

Deliberazione N. **134**

Assessore

Assessore Russo Ermanno



Area Settore

18 1
54

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **27/05/2013**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Piano sociale regionale 2013-2015, approvazione ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11.

1)	Presidente	Stefano	CALDORO	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Guido	TROMBETTI	
3)	Assessore	Edoardo	COSENZA	
4)	"	Gaetano	GIANCANE	
5)	"	Fulvio	MARTUSCIELLO	
6)	"	Anna Caterina	MIRAGLIA	
7)	"	Severino	NAPPI	
8)	"	Daniela	NUGNES	
9)	"	Giovanni	ROMANO	
10)	"	Ermanno	RUSSO	
11)	"	Pasquale	SOMMESE	
12)	"	Marcello	TAGLIALATELA	ASSENTE
13)	"	Sergio	VETRELLA	
	Segretario	Maria	CANCELLIERI	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

a. che l'articolo 8, comma 1, della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 attribuisce alla Regione funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli interventi sociali;

b. che l'articolo 8, comma 1, lettera b) della legge regionale n. 11/2007 stabilisce che la Regione, a tal fine, adotta, con cadenza triennale, il Piano sociale regionale per definire i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione, da parte degli enti locali associati, del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

c. che con deliberazione della Giunta regionale n. 694 del 16 aprile 2009, è stato approvato il primo Piano sociale regionale della regione Campania la cui vigenza è terminato nel 2012;

d. che con deliberazione della Giunta regionale n. 784 del 21 dicembre 2012 è stata approvata la proposta di Piano sociale regionale 2013-2015 e si è proceduto all'invio al Consiglio regionale per l'acquisizione, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del parere di competenza;

e. che, con deliberazione della Giunta regionale n. 64 del 7 marzo 2013, a seguito delle consultazioni, effettuate ai sensi dell'articolo 20, comma 1 della legge regionale n.11/2007 con gli Ambiti territoriali, i sindacati e le organizzazioni del terzo settore, si è proceduto a modifiche e integrazioni della proposta e all'invio al Consiglio regionale per l'acquisizione, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, del parere di competenza;

f. che ai sensi dell'articolo 20, comma 3 della legge regionale n. 11/2007, il Piano è approvato con deliberazione della Giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare che lo rende nei tempi e con le modalità di cui alla legge regionale 17 ottobre 2005, n.17;

g. che con nota n. 27 del 21 gennaio 2013 la presidenza del Consiglio regionale ha assegnato la DGRC n.784/2012, (REG.GEN. n. 751/II) alle Commissioni consiliari permanenti III e VI per rendere il parere di competenza;

h. che con nota n. 140 del 21 marzo 2013 la presidenza del Consiglio regionale ha assegnato la DGRC n. 64/2013 (REG.GEN. n. 762/II) alle Commissioni consiliari permanenti III e VI per rendere il parere di competenza;

i. che la III Commissione consiliare permanente ha reso parere favorevole nella seduta del 18 aprile 2013, così come comunicato con nota del 21 aprile 2013, prot. gen. 2013.9919505/A;

l. che la VI Commissione consiliare permanente ha reso parere favorevole nella seduta del 22 maggio 2013, così come comunicato con nota del 22 maggio 2013 acquisita al prot. 2013.0363419;

m. che la proposta è stata illustrata al Comitato consultivo regionale per il pieno inserimento nella vita sociale dei portatori di handicap, istituito ai sensi della legge regionale 15 marzo 1984, n.11, art.19;

n. con deliberazione della Giunta regionale n. 320 del 3 luglio 2012 recante "Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari - provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n. 40 del 14/02/2011" è stata modificata la composizione degli Ambiti territoriali al fine di assicurare la coincidenza con i distretti sanitari;

CONSIDERATO

o. che è possibile approvare il Piano sociale regionale 2013-2015 che definisce i principi di indirizzo e coordinamento del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali per il prossimo triennio;

p. che è necessario disciplinare la fase di transizione dalla programmazione sociale 2009-2012 alla programmazione 2013-2015 con indicazioni procedurali per gli Ambiti territoriali che, per effetto del riallineamento disciplinato dalla D.G.R.C n.320/2012, hanno subito modifiche della composizione o il cambiamento del Comune capofila;

q. che è necessario definire le modalità di presentazione dei piani sociali di zona da parte degli Ambiti territoriali per il nuovo triennio di programmazione 2013-2015;

VISTI

r. l'articolo 117 della Costituzione che riserva la materia degli interventi e servizi sociali alla potestà legislativa regionale;

s. la legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 e s.m.i. "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328";

t. la legge regionale 17 ottobre 2005, n. 17 "Disposizioni per la semplificazione del Procedimento Amministrativo"

u. la D.G.R.C. n. 784 del 21 dicembre 2012 "Piano sociale regionale 2013-2015 - Invio al Consiglio regionale per l'acquisizione, ai sensi dell'art. 20, comma 3, della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, del parere di competenza".

v. la D.G.R.C. n. 64 del 7 marzo 2013 "Piano sociale regionale 2013-2015. Modifiche e integrazioni, ai sensi dell'articolo 20 comma 1 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, della D.G.R.C. n. 784/2012 e invio al Consiglio regionale per l'acquisizione, ai sensi dell' art. 20, comma 3, della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, del parere di competenza."

propone e la Giunta in conformità a voti unanimi

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare il Piano sociale regionale 2013-2015, allegato A, parte integrante del presente provvedimento, che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
2. di approvare le indicazioni procedurali per la fase di transizione dalla programmazione 2009-2012 alla nuova programmazione 2013-2015, allegato B, parte integrante del presente provvedimento;
3. di demandare al Dirigente del Settore Assistenza Sociale l'adozione delle linee guida operative per la presentazione dei piani sociali di zona e di tutti gli atti necessari e consequenziali;
4. di trasmettere, per quanto di competenza, la presente deliberazione al Settore Assistenza Sociale, Programmazione e Vigilanza sui Servizi Sociali, al Capo Dipartimento dell'istruzione, della ricerca, del lavoro, delle politiche culturali e delle politiche sociali.



Giunta Regionale della Campania

PIANO SOCIALE REGIONALE

2013-2015

SOMMARIO

PARTE I: ANALISI DI CONTESTO E VALUTAZIONE

PROGRAMMAZIONE 2010 - 2012	1
1. Analisi di contesto	1
1.1 Le dinamiche demografiche	1
1.1.1 L'andamento della popolazione	1
1.1.2 La distribuzione territoriale della popolazione.....	3
1.1.3 La composizione della popolazione	4
1.2 Il mercato del lavoro	7
1.2.1 Le forze di lavoro.....	7
1.2.2 Gli occupati	10
1.2.3 I disoccupati	13
1.3 Le dinamiche economiche.....	15
1.3.1 Il Prodotto Interno Lordo	15
1.3.2 Il reddito	17
1.3.3 La povertà	19
2. Risorse e servizi programmati nelle annualità del I Piano Sociale Regionale.....	22
2.1 La programmazione finanziaria	23
2.2 La tipologia dei servizi programmati	28
2.3 Le aree di intervento programmate.....	30
3. Un primo bilancio.....	33
3.1 Le forme associative e gli assetti di governance.....	33
3.2 La presentazione e la valutazione dei piani sociali di zona	34
PARTE II: LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI 2013 - 2015.....	36
4. L'integrazione del nuovo ciclo di programmazione con il Piano di Azione Coesione	36
4.1 Il Piano di Azione e Coesione e l'integrazione con il PSR 2013-2015.....	36
4.1.1. Servizi per la prima infanzia	37
4.1.2 Servizi per la non autosufficienza	39
4.2 Le proposte operative del PSR 2013-2015 a supporto del PAC.....	41
4.2.1 Le linee d'azione per sostenere la capacità istituzionale e organizzativa degli Ambiti Territoriali	42
4.2.2 Le linee d'azione per il rafforzamento dei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti e la prima infanzia in Regione Campania	43
5. Gli obiettivi di Servizio.....	45
5.1 L'assistenza domiciliare integrata	45
5.2 Asili nido e servizi integrativi-innovativi per la prima infanzia	52
6. Gli obiettivi della programmazione europea 2007 - 2013	57
6.1 Servizi di cura per l'infanzia.....	58
6.2 Servizi di cura per gli anziani e per la non autosufficienza.....	59
6.3 Servizi per l'integrazione sociale	60
6.3.1 Servizi per i giovani.....	60
6.3.2 Servizi per le pari opportunità	61
7. Promuovere l'inclusione sociale: le politiche per la famiglia.	63
7.1 Area Responsabilità Familiari	65
7.1.1 Interventi di sostegno economico a favore delle donne sole con figli.....	65
7.1.2 interventi domiciliari e territoriali di presa in carico della famiglia - Il	

Programma Adozione Sociale – Sostegno Precoce alla Genitorialità.....	66
7.1.3 disagio abitativo	68
7.2 Area Minori.....	74
7.2.1 Interventi per l'affido.....	76
7.2.2 Interventi a sostegno dell'adozione.....	79
7.2.3 Interventi contro l'abuso e il maltrattamento	80
7.2.4 Minori area penale	81
7.3 Area Donne in Difficoltà	83
7.4 Area Disabili	86
7.5 Area Anziani	93
7.6 Obiettivi ed azioni delle politiche della famiglia	96
8. Promuovere l'integrazione sociosanitaria.....	99
8.1 Le politiche per la non autosufficienza e la domiciliarità.....	99
8.2 I servizi residenziali per la non autosufficienza	103
8.3 Area Dipendenze.....	106
8.3.1 Politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell'agio e dell'autonomia delle persone	106
8.3.2 Tossicodipendenza: questione socio-sanitaria (Programmazione socio-sanitaria; Programmazione partecipata)	109
8.3.3 Ipotesi operative: conoscenza, informazione, prevenzione, servizi.....	109
8.4 Obiettivi ed azioni delle politiche per la disabilità, la domiciliarità e la non autosufficienza	112
9. Vulnerabilità, disagio, integrazione: politiche di contrasto alla povertà	113
9.1 Area Contrasto alla povertà	113
9.2 Area Immigrati.....	119
9.3 Le politiche per persone detenute, internate e prive della libertà personale.....	125
9.4 Obiettivi ed azioni delle politiche di contrasto alla povertà	127
PARTE III: IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI E GLI ASSETTI ISTITUZIONALI.....	129
10. Il tema della forma associativa dei Comuni alla luce delle novità normative in materia	129
11. Gli assetti della Governance.....	130
11.1 Analisi dei dati risultanti dalla precedente programmazione	130
11.1.1 Area Azioni di sistema	130
11.1.2 Area Welfare d'accesso.....	131
11.2 Il coordinamento istituzionale.....	133
11.3 l'Ufficio di Piano	134
11.4 Il Servizio Sociale Professionale	136
12. Criteri di riparto del Fondo sociale, disposizioni per il Fondo Unico di Ambito e per la transizione al nuovo triennio	137
12.1 Criteri di riparto del Fondo sociale regionale.....	138
12.2 L'entità e le modalità di partecipazione finanziaria dei comuni alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali	138
12.3 Indicazioni per il passaggio alla nuova programmazione triennale	139
12.4 Procedure per la presentazione dei Piani di Zona	141
13. Promuovere l'accesso ai servizi	141
13.1 Le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni e servizi sociali che costituiscono i livelli essenziali di assistenza	141
13.2 I criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.....	143

14. I Sistemi Informativi Sociali.....	144
14.1 Il Progetto SINA	146
14.2 Il Progetto SINBA	149
14.3 Il Progetto SINSE	151
14.4 Il SIS della Campania	151
15. Obiettivi ed azioni delle politiche per Rafforzare il Sistema integrato di interventi e servizi e gli assetti di governance.....	159
Indice delle tabelle	162
Indice dei grafici.....	162
Indice delle figure	164

PARTE I: ANALISI DI CONTESTO E VALUTAZIONE PROGRAMMAZIONE 2010 - 2012

1. Analisi di contesto

Nessun atto di programmazione, per quanto settoriale, può prescindere dall'analisi del contesto territoriale e sociale nel quale intende produrre effetti. Questo Piano offre, in apertura, una visione di insieme della nostra regione, attraverso la elaborazione dei dati più indicativi delle dinamiche demografiche e sociali. Sulla base dei dati ISTAT [censimento 2011] seleziona alcuni indicatori utili per una analisi della dimensione sociale e demografica. Per agevolare la lettura sono stati elaborati dei grafici che consentono, a colpo d'occhio, di "leggere" le trasformazioni in corso ed evidenziano i punti di crisi e di debolezza. Rinviamo alla seconda parte, quella articolata per aree di intervento, l'analisi dei dati relativi alle singole fasce della popolazione, articolate per tipologia di profilo sociale. I dati che seguono non hanno, quindi, la pretesa di essere esaustivi, ma di offrire un sintetico, quanto efficace, quadro dello scenario all'interno del quale si collocano le scelte strategiche di questo Piano sociale regionale.

1.1 Le dinamiche demografiche

1.1.1 L'andamento della popolazione

In Campania il primo gennaio 2011 erano residenti 5.834.056 persone, il 9,62% della popolazione italiana, la seconda regione più popolata d'Italia, dopo la Lombardia [grafico 1]. Sebbene dal 2001 i residenti in Campania siano cresciuti di 125.919 unità, seppure con un andamento irregolare, la loro percentuale sul totale dei residenti in Italia è costantemente diminuita [grafico 2 e grafico 3]. Ciò deriva da un tasso di crescita annuo simile nell'andamento, ma che in Campania è costantemente inferiore a quello dell'Italia [grafico 4].

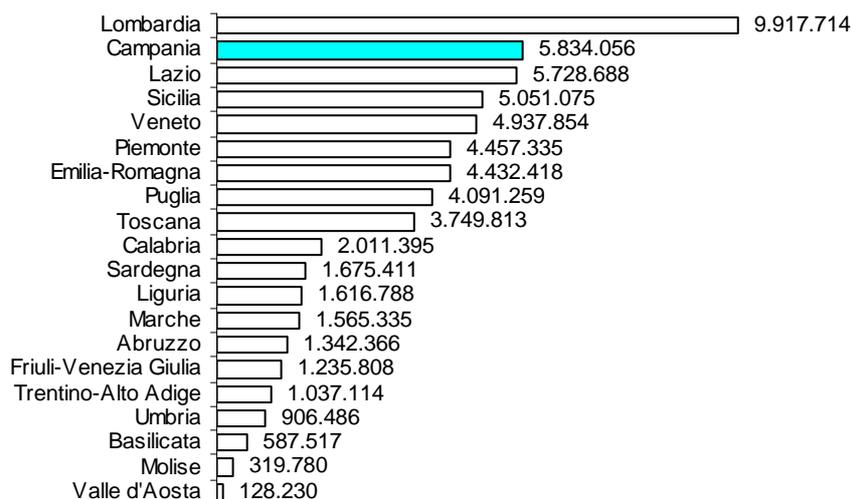


Grafico 1: Popolazione delle regioni italiane al 1 gennaio 2011 (fonte Istat)

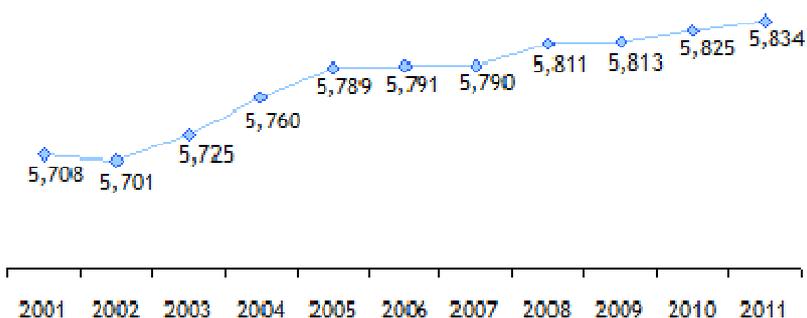


Grafico 2: Residenti in Campania in milioni (fonte Istat)

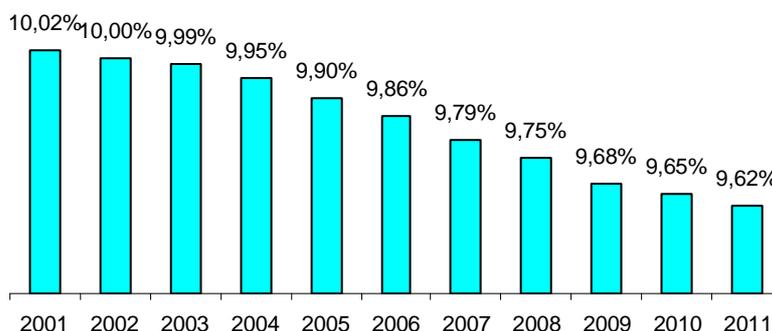


Grafico 3: % dei residenti in Campania rispetto ai residenti in Italia (elaborazione su dati Istat)

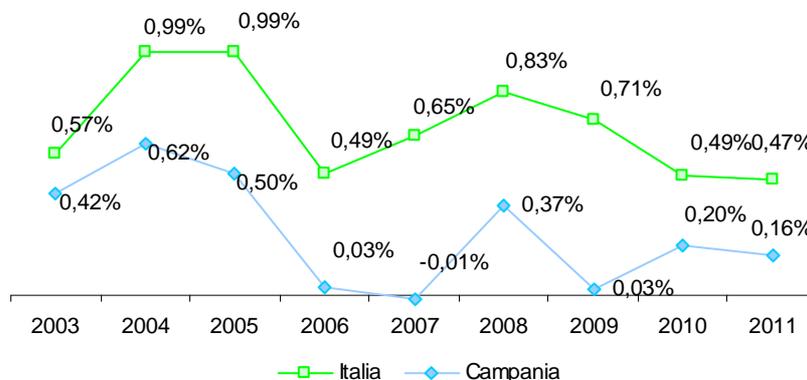


Grafico 4: Tasso di variazione popolazione residente in Campania ed in Italia al 1 gennaio (elaborazione dati Istat)

Analizzando il bilancio demografico si evince che, se confermate le stime del 2011¹, al 1 gennaio 2012 la popolazione campana, per la prima volta dal 2002, decresce rispetto all'anno precedente di 0,3 per mille abitanti, giacché il calo della crescita naturale e del saldo migratorio estero non riescono a compensare la diminuzione del saldo migratorio interno [grafico 5]. Se confermate quindi le stime, la Campania pur essendo la seconda regione più popolata d'Italia, attrae sempre meno persone dall'estero e soprattutto è un territorio dal quale si parte per andare altrove.

1 I dati ISTAT sul bilancio demografico sono aggiornati al 31 dicembre e quelli sulla popolazione al 1 gennaio. Al momento in cui si scrive non sono ancora disponibili il bilancio demografico 2011 ed i dati sulla popolazione 2012.

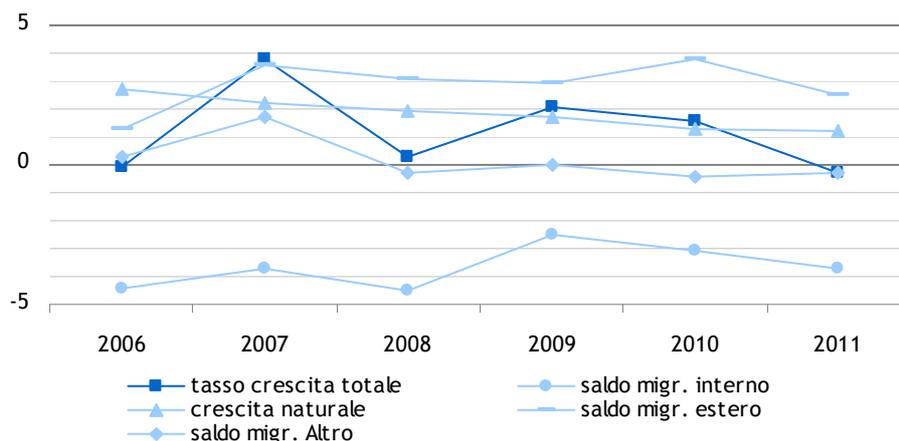


Grafico 5: Bilancio demografico della popolazione residente in Campania (elaborazione su dati Istat)

1.1.2 La distribuzione territoriale della popolazione

In quanto ad estensione territoriale, con i suoi 13.590,25 kmq la Campania è la dodicesima regione in Italia ma è la prima per densità abitativa [grafico 6].

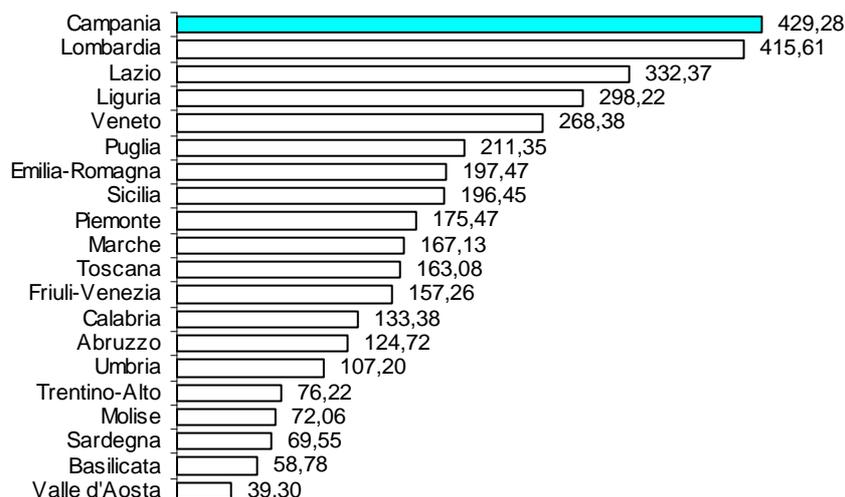


Grafico 6: Densità di popolazione delle regioni italiane (elaborazione su dati Istat)

Molto al di sopra della media regionale è la densità della provincia di Napoli con 2.630,68 abitanti per kmq, la più alta d'Italia, prima della provincia di Monza e Brianza che presenta una densità di 2.094,2. Tutte le altre province campane sono al di sotto della media regionale, e tra queste Benevento è quella con minore densità di popolazione, collocata al 72° posto tra tutte le province italiane. [tabella 1, grafico 7].

Tabella 1: Estensione territoriale e popolazione delle province campane (fonte ISTAT)

Provincia	Superficie territoriale		Popolazione al 01/01/2011	
	kmq	%	N.	%
Avellino	2.791,64	20,5%	439.137	7,5%
Benevento	2.070,63	15,2%	287.874	4,9%
Caserta	2.639,38	19,4%	916.467	15,7%
Napoli	1.171,13	8,6%	3.080.873	52,8%
Salerno	4.917,47	36,2%	1.109.705	19,0%
Campania	13.590,25	100,0%	5.834.056	100,0%

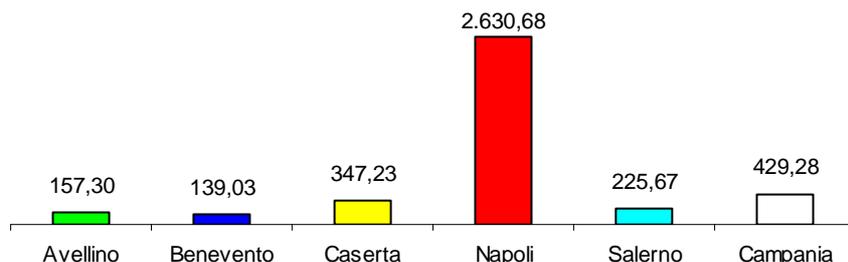


Grafico 7: Densità di popolazione delle province campane (elaborazione su dati Istat)

1.1.3 La composizione della popolazione

Al primo gennaio 2011 sono residenti in Campania 3.004.894 femmine e 2.829.162 maschi, corrispondenti rispettivamente al 51,51% ed al 48,49% della popolazione totale [grafico 8].

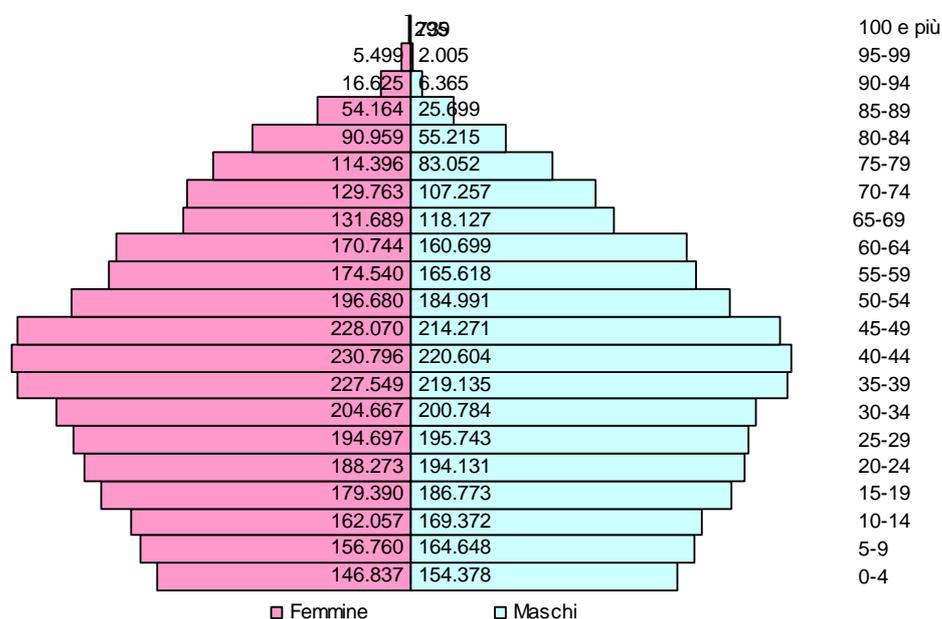


Grafico 8: Piramide dell'età della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

Il rapporto di mascolinità, ovvero il rapporto percentuale tra numero di maschi e numero di femmine, in Italia pari a 94,23, in Campania è minore solo nella provincia di Napoli, che per il suo rilevante peso determina un valore inferiore anche nell'intera regione [grafico 9].

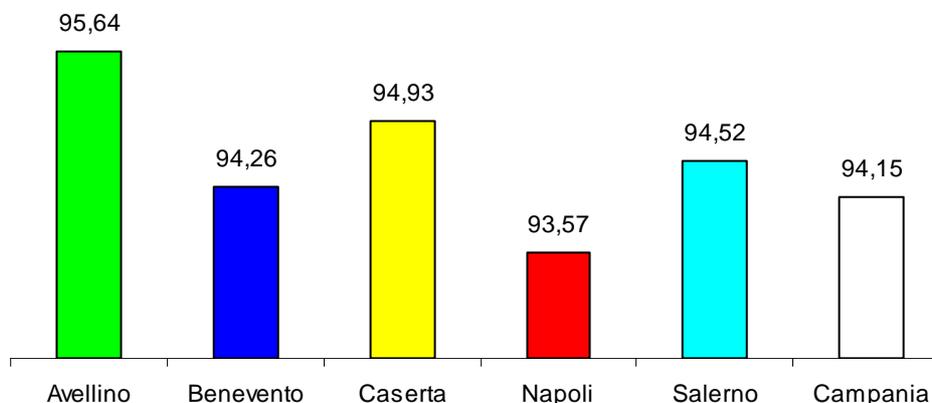


Grafico 9: Rapporto di mascolinità delle province campane (elaborazione su dati Istat)

L'età media della popolazione campana è minore di quella italiana, pari a circa 43 anni, ma presenta notevoli differenze da provincia a provincia ed all'interno di ciascuna di esse tra maschi e femmine: Benevento presenta l'età media più alta con 43 anni e 5 mesi (44 e 9 mesi per le femmine, e 41 anni e 11 mesi per i maschi), mentre è Napoli la provincia con età media minore con 39 anni e 3 mesi (40 anni e 6 mesi per le femmine, e 37 anni e 11 mesi per i maschi) [grafico 10].

