, soprattutto a causa della disoccupazione del padre-marito-genero;
7. tra il numero dei nuovi occupati è aumentato proporzionalmente il numero delle donne lavoratrici; ciò ha generato delle problematiche nuove all'interno delle dinamiche familiari;
 8. presenza di nuclei familiari con scarsa capacità genitoriale ed educativa;
 9. presenza di un numero crescente di nuclei familiari con problematiche di alcolismo e di dipendenze (da droga, da psicofarmaci, etc.) in genere, con coinvolgimento consistente dei minori, dei disoccupati e degli anziani;
 10. carenza di modelli educativi costanti e coerenti;
 11. aumento percentuale delle separazioni e dei divorzi;
 12. crisi dei valori familiari tradizionali, con ricadute nelle relazioni dei genitori con i minori, dei genitori (nel loro ruolo) con gli anziani e dei minori con gli anziani componenti il nucleo familiare;
 13. scarsa apertura del nucleo familiare alla comunicazione esterna delle problematiche relative alle dinamiche familiari;

IDEE PROGETTUALI

Attualmente i bisogni sopra evidenziati sono stati, in minima parte, soddisfatti attraverso le attività ex L. 285/97. La maggior parte dei servizi oggi presenti sul territorio dipende da tale legge.

Appare, pertanto, opportuno riconfermare, riprogrammandole, tali attività.

Servizi specifici alla famiglia vengono erogati dal Consultorio familiare e dall'ASL.

Servizi indiretti alla famiglia vengono forniti dai Comuni.

Come servizi innovativi si segnalano (i servizi innovativi devono operare in rete e devono essere integrati con le attività della 285/97):

- Agenzia-sportello (segretariato sociale, raccolta dati, etc., attivazione numero verde, sportello donna);
- SED (Servizio educativo domiciliare);
- Servizio mediazione familiare (in caso di separazioni, divorzi e conflitti familiari in genere);
- Asili nido intercomunali, tane famiglia e/o altre strutture alternative;
- Laboratori e ludoteca ex L. 285/97.
- Strumenti messi a disposizione dalla L.R. 10/03
- Prevenzione e contrasto situazione di disagio sociale
- Interventi per l'inclusione sociale a sostegno dell'esecuzione penale esterna –assistenza post-penitenziaria
- Estensione del servizio civico per i giovani in cerca di prima occupazione
- Interventi di contrasto di situazione di disagio sociale.

ANALISI DEI DATI E DELLE RELAZIONI: POVERTA'

1. La povertà non dev'essere intesa soltanto da un punto di vista materiale (povertà economica), ma anche da un punto di vista morale, culturale, educativo, sociale etc.;
2. aumento percentuale del numero dei “nuovi poveri” che si va ad aggiungere al numero dei vecchi poveri;
3. deboli risposte sociali ed economiche alle cause che scatenano la vecchia e la nuova povertà;
4. natura sommersa, in alcuni casi, dei fenomeni di “povertà”;
5. difficoltà, in alcuni casi, nella identificazione sia delle nuove povertà che dei nuovi poveri;
6. facilità, in altri casi, ad identificare indici di nuova povertà emergente, con grave difficoltà nell'offerta di sostegno per mezzo di servizi o di sostegno economico e/o materiale (perdita del lavoro e rioccupazione, lavoratori oltre i 50 anni, etc.);
7. la popolazione attiva è in gran parte inoccupata e disoccupata, ovvero con rapporti precari di lavoro (stagionali, a tempo determinato di brevissima durata, etc.). La percentuale della popolazione attiva occupata in modo stabile ed a tempo indeterminato è bassa. Una percentuale consistente della popolazione attiva è interessata dal fenomeno dell'emigrazione. L'emigrazione di oggi, però, è diversa dall'emigrazione del passato. La popolazione attiva emigrata, infatti, non investe più, economicamente, culturalmente, moralmente, nei territori di provenienza, né vuole fare in essi ritorno.
8. mancanza di modelli educativi stabili e coerenti;
9. crisi dei valori e delle istituzioni che in passato li incarnavano e promuovevano.

AREA TEMATICA DISABILI

La Legge 104 del 1992 (legge – quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) all’art. 3 comma, definisce soggetto con disabilità colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

L'appartenere ad una ad altra categoria di "h" (fisico, psichico e sensoriale) non costituisce elemento di netta differenziazione, in quanto la sfera dei bisogni è in buona parte comune all'intera popolazione (" normale " e "con problemi").

Va ricordato inoltre, che le problematiche dei soggetti con disabilità spesso sono alimentate da atteggiamenti culturali e pregiudizi esistenti in seno al contesto sociale di appartenenza.

Durante gli incontri, sono stati acquisiti ed analizzati i dati forniti dai Comuni del Distretto di competenza e le relazioni sociali, nonché le relazioni dei singoli partecipanti che hanno riportato una attenta analisi delle problematiche in questione, dei bisogni espressi e latenti dei disabili e delle loro famiglie.

Da tali analisi, è emerso un quadro omogeneo delle problematiche presenti nel territorio, che possono essere ordinate nel modo seguente.

Le famiglie che accolgono un componente del portatore di Handicap, presentano diverse difficoltà:

bisogni impellenti ed una estesa gamma di problematiche differenti che condizionano pesantemente la vita quotidiana.

La famiglia con figli disabili dovrà dedicare una quota significativa della propria energia e del proprio tempo per la cura, la riabilitazione e l'assistenza al congiunto.

Ciò può comportare una riduzione dei contatti sociali del disabile e della sua famiglia, specialmente della madre, che è chiamata a seguire la quotidianità del figlio in ogni momento.

Altro aspetto problematico è la chiusura della famiglia con la quale si manifesta la rassegnazione a dover portare da sola il peso di una esperienza molto impegnativa.

Dalle ricerche effettuate, nel corso degli anni dei vari Comuni, d' intesa con l'ASL è stato rilevato un ingente numero di portatore di handicap "grave", a fronte del quale non ci sono strutture nel territoriali da rispondere alle esigenze di aggregazione, socializzazione, e sollievo alle famiglie.

Tale carenza risulta molto negativa in quanto non permette di fare emergere e sviluppare potenzialità e risorse nascoste in ogni disabile.

Attualmente, l'unico supporto ricade sulla famiglia, che deve fare fronte spesso all'isolamento allo stress e alle frustrazioni.

Molti disabili fanno emergere il bisogno di una maggiore integrazione sociale, molti vivono il problema della solitudine, delle difficoltà relazionali ed affettive e la fatica di essere accettati.

Ritengono, urgenti e necessari, le iniziative di animazioni socio – culturali e ricreative e di formazione e di inserimento lavorativo.

La Legge quadro n. 104 ha affermato il diritto per il disabile di usufruire di prestazioni di adeguate e prevede nello stesso tempo alcuni interventi a sostegno delle famiglie nella gestione del congiunto, e la collaborazione con gli operatori del trattamento riabilitativo, facilita il potenziamento delle energie psichiche verso il figlio, il quale non viene più vissuto come un ostacolo per la propria realizzazione, ma come soggetto autonomo e portatore di diritti soggettivi.

Gli obiettivi per la promozione dell' autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale, dovranno essere perseguiti attraverso programmi che devono prevedere prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, sostenendo l'autonomia e le capacità possibili e rimuovendo gli ostacoli che aggravano la condizione di disabilità

La domanda sociale che raggruppa le istanze della famiglie con disabilità, anche con caratteristiche di gravità e quelle dei disabili stessi possono essere sintetizzati :

- Assistenza domiciliare – “igiene e cura della persona” – “aiuto domestico” – “assistenza infermieristica” ecc...;
- Intervento economico;
- Abbattimento delle barriere architettoniche;
- Sostegno alla famiglia;
- Riabilitazione ed integrazione lavorativa e sociale;
- Centro Diurno (per favorire la socializzazione e l'integrazione sociale, la formazione al lavoro);
- Trasporto urbano ed extraurbano;
- Disbrigo pratiche;

IPOTESI DI INTERVENTO

Gli elementi emersi, permettono di individuare le linee di sviluppo lungo le quali orientare la progettualità e le funzioni che ognuno degli attori in campo dovranno svolgere: In particolare, attraverso la riconferma e/o il potenziamento della gamma dei servizi e progetti già in atto e la sperimentazione di forme innovative e di intervento.

Le linee strategiche degli interventi sociali per i disabili sono a nostro avviso:

1. Potenziare l'offerta di assistenza domiciliare, prevedendo un'ampia articolazione di interventi sia di natura sociale sia di natura sanitaria;
2. Garantire ai cittadini, attraverso il servizio di Segretariato Sociale informazione corretta ed aggiornata dei servizi per i disabili, delle modalità di accesso ai servizi, delle risorse, presenti nel territorio, legislazione ecc...
3. Promozione dell'Associazionismo Familiare e dei gruppi di mutuo – aiuto;
4. Sviluppo di centri di aggregazione;
5. Definizioni di percorsi per l'integrazione socio – sanitaria;
6. Misure di sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo;
7. Servizio di trasporto;
8. Logopedista
9. Borse lavoro;
10. Interventi di informazione e sensibilizzazione per superare pregiudizi e atteggiamenti disfunzionali;
11. Definizioni di percorsi per l'integrazione socio – sanitaria;
12. Segretariato Sociale;
13. Carta dei Serizi.