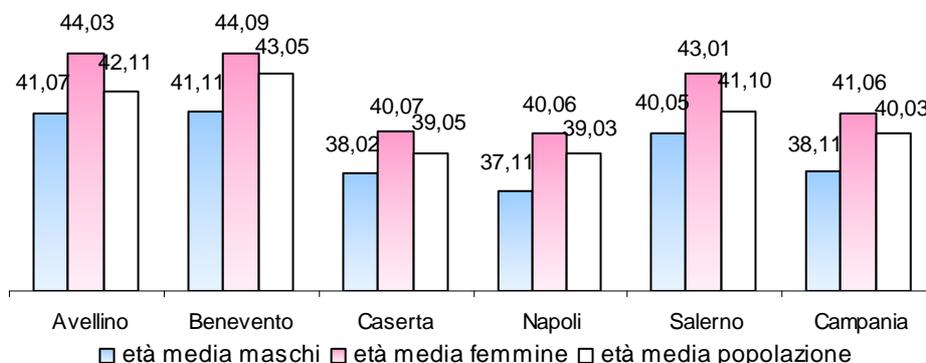


Grafico 10: Età media della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

L'indice di carico di figli per donna in età feconda, che stima il carico di figli in età prescolare (0-4 anni) per donna in età fertile (15-44 anni), in Campania risulta leggermente inferiore a quello relativo all'Italia (24,64), seppure con significative differenze territoriali. [grafico 11]

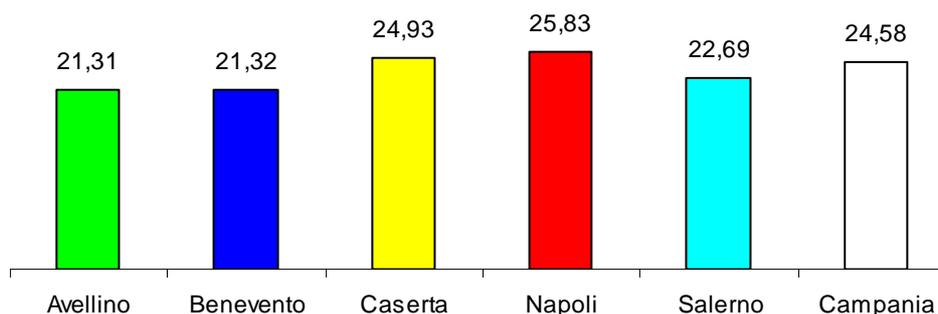


Grafico 11: Indice di carico di figli per donna in età feconda della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

Significative differenze territoriali si registrano anche per l'indice di vecchiaia che stima il grado di invecchiamento di una popolazione, in quanto rapporto tra popolazione anziana (65 anni e oltre) e popolazione più giovane (0-14 anni). Se la Campania nel complesso presenta un indice notevolmente inferiore a quello dell'Italia (pari a circa 145), molto superiore è quello della provincia di Avellino e Benevento dove gli anziani sono molto di più dei giovanissimi [grafico 12, figura 1].

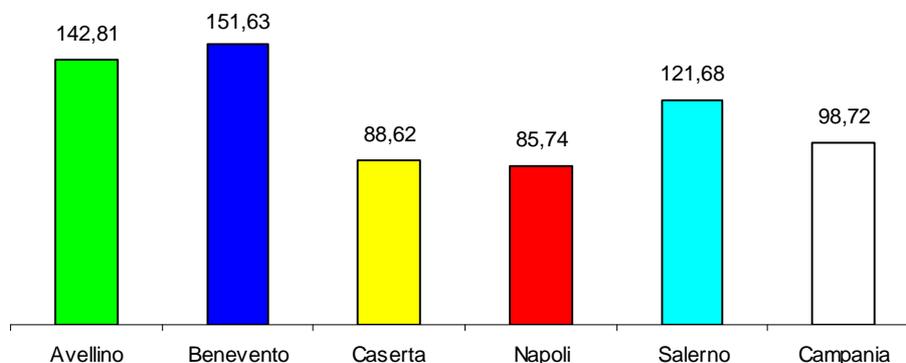


Grafico 12: Indice di vecchiaia della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

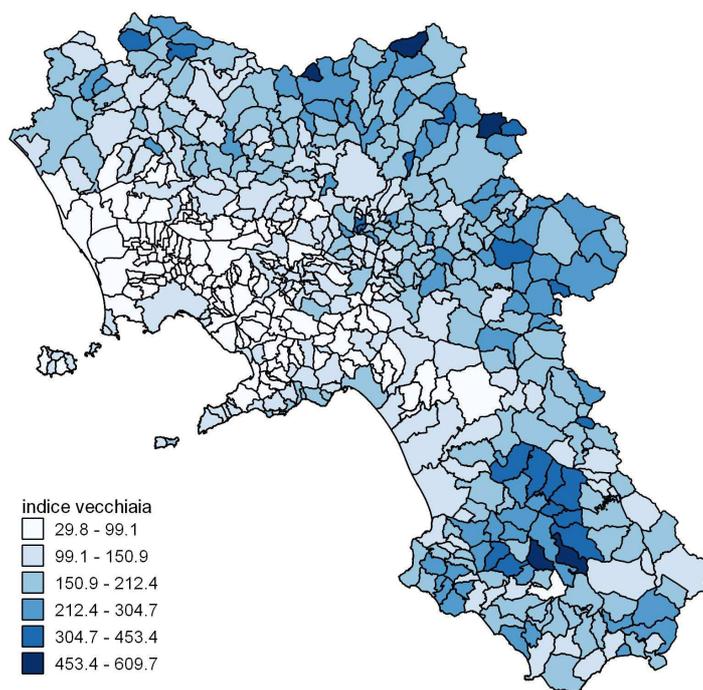


Figura 1: Indice di vecchiaia della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

La sostenibilità della struttura demografica è delineata dall'indice di dipendenza totale, somma dell'indice di dipendenza giovanile (rapporto per cento abitanti tra la popolazione di età tra 0 e 14 anni e popolazione tra i 15 ed i 64 anni) e dell'indice di dipendenza senile (rapporto per cento abitanti tra la popolazione di età maggiore di 64 anni e popolazione tra i 15 ed i 64 anni).

La Campania ha un indice di dipendenza totale minore di quello dell'Italia (pari a circa 52,28), collocandosi al diciannovesimo posto tra le regioni italiane, ma mentre quello di dipendenza senile è di 23,92 (Italia 30,90) ed in Italia è il più basso, l'indice di dipendenza giovanile è secondo solo al Trentino Alto Adige (Italia 21,38). Come per gli altri indicatori, anche gli indici di dipendenza sono molto discordanti da provincia a provincia. [grafico 13, figura 2]

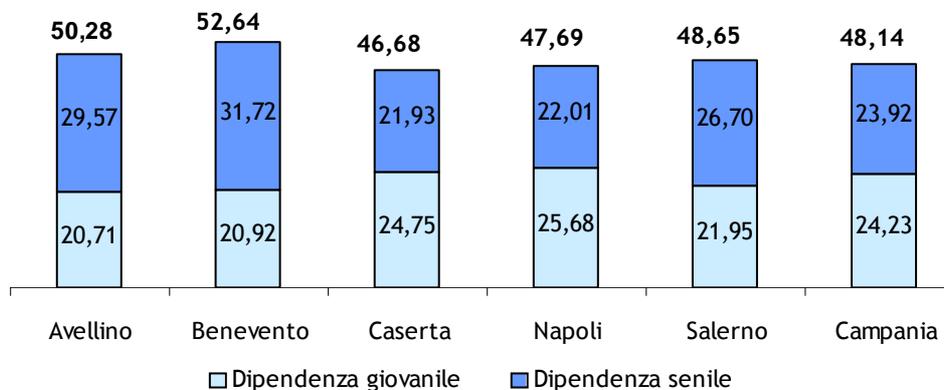


Grafico 13: Indici di dipendenza totale della popolazione campana su base provinciale (elaborazione su dati Istat)

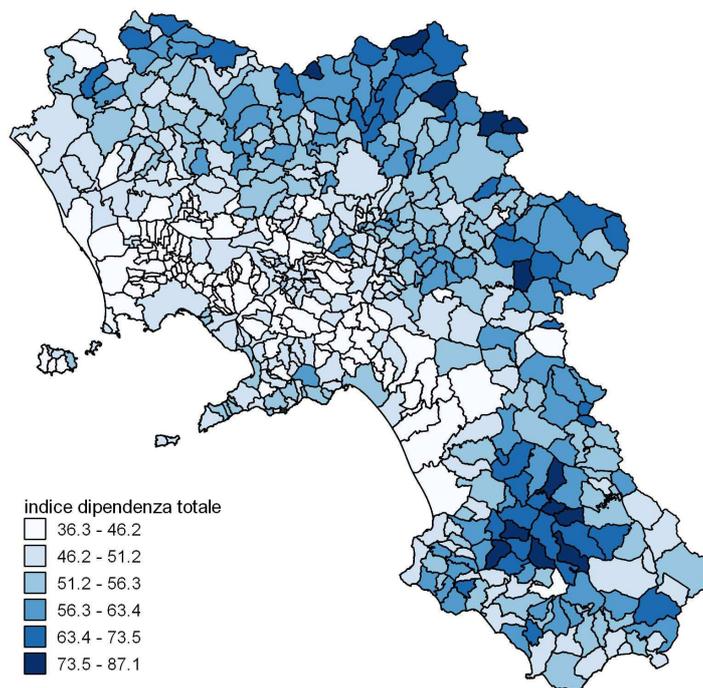


Figura 2: Indici di dipendenza totale della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

1.2 Il mercato del lavoro²

1.2.1 Le forze di lavoro

Nel 2011 le forze di lavoro, ovvero il totale delle persone occupate e disoccupate di 15 e più anni, della Campania ammontano a 1.225.232 maschi, 630.002 femmine, per un totale di 1.855.234 persone [grafico 14]

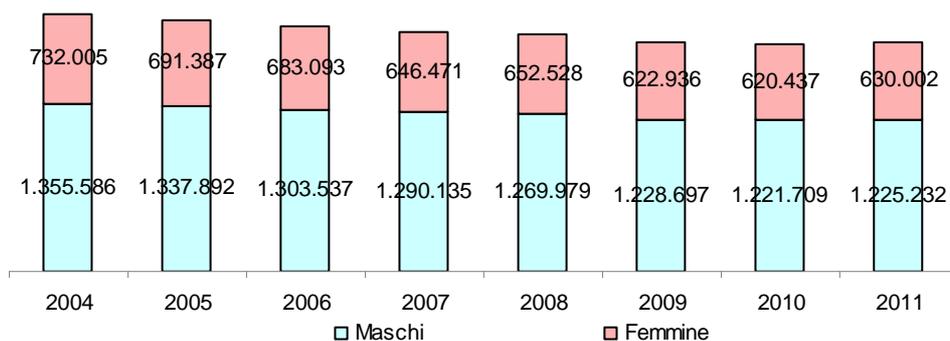


Grafico 14: Forze di lavoro della Campania (elaborazione su dati Istat)

Ad eccezione del 2008 (per quanto riguarda le donne) e del 2011 (per uomini e donne), anno in cui non sono ancora visibili gli effetti sul mercato del lavoro dell'acuirsi della crisi strutturale dell'economia globale, si assiste ad una decrescita delle forze di lavoro, maggiore di quanto avvenuto in Italia, con la conseguenza che le forze di lavoro campane sono progressivamente minori di quelle italiane [grafici 15 e 16].

2 I dati sul mercato del lavoro presentati sono prodotti dall'ISTAT attraverso la Rilevazione Continua delle Forze di Lavoro (RCFL), realizzata dal gennaio 2004 conformemente al Regolamento n. 577/98 del Consiglio dell'Unione Europea.

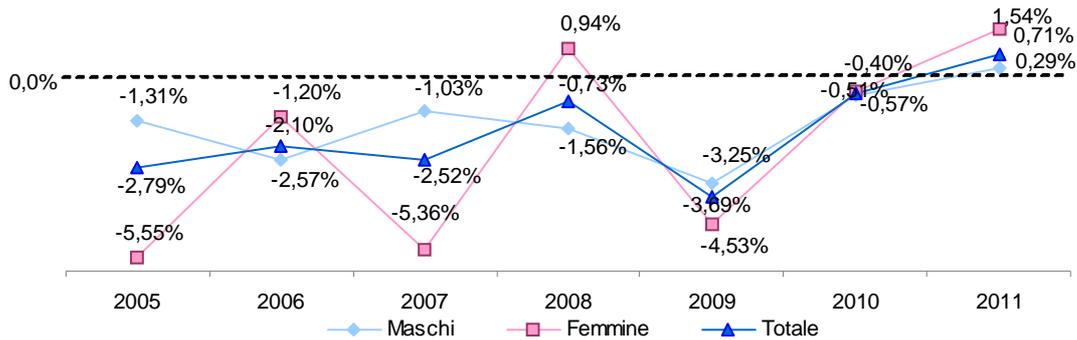


Grafico 15: Andamento del tasso di crescita delle forze di lavoro della Campania (elaborazione su dati Istat)

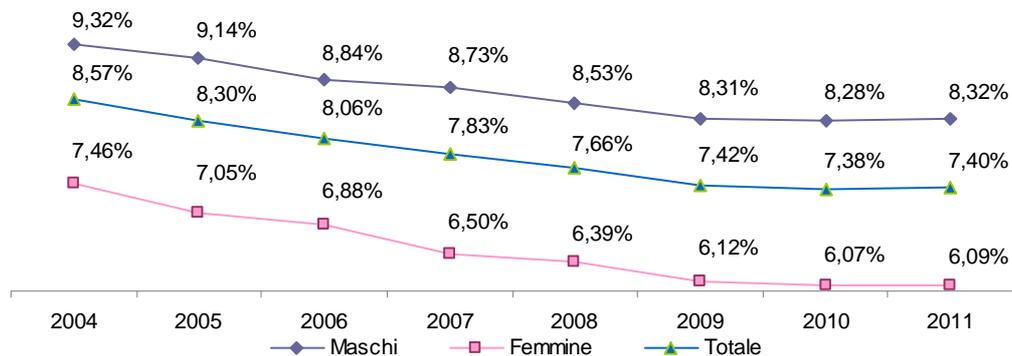


Grafico 16: % delle forze di lavoro campane rispetto a quelle italiane (elaborazione su dati Istat)

La diminuzione delle forze di lavoro e l'aumento della popolazione hanno prodotto negli ultimi 8 anni una rilevante diminuzione del tasso di attività (misurato per l'appunto dal rapporto percentuale delle prime con la seconda), ed un aumento del differenziale tra il tasso nazionale e quello campano, passato da 5,05 del 2004 a 10,29 del 2011. [grafico 17]

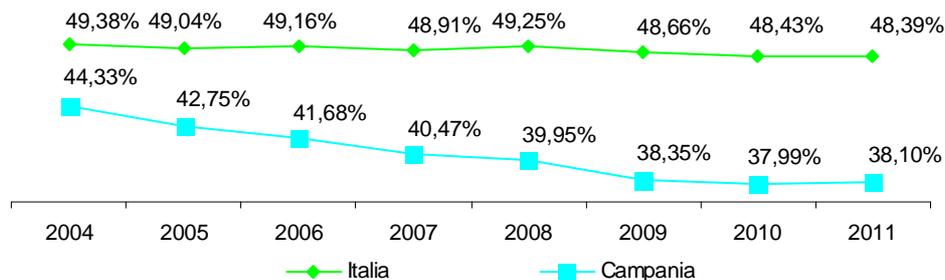


Grafico 17: Tasso di attività totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

Se nel periodo considerato 2004 -2011 il tasso di attività della Campania diminuisce del 6,23%, molto diversificata è la situazione delle sue province: Caserta presenta il tasso minore in tutto il periodo (36,04% nel 2011), mentre è la provincia di Napoli che registra il calo più consistente (-8,14%, passando dal 44,89% del 2004 al 36,75% del 2011) [grafico 18].

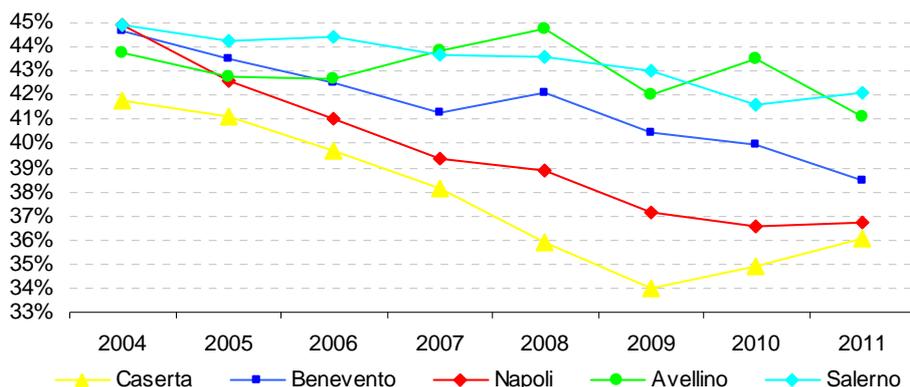


Grafico 18: Tasso di attività totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Avendo riguardo al tasso di attività maschile, si registra una diminuzione in Campania del 7,39%, ed un aumento del differenziale con quello nazionale, passato da 1,51 del 2004 a 6,68 del 2011.[grafico 19].

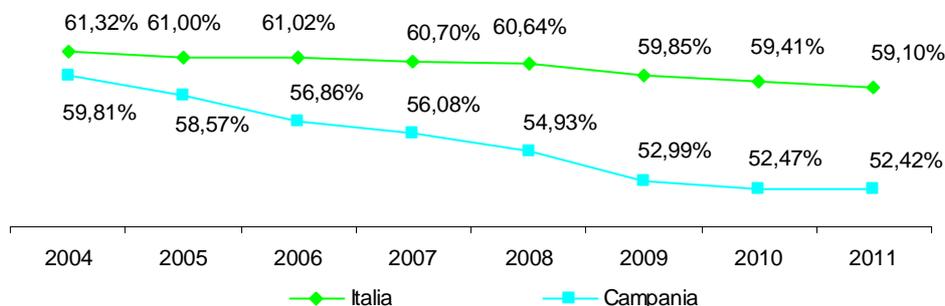


Grafico 19: Tasso di attività maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

Anche per ciò che concerne il tasso di attività maschile molto ampie sono le differenze provinciali: in quanto a diminuzione il primato spetta alla provincia di Napoli con -9,59% (da 61,82 del 2004 a 52,24 del 2011), seguita da Caserta con -8,25 (da 57,61 del 2004 a 49,46 del 2011), da Benevento con -7,04 (da 57,22 del 2004 a 50,18 del 2011), e quindi da Avellino con -2,73 (da 57,03 del 2004 a 54,30 del 2011) e da Salerno con -2,64 (da 57,77 del 2004 a 55,13 del 2011) [grafico 20].

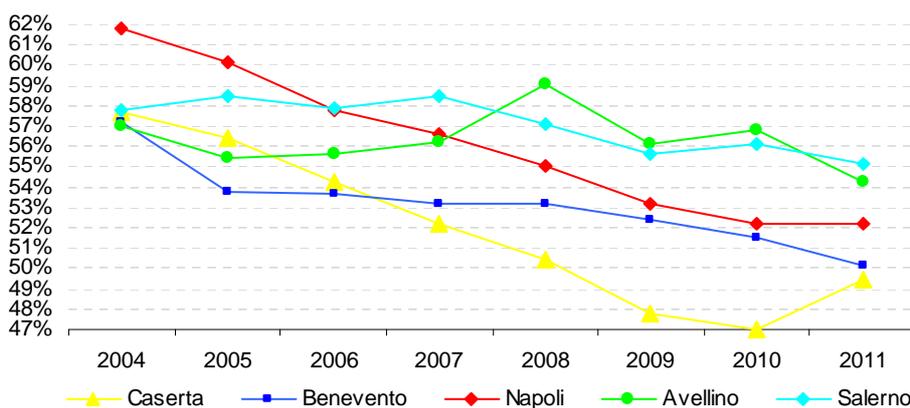


Grafico 20: Tasso di attività maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Il tasso di attività femminile in Italia è sostanzialmente stabile, ancorché notevolmente inferiore a quello maschile (nel 2011 vi è una differenza del 20,64%), mentre in Campania è diminuito del 5,09% (da 29,97 del 2004 a 24,88 del 2011). Il differenziale tra quello nazionale e quello campano è passato dall'8,36% del 2004 al 13,58 del 2011

[grafico 21]. Esaminando il tasso di attività femminile delle province campane si evince che Avellino, Benevento e Salerno sono al di sopra della media regionale (ma molto al di sotto di quella italiana), mentre è ancora nella provincia di Napoli dove si registra il calo maggiore (pari a -6,69%, da 29,26% del 2004 a 22,57% del 2011) [grafico 22]

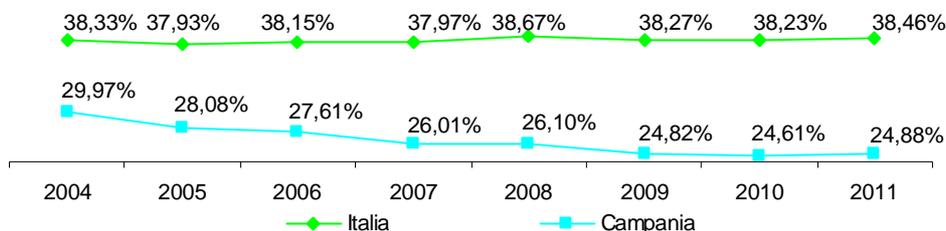


Grafico 21: Tasso di attività femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

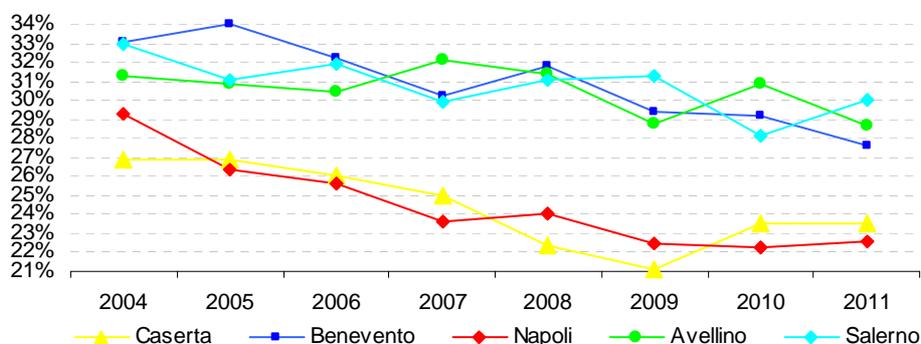


Grafico 22: Tasso di attività femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

1.2.2 Gli occupati

Nel 2011 sono occupati³ in Campania 1.056.861 maschi e 510.377 femmine per un totale di 1.567.238 persone [grafico 23].

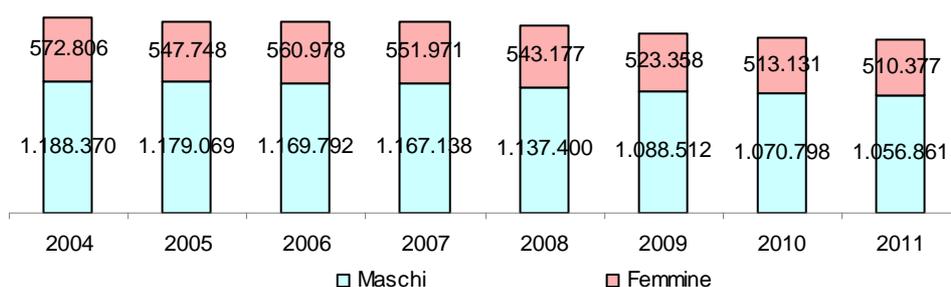


Grafico 23: Occupati in Campania (elaborazione su dati Istat)

Sia per i maschi che per le femmine l'andamento del tasso di crescita è simile e presenta, ad eccezione delle femmine nel 2006, valori sempre negativi [grafico 24].

3 La RCFL dell'ISTAT classifica come occupate le persone di quindici anni e più che nella settimana di riferimento dell'intervista hanno svolto almeno un'ora di lavoro in una qualsiasi attività con corrispettivo monetario o in natura, oppure hanno svolto almeno un'ora di lavoro non retribuito nell'azienda di un familiare con cui abitualmente cooperano, oppure sono assenti dal lavoro da non più di tre mesi, oppure sono assenti dal lavoro ma continuano a percepire almeno il 50% della retribuzione.

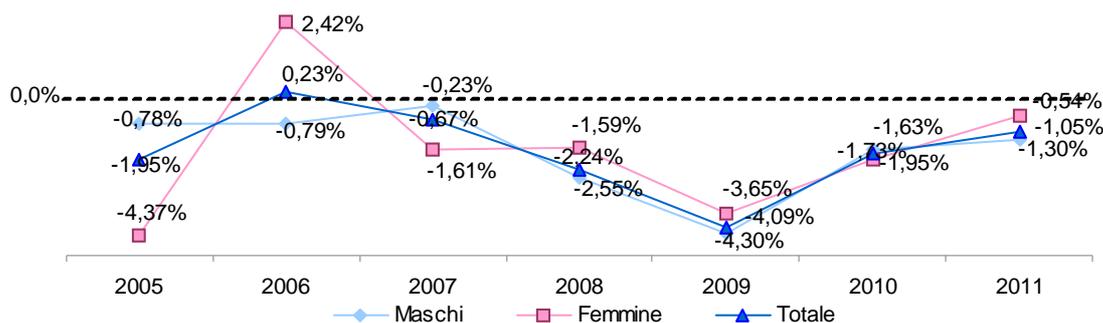


Grafico 24: Andamento del tasso di crescita degli occupati della Campania (elaborazione su dati Istat)

Come per le forze di lavoro, in tutto il periodo considerato gli occupati in Campania sono sempre più in percentuale minore di quelli italiani.[grafico 25].

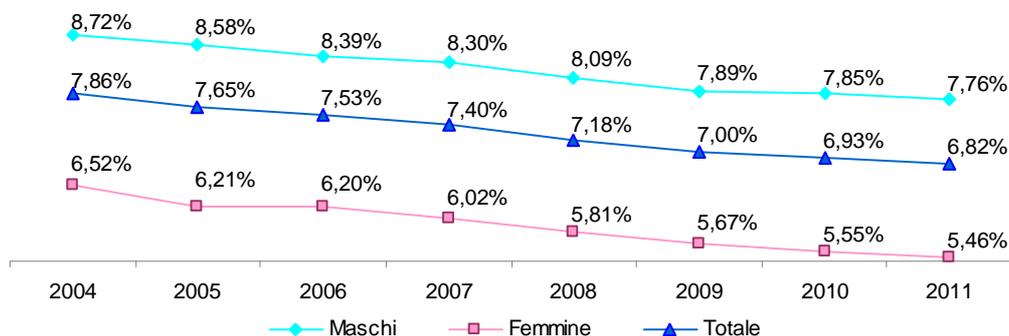


Grafico 25: % degli occupati campani rispetto a quelli italiani (elaborazione su dati Istat)

Mentre in Italia in tutto il periodo considerato la percentuale di occupati sulla popolazione totale diminuisce di 1,09% (da 45,41% del 2004 a 44,32% del 2011), in Campania il tasso di occupazione si contrae del 5,21% (da 37,40% del 2004 a 32,19% del 2011) [grafico 26], con differenze molto significative su base provinciale [grafici 27÷31]

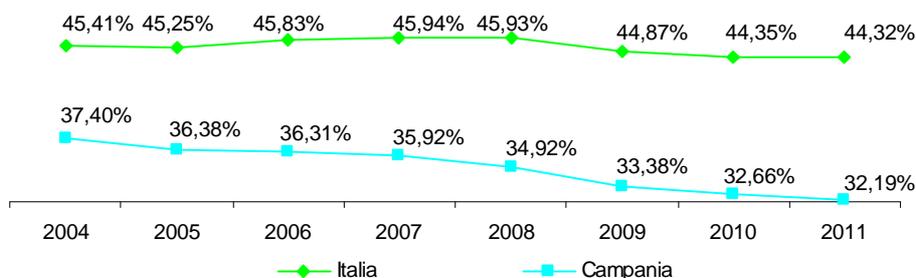


Grafico 26: Tasso di occupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

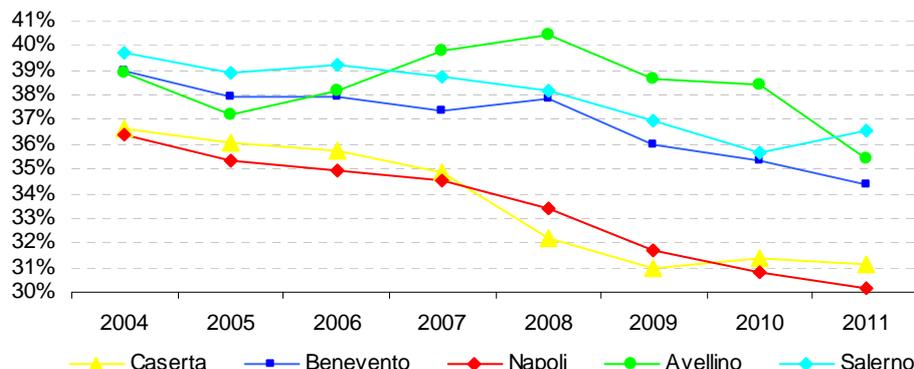


Grafico 27: Tasso di occupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)

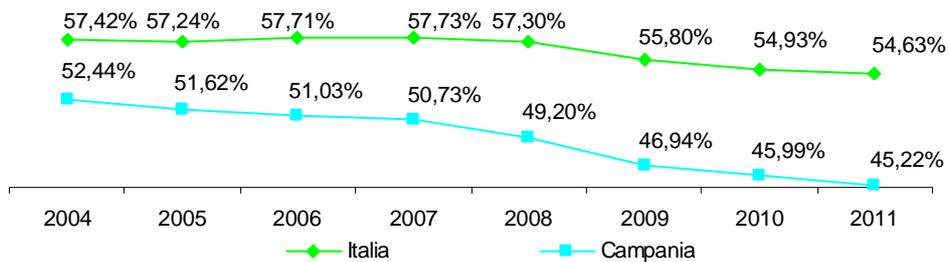


Grafico 28: Tasso di occupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

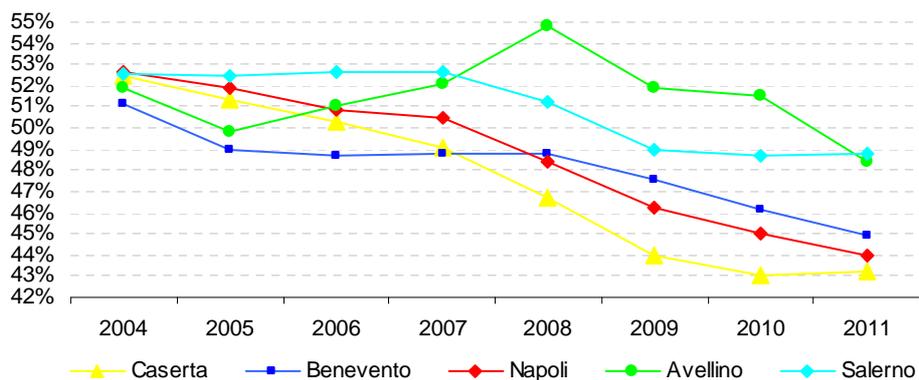


Grafico 29: Tasso di occupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

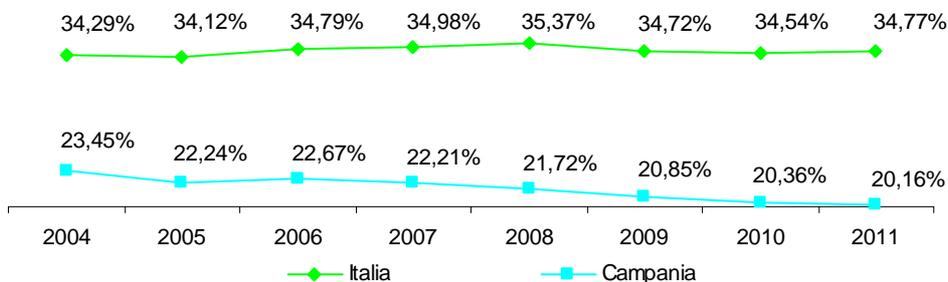


Grafico 30: Tasso di occupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

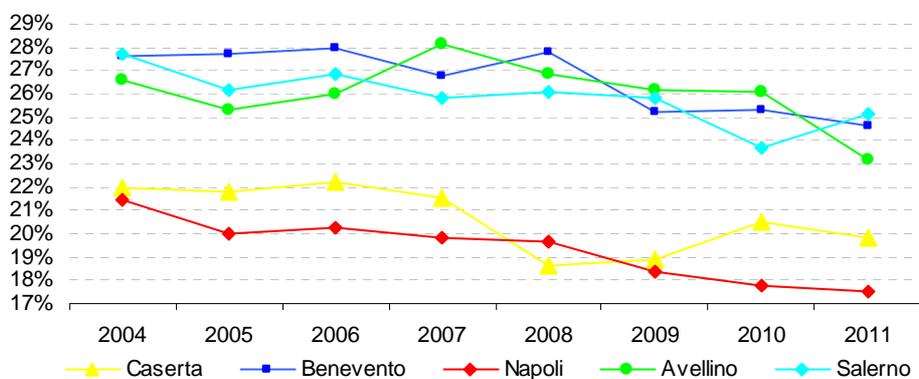


Grafico 31: Tasso di occupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

1.2.3 I disoccupati

Nel 2011 sono disoccupate⁴ in Campania 287.996 persone, di cui 168.371 maschi e 119.625 femmine. [grafico 32]

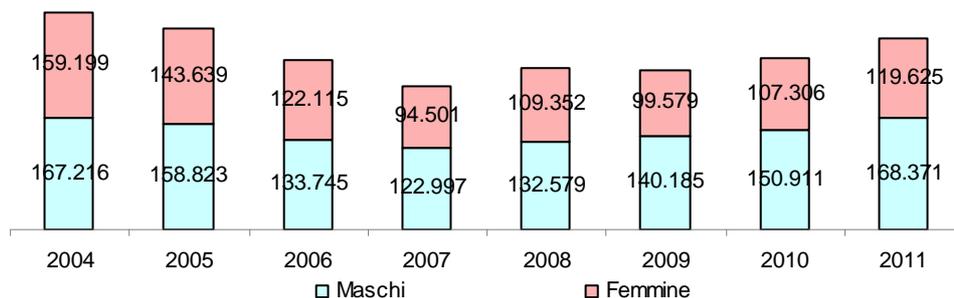


Grafico 32: Disoccupati in Campania (elaborazione su dati Istat)

Il tasso di crescita dei disoccupati tocca nel 2011 l'11,53% [grafico 33] e il tasso di disoccupazione regionale, in crescita dal 2007, è pari al 15,52%, oltre sette punti percentuali di quello nazionale (8,41%) [grafico 34]. Si registrano differenze su base provinciale, con il tasso più alto per la provincia di Napoli (18% circa) e con quello più basso per la provincia di Benevento (11%). [grafico 35].

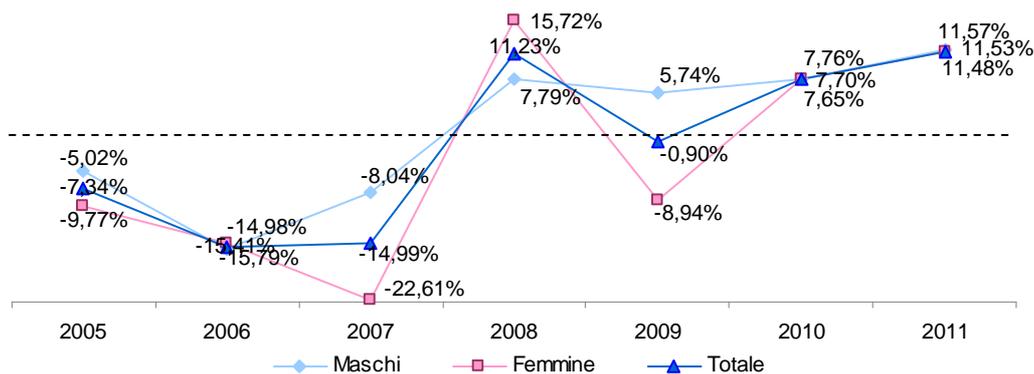


Grafico 33: Andamento del tasso di crescita dei disoccupati della Campania (elaborazione su dati Istat)

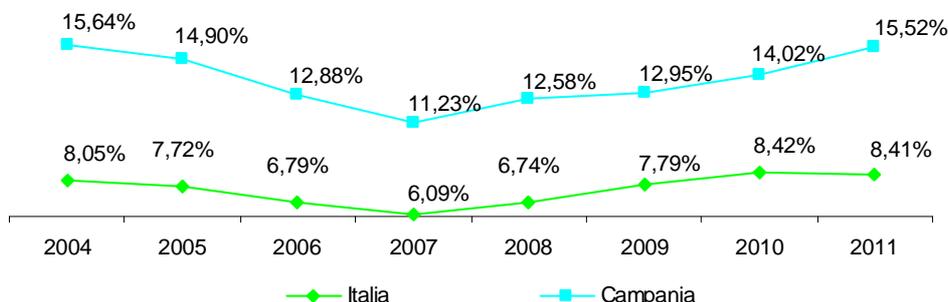


Grafico 34: Tasso di disoccupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

4 La RCFL dell'ISTAT classifica come non occupate le persone tra 15 e 74 anni che hanno effettuato almeno un'azione attiva di ricerca di lavoro nei trenta giorni che precedono l'intervista e sono disponibili a lavorare entro le due settimane successive, oppure inizieranno un lavoro entro tre mesi dalla data dell'intervista

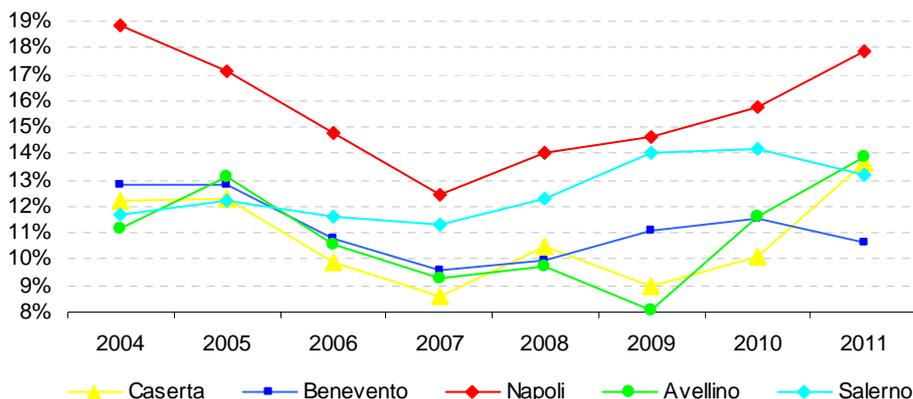


Grafico 35: Tasso di disoccupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Il tasso regionale di disoccupazione maschile è del 13,74%, contro il 7,56% nazionale, quello femminile è del 18,99% contro il 9,61% nazionale, con grandi differenze da provincia a provincia. [grafici 36 ÷ 39]

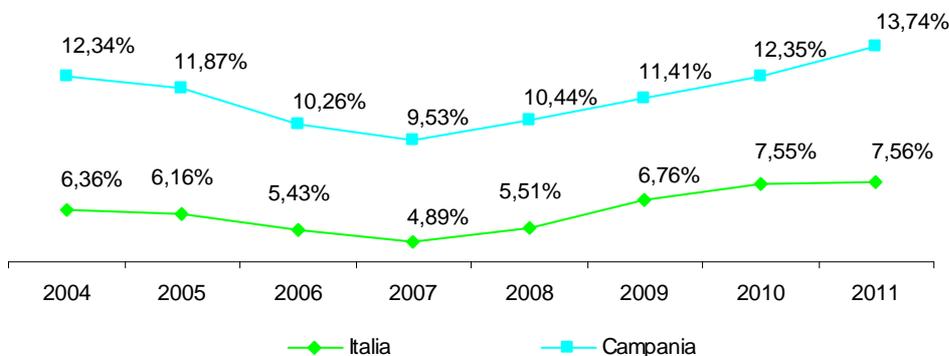


Grafico 36: Tasso di disoccupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

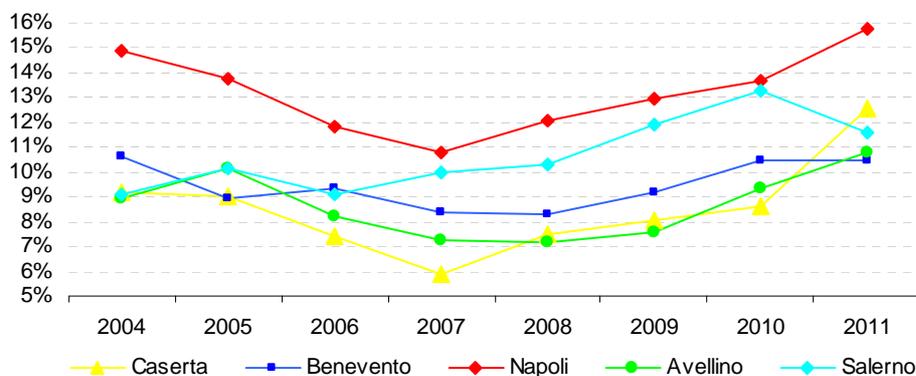


Grafico 37: Tasso di disoccupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

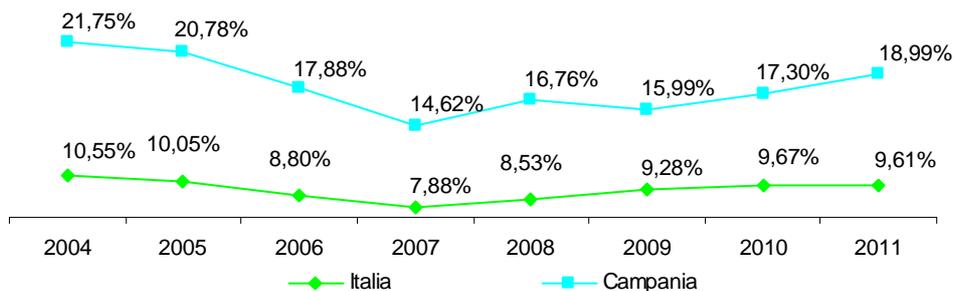


Grafico 38: Tasso di disoccupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

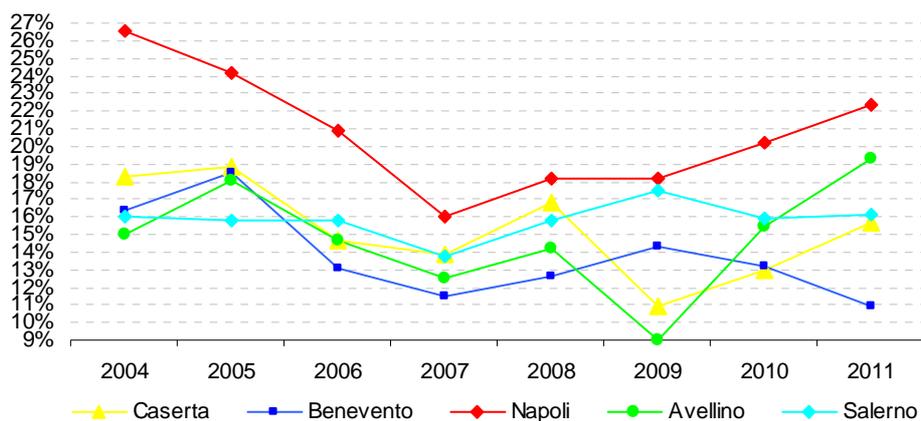


Grafico 39: Tasso di disoccupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

1.3 Le dinamiche economiche

1.3.1 Il Prodotto Interno Lordo

Così come riportato nell'Atlante statistico delle Province d'Italia⁵ del 2011, nel 2010 il PIL⁶ ai prezzi di mercato della Campania è pari a 94.785,40 milioni di euro, corrispondenti al 6,1% di quello italiano. [grafico 40]

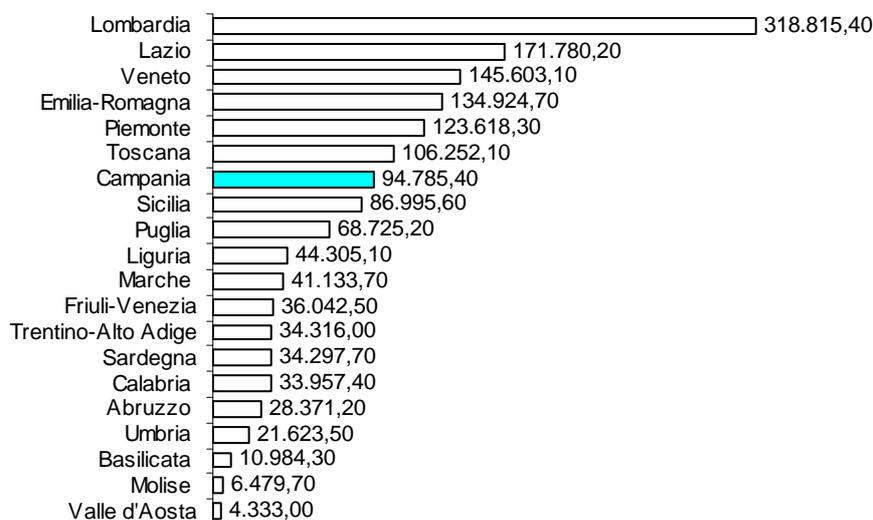


Grafico 40: PIL in MLN ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)

Il concorso delle province campane al PIL regionale è molto diversificato: il primato spetta a Napoli, 4° tra le 110 province italiane, segue Salerno 19°, Caserta 29°, Avellino 60° e Benevento 90°. [grafici 41-42].

5 Il Volume è stato curato dal CUSPI - Coordinamento degli Uffici di Statistica delle Province d'Italia ed è disponibile all'indirizzo http://progetti.hostmap.eu/upiprg/usr_gf/home/progetti/2011/11/ATLANTE%20PROVINCE%20ITALIA.pdf

6 Per Prodotto Interno Lordo (PIL) si intende il valore della produzione totale dei beni e dei servizi diminuita dei consumi intermedi e aumentata dell'IVA e delle imposte indirette (al netto dei servizi d'intermediazione finanziaria)

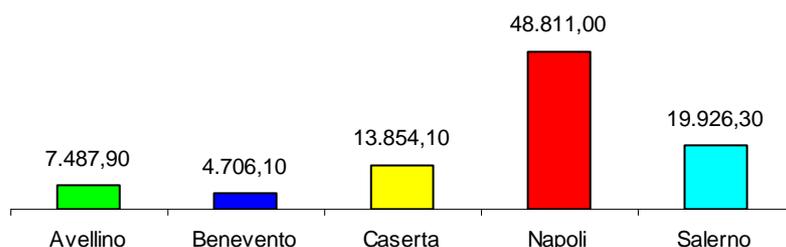


Grafico 41: PIL in MLN ai prezzi di mercato delle province campane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)

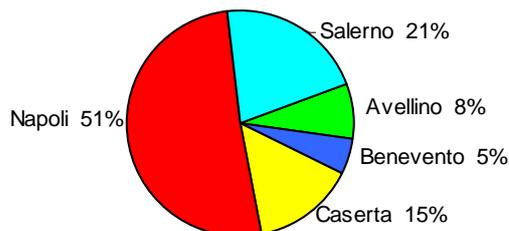


Grafico 42: Composizione provinciale del PIL campano ai prezzi di mercato nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)

Se si considera il PIL pro capite, ottenuto dividendo il PIL per la popolazione dell'anno considerato, nel 2010 la Campania con 16.260 è ultima in Italia [grafico 43]. Tra le province italiane le campane si collocano in coda alla classifica: Salerno è all'85° posto, Avellino al 91°, Benevento al 98°, Napoli al 100 e Caserta al 106°. [grafico 44].

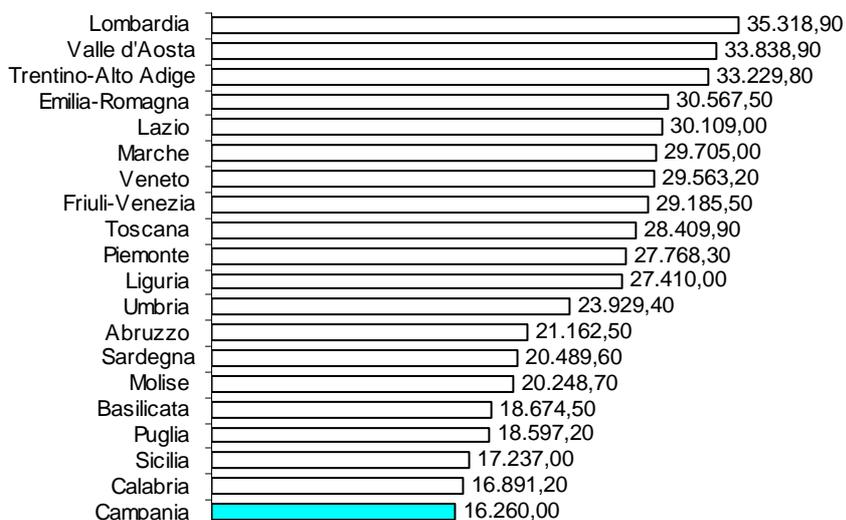


Grafico 43: PIL pro capite ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)

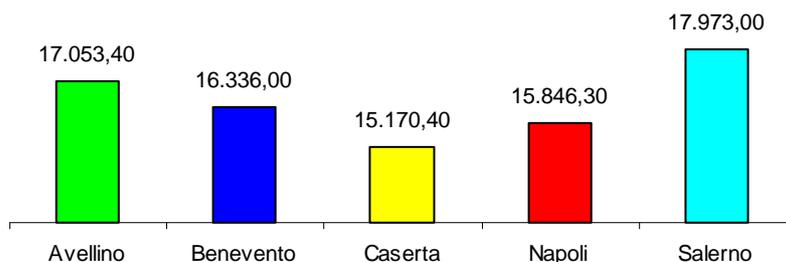


Grafico 44: PIL pro capite ai prezzi di mercato delle province campane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)

L'ISTAT, attraverso la tecnica del concatenamento riferita al 2000, stima il PIL a prezzi costanti (depurato quindi dalla variazione dei prezzi), così misurando la crescita economica indipendentemente dall'influenza monetaria. Il PIL pro capite campano risulta notevolmente minore sia di quello italiano (nel 2009 la differenza è di € 7.266) che di quello del Mezzogiorno (nel 2009 la differenza è di €911) [grafico 45].

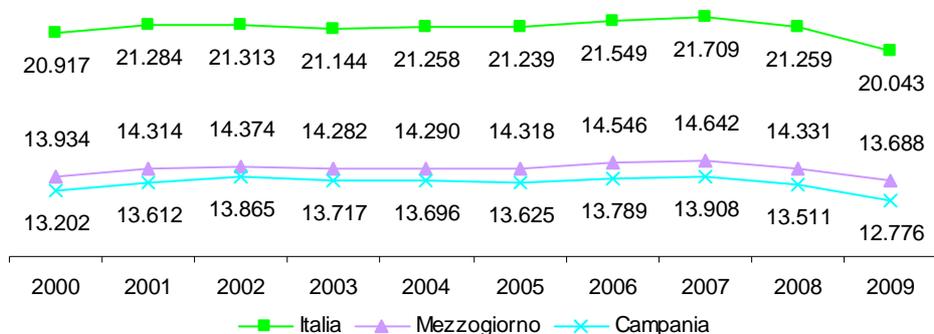


Grafico 45: PIL pro capite a prezzi costanti della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

1.3.2 Il reddito

Il reddito medio netto familiare viene rilevato dall'ISTAT con l'Indagine sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silc). E' composto dai redditi da lavoro, da capitale reale e finanziario, da pensioni e da altri trasferimenti pubblici e privati, al netto delle imposte personali, dell'Imposta comunale sugli immobili (ex Ici), dei contributi sociali a carico dei lavoratori e dei trasferimenti versati ad altre famiglie. Dal 2003 al 2009, ultimi dati disponibili, il reddito medio netto delle famiglie campane al lordo dell'inflazione è cresciuto di 1.992 euro, uguagliando quello delle famiglie del Mezzogiorno, ma è progressivamente aumentato il divario con la media italiana, passando da una differenza di 3.510 del 2003 a 4.763 del 2009. [grafico 46].

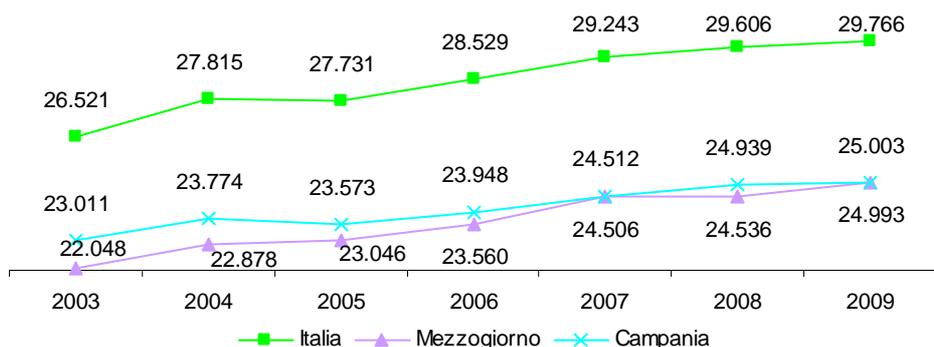


Grafico 46: Reddito medio netto familiare della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

Altro dato fornito dall'ISTAT è il reddito mediano netto familiare, che registra il valore massimo del reddito di metà delle famiglie. L'andamento della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia è sostanzialmente simile al reddito medio (sebbene la Campania, tranne che per il 2007, presenta valori superiori al Mezzogiorno), ma il reddito mediano delle tre partizioni territoriali è inferiore, da cui si deduce che la maggior parte delle sue famiglie ha un reddito minore di quello medio [grafico 47].

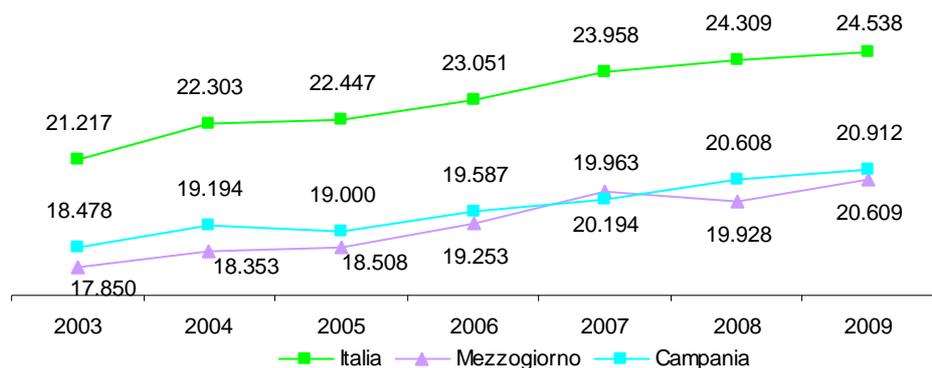


Grafico 47: Reddito medio netto familiare della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

L'indice di concentrazione di Gini è l'indicatore del grado di diseguaglianza della distribuzione del reddito, che l'ISTAT calcola sui redditi familiari equivalenti, così tenendo conto della composizione dei nuclei familiari: zero segnala la perfetta equità della distribuzione dei redditi, ed uno la totale diseguaglianza. In tutto l'arco di tempo considerato, si registrano in Campania valori più alti sia del Mezzogiorno che dell'Italia, sebbene con un andamento per tutti decrescente. Significativo appare che nel 2009, anno in cui sia in Campania che nel Mezzogiorno il valore dell'indice di Gini torna a crescere, la Campania tra le regioni italiane è seconda solo alla Sicilia [grafici 48 e 49].