INTERVENTI SPERIMENTALI

Centro di formazione socio – ricreativo.

Attraverso l'istituzione di un centro formazione socio – ricreativo, si vogliono realizzare i seguenti interventi:

- Attività di formazione ed acquisizione di competenze per i disabili;
- Attività ludiche – ricreative;
- Attività di formazione alle famiglie.
- L'obiettivo di dette attività è quello di sviluppare e/o potenziare le attitudini personali di ciascun utente, tenendo conto della situazione clinica.

L'animazione non deve essere intesa esclusivamente come intervento ludico ricreativo ma progettata per stimolare le residue competenze di ciascun disabile, attraverso l'utilizzo di tecniche personalizzate mirate.

L'animazione, come supporto nell'affrontare situazioni di difficoltà personali, intellettive e relazionali del soggetto.

Il centro dovrà operare in sinergia con le Istituzioni pubbliche e private del territorio, al fine di sviluppare forme di responsabilità condivise e di potenziare l'efficacia e l'efficienza degli interventi che ogni segmento della rete individualmente garantisce.

IDEE PROGETTUALI

Come servizi innovativi si segnalano:

- Agenzia-sportello (segretariato sociale; raccolta dati; informagiovani per offerte di lavoro; attivazione numero verde, etc.);
- SED (Servizio educativo domiciliare);
- Servizio mediazione familiare (per conflitti familiari generati dalla perdita del lavoro);
- Forma di sostegno educativo alla quotidianità domiciliare e non;

- **Corsi di formazione professionale finalizzati e funzionalizzati nel dopo corso;**
- **Sostegno all'inserimento nel mondo del lavoro;**
- **Sostegni al reddito tramite progetti di pubblica utilità;**
- **Strumenti messi a disposizione dalla L. R. 10/03**

AREA DIPENDENZE E PREVENZIONE

Dall'analisi delle relazioni consegnate dai vari Comuni per quanto concerne la problematica delle dipendenze si è evidenziata l'impossibilità di quantificare i soggetti interessati, sebbene da tutte le relazioni emerge che il problema esiste e soprattutto viene sottolineato il problema dell'alcoldipendenza.

Previo conforto con la AUSL 6, mirante a conoscere i servizi che vengono offerti e le altre progettualità in itinere, questo tavolo di concertazione ha rilevato la necessità di realizzare interventi soprattutto di prevenzione.

Va sottolineato che nel territorio le attività di prevenzione sono scarsamente presenti, se si eccettua qualche intervento limitatamente ad alcune scuole. Ciò è ascrivibile sia alle difficoltà insite nelle attività di prevenzione, di produrre risultati misurabili; sia nella scarsa diffusione nel territorio della cultura della prevenzione.

Pertanto, appare utile potenziare queste attività secondo una logica di rete nella quale le varie agenzie (pubbliche e privato sociale) agiscano in sinergia perseguendo obiettivi condivisi.

Sportello informativo itinerante: sia per la prevenzione delle dipendenze (abuso o uso di sostanze nuove o vecchie, comportamenti compulsivi ed ogni tipo di controllo degli impulsi, disturbi psicogeni dell'alimentazione), sia per l'inserimento in programmi individualizzati per utenti con disagio conclamato. Tale servizio può essere realizzato anche all'interno delle scuole territoriali.

- Centro di ascolto: che offre un numero verde utilizzato come spazio libero e riservato agli utenti e colloqui di sostegno individuale e familiare, gruppi di discussione per i genitori.
- Laboratori ed attività socializzanti per i giovani: laboratori grafico-pittorici, fotografici, cinematografici e musicali.
- Laboratori di arteterapia (nuove metodologie di intervento terapeutico e di sostegno alle problematiche adolescenziali e non) laboratori di arte-terapia e musico-terapia.
- Attivazione di progetti di prevenzione con centri informazione e consulenza negli Istituti scolastici.

Risorse umane:

Le figure professionali specifiche di tali interventi possono essere:

- psicologo,
- assistente sociale,ù
- medico,
- pedagogista
- personale specializzato nelle suddette attività
laboratoriali
- operatori volontari.