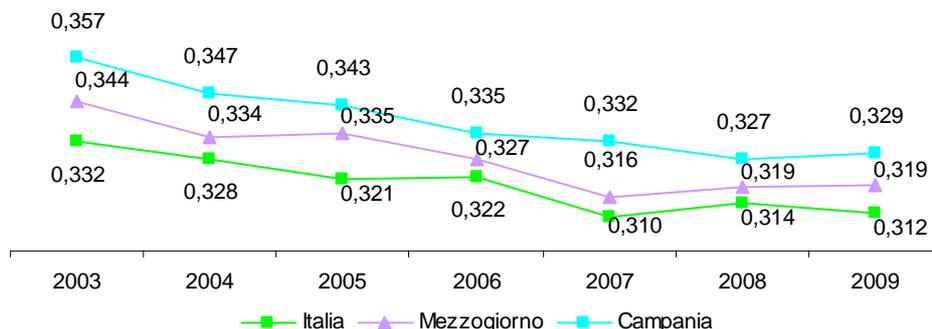


Grafico 48: Andamento dell'indice di Gini del reddito familiare della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

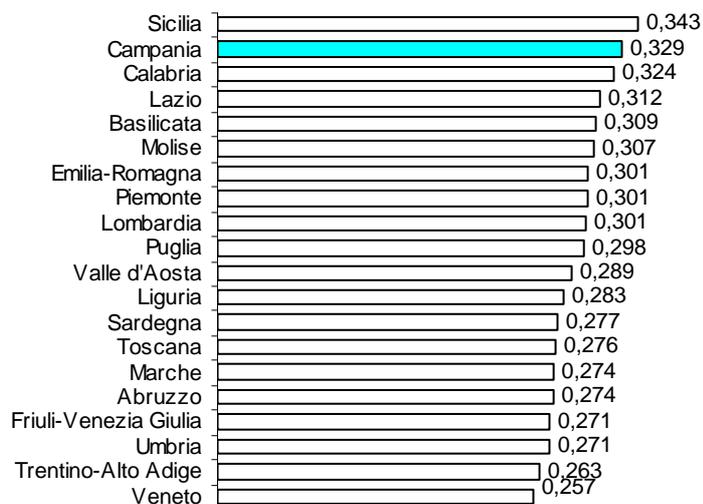


Grafico 49: Indice di Gini del reddito familiare delle regioni italiane nel 2009 (elaborazione su dati ISTAT)

1.3.3 La povertà

L'ISTAT produce dati sulla povertà attraverso l'indagine campionaria sui consumi delle famiglie, con la quale mensilmente vengono rilevati i consumi privati, da cui si deduce la dimensione della povertà assoluta e quella della povertà relativa. E' assolutamente povera una famiglia (o un individuo) con una spesa per consumi mensile pari o inferiore alla soglia di povertà assoluta, ovvero al valore di beni e servizi che si ritengono essenziali, valore variabile a seconda della dimensione del nucleo familiare, della localizzazione e della grandezza del comune di residenza. In tutto il periodo considerato il numero di famiglie assolutamente povere nel Mezzogiorno cresce di 24.000 unità, mentre nel resto d'Italia l'aumento è di 200.000, sicché la percentuale di famiglie italiane assolutamente povere residenti nel Mezzogiorno passa dal 54,7% al 46,2% [grafico 50].

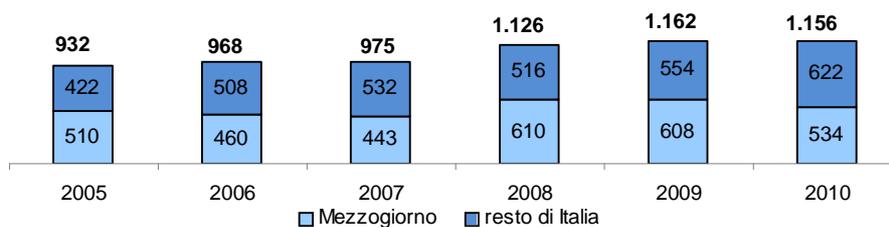


Grafico 50: N. (in migliaia) di famiglie in povertà assoluta nel Mezzogiorno e nel resto d'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

Nei sei anni considerati, mentre nel Mezzogiorno l'incidenza percentuale delle famiglie assolutamente povere è, seppure con un andamento altalenante, sostanzialmente stabile, nel Nord si assiste ad un aumento costante, mentre nel Centro ad un repentino aumento nel 2010 [grafico 51].

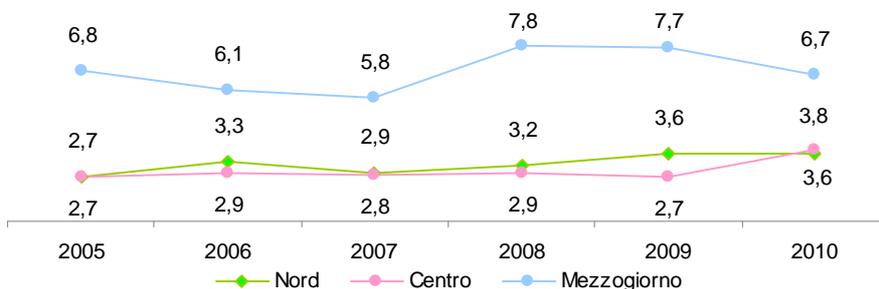


Grafico 51: % di famiglie in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

Gli individui in povertà assoluta in tutto il periodo considerato nel Mezzogiorno crescono di 164.000 unità, mentre nel resto d'Italia di 584.000, sicché la percentuale di italiani assolutamente poveri residenti nel Mezzogiorno passa dal 60,6% al 51,4% [grafico 52]. La percentuale di individui in povertà assoluta dal 2005 al 2010 aumenta dello 0,7% nel Mezzogiorno, dell'1,1% nel Nord e del 2,1% nel Mezzogiorno [grafico 53].

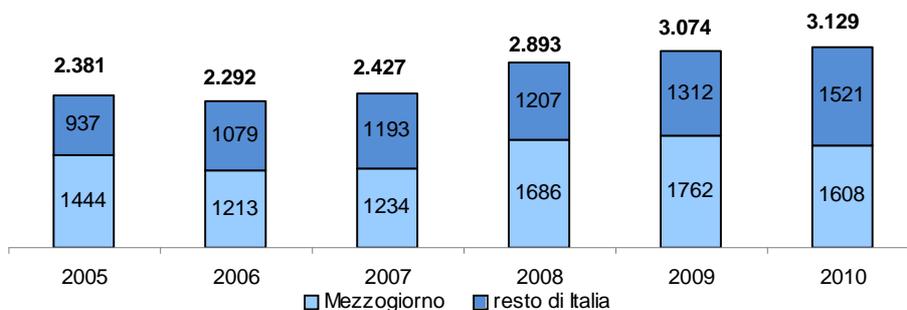


Grafico 52: N. (in migliaia) di individui in povertà assoluta nel Mezzogiorno e nel resto d'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

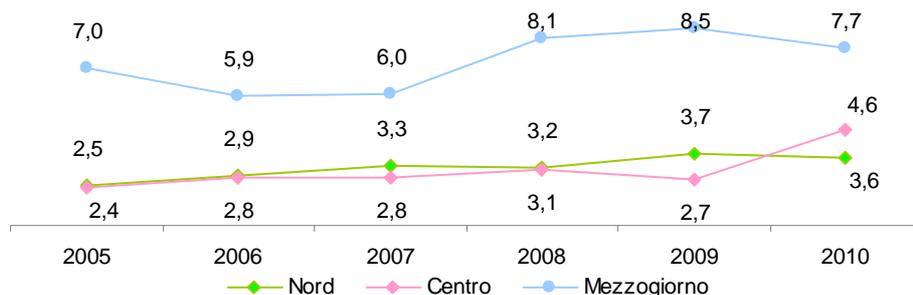


Grafico 53: % di individui in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

Una famiglia (o un individuo) è considerata dall'ISTAT relativamente povera se i suoi consumi sono uguali o inferiori alla *International Standard of Poverty Line* (Ispil), la linea di povertà, che per una famiglia di due persone corrisponde alla spesa media per consumi pro capite dell'anno considerato, e che al variare del numero dei componenti del nucleo familiare viene modificato grazie ad una scala di equivalenza che tiene conto delle economie e diseconomie conseguenti. In Campania nel 2010 sono relativamente povere 484.561 famiglie, pari a circa il 18% di tutte le famiglie relativamente povere d'Italia. Circa l'incidenza, ovvero il rapporto tra famiglie relativamente povere e totale delle famiglie residenti, nel 2010 la Campania con il 23,2% si colloca al quarto posto in Italia. [grafico 54].

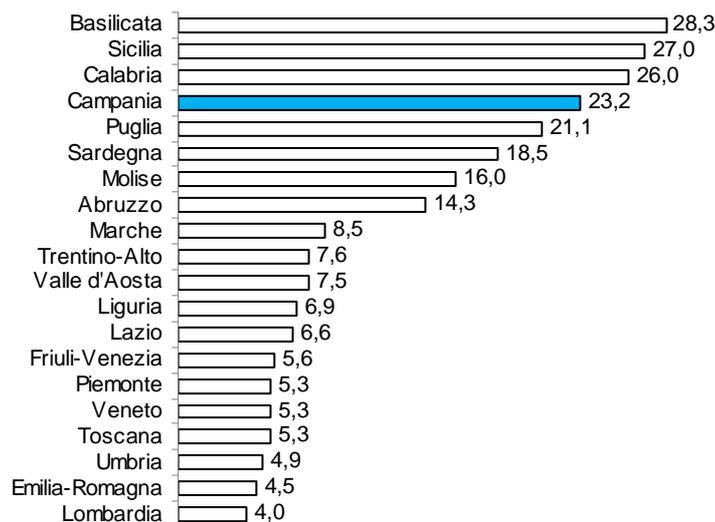


Grafico 54: Incidenza di povertà relativa nelle regioni italiane nel 2010 per 100 famiglie (elaborazione su dati ISTAT)

Esaminando l'andamento dell'incidenza della povertà relativa delle famiglie dal 2005 al 2010, si rileva che in Campania l'incidenza della povertà relativa è sempre superiore a quella del Mezzogiorno e dell'Italia, tranne che nel 2006 e 2007. Necessario è però sottolineare che il calo verificatosi nel 2010 rispetto al 2005 non necessariamente è da imputare ad un miglioramento delle condizioni di vita e che invece potrebbe essere spiegato da una diminuzione del consumo medio pro capite, e quindi da una traslazione in basso della linea di povertà. [grafico 55]

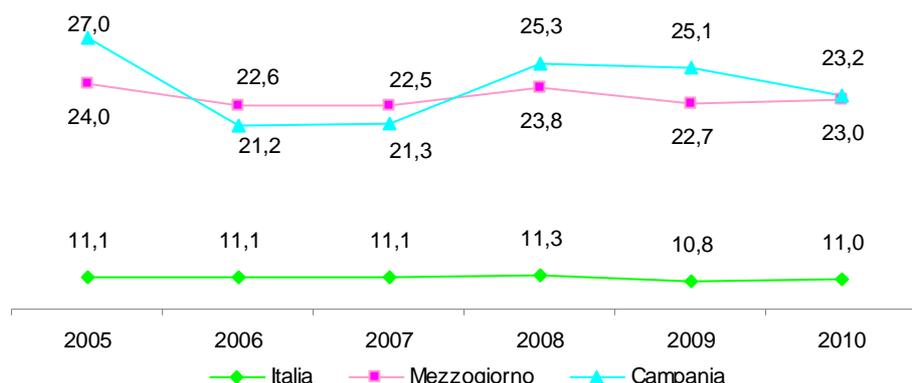


Grafico 55: Andamento dell'incidenza di povertà relativa per 100 famiglie della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

Se si considera l'incidenza della povertà relativa su base individuale piuttosto che familiare, evidentemente il fenomeno è più grave. Nel 2010 in Campania sono relativamente povere quasi 27 persone su 100, confermando il quarto posto tra le regioni italiane, mentre nel complesso in Italia l'incidenza si attesta al 13,8%. Analogamente a quanto registrato per l'incidenza familiare, anche per quella individuale la Campania ed il Mezzogiorno hanno valori molto superiori a quelli dell'Italia, seppure con un differenziale minore di quella familiare [grafici 56 e 57]

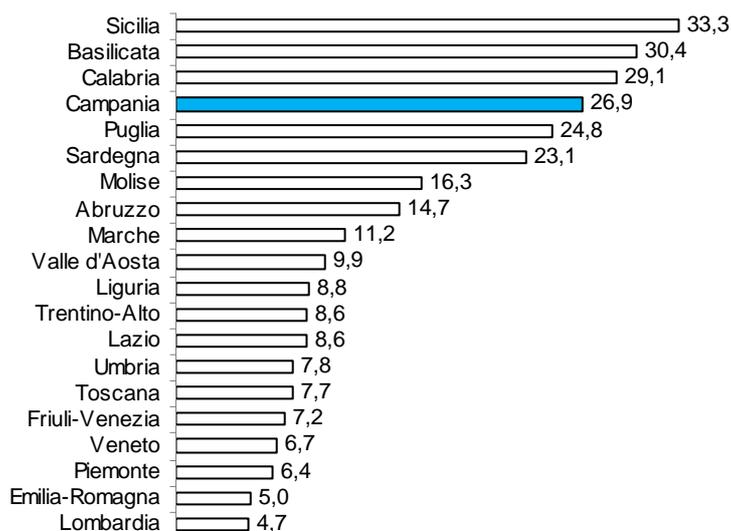


Grafico 56: Incidenza di povertà relativa nelle regioni italiane nel 2010 per 100 individui (elaborazione su dati ISTAT)

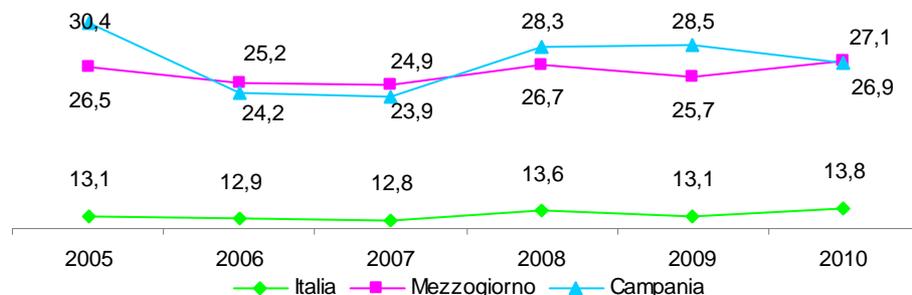


Grafico 57: Andamento dell'incidenza di povertà relativa per 100 individui della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

2. Risorse e servizi programmati nelle annualità del I Piano Sociale Regionale

E' possibile delineare un quadro abbastanza definito della composizione del sistema integrato dei servizi sociali campani nel I Piano Sociale Regionale (PSR), attraverso l'analisi dei dati raccolti con i format digitali dei Piani di Zona (PdZ), ed in particolare con il file di monitoraggio della I annualità e quello della programmazione degli interventi della II e III annualità.

I dati, aggiornati al 31 luglio 2012, consentono di cogliere l'andamento della programmazione degli interventi nel corso del triennio, sebbene presentino alcune criticità di cui tenere adeguatamente conto per una corretta analisi, quali la numerosità dei PdZ analizzati, la popolazione sulla quale impattano e la provvisorietà delle informazioni trattate.

Il numero dei PdZ analizzati è di 46⁷ della I annualità, 43⁸ della II e 23 della III, rappresentando il 90% del totale nella I, l'84% nella II ed il 45% nella III [tabella 2]. Su base provinciale si presentano differenze molto significative: nelle province di Avellino e Benevento riguardano la totalità degli Ambiti nella I e II, e rispettivamente il 43% ed il 67% nella III; a Salerno il 100% nella I, il 90% nella II ed il 40% nella III; a Napoli l'89% nella I, il 78% nella II ed il 39% nella III; a Caserta il 70% nella I, il 70% nella II ed il 50% nella III [grafico 58].

Tabella 2: Numero di PdZ analizzati delle annualità del I PSR

Provincia	N. Ambiti presenti	N. PdZ elaborati I annualità	N. PdZ elaborati II annualità	N. PdZ elaborati III annualità
Avellino	7	7	7	3
Benevento	6	6	6	4
Caserta	10	7	7	5
Napoli	18	16	14	7
Salerno	10	10	9	4
Campania	51	46	43	23

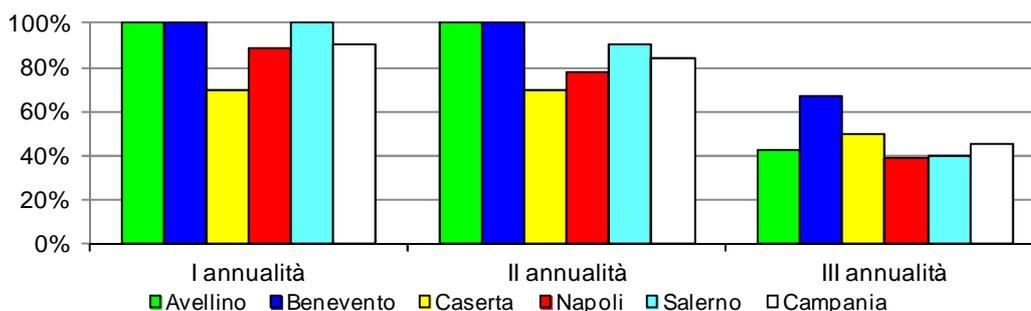


Grafico 58: Percentuale di PdZ analizzati delle annualità del I PSR

Nella I annualità i PdZ elaborati impattano su 4,44 milioni di cittadini, nella II su 4,99 e nella III su 3,23, che costituiscono rispettivamente il 76%, l'86% ed il 56% della popolazione campana [tabella 3]. La percentuale di popolazione è diversa dalla percentuale dei PdZ elaborati, in quanto è molto variabile il numero di cittadini di

7 I 5 PdZ non analizzati sono degli Ambiti C02 e C03 in quanto al momento in cui si scrive sono commissariati, di C09 e N10, in quanto presentano incongruenze per le quali si è in attesa delle necessarie correzioni, e di N18.

8 Sebbene il Decreto Dirigenziale n. 1 dell'11 gennaio 2011 avente ad oggetto "Approvazione indicazioni operative per l'aggiornamento dei Piani di Zona II annualità del triennio - Piano Sociale Regionale 2009-2011", prevedesse che dovessero essere presentati i Piani di Zona entro il successivo mese di febbraio, al 31/07/2012 dei 47 PdZ presentati, solo 43 sono conformi alle indicazioni regionali.

ciascun Ambito. Anche per la popolazione sono molto significative le differenze su base provinciale: nelle province di Avellino e Benevento riguardano la totalità della popolazione nella I e II, e rispettivamente il 59% ed l'80% nella III; a Salerno il 100% nella I, il 94% nella II ed il 46% nella III; a Napoli il 65% nella I, l'84% nella II ed il 58% nella III; a Caserta il 68% nella I e II ed il 49% nella III [grafico 59].

Tabella 3: Popolazione dei PdZ delle annualità del I PSR analizzati

Provincia	Pop. PdZ elaborati I annualità	Pop. PdZ elaborati II annualità	Pop. PdZ elaborati III annualità
Avellino	439.036	439.137	260.921
Benevento	288.283	287.874	229.648
Caserta	619.232	622.352	449.228
Napoli	1.989.946	2.602.522	1.787.363
Salerno	1.107.652	1.041.363	506.060
Campania	4.444.149	4.993.248	3.233.220

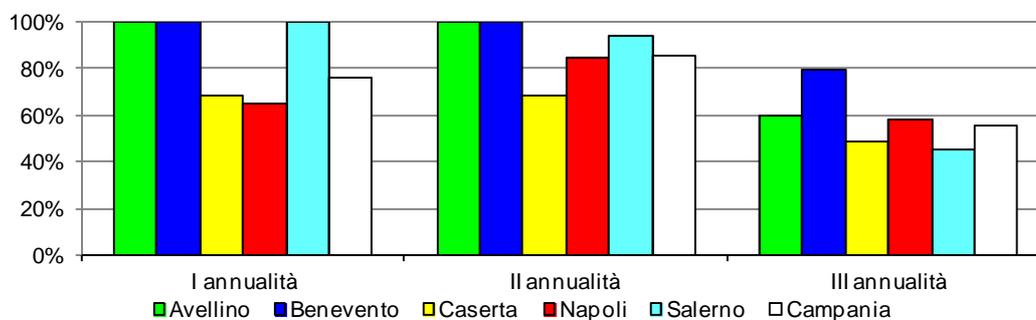


Grafico 59: Percentuale di popolazione dei PdZ analizzati delle annualità del I PSR

Se per ciò che attiene la I e II annualità i dati forniti sono relativi a PdZ di cui il Settore Assistenza Sociale ha accertato la conformità alle indicazioni del I PSR, per ciò che concerne la III sono riferiti ai PdZ pervenuti entro il 31 luglio per i quali al momento in cui si scrive è ancora attiva la fase istruttoria. Pertanto mentre per le annualità I e II si tratta di dati certi, per la III ci si riferisce a dati provvisori, suscettibili quindi di modifiche, da considerare come possibili tendenze piuttosto che come informazioni consolidate.

2.1 La programmazione finanziaria

Nei PdZ analizzati, il Fondo Unico di Ambito (FUA) è alimentato da 7 fonti di finanziamento [tabella 4].

Tabella 4: Risorse programmate per fonti di finanziamento

Fonti finanziamento	I Annualità	II Annualità	III Annualità
Fondo Nazionale Politiche Sociali	66.126.221,87	49.569.965,31	32.466.621,07
Fondo Non Autosufficienza	20.064.998,77	39.956.341,76	12.414.531,04
Risorse Comunali	66.950.869,43	114.563.017,56	89.817.080,13
Risorse ASL	2.973.337,94	9.926.280,83	3.077.160,31
Fondi Regionali finalizzati	4.807.747,52	3.641.413,30	1.994.523,17
Fondi UE e altri fondi pubblici	7.807.729,35	20.826.857,52	33.100.896,34
Compartecipazione Utenti	1.784.517,14	2.005.668,04	1.172.450,95
Totale	170.515.422,02	240.489.544,31	174.043.263,02

Considerando il concorso percentuale di ciascuna di esse [grafico 60], emerge con forza la preponderanza delle risorse comunali, che concorrono al FUA nella I annualità con il 39,26%, nella II con il 47,64%, con un probabile aumento nella III (51,61%). Se si considerassero anche le risorse programmate dal Comune di Napoli, di cui non si dispone dei dati⁹, ipotizzando che nella I annualità il suo PdZ sia uguale a quello della II, il concorso percentuale delle risorse comunali ammonterebbe al 45,22%, sostanzialmente analogo a quello della II.

Il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali (FNPS) è per importanza la seconda fonte di finanziamento, sebbene nella II si registri un sensibile calo, confermato anche nella III. Se pure si considerasse Napoli, il concorso del FNPS nella I annualità ammonterebbe al 30,45%, e nella II il calo sarebbe di 8,84 punti percentuali piuttosto che di 17,17.

Il Fondo Non Autosufficienza (FNA) è sia nella I che nella II annualità la terza fonte di finanziamento, giacché, seppure si considerasse Napoli, nella I concorrerebbe per il 10,92%. A fronte dell'aumento registrato nella II, sembra verosimile che nella III si verifichi consistente calo, causato dalla revoca delle risorse non utilizzate né impegnate.

Appare probabile che nella III annualità i fondi europei e gli altri fondi pubblici diventino la terza fonte di finanziamento, mentre nella I e nella seconda sono la quarta, rispettivamente con il 4,58% (considerando Napoli il 7,95%) e l'8,66%.

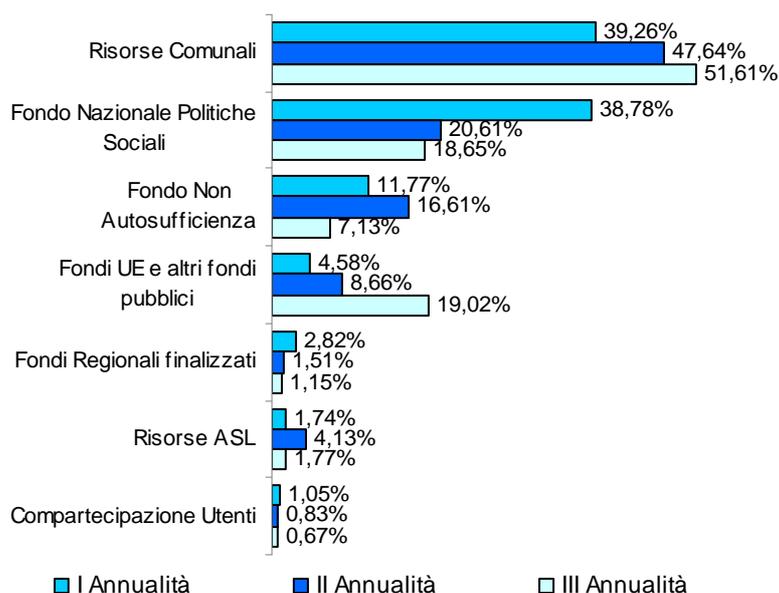


Grafico 60: Utilizzo % delle fonti di finanziamento

In tutte le annualità del I PSR è stato possibile utilizzare i residui dell'anno precedente, generati da economie e/o da mancato avvio, per la programmazione dei servizi da attivare.

9 Cfr. nota n. 1

Tabella 5: Risorse residue programmate per fonti di finanziamento

Fonti finanziamento	I Annualità	II Annualità	III Annualità
Fondo Nazionale Politiche Sociali	26.317.215,93	12.110.746,40	8.784.225,54
Fondo Non Autosufficienza	2.542.294,96	12.165.933,63	7.791.003,18
Risorse Comunali	-	4.347.100,43	4.294.762,08
Risorse ASL	-	-	-
Fondi Regionali finalizzati	-	993.196,75	299.011,97
Fondi UE e altri fondi pubblici	-	201.051,29	-
Compartecipazione Utenti	-	46.806,44	41.758,60
Totale	28.859.510,89	29.864.834,94	21.210.761,37

Se nella I annualità la quota più consistente di residui programmati afferisce al FNPS (39,80%), attestandosi nella II e III intorno al 25%, i dati provvisori della III segnalano il FNA come la fonte finanziaria che li utilizza maggiormente, confermando una crescita già registrata nella II [grafico 61]. Tale andamento è più che verosimile, giacché l'utilizzo del FNA riguarda interventi sociosanitari, per i quali è necessaria la programmazione congiunta con i Distretti Sanitari, che nel triennio ha incontrato notevoli difficoltà, determinando uno slittamento di quanto pianificato e quindi residui finanziari da utilizzare nelle annualità successive.

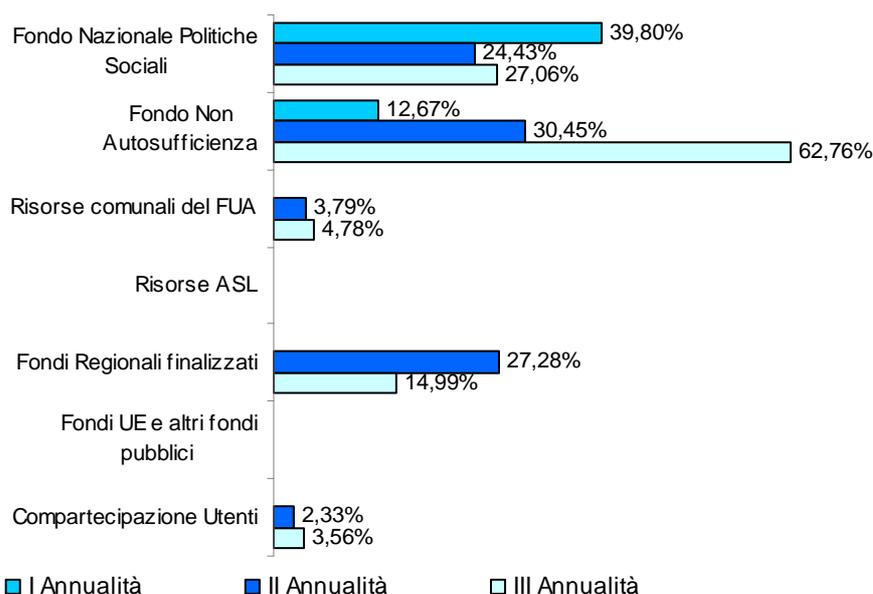


Grafico 61: % residui utilizzati per fonti di finanziamento

Su base regionale la percentuale di risorse residue dell'anno precedente utilizzate nel FUA è passato dal 16,92% della I annualità al 12,42% della II, quota tendenzialmente confermata anche per la III. Su base provinciale si presentano differenze anche molto significative. Il primato è degli Ambiti beneventani sia nella I annualità (34,62%) che nella II (19,05%), così come sembrerebbe nella III. Gli Ambiti, invece, che li utilizzano di meno, e che quindi dimostrano una migliore capacità di spesa, nella I sono gli avellinesi, nella II i salernitani, così come nella III giacché, se fossero confermati i dati, presenterebbero un risibile 0,98%.

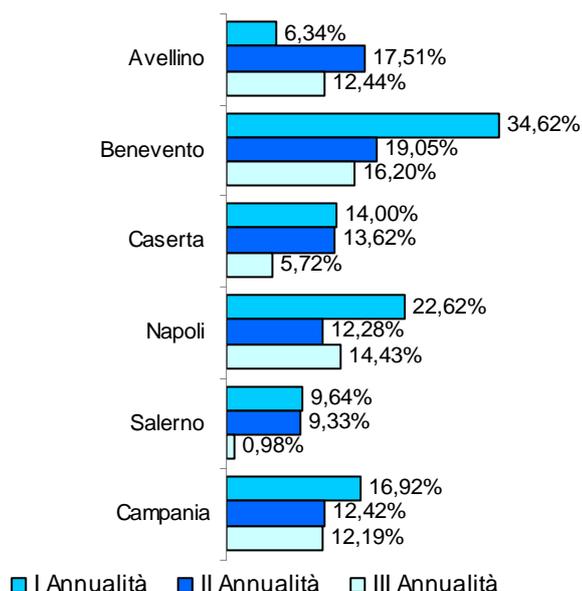


Grafico 62: % utilizzo residui su base provinciale e regionale

Giacché le risorse residue programmate nei PdZ costituiscono il finanziamento di servizi non erogati nelle annualità di competenza, la cui fruizione è quindi stata differita temporalmente, al fine di tracciare un quadro verosimile delle dimensioni finanziarie del welfare campano, è utile considerare le risorse programmate al netto dei residui dell'anno precedente e delle risorse che diventeranno residui negli anni successivi.

Tabella 6: Risorse programmate per fonti di finanziamento al netto dei residui

Fonti finanziamento	I Annualità	II Annualità	III Annualità
Fondo Nazionale Politiche Sociali	27.698.259,54	28.674.993,37	23.682.395,53
Fondo Non Autosufficienza	5.356.770,18	19.999.404,95	4.623.527,86
Risorse Comunali	62.603.769,01	105.921.155,06	85.522.318,05
Risorse ASL	2.973.337,94	9.926.280,83	3.077.160,31
Fondi Regionali finalizzati	3.814.550,77	2.349.204,58	1.695.511,20
Fondi UE e altri fondi pubblici	7.606.678,06	20.625.806,23	33.100.896,34
Compartecipazione Utenti	1.737.710,70	1.917.103,00	1.130.692,35
Totale	111.791.076,19	189.413.948,01	152.832.501,65

Come per le risorse al lordo, così per quelle al netto dei residui, è preponderante il ruolo delle risorse comunali, che nelle tre annualità concorrono con poco più del 55%. La seconda fonte di finanziamento è il FNPS, il cui concorso è però minore di quanto registrato per le risorse lorde. La terza fonte è costituita dai fondi europei e dagli altri fondi pubblici, che nella III annualità presenterebbero una grande crescita, sebbene è utile ricordare che i dati disponibili considerano i residui provenienti dalla II ma evidentemente non tengono conto della parte che non sarà spesa.

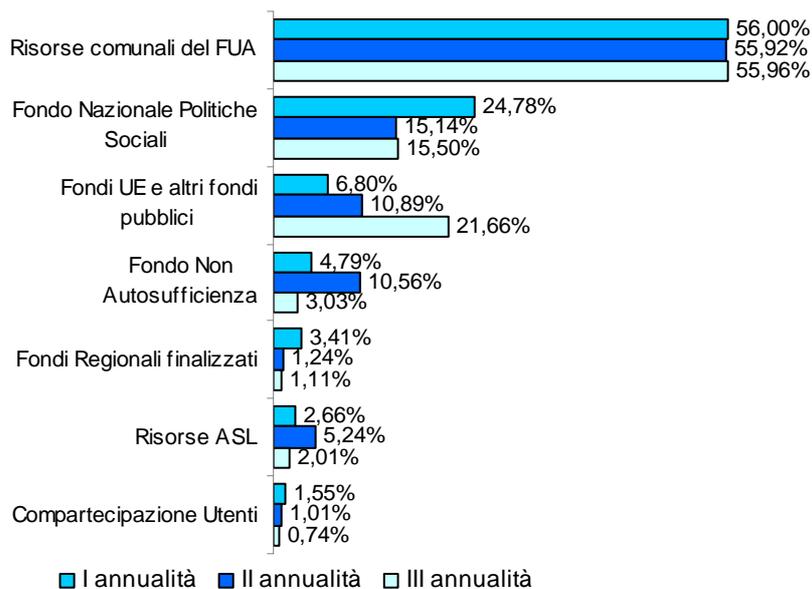


Grafico 63: Utilizzo % delle fonti di finanziamento al netto dei residui

Sia che si consideri al lordo dei residui che al netto, la quota capitaria su base regionale appare in crescita, con differenze anche molto significative su base provinciale sia per ciò che riguarda l'andamento nelle tre annualità che per ciò che concerne i valori assoluti [grafici 64 e 65].

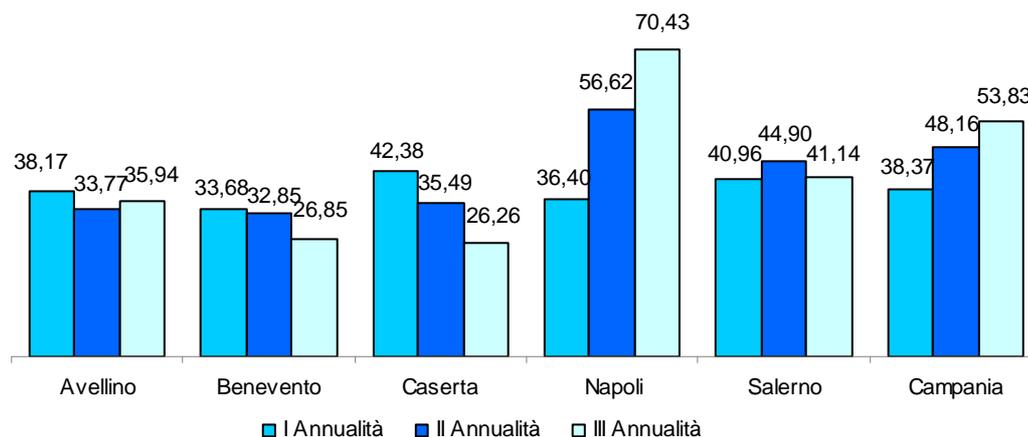


Grafico 64: Quota capitaria al lordo dei residui

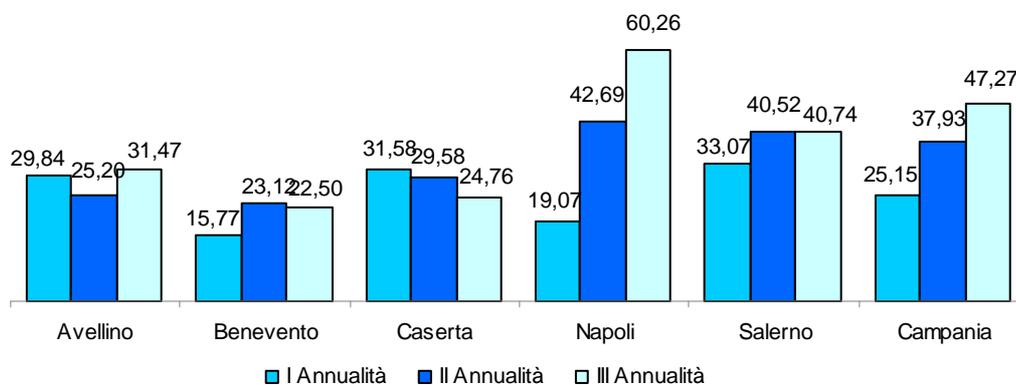


Grafico 65: Quota capitaria al netto dei residui

2.2 La tipologia dei servizi programmati

Utile è analizzare la distribuzione delle risorse tra le nove tipologie di servizi previste dal Nomenclatore regionale [tabella 7].

Tabella 7: Risorse programmate per tipologie di servizi

Tipologia servizi	I Annualità	II Annualità	III Annualità
accesso	7.755.326,27	7.131.677,73	4.036.117,17
contributi economici	18.975.654,94	23.325.767,43	19.879.260,36
domiciliare	62.139.858,75	71.684.725,52	28.384.805,55
inserimento lavorativo	2.781.898,11	4.058.310,73	2.993.303,62
inserimento socio-lavorativo	116.898,72	294.634,07	210.619,80
residenziale	23.730.994,08	41.890.947,95	41.468.765,92
semiresidenziale	23.929.940,81	32.179.110,98	24.088.849,49
sistema	7.212.099,39	7.102.503,75	4.580.081,89
territoriale	23.872.750,95	52.821.866,19	48.401.459,28
Totali	170.515.422,02	240.489.544,34	174.043.263,08

Dall'analisi della loro distribuzione percentuale è possibile cogliere un mutamento del sistema di welfare campano evidentemente influenzato dalla crescente cogenza delle disposizioni in materia sociosanitaria, e dalla complessità della loro attuazione che, come precedentemente rappresentato, ha causato le difficoltà registrate nell'uso del FNA [grafico 66].

Sostanzialmente stabili sono le percentuali che riguardano i servizi di inserimento lavorativo e socio-lavorativo, con quote peraltro risibili, ed i servizi semiresidenziali, attestati nel triennio intorno al 14%, ed i contributi economici intorno all'11%, sebbene con una leggera flessione nella II annualità.

Una robusta flessione riguarda i servizi domiciliari, che dal 36,44% della I annualità, passano al 29,81% della II, e sembra che nella III scendano al 16,31%, con un calo complessivo di poco più di 20 punti percentuali.

Molto meno consistente, ma ugualmente significativo, è il calo che si registra nei servizi di accesso e di sistema che nel triennio quasi si dimezzano, a testimonianza della necessità di ottimizzare e quindi ridurre i costi di gestione.

Fa da contraltare l'aumento dei servizi residenziali, che nella I annualità si attestano al 13,92%, nella II al 17,42%, e nella III sembra che possano raggiungere il 23,83%, determinando una crescita complessiva che potrebbe essere di quasi 10 punti percentuali.

Ancora più rilevante è l'aumento che si registra per i servizi territoriali, che dal 14% della I annualità, passano al 21,96% della II, e sembra possibile al 27,81% della III, con una crescita di quasi 14 punti percentuali.

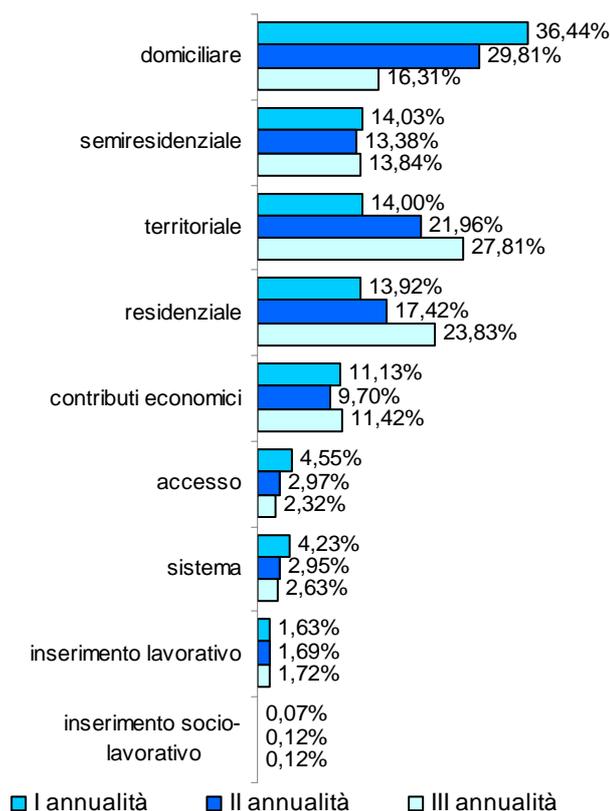


Grafico 66: Distribuzione % delle tipologie di servizi programmati

Considerando la deviazione standard, quale misura del grado di dispersione intorno alla media delle percentuali delle tipologie di servizi programmati, su base regionale il sistema del welfare campano presenta una tendenza ad una seppur lieve riduzione di tale dispersione (da 0,104 a 0,096). Le province che hanno il maggior grado sono Benevento nella I e II annualità (0,142 e 0,155), e sembrerebbe Napoli nella III (0,102); quelle che hanno invece il minore sono Salerno nella I (0,096), Napoli e Salerno nella II (0,102) e Avellino nella III (0,086) [grafico 67].

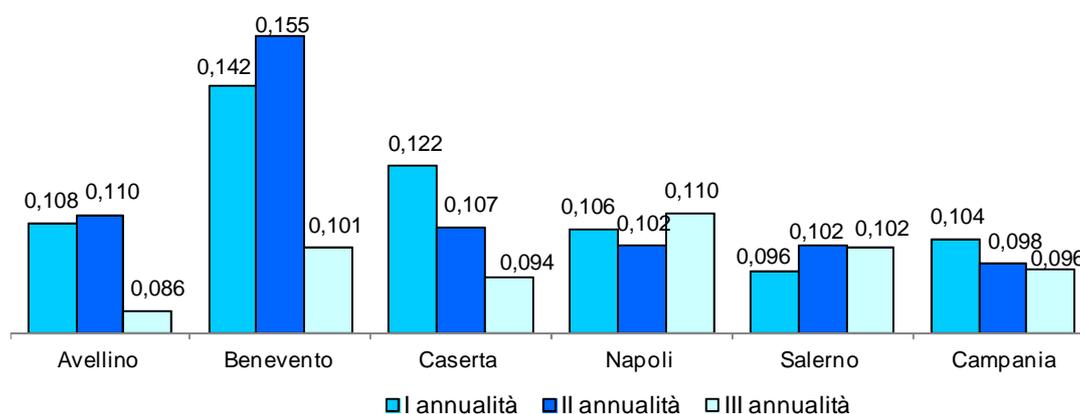


Grafico 67: Deviazione standard della distribuzione % delle tipologie di servizi programmati

Dai dati relativi alla composizione percentuale delle tipologie di servizi relative alle province per ogni annualità del triennio, è possibile cogliere le vocazioni territoriali e le specificità dei welfare locali [grafico 68].

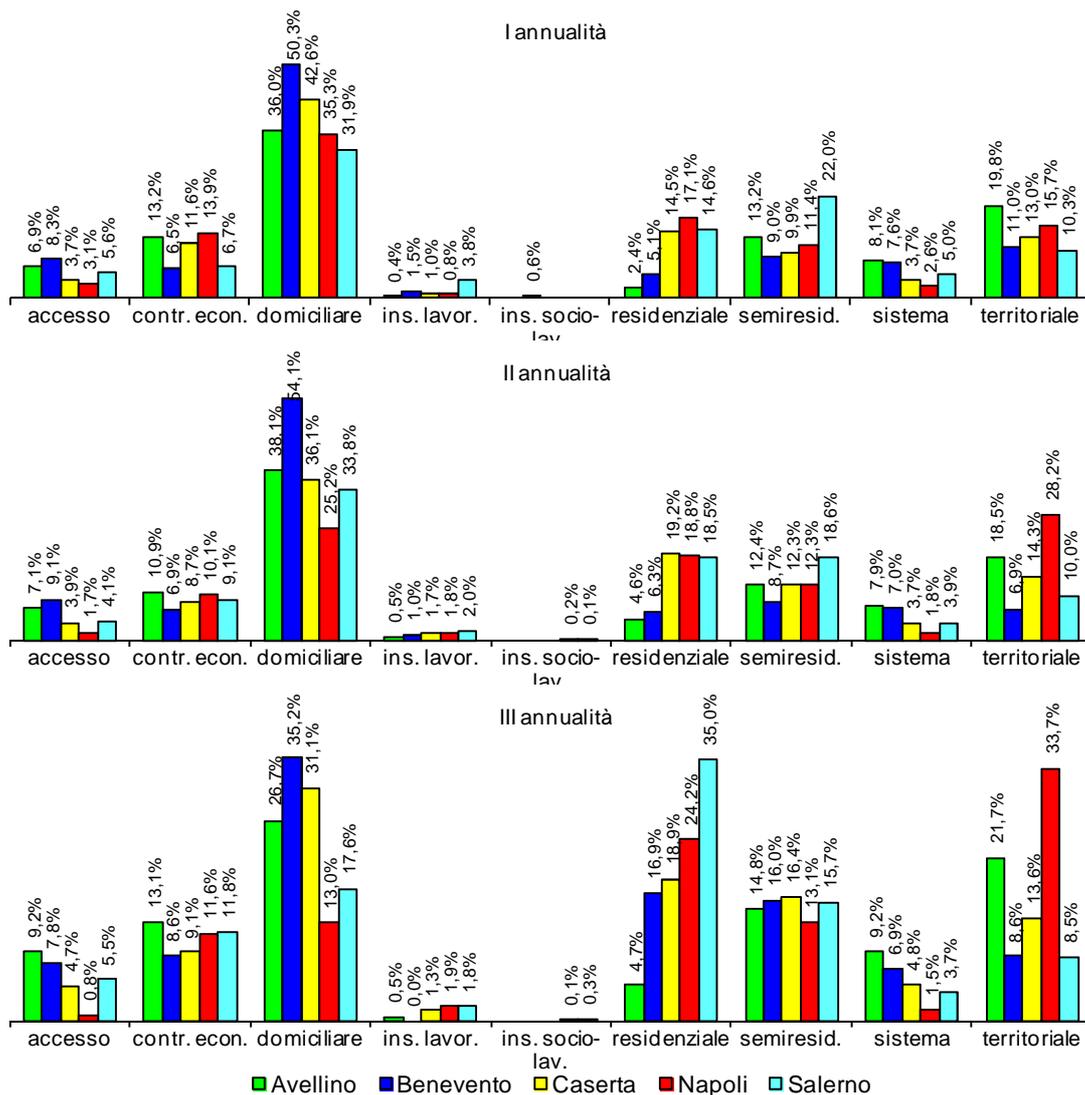


Grafico 68: Distribuzione % delle tipologie di servizi programmati su base provinciale

2.3 Le aree di intervento programmate

Ugualmente utile è esaminare la distribuzione delle risorse tra le 12 aree di intervento.

Tabella 8: Risorse programmate per aree di intervento

Aree di intervento	I Annualità	II Annualità	III Annualità
accesso	7.650.637,71	7.131.677,73	4.036.117,17
Anziani	50.248.836,61	60.067.232,69	34.811.076,48
Detenuti	477.751,56	528.311,82	307.611,23
dipendenze	806.620,95	619.885,38	659.800,05
Disabili	32.077.550,75	64.787.790,49	47.359.722,35
disagio psichico	518.439,96	317.556,96	2.225.934,76
Donne	1.134.196,26	1.130.925,70	484.053,52
Famiglia	23.416.294,74	20.897.881,31	14.537.166,78
Immigrati	1.265.863,88	4.563.446,55	8.395.581,61
Minori	34.651.652,83	62.734.351,81	43.271.127,80
povertà	11.055.477,39	10.607.980,16	13.374.989,44
sistema	7.212.099,39	7.102.503,75	4.580.081,89
Totali	170.515.422,02	240.489.544,34	174.043.263,08

Le aree Anziani, Minori, Disabili e Famiglia assorbono gran parte delle risorse programmate (88,82% nella I annualità, 91,10% nella II e 88,11% nella III). Le risorse per gli Anziani nel corso del triennio diminuiscono progressivamente, con un calo, se confermati i dati della III annualità, di circa 9,5 punti percentuali, che da prima diventerebbe la terza area di intervento, mentre meno consistente sarebbe la diminuzione delle risorse destinate alla Famiglia, di 5,40 punti, al quarto posto. Aumenterebbero invece le risorse appostate per i Disabili di 8,40 punti percentuali, che nella III annualità diventerebbe la prima area di intervento, e per i Minori di 4,54, che si collocherebbe al secondo posto [grafico 69].

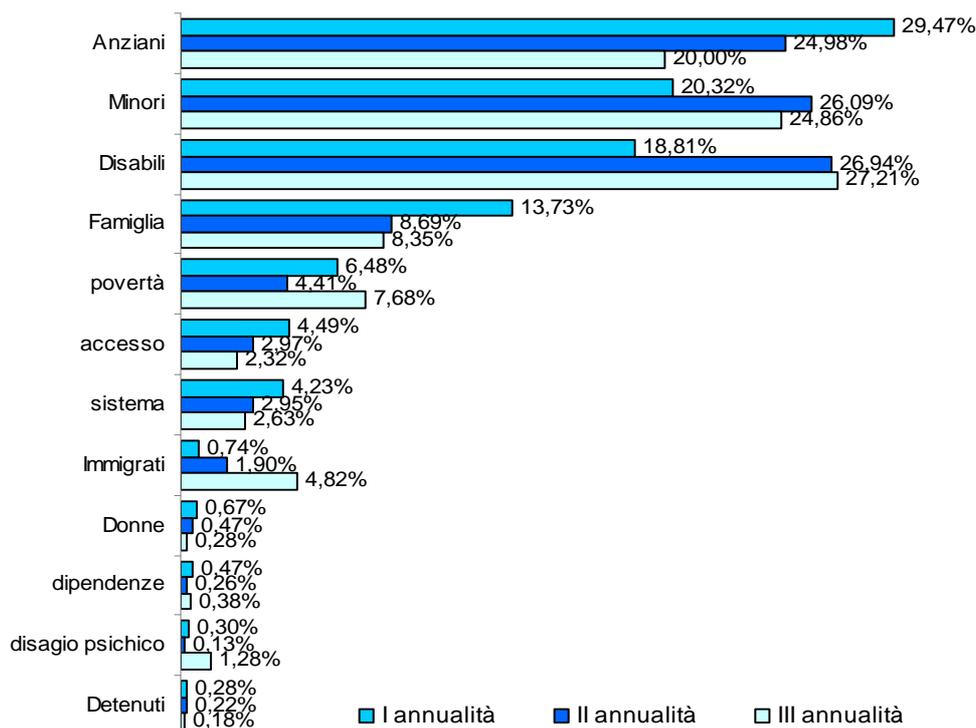


Grafico 69: Distribuzione % delle aree di intervento programmate

Esaminando la deviazione standard, in tutte le province campane nella II annualità si registra un aumento della dispersione intorno alla media, che nella III ritornerebbe più o meno al livello della I, ad esclusione di Benevento [grafico 70].

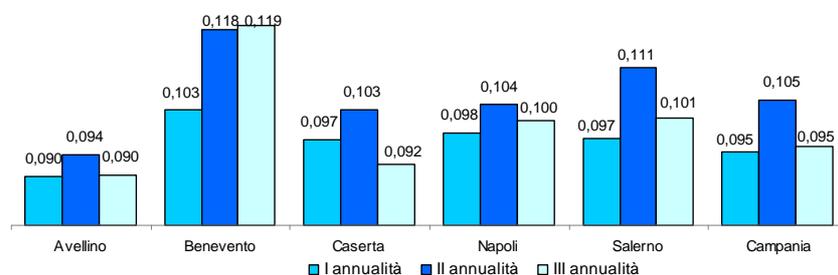


Grafico 70: Deviazione standard della distribuzione % delle aree di intervento programmate

Analizzando la composizione percentuale su base provinciale in ogni annualità del triennio è possibile individuare vocazioni e specificità dei welfare dei territori campani.

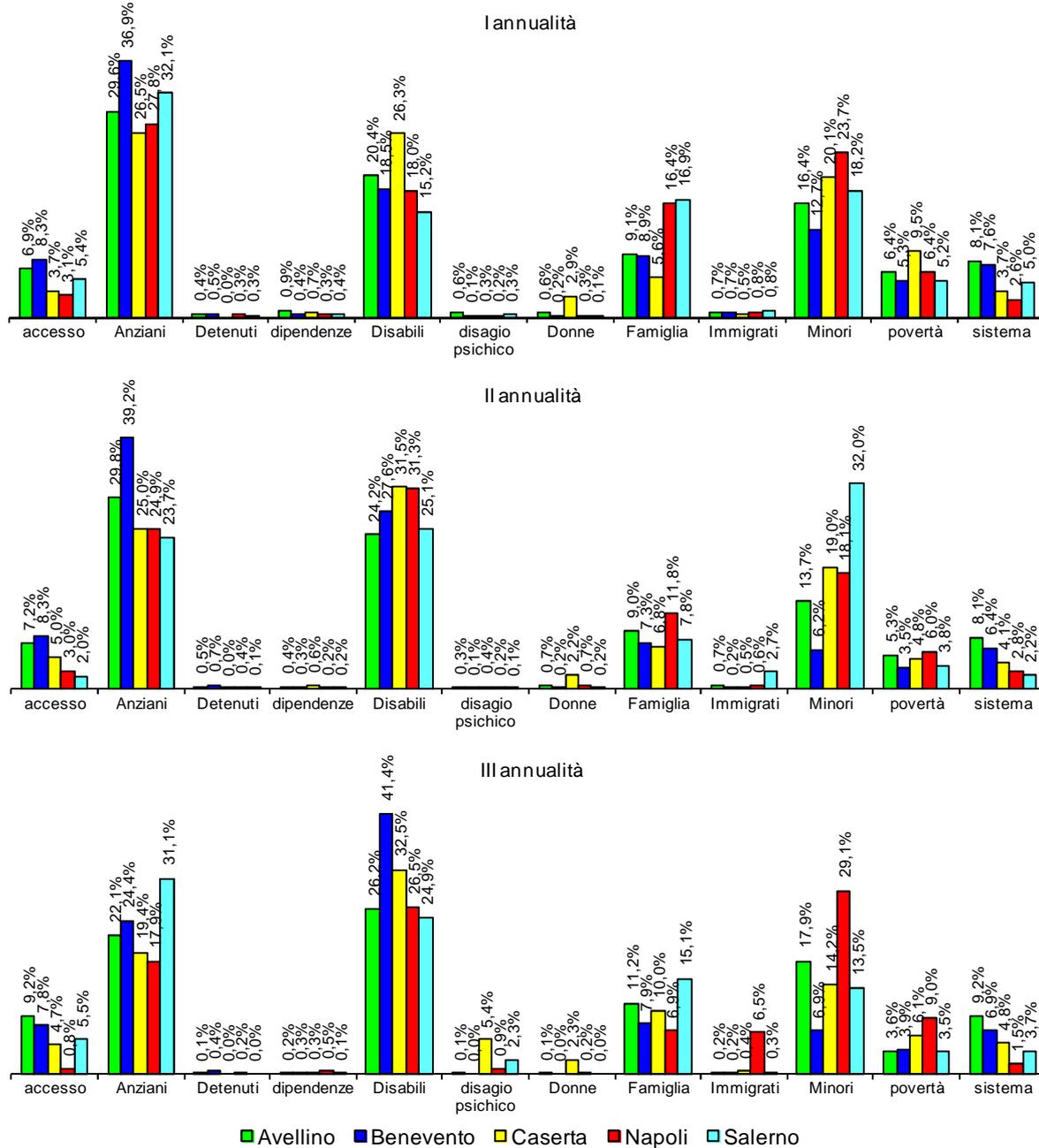


Gráfico 71: Distribuzione % delle aree di intervento programmate su base provinciale

3. Un primo bilancio

Con il precedente ciclo di programmazione, in parte ancora in corso, si conclude una fase di innovazione e sperimentazione.

Con l'approvazione della legge regionale n. 11/2007, del regolamento di attuazione e del primo piano sociale regionale, la Regione Campania ha, nell'ultimo triennio, definito gli assetti del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, in un contesto nel quale le risorse, per quanto non adeguate, consentivano una prospettiva di stabilità nell'offerta dei servizi.

La spesa sociale pro capite si è attestata in una forbice tra i 58 e i 34 euro e il volume delle risorse programmate nell'intero sistema è per la seconda annualità del primo piano sociale di oltre 220 milioni di euro. Per quanto riguarda le fonti del finanziamento è evidente l'impegno dei Comuni associati che coprono con risorse proprie il 48% della spesa. L'analisi delle dinamiche della spesa sociale dimostra che larga parte della spesa (oltre il 70%), in percentuali molto simili, è destinata alle aree "infanzia e adolescenza", "disabilità e salute mentale" e "persone anziane". Si registra un calo della spesa, tra la prima e la seconda annualità, destinato ai servizi domiciliari, che si attesta intorno al 30%, e una corrispondente crescita della spesa per i servizi residenziali e semiresidenziali. L'incompletezza del dato non consente di dire se si tratta di una dinamica consolidata e richiede certo ulteriori analisi.

Per la prima volta, in questo triennio, il dato "amministrativo" contenuto nei documenti di programmazione territoriale è stato contestualmente trasformato in dato "conoscitivo", attraverso l'elaborazione di un sistema di monitoraggio e controllo che costituisce l'ossatura del sistema informativo regionale e che consente di offrire, al termine della prima fase di programmazione sociale, un primo report sull'offerta dei servizi sociali in Campania.

3.1 Le forme associative e gli assetti di governance

L'obbligo dell'adozione di una forma associativa, previsto dalla legge regionale n. 11/2007 ha rappresentato una delle novità della programmazione triennale trascorsa. Sul totale dei 51 Ambiti Territoriali: 1 Ambito - C3 Succivo non ha ancora adempiuto a tale obbligo ed al momento è commissariato; 3 Ambiti (A3, B1 ed N18) sono costituiti da un unico Comune e, pertanto, esenti da tale obbligo; 4 Ambiti (A1, A2, A4 ed A6), tutti della Provincia di Avellino, hanno adottato la forma del Consorzio; i restanti 43 Ambiti hanno scelto la Convenzione.

L'adempimento relativo alla adozione della forma associativa ha però, inevitabilmente, rallentato i tempi di presentazione dei Piani di Zona della I annualità, nelle more che i Coordinamenti Istituzionali definissero i nuovi assetti organizzativi. Il ritardo nella consegna della I annualità del Piano di Zona triennale, in conseguenza a tale adempimento, non ha riguardato gli Ambiti della Provincia di Avellino che hanno adottato la forma del Consorzio, più complessa e strutturata rispetto alla Convenzione, Questi Ambiti, ad eccezione di A1, avevano costituito i Consorzi in annualità precedenti a quella di riferimento.

Si è dunque superato l'Accordo di programma quale strumento della gestione associata privilegiando forme associative più strutturate, anche se si sono registrati casi di singoli Comuni che hanno comunque scelto di non esercitare le funzioni in forma associata.

3.2 La presentazione e la valutazione dei piani sociali di zona

Uno dei nodi centrali del sistema è la valutazione della conformità dei piani di zona con gli indirizzi del Piano sociale regionale. Un rapporto dialettico tra Regione e Ambiti territoriali che non è stato privo di criticità. Criticità in parte dovute alla complessità della dinamica di programmazione territoriale e in parte alla capacità di programmazione di zona dei Comuni associati. Nel corso del procedimento di valutazione dei piani di Ambito e delle integrazioni annuali, sono emerse alcune criticità comuni che qui si riassumono.

I dati elaborati per la prima annualità fanno riferimento alla totalità degli Ambiti [sebbene per due di essi l'iter di verifica della conformità del piano di zona non sia ancora concluso alla data del 30 giugno 2012]. Per quanto riguarda i tempi di presentazione dei piani, alla prima scadenza del 31/12/2009, solo 29 ambiti hanno presentato il piano di cui 16 in bozza. L'ultimo piano è pervenuto nel giugno del 2011. Di media il procedimento per arrivare alla conformità del piano è durato otto mesi. Sono state inviate 89 richieste di integrazioni, che possono essere classificate nel seguente modo:

- A) rilievi ad atti fondamentali (approvazione del Piano di Zona, adozione forma associativa, Regolamento costituzione FUA);
- B) integrazione altra documentazione (Regolamenti ex L.R. 11/07, Carta dei servizi, concertazione);
- C) rilievi sugli assetti organizzativi (schede ufficio di piano, servizio sociale professionale, segretariato sociale, UVI);
- D) rilievi e problemi sull'integrazione sociosanitaria (Accordo di programma con ASL, programmazione FNA, scheda 3.7);
- E) osservazioni e rilievi alle schede finanziarie e alle schede di programmazione dei servizi.

Le richieste di integrazioni e i rilievi per la prima annualità possono così essere sintetizzati:

- la legge regionale n. 11/2007 stabilisce un preciso termine di scadenza per la presentazione del piano triennale che gli ambiti, essendo la prima annualità, hanno rispettato anche inviando documentazioni incomplete degli atti fondamentali legati alle innovazioni previste dalla legge: 1) adozione forma associativa in quanto hanno dovuto adottare le convenzioni; 2) costituzione e regolamentazione del FUA che ha comportato le principali richieste di integrazione sulle schede finanziarie per quel che riguardava il rispetto della media del triennio della spesa sociale dei comuni e i servizi che per la prima annualità potevano essere gestiti a livello comunale (rette per strutture residenziali per minori e contributi economici diretti ad integrazione del reddito per situazioni di emergenza);
- per la quasi totalità degli ambiti permanevano problemi relativi all'integrazione sociosanitaria a causa delle difficoltà di concertazione con l'ASL e conseguente sottoscrizione delle schede 3.7 e dell'accordo di programma;
- la programmazione da presentare valeva per il triennio e quindi era richiesta un'analisi approfondita del contesto territoriale e una programmazione degli interventi corredata dall'inserimento di indicatori di area e dalla formulazioni di obiettivi strategici di scenario che ha comportato le richieste relative alla programmazione dei servizi.

Per la seconda annualità di presentazione dei piani di zona su 51 ambiti 6 non hanno presentato ancora il piano, i dati si riferiscono quindi a 45 ambiti, per 4 non si è concluso l'iter di verifica del piano. La scadenza per la prima presentazione era fissata al 28/02/2011 data in cui sono stati presentati 10 piani. La seconda annualità era un aggiornamento del piano triennale presentato con la prima annualità, quindi non

doveva contenere sostanziali modifiche alla programmazione e regolamentazione già presentata per cui per 10 ambiti non si è resa necessaria alcuna richiesta di integrazioni e, in media, il procedimento per arrivare alla conformità del piano è durato 120 giorni, quasi la metà della prima annualità. In totale sono state inviate 47 richieste di integrazioni classificate come per la precedente annualità.

Le integrazioni richieste riguardano con percentuali simili tutte le tipologie sopra indicate, con una leggera prevalenza in materia di integrazione sociosanitaria.

Rispetto alla prima annualità è stato dato maggior rilievo al completamento della regolamentazione dell'ambito prevista ai sensi della legge regionale n. 11/2007 (servizio sociale professionale, segretariato sociale, accesso ai servizi sociosanitari..).

Le principali difficoltà in materia di programmazione finanziaria sono state rappresentate dalla compilazione della scheda sui residui prima annualità da riutilizzare per la difficoltà della maggior parte degli ambiti di ricondurre la situazione relativa all'attuazione dei servizi della prima annualità alle due fattispecie previste di mancato avvio o residui intesi come economie. E' da sottolineare che per la seconda annualità, al fine di facilitare la compilazione del piano di zona è stata modificato il format di progettazione finanziaria e dei servizi in modo da agevolare il percorso di programmazione da parte degli ambiti e di rendere in automatico congrue le due programmazioni.

PARTE II: LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI 2013 - 2015

4. L'integrazione del nuovo ciclo di programmazione con il Piano di Azione Coesione

Questo nuovo Piano sociale regionale viene predisposto in una fase di crisi senza precedenti. Le dimensioni della crisi incidono pesantemente su un settore, quello delle politiche sociali, che ha subito in anticipo gli effetti dei tagli dei trasferimenti statali. Nell'ultimo triennio, infatti, le risorse del Fondo nazionale politiche sociali hanno subito tagli progressivi fino a giungere alla cifra inadeguata di 1 milione di euro per il 2012.

Alla luce di ciò, e nell'incertezza delle risorse finanziarie disponibili, appare ancora più stringente la necessità di un Piano sociale che individui strategie e obiettivi sostenibili, razionalizzando gli interventi e le risorse. Il Piano deve costituire una seria prospettiva triennale nella quale si inquadrino tanto gli interventi della Regione che quelli dei Comuni associati. Più che mai, con questo Piano, si deve ricostruire una cornice gestionale e operativa che contribuisca a restituire certezze agli operatori del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. Il Piano deve anche, al fine di ottimizzare le risorse, sapersi integrare con gli altri documenti di programmazione nazionale ed in particolare con il Piano di azione e coesione, per la parte che riguarda i servizi per la cura all'infanzia e per gli anziani non autosufficienti.

Questo Piano cade nella fase di conclusione del ciclo della programmazione europea 2007-2013 e la definizione del nuovo ciclo 2014-2020. E' necessario quindi 1) saldare la conclusione delle azioni della precedente programmazione con l'inizio della nuova 2) anticipare, in parte, con questo Piano i contenuti della futura programmazione europea e immaginare sin da ora una politica di interventi integrati 3) garantire l'integrazione della programmazione regionale con le politiche nazionali per le regioni meridionali in particolare sui temi dei servizi alla persona nella chiave di un welfare non riparativo, ma produttivo.

Gli assi strategici e operativi lungo i quali si muove la nuova programmazione sociale si declineranno, pertanto, in pochi obiettivi per evitare il disperdersi delle risorse e per favorire la realizzazione di indicatori di risultato e quindi di un sistema di monitoraggio e valutazione partecipata.

4.1 Il Piano di Azione e Coesione e l'integrazione con il PSR 2013-2015

Il Piano di Azione e Coesione (PAC) è stato predisposto dal Ministro per la coesione territoriale nell'ambito dell'azione per accelerare l'attuazione dei programmi cofinanziati dai fondi strutturali 2007-2013. Il PAC, inviato il 15 novembre 2011 al Commissario Europeo per la Politica Regionale, ha l'obiettivo di colmare i ritardi ancora rilevanti nell'attuazione e, al contempo, rafforzare l'efficacia degli interventi, in attuazione degli impegni assunti con la Commissione Europea. Il PAC impegna le amministrazioni centrali e locali a rilanciare i programmi garantendo una forte concentrazione delle risorse su alcune priorità. Il PAC è stato aggiornato nel maggio 2012. Sono stati defianziati interventi con criticità di attuazione, obsoleti nel nuovo contesto economico e sociale o la cui efficacia appare dubbia in base alle valutazioni effettuate e sono stati finanziati nuovi interventi rivolti all'inclusione sociale e alla crescita, esplicitando risultati che i cittadini possono attendersi dalla loro attuazione.

Tra le quattro priorità individuate con la riallocazione delle risorse una riguarda l'inclusione sociale, cui complessivamente sono destinati 730 milioni di euro. L'obiettivo

è volto ai servizi di cura all'infanzia (400 milioni di euro) e per gli anziani non-autosufficienti (330 milioni di euro). Come si legge nel documento

L'intervento è volto a raggiungere nel Sud, per la cura dell'infanzia e degli anziani non-autosufficienti, un maggiore grado di copertura e una migliore qualità riducendo le ineguaglianze di opportunità legate alle condizioni economico sociali della famiglia, accrescendo la libertà di scelta delle donne e promuovendo attività e lavori innovativi anche attraverso il privato sociale. Gli interventi assumono particolare rilievo in una fase di forte pressione sui redditi delle famiglie. Il programma è costruito sulla base di metodi, requisiti e filiere di attuazione (con un ruolo centrale degli enti locali, nonché del privato sociale e del privato) già sperimentati ed è coerente con gli indirizzi nazionali nei campi sanitario e sociale. Obiettivi e risultati sono misurati da appositi indicatori in parte già disponibili (nell'ambito del sistema degli Obiettivi di servizio) o rilevati allo scopo, che consentiranno ai cittadini la verifica dell'attuazione.¹⁰

Vediamo ora la strategia e le risorse del PAC per ciascuna delle due aree per i servizi di cura alle persone.

4.1.1. Servizi per la prima infanzia

La strategia del Piano d'Azione per i Servizi di cura mira a rafforzare nelle regioni del Mezzogiorno i servizi per la prima infanzia (i bambini al di sotto dei 3 anni) sostenendo sia gli investimenti in conto capitale che (entro determinati limiti) i costi di gestione.

Per quanto riguarda la Regione Campania il Piano, con 118,00 Milioni di euro, è finalizzato all'espansione dell'offerta in asili nido e servizi integrativi e innovativi, per un totale di circa 16.629 nuovi posti, coprendo una parte consistente del fabbisogno necessario per raggiungere l'obiettivo del 12% dei bambini al di sotto dei 3 anni.

La strategia prevede di privilegiare l'attivazione di servizi in aree e territori ad oggi sprovviste, con particolare attenzione ai grandi centri urbani e agli ambiti rurali. Il Piano contribuisce anche alla sostenibilità degli attuali e futuri livelli di servizio, fornendo un sostegno alla domanda e alla gestione dei servizi per accelerare la presa in carico nuovi bambini. Si prevedono infine azioni per il miglioramento della qualità e della gestione dei servizi socio educativi.

Il prossimo aggiornamento del Piano di Azione, nel completare l'impianto, stabilirà una articolata strategia territoriale per i servizi di cura definendo, in particolare, in quali regioni e territori risulti più efficace ed opportuno promuovere un approccio che investa l'intero ventaglio dei servizi in questione sull'intero territorio regionale (approccio "orizzontale"), e dove invece il Piano possa massimizzare i suoi risultati attraverso una strategia più mirata che identifichi specifiche realtà territori sub-regionali e tipologie di servizi (approccio verticale).

I risultati attesi dal PAC sono i seguenti:

- A) Aumento strutturale dell'offerta di servizi. Espandere l'offerta di posti in asili nido pubblici o convenzionati e nei servizi integrativi e innovativi (SII) fino alla copertura nel 2015 di almeno il 12% del potenziale bacino di domanda dei bambini tra 0 e 2 anni compiuti (di cui almeno il 20% in SII);
- B) Estensione della copertura territoriale per soddisfare bisogni e domanda di servizi oggi disattesi. Garantire l'attivazione di nuove strutture e servizi nelle aree ad oggi sprovviste, in particolare nelle aree urbane più grandi e densamente popolate e nei centri minori e ambiti rurali dove oggi i servizi sono deboli o inesistenti. Il Piano di

¹⁰ Piano di Azione Coesione - Aggiornamento n. 2 - La seconda fase di programmazione: il contributo delle Amministrazioni centrali al Piano di Azione. Pagg. 3-4

Azione perseguirà tale risultato mediante strategie territoriali che stabiliscano, nelle singole regioni, un sistema di obiettivi operativi sub-regionali che individui specifici luoghi e territori ed i relativi target;

- C) Sostegno alla domanda e accelerazione dell'entrata in funzione delle nuove strutture. Contribuire alla sostenibilità degli attuali e futuri livelli di servizio, sostenendo la transizione del sistema integrato di offerta pubblica e privata verso un efficace ed efficiente funzionamento a regime. Questo risultato contempla, quindi, anche il sostegno alla domanda ed alla gestione dei servizi;
- D) Miglioramento della qualità e della gestione dei servizi socioeducativi. Sostenere la crescita qualitativa dei percorsi di apprendimento nella prima infanzia, ampliando ed innovando la funzione educativa e sociale degli asili nelle comunità dove operano. Aumentare l'efficienza operativa, gestionale e finanziaria del sistema di servizi pubblici, ed il progressivo incremento nei rapporti con un'offerta privata –sia per gli asili che per i servizi integrativi– da monitorare, qualificare e indirizzare su criteri di efficacia ed efficienza.

Le azioni per raggiungere questi risultati, così come dal secondo aggiornamento del PAC sono le seguenti:

- A) Costruzione e ampliamento di strutture per asili nido e start-up di servizi integrativi e innovativi attraverso strategie territoriali sub-regionali. L'azione è finalizzata prevalentemente a raggiungere i risultati attesi (A) e (B). Oltre che sostenere l'aumento dell'offerta regionale verso il valore target del 12% dei bambini presi in carico, indipendentemente da tale media regionale¹¹.
- B) Sostegno alla domanda ed alla gestione dei servizi. Questa azione, rivolta prevalentemente al raggiungimento del risultato atteso (C), contribuirà al mantenimento e all'espansione dei livelli di servizio sostenendo la spesa della famiglie mediante strumenti di voucher e buoni servizio che, simultaneamente, potranno contribuire alla copertura dei costi di gestione delle amministrazioni comunali e degli enti erogatori. In considerazione dell'aumento di fabbisogno corrente indotto dal progressivo avvicinamento dell'offerta dei servizi all'obiettivo del Piano di Azione il sostegno finanziario in conto gestione potrà anche prevedere trasferimenti diretti ai Comuni, con modalità e strumenti che prevedano un'intensità decrescente nel tempo, e disegnati in modo da ottenere miglioramenti quantitativi e qualitativi del servizio ed innovazioni gestionali per allinearsi alle migliori pratiche nel paese.
- C) Progetti per la qualità socioeducativa e azioni di sistema. L'azione del Piano sarà accompagnata da altri interventi che sostengano: (i) progetti puntuali per migliorare percorsi e strumenti di apprendimento, ed ampliare la funzione sociale e educativa degli asili e di altre strutture come fulcro territoriale di un ventaglio di attività legate all'infanzia e alla genitorialità, anche con il coinvolgimento dell'associazionismo locale e in quartieri o aree che soffrono forme acute di disagio sociale; (ii) ricerche-azione e valutazione dei sistemi educativi della prima infanzia focalizzate su qualità educativa, metodologie contro fattuali, e rapporto tra povertà infantile e sistema educativo; (iii) sostegno ai sistemi regionali normativi e di controllo per

¹¹ il Piano d'Azione individuerà nelle singole Regioni una strategia attuativa a presidio dei seguenti obiettivi di equità territoriale: Espansione dell'offerta dei posti in asilo nido in città medie e grandi, in particolare quelle dove la carenza dei servizi è molto grave (alcune grandi città) o del tutto inesistente, come nel caso dei numerosi Comuni con più di 50 mila abitanti che secondo i dati 2010, non offrivano nessun servizio di asilo nido né servizi integrativi. Aumento della copertura dei servizi per l'infanzia nei comuni minori. Sono quasi 1500 i Comuni con meno di 10 mila abitanti del Mezzogiorno dove vivono quasi 100 mila bambini in età 0-3 anni ma non esiste alcun servizio pubblico per la prima infanzia (2010). Questi territori, in particolare in aree rurali e montane dove il servizio è del tutto assente, saranno oggetto di un'azione specifica che ponga particolare enfasi nei servizi innovativi/integrativi

l'accreditamento delle strutture private; (iv) analisi dei costi standard dei servizi e la definizione di sistemi di tariffazione che migliorino la sostenibilità del sistema; (v) l'ottimizzazione del rapporto tra bacini di utenza e servizi e la diffusione di pratiche di coordinamento psico-pedagogico.

Il Piano d'Azione Coesione intende assumere anche l'opzione strategica di sostenere anche i costi di gestione dei servizi per l'infanzia attraverso strumenti orientati alla domanda (voucher e buoni servizio) o trasferimenti condizionati ai Comuni.

Con riferimento alla Campania, il PAC individua come fabbisogno finanziario per investimenti in conto capitale per il raggiungimento del target la cifra complessiva di 243.983.584,00 milioni di euro così ripartiti: 1) fabbisogno Asili 221.905.408,00 2) fabbisogno SII 22.078.176,00

Il fabbisogno annuale per costi di gestione al raggiungimento del target 12% è stimato complessivamente per una cifra di 77.650.038,00 così ripartita: 1) fabbisogno gestione nuovi posti NIDI 74.338.311,68 2) fabbisogno gestione nuovi posti SII 3.311.726,40

L'ipotesi di riparto destina alla Campania risorse complessive pari a 118.280.000,00 euro che rappresentano la copertura del 36,77% del fabbisogno (investimenti in c.c. + 1 annualità in conto gestione).

4.1.2 Servizi per la non autosufficienza

Tra gli interventi di inclusione sociale previsti nella seconda fase del Piano di Azione Coesione, avviata all'inizio 2012 con la riprogrammazione dei fondi dei Programmi Operativi Nazionali o Interregionali gestiti da Amministrazioni centrali, vi sono i servizi di cura per gli anziani non autosufficienti, per i quali alla Campania sono destinati € 96.398.200,00, al fine di aumentarne la copertura territoriale e migliorare la qualità dei servizi, così alleggerendo il carico di cura che spesso ricade sulle donne, supportare le famiglie in un periodo di crescenti difficoltà, ed al contempo favorire attività *labour intensive* che hanno un consistente impatto sul piano occupazionale.

La presenza dei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti tra le priorità del Piano di Azione, conferma e rilancia la strategia del Quadro Strategico Nazionale (QSN) 2007-2013, per il quale l'aumento ed il miglioramento dei beni e servizi di cure essenziali, è ritenuto fattore indispensabile per accrescere le opportunità di inserimento lavorativo dei suoi cittadini (ed in particolare per le donne) e per ridurre l'arretratezza del Mezzogiorno accrescendone la capacità di attrarre gli investimenti privati.

Essa, inoltre, poiché l'offerta di servizi socio assistenziali necessita di una adeguata integrazione istituzionale, organizzativa, gestionale e professionale tra gli attori della filiera sanitaria e dei servizi sociali, prescritta dal titolo V della Legge Regionale 11/2007 e s.m.i., rappresenta un significativo contributo al Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario campano, giacché l'offerta di prestazioni appropriate contiene la spesa ospedaliera ed aumenta quella per prestazioni domiciliari e territoriali.

Il Piano di Azione promuove i servizi di cura per gli anziani non autosufficienti con il rafforzamento della componente socio-assistenziale che i Comuni devono erogare per il tramite degli Ambiti Territoriali, sia sostenendo la domanda di servizi domiciliari, così concorrendo al raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio S06 del QSN 2007-2013 (Assistenza Domiciliare Integrata -ADI), sia supportando la riqualificazione dell'offerta di servizi semiresidenziali e residenziali ad essi complementari. Esso, inoltre, prevede interventi per aumentare le competenze degli attori che a vario livello concorrono alla presa in carico, e la sperimentazione di interventi innovativi di integrazione tra le filiere

amministrative sanitarie e sociali.

I risultati attesi dal PAC sono i seguenti:

- A) Aumento della presa in carico di anziani in assistenza domiciliare, assicurando un adeguato livello di prestazioni socio-assistenziali. Accrescere il numero di anziani fruitori di ADI, così concorrendo alla realizzazione dell'Obiettivo di Servizio S.06, con la presa in carico di almeno il 3,5% della popolazione anziana, garantendo per ciascuno di essi l'erogazione di 180 ore di prestazioni socio-assistenziali aggiuntive per l'intero periodo di attuazione del Piano.
- B) Aumento e qualificazione dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per gli anziani. Creare e/o riqualificare strutture specializzate, leggere e rispettose della dignità e della libertà individuale, anche per alleviare il carico di cura del *caregiver* familiare, in particolare nei territori in cui tale offerta è particolarmente carente o dove è possibile sperimentare progetti innovativi.
- C) Miglioramento delle competenze di manager, operatori professionali e di assistenti familiari. Accrescere le capacità tecniche, connesse al crescente utilizzo di sistemi informativi e nuove tecnologie, e le capacità organizzative, necessitate dal lavoro in team multidisciplinari, indispensabili per garantire servizi di qualità a cittadini non autosufficienti e perciò particolarmente fragili. Assicurare una migliore preparazione professionale di base alle/agli assistenti familiari (badanti), sempre più di frequente impiegati nel lavoro di cura domiciliare.
- D) Sperimentazione di presa in carico personalizzata dell'anziano fragile, favorendo l'integrazione tra le diverse filiere amministrative dell'intervento sociale e sanitario. Promuovere sul territorio progetti pilota in grado di sperimentare modalità innovative di valutazione, di definizione e sostegno alla realizzazione dei progetti personalizzati, in cui gli interventi sanitari si integrano con quelli sociali. Progetti pilota che consentano di testare la congruità delle soluzioni adottate e di fornire suggerimenti per la loro applicazione su scala nazionale, attraverso l'impegno delle Amministrazioni coinvolte (centrale, regionale e locale), con il supporto di una qualificata assistenza tecnica, di realizzare una opportuna e puntuale valutazione degli esiti.

Le azioni previste dal PAC per raggiungere i risultati attesi, sono le seguenti:

1. Rafforzamento delle prestazioni di tipo socio-assistenziale di supporto al compimento delle attività della vita quotidiana¹² degli anziani non autosufficienti beneficiari di ADI per perseguire il risultato atteso A, attraverso:
 - 1.a contributi diretti alla erogazione delle prestazioni, subordinati al consolidamento dei processi programmatici integrati tra Ambiti Territoriali e Distretti Sanitari, all'istituzione o consolidamento delle Porte Uniche di Accesso (PUA), al ricorso alla valutazione multidimensionale ed alla redazione ed utilizzo di piani individualizzati di intervento;
 - 1.b Interventi di sistema¹³ per migliorare efficienza e qualità delle prestazioni erogate dal SSN a complemento dell'ordinaria della politica sanitaria, concentrando gli interventi nelle situazioni più critiche a livello di ASL, anche per individuare possibili soluzioni agli ostacoli per l'espansione dei servizi.
2. Finanziamento degli investimenti necessari per perseguire il risultato atteso B, attraverso contributi in conto capitale, concentrati nelle aree in cui tali servizi siano particolarmente carenti o dove si individui la possibilità di sperimentare progetti

¹² Ad esempio il sostegno nella cura e igiene personale, nella preparazione dei pasti, nella pulizia della casa, nel disbrigo di pratiche burocratiche.

¹³ Ad esempio il sostegno allo sviluppo di dotazioni di domotica, dei sistemi informativi o alla definizione di standard per l'accreditamento dei servizi erogati da soggetti esterni.

- innovativi, e con contributi per parziale sostegno dei costi di gestione, a condizioni da definire e per un periodo limitato.
3. Attività formative, per perseguire il risultato atteso C, da sviluppare sistematicamente con la collaborazione delle Amministrazioni Centrali interessate e di soggetti nazionali specializzati, coinvolgendo Università per la formazione superiore dei dirigenti.
 4. Promozione di servizi pubblici per connettere la domanda delle famiglie e l'offerta delle/degli assistenti familiari, per perseguire il risultato atteso C, valorizzando esperienze già realizzate.
 5. Sottoscrizione di protocolli, per perseguire il risultato atteso D, in grado di sperimentare interventi in linea con le innovazioni che il Governo è in procinto di adottare, in cui siano coinvolti i soggetti istituzionali in grado di mettere in atto pratiche avanzate di scambio di informazioni (tra ospedali, servizi territoriali, domicilio, residenze, e altre realtà intermedie) e partecipare a valutazioni in relazione all'efficienza del servizio e agli effetti in termini di qualità della vita e allo stato di salute degli assistiti.

4.2 Le proposte operative del PSR 2013-2015 a supporto del PAC

Nelle more di una definizione del piano operativo del PAC, il primo set di interventi regionali che è possibile mettere in campo nel breve periodo riguarda la governance regionale e i nuovi assetti istituzionali degli Ambiti Territoriali [si rimanda anche alla lettura della terza parte di questo documento].

L'individuazione di nuovi interventi rivolti a favorire il rafforzamento dell'offerta dei servizi di cura richiede necessariamente un ripensamento della governance regionale. Uno dei principali fattori critici nella gestione di tali servizi riguarda gli assetti istituzionali e organizzativi degli Ambiti Territoriali. In coerenza con la normativa regionale e con gli indirizzi nazionali e comunitari, la Regione Campania può favorire e completare la riorganizzazione e stabilizzazione degli Ambiti Territoriali, al fine di rendere più efficiente la gestione dei Piani sociali di zona e meglio praticabile l'integrazione socio-sanitaria.

Diventa di particolare importanza, per la Regione, concentrare gli interventi del FSE sulla definizione della dimensione territoriale della governance dei servizi socio-sanitari, proponendo gli Ambiti Territoriali come principale riferimento istituzionale ed organizzativo e i Piani sociali di zona come strumento di programmazione e attuazione dello sviluppo dei servizi di cura. A tal fine è necessario che gli Ambiti Territoriali definiscano una propria autonomia giuridica, anche superando la Convenzione ex art. 30 TUEL 267/00, che attualmente è lo strumento di gestione associata per la quasi totalità degli ambiti territoriali.

Attualmente gli Ambiti Territoriali, a causa di una *governance* non più adeguata ai diversi compiti a cui sono chiamati, si trovano in una situazione di enorme difficoltà legata alle criticità di gestione e attuazione dei servizi sociali, all'aumento della domanda di servizi alla persona, in un contesto di crisi economica che ingrossa la schiera dei potenziali utenti di interventi di assistenza, e alla contemporanea contrazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali. La Convenzione di cui all'art.30 del TUEL 267/00 non appare più adeguata a sostenere il lavoro degli Uffici di Piano, Uffici complessi sovra comunali che hanno la responsabilità della gestione complessiva dei Piano Sociali di Zona e che sono chiamati a sostenere una serie articolata di compiti:

Il Piano di azione e coesione messo in campo dal Governo ha deciso di puntare sul coinvolgimento degli ambiti territoriali, individuandoli quali beneficiari degli interventi relativi ai servizi di cura. Ciò accresce la responsabilità della Regione nel sostegno

all'efficacia ed efficienza degli interventi programmati dal Governo, anche come anticipazione di quello che potrebbe essere uno dei temi del prossimo ciclo dei fondi strutturali 2014/2020. Le considerazioni sul rafforzamento della governance degli ambiti nascono da queste valutazioni e intendono proporre un ponte verso la nuova programmazione.

In concreto la Regione Campania, per sostenere il miglioramento degli assetti e organizzativi e istituzionali degli Ambiti Territoriali, ha l'opportunità di utilizzare le risorse dell'Asse VII - Capacità Istituzionale - del POR Campania FSE 2007-2013, anche nel rispetto della DGR n. 1521/2009 - "Approvazione Programmazione degli Obiettivi Operativi o1, o2, o4, p1" – AGC 03 Settore 02 (si vedano in proposito le possibili linee d'azione di cui al paragrafo successivo)

Gli interventi a sostegno della capacità istituzionale degli Ambiti Territoriali diventano urgenti anche alla luce della recente DGRC 320 del 3 luglio 2012 con la quale (in attuazione della DGR n. 40/2011) la Giunta ha superato uno dei principali problemi gestionali nell'attuazione della legge 328/2000 e in particolare delle norme relative all'integrazione socio-sanitaria: il mancato allineamento tra la dimensione territoriale degli Ambiti Territoriali e quella dei Distretti Sanitari. Con questa delibera, si prevede di raggiungere una definitiva omogeneità dei sistemi di erogazione dei servizi, nel rispetto dei principi di efficienza, uniformità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), uniformità dei sistemi di gestione, organizzazione ed erogazione dei servizi territoriali di natura sociosanitaria. Un ulteriore obiettivo dell'intervento regionale è l'allineamento dei sistemi informativi sociali, sanitari e sociosanitari. L'implementazione della delibera regionale di riallineamento, che punta a stabilizzare il sistema di gestione ed erogazione, richiederà ai comuni associati uno sforzo di ri-programmazione e ridefinizione organizzativa che la Regione, nell'interesse primario degli utenti dei servizi, potrebbe sostenere e accompagnare anche attraverso l'utilizzo dei fondi strutturali.

Va infine ricordato che gli interventi a sostegno della governance degli Ambiti Territoriali si pongono in linea con le prime indicazioni e le prime proposte di regolamento previste della "Strategia Europa 2020", che obbligherà gli stati membri a destinare almeno il 20% delle risorse complessive alla priorità "Promozione dell'inclusione sociale e lotta alla povertà". Un ulteriore passaggio, in prospettiva, potrebbe riguardare la connotazione degli Ambiti Territoriali quali Organismi Intermedi, ai sensi di quanto prevedono i Regolamenti europei (si veda, per l'attuale programmazione il reg. 1083/06). Gli Ambiti Territoriali si connotano infatti come un sistema integrato di sviluppo (quasi sempre sovra-comunale), in grado di garantire un governo unitario dei processi e dei bisogni del territorio.

Nella programmazione europea 2014-2020, anche in vista dell'annunciato ridimensionamento delle Province, gli AT potrebbero dunque essere proposti come un valido strumento di semplificazione ed efficienza nella gestione dei POR (FSE e FESR). Va verificata la possibilità di avviare, già nell'attuale ciclo di programmazione, (sia FSE che FESR) sperimentazioni in tal senso, definendo nel dettaglio i criteri di scelta degli Ambiti Territoriali eventualmente coinvolti.

4.2.1 Le linee d'azione per sostenere la capacità istituzionale e organizzativa degli Ambiti Territoriali

Si delineano qui le azioni che possono essere realizzate, a seconda dei diversi scenari normativi e operativi, per il rafforzamento degli Ambiti territoriali:

- Azione 1 - Accompagnamento al consolidamento e alla stabilizzazione delle forme associative previste dal Testo Unico degli Enti Locali (Dlgs 267/00 e s.m.i., art. 30-34).

Attualmente la forma associativa più diffusa è la Convenzione ex art. 30 del TUEL, mentre 4 ambiti hanno costituito un Consorzio ai sensi dell'art. 31. Tale linea d'azione potrebbe prevedere un accompagnamento concreto agli amministratori e dirigenti degli enti locali interessati per la realizzazione di forme associative più stabili (in primo luogo Unioni di Comuni ex art. 32 del TUEL) o aziende speciali per la gestione dei servizi. Anche i 4 consorzi hanno la necessità di adeguare la propria forma associativa dopo l'approvazione della L 191/2009 (finanziaria 2010) che ha di fatto soppresso i consorzi di funzioni. Per tali Ambiti territoriali si potrebbe prevedere un accompagnamento specifico alla trasformazione.

- Azione 2 - Rafforzamento degli assetti organizzativi degli Uffici di Piano, a partire da una analisi realistica dei modelli organizzativi e dei fabbisogni di tali uffici, chiamati a gestire funzioni complesse.

Tale linea va a sostenere direttamente la capacità tecnica delle degli uffici sovra comunali e, data la complessità di funzioni previste, il sostegno potrebbero riguardare: i sistemi di gestione contabile del Fondo Unico di Ambito, la gestione di appalti di servizi e le procedure di esternalizzazione, la gestione di sistemi informativi, il monitoraggio e la valutazione, le procedure di abilitazione, autorizzazione e screditamento delle strutture e dei servizi, ecc.

- Azione 3 - Sostegno alle strutture operative di front-office, in particolare ai servizi di Segretariato Sociale.

Tali servizi, insieme agli Uffici Servizi Sociali, e ai Medici di Medicina Generale (i cosiddetti medici di base) rappresentano nel modello campano uno dei nodi della PUA - Porta Unitaria di Accesso ai servizi socio-sanitari³. L'azione di Supporto potrebbe riguardare il rafforzamento e la strutturazione di questi nodi nevralgici della rete (competenze del personale, strumenti di lavoro, funzioni di coordinamento, integrazione organizzativa).

- Azione 4 - Rafforzamento della governance dell'integrazione socio-sanitaria (Cfr. anche la parte terza del presente documento).

Tale azione è resa più urgente dall'entrata in vigore, a partire dal 1 gennaio 2013, della DGR 320/2012. Inoltre, in tale contesto, è possibile prevedere un sostegno alla capacità degli Uffici di Piano di gestire i processi di valutazione multidimensionale dei bisogni socio-sanitari e di garantire una efficiente partecipazione del personale comunale alle UVI - Unità di Valutazione Integrata⁴. Tale linea d'Azione si pone in continuità con quanto previsto dalle Linee di indirizzo sul sistema dei servizi domiciliari in Campania (DGR 41/2011) e con le recenti modifiche alla legge regionale n. 11/2007.

In questa fase conclusiva della gestione del POR Campania 2007-2013, in vista della definizione della nuova programmazione 2014-2020, è possibile prevedere una sperimentazione da realizzare con un gruppo di Ambiti Territoriali (selezionati con criteri da definire). La sperimentazione potrebbe riguardare una o più delle linee d'azione sopra previste.

Con tali azioni la Regione potrebbe operare un sostegno agli enti locali anche in vista della definitiva applicazione di quanto previsto dalla Legge 148/2011, entrata in vigore il 17 settembre 2011, che muta l'assetto amministrativo e fiscale dei piccoli Comuni e delle Unioni da essi costituite. Con tale norma, infatti, cambia radicalmente l'ottica delle gestioni associate intercomunali, in particolare tra i comuni con meno di 5.000 abitanti e con maggiore forza tra i comuni con meno di 1.000 mille abitanti.

4.2.2 Le linee d'azione per il rafforzamento dei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti e la prima infanzia in Regione Campania

La Regione Campania potrebbe candidare alla sperimentazione sopra richiamata,

alcuni sistemi territoriali nei quali, le reti esistenti, potrebbero proporre nuovi modelli di servizi di cura per gli anziani non autosufficienti, da consolidare e riproporre a sistema nella nuova programmazione dei fondi strutturali 2014 -2020.

E' evidente che in tal modo si interviene anche sulla governance degli Ambiti Territoriali e dei relativi Piani Sociali di Zona. La strategia complessiva deve prevedere un miglioramento del raccordo operativo tra Ambiti Territoriali e distretti sanitari, anche prevedendo uffici congiunti al fine di gestire una competenza molto complessa sia in termini di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni che di gestione del rapporto con le strutture che ospitano gli utenti collocati.

Il ruolo della Regione Campania in questo contesto, insieme agli Ambiti Territoriali, può essere orientato a coordinare le azioni di sistema previste dal Piano d'Azione Coesione per migliorare l'efficienza e la qualità delle prestazioni ed a collaborare con il Ministero della Salute e il DPS per individuare le aree critiche su cui intervenire e fornire soluzioni innovative già oggetto di sperimentazione.

Per quanto riguarda i servizi di cura degli anziani non autosufficienti, la Regione contribuisce ai risultati B), C) e D) attesi dal PAC con le seguenti azioni:

- A) potenziare e qualificare i servizi residenziali e semiresidenziali per gli anziani a carattere socioassistenziale attraverso l'ASSE III inclusione sociale del PO FSE 2007/13;
- B) prevedere percorsi di aggiornamento delle competenze sull'utilizzo di sistemi informativi e nuove tecnologie per il potenziamento delle funzioni integrate di accesso, presa in carico e monitoraggio rivolti a:
 - agli operatori di segretariato sociale per l'utilizzo della scheda di accesso informatizzata al fine di rafforzare le funzioni integrate di PUA.;
 - agli assistenti sociali, per l'utilizzo della cartella S.V.A.M.A. nell'ambito delle U.V.I., e per l'immissione dei relativi dati nella cartella sociale digitale;
 - ai responsabili degli Uffici di Piano di 5 Ambiti Territoriali ed agli operatori professionali dei servizi domiciliari per la sperimentazione di un sistema automatizzato di monitoraggio delle prestazioni rese in tempo reale, con l'utilizzo delle tecnologie I.C.T. .
- C) promuovere servizi pubblici di conciliazione nell'ambito delle prestazioni domiciliari che permettano di favorire l'incrocio fra domanda delle famiglie ed offerta delle assistenti familiari.
- D) Sperimentare protocolli innovativi di presa in carico dell'anziano fragile con il coinvolgimento delle associazioni di tutela degli utenti, per monitorare il percorso sociosanitario di accesso e presa in carico , testare il grado di soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie e raccogliere ogni utile spunto di riflessione utile a migliorare il sistema integrato di offerta.

Per quanto riguarda i servizi di cura dell'infanzia, vista la necessità, per la Regione, di raggiungimento dei target fissati dagli obiettivi di servizio e in coerenza con il Piano d'azione e coesione, sarebbe opportuno concentrare le attività sull'indicatore S05: "presa in carico degli utenti dei servizi per l'infanzia", promuovendo interventi rivolti all'accreditamento dei servizi per l'infanzia e l'acquisto dei posti servizio.

Per ciò che concerne gli interventi previsti per i servizi per l'infanzia la Regione Campania può contribuire a rafforzare gli interventi previsti dal Piano d'azione e coesione attraverso azioni di accreditamento dei servizi per l'infanzia e l'acquisto dei posti servizio al fine di migliorare qualitativamente l'offerta del servizio privato e attivare una vera sussidiarietà tra offerta pubblica e privata. Tale azione sicuramente non tende ad aumentare il numero di strutture presenti sul territorio ma ad ampliare il servizio e l'utenza che ne usufruisce.

Sarebbe quindi opportuno individuare, con la riprogrammazione del POR FSE, nuove modalità di gestione integrata dei servizi di cura per l'infanzia prestando attenzione a non sovrapporre gli interventi previsti dal PAC. In particolare, il PO potrebbe proporre nuove attività e lavori innovativi volti a favorire l'occupazione delle donne.

Di seguito sono indicate le possibili linee di azione nell'ambito dei servizi di cura della prima infanzia che la Regione ha già in cantiere o che potrebbe finanziare in integrazione a quanto previsto dal PAC.

- A) Erogazione di voucher di conciliazione - Nell'ambito dall'Intesa "Politiche per la Famiglia" sono già previste misure di sostegno per l'accesso ai servizi per l'infanzia da parte delle famiglie con bambini, attraverso voucher alle famiglie per l'accesso ai servizi per l'infanzia (Risorse previste: €13.000.000,00 a valere sui Fondi Nazionali - Conferenza Unificata del 29 aprile 2010). Nell'ambito dell'Intesa "Conciliazione tempi di vita e di lavoro" è già prevista una misura finalizzata a sostenere l'acquisto di servizi offerti da strutture specializzate (nidi, centri diurni/estivi per minori, ludoteche, strutture sociali diurne per anziani e disabili, ecc.) o in forma di "buono lavoro" per prestatori di servizio (Risorse previste: € 900.000,00 a valere sui Fondi Nazionali previsti dall'Intesa "Conciliazione tempi di vita e di lavoro" - Conferenza Unificata del 29 aprile 2010)
- B) Sostegno alla gestione dei nidi e delle strutture per la prima infanzia già esistenti, al fine di aumentare la presa in carico di minori 0-3 anni, anche in vista del raggiungimento del target previsto dall'indicatore S05 (obiettivo di Servizio II).
- C) Migliorare la qualità dei servizi offerti dagli asili nido e dei servizi per la prima infanzia - Azioni di supporto al personale dei nidi e degli altri servizi per la prima infanzia (coordinatori, operatori per l'Infanzia, Educatori) in tema di gestione dei servizi e approcci pedagogici orientati alla qualità, anche in linea con gli indirizzi nazionali e comunitari di riferimento.

5. Gli obiettivi di Servizio

5.1 L'assistenza domiciliare integrata

Premessa

La strategia di sviluppo per il 2007-2013, definita dal Quadro Strategico Nazionale (Q.S.N) attribuiva un ruolo centrale alla promozione di servizi essenziali per la qualità della vita dei cittadini, prevedendo, per le otto Amministrazioni regionali del Mezzogiorno quattro obiettivi tra cui quello di "Aumentare i servizi di cura alla persona alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro". Per ciascun obiettivo di servizi essenziali s'individuavano degli indicatori misurabili su cui definire target vincolanti per l'attribuzione di risorse premiali. Per l'obiettivo in questione si indicavano 3 indicatori tra cui l'S06 "presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata". La delibera CIPE n.82/2077 che regolava il meccanismo d'incentivazione fissando target di raggiungimento per ciascun indicatore, ha previsto per l'ADI anziani in Campania un potenziamento del n. di assistiti tale che si passasse dall' 1,4% del 2006 al 3,5% entro il 2013.

Il Piano di Azione della Regione Campania per il raggiungimento degli obiettivi di servizio (DGRC n. 2010 del 6/02/2009) coinvolgeva in pari misura gli Assessorati Politiche Sociali e Sanità attraverso una stringente *road map* di azioni ed interventi per il raggiungimento del target fissato per l'indicatore S06, ovvero il 3.5% di anziani assistiti in ADI entro il 2013.

Il Piano di Azione prevedeva un ingente stanziamento a valere su fondi nazionali,

regionali ed europei articolato su 6 azioni principali:

- qualificare il sistema di offerta dei servizi ADI
- incrementare l'offerta di ADI
- riorganizzare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari
- accrescere le competenze degli addetti ai lavori
- disporre di un sistema informativo sociosanitario regionale
- governare il processo di attuazione del piano.

I due Assessorati hanno collaborato intensamente alla realizzazione del piano ADI incontrando non poche difficoltà per una situazione territoriale che presentava grandi criticità.

A distanza di 4 anni si possono tracciare le conclusioni sulle azioni intraprese e sulle criticità incontrate.

Criticità generale

Il target per l'indicatore S 06 così come definito dalla delibera CIPE è tratto dal sistema di monitoraggio sanitario FLS21. Il Settore Politiche Sociali è stato coinvolto in un obiettivo che in realtà era rivolto al Sistema Sanitario Regionale affinché inducesse le ASL a potenziare l'assistenza domiciliare che in Campania è poco sviluppata e meno onerosa rispetto all'assistenza residenziale e semiresidenziale. Lo stesso servizio di ADI non era chiaramente definito in Campania come servizio integrato tra ambito sanitario e sociale ma piuttosto rappresentava una delle tante tipologie di offerta di servizi domiciliari distrettuali, dove con la "I" s'intendeva l'integrazione fra diverse figure professionali sanitarie.

L'assistenza domiciliare è al contrario sempre stata una delle voci più rilevanti del sistema di servizi sociali e moltissimi utenti sono assistiti esclusivamente dai Comuni, sebbene presentino problemi anche clinici. Il problema cardine era e resta ancora oggi quello di riconvertire il diffusissimo servizio sociale in servizio sociosanitario e di annoverare gli utenti nel sistema di monitoraggio sanitario.

Il Piano di Azione è nato in un contesto geografico e temporale che presentava molteplici criticità per una efficace e rapida attuazione. Innanzitutto la mancata definizione di servizio domiciliare integrato, la disomogeneità territoriale tra Ambiti e Distretti, da cui conseguiva una frammentazione e disomogeneità dei servizi domiciliari offerti, la separazione dei sistemi di monitoraggio che non permetteva di rilevare il dato complessivo, la conflittualità istituzionale tra Comuni e ASL che ostacolava una piena condivisione degli atti programmatici. L'erogazione di servizi domiciliari integrati, sperimentata a partire dall'attuazione della L.328/2000 ovvero dal 2002 appariva una "buona prassi" temporanea e localizzata ad alcuni territori che assumeva tipologie diverse ma non s'inseriva in un sistema di offerta "codificato" e "regionale".

Percorso di attuazione del Piano di Azione ed atti integrati

In tale contesto i due Assessorati hanno svolto un notevole lavoro (tutt'ora in corso) che necessitava prioritariamente di assumere con atti regionali un quadro d'insieme di regole entro cui iscrivere il potenziamento dell'ADI.

Si è trattato innanzitutto di riordinare il sistema di offerta dei servizi domiciliari sanitari ed in tale contesto definire i punti di intersezione organizzativa tra Distretti Sanitari e Servizi Sociali dei Comuni entro cui includere l'offerta domiciliare integrata. Dopo un lungo lavoro di concertazione con i responsabili territoriali e con il supporto del FORMEZ la Regione ha varato con DGR 41 del 14.2.2011 – BURC n.11/2011 il nuovo "Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" recependo le indicazioni nazionali in materia derivanti dal nuovo documento sui L.E.A. (DPCM 28.4.2008) in corso di

approvazione.

Sono così state definite tre tipologie di ADI secondo il bisogno assistenziale, e per ciascuna di esse, la specificità delle prestazioni sanitarie e sociali, il numero di ore, la titolarità delle competenze, le figure professionali. Si è delineato l'intero percorso di presa in carico degli utenti (accesso, valutazione del bisogno sociosanitario, progetto personalizzato, erogazione degli interventi), indicando con chiarezza responsabilità e competenze dei Distretti e dei Comuni, ed in tal senso si è inteso fornire i contenuti del Regolamento per le funzioni integrate di accesso e valutazione ex art. 41 L.R. 11/2007 estensibile a tutti i servizi integrati. Il percorso delineato nel quale le U.V.I. assumono un ruolo strategico nell'integrazione territoriale tra comparto sanitario e sociale, rendono la DGRC n. 41/2012 il cardine essenziale delle politiche regionali integrate cui si riferiscono tutti i successivi atti della Giunta Regionale e del Commissario di Governo per il Settore Sanitario .

Definito il ruolo strategico delle UVI, si rendeva necessario definire strumenti integrati ed omogenei per la valutazione degli anziani non autosufficienti e l'accesso ai servizi di ADI. Nel 2012, procedendo sul rafforzamento organizzativo dei servizi sociali e sanitari, con le Deliberazioni del Commissario ad Acta n. 323 del 3/07/2012, è stata approvata la scheda SVAMA che rappresenta lo strumento di lavoro delle UVI per la valutazione del bisogno assistenziale complesso e la prescrizione di un appropriato regime assistenziale. La scheda parte da una rielaborazione di uno tra i più diffusi strumenti di valutazione nazionali, ovvero la SVAMA approvata anni or sono dalla Regione Veneto. Tale scheda approvata in via sperimentale nel 2007 (DGRC1811) è stata testata dai responsabili territoriali ed è stata oggetto di riflessione condivisa tra i due settori regionali. Per le politiche sociali l'apporto è consistito nel rafforzamento del ruolo della valutazione sociale che nella precedente scheda appariva poco rilevante. Si è cercato di contestualizzare la persona anziana nel suo ambiente di vita familiare e sociale, analizzando anche il ruolo svolto dalla rete familiare, parentale di vicinato, per la capacità di sostenerne il carico di cura sia in termini d'intensità che di durata nel tempo.

Sulla scia della DGR 41/2011, nel corso del 2012 è partito un lavoro analogo supportato dal FORMEZ per la definizione in dettaglio della Porta Unitaria di Accesso per tutti i servizi sociosanitari, intesa come funzione e come interconnessione tra i sistemi informativi.

Nel 2012 , con la DGR.n. 320 del 3.7.12 si è posto fine ad una situazione critica di frammentarietà territoriale tra Ambiti e Distretti, creatasi nel 2009 con la riorganizzazione del sistema sanitario regionale ex L.R. 16/2008, che di fatto rendeva difficoltosa una programmazione condivisa . E' stata quindi ridisegnata la rete degli Ambiti Territoriali per ricostruire una geografia dei territori che vedesse , così come previsto dalla L.R. 11/07, la coincidenza tra Ambiti Territoriali e Distretti o multipli di Distretto Sanitario.

Ruolo Politiche Sociali, risorse stanziare e criticità di utilizzo

Il Piano di Azione, concepito prima del Piano Sociale Regionale, prevedeva un'ingente budget a valere sui fondi nazionali, regionali ed europei. , ma le riduzioni finanziarie operate dal Governo e dal Bilancio Regionale, i limiti del patto di stabilità, la carente integrazione istituzionale tra Ambiti e ASL ne hanno di fatto limitato o impedito l'utilizzo ed oggi si rende necessario rivedere il piano finanziario. Nel contempo, scelte strategiche intervenute per l'attuazione del I Piano Sociale Regionale hanno sottratto al piano di Azione ADI alcune delle risorse del FESR. più quelle regionali ex L.R. 11/07, destinate ad ampliare la rete di strutture sociali, e lo stesso FNPS che si è scelto di svincolare da una finalizzazione per aree tematiche, per non limitare l'autonomia

progettuali degli enti locali.

Le uniche risorse effettivamente erogate sono in minima parte quelle del F.N.A. :su un totale di risorse assegnate per le tre annualità del P.S.R. di € 92.322.070,13, sono stati liquidati € 16.795.286,22.

Il primo Piano Sociale Regionale (DGRC n. 694 del 16.4.2009), recependo il Piano di Azione assumeva il potenziamento dell'ADI quale opzione strategica prioritaria per la programmazione dei Piani di Zona e vincolava tutto il Fondo per le Non Autosufficienze alla realizzazione di servizi di ADI per anziani non autosufficienti ma le difficoltà di concertazione tra Comuni ed ASL, dovute alle esigenze del Piano di Rientro del Settore Sanitario, e la conseguente mancata condivisione dei Piani di Zona ne hanno di fatto inficiato l'utilizzo.

L'opportunità offerta dal FNA ha evidenziato per il primo anno una vera e propria esplosione della programmazione per l'area anziani che (su 46 Ambiti monitorati) rappresentava l'area prioritaria con il 29,47% della programmazione, mentre l'ADI balzava al primo posto tra i servizi programmati con una previsione finanziaria di € 62.139.858,75, pari al 36,44% del totale. A fronte di ciò, la mancata sottoscrizione di atti congiunti con la ASL non ha permesso il trasferimento delle risorse assegnate e la realizzazione dei servizi programmati. Di conseguenza, al fine di sbloccare la situazione e per rispondere alle pressanti richieste dei Comuni, la Regione ha assunto al termine del 2010 nuovi provvedimenti con i quali si è scelto di derogare ai vincoli del Piano di Azione ADI e rendere il FNA disponibile oltre che per l'ADI disabili, anche per servizi sociali domiciliari esclusivamente sociali..

Nel II anno del P.S.R. (su 43 Ambiti monitorati).l'area Anziani, entro cui si inseriva l'ADI, subisce una flessione passando dal 29,47% al 24,98% dell'intera programmazione, a vantaggio di un incremento sull'area disabili 18,81% al 26,94%. Il Domiciliare pur restando la voce principale subiva una flessione passando al 29,8%.

La mancata realizzazione dell'ADI durante il I anno, ha comportato la reiscrizione delle somme assegnate come residui, che si sono aggiunte alle nuove assegnazioni. Sui 43 Piani analizzati il FNA risultava inutilizzato per ben € 12.165.933,63 e nell'insieme dei fondi residui ne rappresentava la prima voce con il 30,4%.

A causa dei limiti del Patto di Stabilità, e dei problemi di mancata programmazione con le ASL, è stato possibile erogare, e con un anno di ritardo, solo una minima percentuale dell'intero Fondo ed esclusivamente per la I annualità dei Piani a valere sui residui FNA 2008 e FNA 2007. Tra la fine del 2010 ed il 2011 hanno potuto disporre del fondo 2008 solo 28 Ambiti su 53 e del Fondo 2007 solo 7 Ambiti sui 14 che avevano ancora residui della VII annualità.

Nel 2012, le novità intervenute per il Piano di Rientro dal disavanzo del Settore Sanitario hanno ulteriormente costretto la Giunta a variare la programmazione del F.N.A. per adempiere ai Decreti Commissariali (cfr. par. 8.1).

Si è disposto di recuperare le somme assegnate (se pure già erogate) del FNA per quei servizi non ancora realizzati (se pur con anticipazioni dei comuni) e rimodularne sia le assegnazioni che la finalità e i destinatari.

La porzione di fondo recuperato per ciascuna delle annualità del P.S.R., è destinato alle ASL per il recupero del credito avanzato nei confronti dei Comuni ed in parte ai Comuni stessi per la programmazione della III annualità su tutte le prestazioni sociosanitarie (ex DGRC n.50/2012)

Pertanto ad oggi la programmazione del FNA appare quasi definitivamente svincolata dall'Obiettivo ADI che andrà di conseguenza rimodulato.

Ad oggi sono destinati ai Comuni E. 38.168.523,72 (che in buona parte rappresentano un credito per servizi già resi) mentre sono destinati alle ASL per recupero crediti l'ammontare di € 38.066.171,44.

E' auspicabile che le necessità derivanti dal rispetto del Piano di rientro dal Disavanzo della Sanità, permettano ad ogni modo di svincolare dai limiti del Patto di Stabilità un fondo che si presenta ingente per il bilancio delle politiche sociali, e di cui si ravvisa un'urgenza assoluta sui territori, perché possa raggiungere in ogni caso i veri destinatari: le persone non autosufficienti.

Monitoraggio: criticità e prospettive

Il Piano di Azione procede secondo le scadenze prefissate ed infatti dall'ultimo monitoraggio risultava che la Campania si fosse attestata su una quota del 2,1% di anziani in ADI . Ma tale dato è tratto esclusivamente del sistema informativo sanitario FLS 21.

Anche in caso di progetti di ADI condivisi con i Comuni dell'Ambito non c'è certezza di quanti utenti siano effettivamente conteggiati nel sistema informativo sanitario come utenti di ADI, per un problema interno alle ASL dove il sistema FLS 21 non registra gli utenti valutati in UVI .

L'assenza di un sistema informativo sociosanitario tale da registrare la realizzazione congiunta dei servizi domiciliari rappresentava e lo resta tutt'ora l'ostacolo centrale al raggiungimento del target previsto dal Piano di Azione. In tale direzione, con il supporto dell'A.R.S.A.N si è lavorato ad un tavolo congiunto per la realizzazione del sistema informativo "Lea Sociosan" che è partito in via sperimentale in tutte le ASL e, a regime, dovrebbe registrare il dato di tutti i servizi afferenti i LEA sociosanitari tra cui l'ADI. La novità di tale sistema consiste nel rendere tracciabile non più e non solo la spesa (come per i sistemi in uso) ma l'intero percorso dell'utente dall'accesso al monitoraggio del servizio reso.

Con un'analoga impostazione, sul versante sociale, gli ultimi anni hanno visto la diffusione ed il successo tra gli Ambiti del Sistema Informativo Non Autosufficienze" (SINA), che entrerà a regime nel 2013.

Un altro passo essenziale nella stessa direzione è stato compiuto nell'ambito del Progetto Sperimentale "SINA Campania" che, attraverso un percorso di progettazione partecipata con i responsabili territoriale del sistema SINA, ha prodotto la "cartella sociale informatizzata". A partire dal 2013 la cartella permetterà la tracciabilità del percorso degli utenti non autosufficienti, dalla richiesta di accesso fino al monitoraggio degli interventi sociali e sociosanitari messi in campo dai Comuni associati. In tale veste potrà agilmente interfacciarsi con il LEA Sociosan.

Per una corretta lettura dei dati si tratta quindi di integrare i sistemi informativi sanitari FLS21 e Lea Sociosan; il passo successivo sarà quello di realizzare la interoperabilità tra il "Lea Sociosan" ed il nuovo sistema informativo sociale SINA.

Il Monitoraggio effettuato attraverso il SINA, sta producendo risultati rilevanti ai fini di un discorso complessivo sulle persone non autosufficienti prese in carico dai servizi sociali, ma non permette di collegare il dato fisico (utenti) a quello finanziario (FNA e annualità del Piano di Zona).

Dalla IV rilevazione S.I.N.A. effettuata a dicembre 2011 per 31 Ambiti: su 7.548 persone non autosufficienti in carico ai servizi sociali e di ogni età, gli assistiti a domicilio risultavano 4.139 ma solo 845 , cioè il 20%, risultavano assistiti in ADI. Dei 2.611 anziani non autosufficienti in carico ai servizi domiciliari solo 579 risultavano in ADI.

Il dato va letto in modo critico. Infatti se si considerano le criticità registrate per una compiuta integrazione degli atti programmatori e se si confrontano tali dati con quelli delle valutazioni UVI si comprende che un numero così alto di utenti assistiti esclusivamente dai Comuni avrebbero necessità di essere arruolati in un sistema sociosanitario. Degli utenti in carico al sociale di ogni età, ben 1.881 sono registrati come non autosufficienti di grado elevato.

I 4.139 utenti domiciliari non hanno avuto accesso al sistema mediante una valutazione integrata e degli stessi 845 utenti registrati come fruitori dell'ADI, solo 545 sono stati valutati dalle UVI. Il ché è un dato paradossale se si considera che le indicazioni regionali prevedono un vincolo in tal senso. Tant'è vero che solitamente si ritiene la valutazione UVI una discriminante per definire gli utenti del sistema sociosanitario rispetto agli altri, e ciò anche ai fini del monitoraggio.

La maggioranza dei fruitori, ovvero 3.957, riceve un numero limitato di ore di assistenza settimanali (fino a 10 ore), il che fa comprendere quanto un servizio essenziale sebbene rivolto a persone affette da gravi patologie sia parcellizzato e non possa supportare adeguatamente il bisogno assistenziale.

Nuove prospettive

Gli adempimenti connessi ai decreti commissariali hanno allentato la conflittualità istituzionale permettendo di far ripartire la programmazione condivisa dei Piani di Zona e dei servizi connessi a partire dall'ADI.

La scadenza del Piano di Azione è stata prorogata al 2015 e quindi coinvolge anche il II P.S.R.

Concluso il percorso di organizzazione e regolazione dell'offerta integrata di prestazioni domiciliari, e considerate le criticità finanziarie, a partire dal 2012 le Politiche Sociali sono impegnate a concorrere al Piano di Azione con azioni di sistema che prevedono il potenziamento e la qualificazione della rete di offerta d'interventi e servizi sociali.

In tale prospettiva, e riconfermando l'ADI come area prioritaria d'intervento, si tratta di qualificare l'offerta di prestazioni domiciliari su un doppio binario che coinvolga gli attori "privati" della rete : i soggetti erogatori e le famiglie.

Recenti deliberazioni assunte nel 2012 gettano le basi di tale prospettiva e sono propedeutiche a future azioni che avranno entro il 2015 un impatto indiretto ma non secondario sul Piano ADI.

Per gli enti del terzo settore, dopo l'interesse suscitato dall'avviso pubblico "Care giver"(DD355/2011) che promuove progetti innovativi di servizi per non autosufficienti si è scelto di incrementare il budget da 5 a 10 milioni per il finanziamento dei 54 progetti approvati

Nel contempo con le "Linee Guida in materia di regimi di aiuti a finalità regionale per lo sviluppo dell'offerta di strutture e servizi. "(DGRC n. 433 del 10.8.2012) si sono gettate le basi di una strategia di potenziamento e qualificazione del sistema di offerta attraverso avvisi pubblici per imprese e cooperative sociali tesi a promuovere investimenti, ammodernamento e adeguamento di strutture e servizi ed a favorire la creazioni di posti di lavoro. In tale prospettiva una parte delle risorse stanziato sul FESR per complessivi 30 milioni saranno destinate alla qualificazione dei servizi di ADI.

Sempre al fine di qualificare i servizi ADI, a partire dal 2013 si prevede nell'ambito del progetto in corso "SINA CAMPANIA" (DGRC N. 849/2010), la sperimentazione e diffusione di un' innovativo sistema di monitoraggio che avvalendosi delle Tecnologie

di Informazione e Comunicazione (I.C.T.), permetta all'Ufficio di Piano di monitorare "in tempo reale" le prestazioni rese dagli operatori a domicilio dell'utente.

S'intende promuovere indirettamente la domiciliarità dei non autosufficienti intervenendo a sostegno delle famiglie su cui grava il maggior carico di cura.

In tal senso il Programma Regionale per il sostegno dell'ADI per malati di SLA approvato con DGRC n.115/2012 prevede che la compartecipazione sociale dei Comuni ad un progetto di ADI possa avvenire su scelta degli utenti anche attraverso l'erogazione di "assegni di cura" in sostituzione di un servizio sociale. Gli assegni rappresentano un riconoscimento ufficiale del ruolo insostituibile assunto dai familiari e vengono incontro alle sollecitazioni delle associazioni di tutela dei disabili.

Sempre sul versante del sostegno alle famiglie, è in fase di ultimazione un Bando rivolto ai Comuni a valere sul Fondo Nazionale Politiche per le Famiglie che prevede attraverso l'erogazione di voucher di sostenere economicamente per un anno gli oneri finanziari derivanti dall'assunzione di badanti opportunamente formate da agenzie specializzate.

Conclusioni

Il Q.S.N. prevedeva una verifica intermedia al 2009 ed una finale al 2013, alle quali erano legate risorse premiali. Durante il 2010 la tenuta del meccanismo premiale si è progressivamente affievolita, prima con la mancata attribuzione nel 2009 delle risorse della premialità intermedia e successivamente (nel 2011) con il ridimensionamento delle stesse oggi attribuibili sulla base delle rilevazioni del 2010, con l'introduzione di un meccanismo di accesso condizionato e di un piano accompagnamento da parte del Dipartimento per lo Sviluppo della Coesione Economica. Nel contempo però sono stati prorogati i termini per la conclusione del Piano fino al 2015.

La Regione Campania risulta oggi tra le regioni che potranno accedere alle risorse della premialità intermedia rimodulate a circa 12.000 euro, considerati i dati presentati al termine del 2010 e si stanno definendo con il D.P.S. le condizioni di accesso. Ma la maggiore criticità del Piano di Azione, che è rappresentata dal sistema informativo FLS21, incompleto e non integrato con il sociale, si riverbera sui criteri di riparto della premialità e ne consegue che solo le ASL potranno avvalersene direttamente, sebbene si stia studiando con il DPS una modalità che possa indirettamente comportare delle agevolazioni anche per i Comuni.

E' al momento in corso d'opera una rimodulazione del Piano di Azione ADI per la sua prosecuzione nel 2013-2015, e sebbene per il versante sociale non sia al momento possibile quantificare un target di anziani raggiungibili dai servizi ADI entro il 2015, e le previsioni restano vincolate sul sistema FLS21, nel corso del prossimo biennio sarà possibile interfacciare tali previsioni con dati certi e più completi per effetto delle azioni di sistema fino ad oggi prodotte.

Infatti a seguito della riorganizzazione del sistema integrato e delle determinazioni assunte con la DGRC n.50/2012 per la certificazione della spesa sociosanitaria, a partire dal 2012 Comuni e Distretti sono vincolati a valutare con la SVAMA tutti gli anziani per l'accesso all'ADI e ad assumerne congiuntamente la presa in carico. I Comuni sono inoltre tenuti a coprire il 50% di tutte le prestazioni ADI ed a certificare la spesa di ogni singolo utente.

A partire dal 2013 si potrà quindi per la prima volta quantificare sia il numero di anziani assistiti e regolarmente valutati in UVI nel corso del 2012, sia il costo annuale della spesa sociale per tutti i progetti di ADI.

Entro il 2014, al termine della sperimentazione della cartella sociale informatizzata e

della messa a regime del SINA in tutti gli Ambiti Territoriale, sarà utile poter raffrontare i dati emersi sulla presa in carico sociosanitaria degli anziani non autosufficienti con quelli del nuovo sistema Lea Sociosan e con l' FLS 21 .

Per ora, malgrado il mancato raggiungimento di un premio intermedio per i Comuni, il Piano di Azione ADI ha permesso di costruire una cornice di sistema regionale integrato entro cui iscrivere tutta la programmazione sociosanitaria attuativa dei Livelli Essenziali di Assistenza ed il successo degli sforzi intrapresi potrà essere misurato nel nuovo triennio del P.S.R. e ben al di là del dato utile al Piano di Azione sull'ADI.

5.2 Asili nido e servizi integrativi-innovativi per la prima infanzia

L'indicatore S.04 misura la percentuale dei Comuni della Campania che hanno attivato almeno un servizio per la prima infanzia (asili nido o micronidi, servizi integrativi e/o innovativi) sul totale dei Comuni. L'obiettivo è di incrementare la diffusione dei servizi su tutto il territorio regionale, sia nelle loro forme tradizionali, sia includendo altre forme innovative a carattere sperimentale, che possono rivelarsi particolarmente appropriate nei piccoli comuni e nelle zone rurali.

L'indicatore S.05 misura la percentuale di bambini tra zero e tre anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asili nido, micronidi o servizi integrativi o innovativi) sul totale della popolazione in età tra zero e tre anni. Tale indicatore è "ponderato", nel senso che è misurato a livello regionale considerando che l'utenza accolta in asili nido deve essere pari ad almeno il 70% del totale.

La Regione Campania ha messo in campo una strategia volta ad incrementare il numero di strutture destinate alla prima infanzia e ad implementare il numero di bambini presi in carico, accrescendo il valore di entrambi gli indicatori, nonostante la buona performance dimostrata nell'indicatore S.04.

Lo scopo è favorire il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- potenziamento dell'offerta pubblica tradizionale di servizi per l'infanzia;
- integrazione del sistema pubblico/privato;
- differenziazione e qualificazione dell'offerta complessiva.

La Regione Campania ha approvato nel 2008 il "Piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio educativi", per l'attuazione del quale è previsto l'utilizzo delle risorse ministeriali assegnate alla Regione Campania, pari complessivamente ad € 76.347.156,00, maggiorate di una quota di cofinanziamento regionale di € 88.848.180,00, per un ammontare complessivo di risorse finanziarie pari a € 165.195.336,00.

Il riparto delle risorse regionali previste quale quota di cofinanziamento proviene:

- dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per un importo di € 4.800.000,00;
- dal Fondo Aree Sottoutilizzate per un importo di € 38.848.180,00;
- dal FSE 2007-13 Asse II Occupabilità – Obiettivo specifico F, Obiettivo operativo "Consolidare e diffondere gli strumenti di conciliazione ed i servizi per l'occupabilità e l'occupazione femminile" per un importo di € 20.000.000,00;
- dal FESR 2007-13 Asse VI Sviluppo urbano e qualità della vita – Obiettivo operativo 6.3 "Città solidali e scuole aperte" per un importo di € 25.000.000,00.

A tali fonti finanziarie potranno aggiungersi le risorse del Fondo nazionale per le politiche della famiglia (ripartito tra le Regioni nelle modalità previste nell'intesa raggiunta dalla Conferenza Unificata Stato Regioni del 7 ottobre 2010), che ammontano per la Campania a € 9.982.914,00, destinate in via prioritaria all'attivazione di nuovi posti nei servizi per l'infanzia, a sostenere i costi di gestione dei posti esistenti

e al miglioramento qualitativo dell'offerta.

La Regione Campania ha destinato ulteriori proprie risorse all'aumento dei servizi di presa in carico dell'infanzia, stanziando con la legge finanziaria regionale del 2011 un milione di euro per contributi in conto capitale a fondo perduto a sostegno dei progetti per interventi strutturali per la realizzazione di asili nido e micronidi all'interno di aziende private con almeno tre madri lavoratrici.

Infine, con decreto dirigenziale 48/2011 è stato approvato il programma attuativo di cui all'Intesa sui criteri di ripartizione delle risorse, le finalità, le modalità attuative nonché il monitoraggio del sistema di interventi per favorire la conciliazioni dei tempi di vita e di lavoro, sottoscritta nella seduta della Conferenza Unificata del 29 aprile 2010.

Per la realizzazione del suddetto programma, potranno essere utilizzate anche le risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, anno 2009, stanziate in favore della Regione Campania, pari ad Euro 3.371.361,00.

Nell'ambito della programmazione descritta, sono stati finora emanati due avvisi pubblici:

1. l'“Avviso Pubblico per il finanziamento di Asili Nido, di Micro Nidi Comunali e di Progetti per Servizi Integrativi, innovativi e/o sperimentali”, a valere sul Fondo Nazionale e sul FESR per un valore complessivo di 35 Meuro (decreto dirigenziale n. 378 del 28 aprile 2009 pubblicato sul BURC n 28 dell'11 maggio 2009);
2. l'“Avviso Pubblico per il Finanziamento di Asili Nido e di Micro-Nidi Aziendali”, a valere sul FSE e sul FESR per un valore complessivo di 13 Meuro (decreto dirigenziale n. 44 del 24 febbraio 2010 pubblicato sul BURC n. 19 del 1 marzo 2010).

La procedura di attuazione dell'Avviso Pubblico di cui al punto 1, che prevedeva la presentazione e valutazione dei progetti secondo tre finestre temporali, si è conclusa nel 2011 con l'ammissione a finanziamento di 65 nuovi progetti di asili nido sul territorio regionale e 31 servizi integrativi o sperimentali, a fronte di 149 progetti presentati. La *mission* del Piano di espansione dei servizi per la prima infanzia, come pure dell'Avviso Pubblico, è stata ben intesa dai Comuni campani. In seguito alla importante risposta del territorio, si è deciso di incrementare la dotazione finanziaria dell'avviso nella misura di circa euro 5 Meuro.

Gli interventi finanziati con tale procedura avranno un impatto positivo sull'incremento del numero di utenti presi in carico. I nuovi posti previsti in seguito all'implementazione dei progetti è di circa 3.870 unità, di cui 2.476 unità in asili nido e 1.394 unità in servizi integrativi/sperimentali. I grafici seguenti riportano i valori assoluti di nuovi utenti che verranno presi in carico, distinti per tipologia di servizio (asilo nido/ servizi integrativi-sperimentali) e per provincia [grafici 72 e 73].

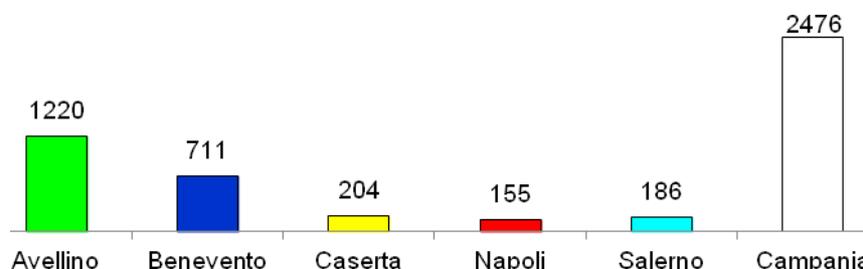


Grafico 72: Nuovi utenti presi in carico in asili nido a seguito dell'Avviso pubblico approvato con DD 378/2009 (fonte Regione Campania)

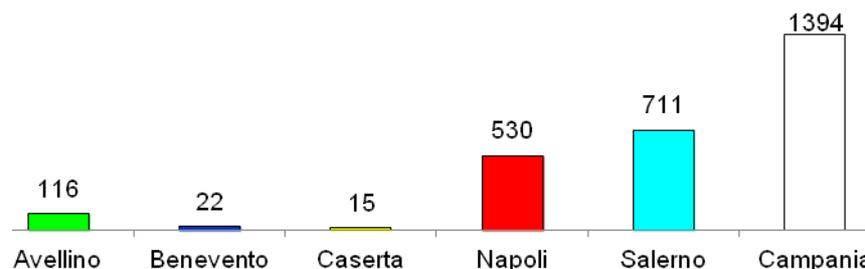


Grafico 73: Nuovi utenti presi in carico nei servizi innovativi/integrativi/sperimentali a seguito dell'Avviso pubblico approvato con DD 378/2009 (fonte Regione Campania)

L'Avviso pubblico indicato al punto 2, per il finanziamento di asili nido e di micronidi aziendali ha previsto azioni complementari tra il POR FESR ed il POR FSE, che comprendono sia interventi strutturali, sia interventi di rafforzamento dei servizi erogati. Infatti, attraverso il FESR, obiettivo operativo 6.3 "Città solidali e scuole aperte", si finanziano interventi, per complessivi 5 Meuro, finalizzati alla realizzazione di nuovi asili nido o micronidi aziendali, all'ampliamento, ristrutturazione e/o ammodernamento di strutture già esistenti destinate ad asili nido o micronidi aziendali presso i luoghi di lavoro. Attraverso il POR FSE, obiettivo operativo f1 "Consolidare e diffondere gli strumenti di conciliazione e i servizi per l'occupabilità e per l'occupazione femminile", si finanziano interventi immateriali per complessivi 8 Meuro, finalizzati allo start up delle attività e/o gestione di asili nido o micronidi aziendali e all'acquisto da parte dei Comuni di posti/servizio presso asili nido o micronidi aziendali (voucher destinati alle donne per l'acquisizione di servizi che ne facilitino la partecipazione al mercato del lavoro). L'avviso ha visto la partecipazione di 32 soggetti tra pubblici e privati. Nel 2011 è stata pubblicata la graduatoria, comprendente 16 progettazioni idonee al finanziamento.

Infine, a tali attività avviate si aggiunge il finanziamento di quattro asili nido da realizzare nel comune di Napoli per un importo totale di euro 1.250.000, con risorse a valere sul Protocollo d'Intesa stipulato tra la Regione Campania e il Comune di Napoli in data 17 aprile 2009 per "L'attuazione di interventi in tema di welfare".

La seguente tabella fornisce una sintesi di quanto finora esposto circa lo stato delle attività avviate al 2011.

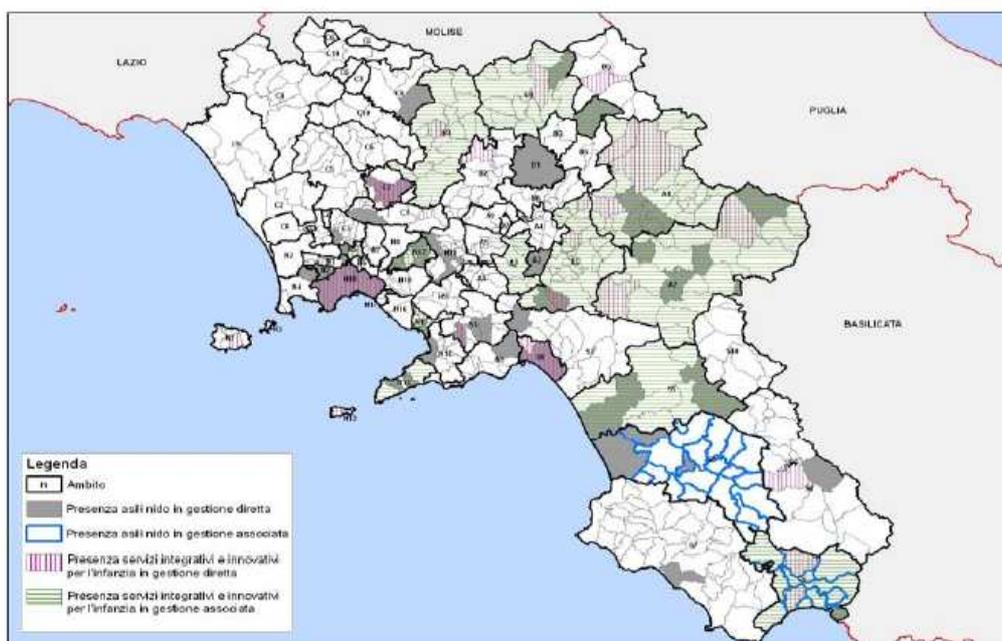
Tabella 9: Stato delle attività avviate al 2011

Procedura di attivazione	Numero di interventi finanziati	Importo finanziato	Fonti finanziarie
Avviso Pubblico per il finanziamento di Asili Nido, di Micro Nidi Comunali e di Progetti per Servizi Integrativi, innovativi e/o sperimentali	96	39.260.689,88	POR FESR 2007-2013 Risorse statali ex art. 1, comma 296, D.M. del 27 giugno 2007
Avviso Pubblico per il finanziamento di Asili Nido, di Micro Nidi aziendali	16	6.250.000,00	POR FESR 2007-2013 POR FSE 2007-2013
Protocollo di Intesa stipulato tra la Regione Campania ed il Comune di Napoli in data 17 aprile 2009 per l'attuazione di interventi in tema di welfare	4	1.250.000,00	POR FESR 2007-2013
Totale	116	46.760.689,88	

Il contesto campano di offerta di servizi socio-educativi per la prima infanzia è caratterizzato da un'apparente divergenza tra lo stato di diffusione dei servizi (indicatore S.04) e la capacità di soddisfare i bisogni dell'utenza (indicatore S.05).

Mentre la Campania sembrerebbe aver raggiunto un livello soddisfacente di offerta, è ben lontana dal raggiungere il target per la presa in carico dell'utenza.

Questa condizione di ambivalenza sembrerebbe dovuta a due fattori, che agiscono sia distintamente che in concorso a determinare la condizione descritta. Da un lato, ad una situazione di presenza diffusa di asili nido e altre tipologie di presa in carico presso i comuni campani e presso gli ambiti non corrisponde un'adeguata capienza dei servizi offerti, per cui gran parte della domanda resta insoddisfatta. D'altra parte, la stessa costruzione dell'indicatore statistico S.04 favorisce una sovrastima dell'offerta di servizi: per esempio, se un Comune aderisce in forma associata ad una qualunque forma di prestazione del servizio, anche se lascia insoddisfatti i bisogni di gran parte della sua utenza potenziale, viene contabilizzato tra quelli in cui i servizi risultano presenti. La realtà campana è ben rappresentata dall'indicatore S.05, che denota una carenza generalizzata di infrastrutturazione sul territorio, fino a situazioni sub-territoriali di totale assenza del servizio, come efficacemente illustrato nella figura seguente, che descrive lo stato dei servizi in Campania al 2009, cioè prima dell'impatto degli interventi inclusi nel Piano di Azione.



Fonte: elaborazione su dati Istat anno 2009, Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni.

Figura 3: Localizzazione asili nido o micronidi, servizi integrativi e/o innovativi sul territorio regionale (anno 2009)

La figura evidenzia numerose aree completamente prive di ogni servizio, localizzate soprattutto in provincia di Caserta e nelle aree periferiche della Campania, a fronte di territori sufficientemente coperti. Tale situazione di eterogeneità comporterebbe la necessità di uno sforzo maggiore nella programmazione degli interventi da attuare su base territoriale e iniziative regionali atte a stimolare la progettazione in territori preselezionati sulla base del maggiore fabbisogno, oltre ad azioni di accompagnamento nella progettazione.

In generale, la programmazione regionale, nella consapevolezza delle carenze infrastrutturali che sono alla base delle criticità collegate all'indicatore relativo alla presa in carico dell'utenza, si è indirizzata principalmente sul potenziamento delle strutture.

Contemporaneamente, per stimolare la progettazione nelle aree periferiche della

regione, nell'Avviso pubblico rivolto ai Comuni in forma singola o associata è stata inserita una maggiorazione del contributo del 10% nel caso di iniziative promosse da Comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti.

Per garantire un impulso ancora più significativo alle azioni già realizzate e concorrere al raggiungimento dell'obiettivo di servizio, si prevede per i prossimi anni l'implementazione di attività (a impatto diretto e/o indiretto) che richiamano quanto già previsto dal Piano d'azione.

In particolare, si intende:

- 1) avviare l'utilizzo dei *voucher* (titoli d'acquisto) come strumento a disposizione delle famiglie per l'accesso ai servizi all'infanzia gestiti da soggetti privati. In questo senso, è stata prevista una prima sperimentazione: la Regione ha destinato ai Comuni fondi per acquistare posti/servizio presso tali strutture aziendali, da finanziare con *voucher* attraverso cui gli stessi Comuni sostengono la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Gli esiti di questa sperimentazione saranno valutati in itinere ed ex post.

Tuttavia, viste le caratteristiche del sistema di offerta pubblica e la crescente domanda di servizi, è prevedibile un tendenziale aumento delle liste di attesa, anche ipotizzando ulteriori incrementi di servizi comunali. Il meccanismo dei *voucher* per le famiglie, da poter utilizzare anche in strutture aziendali e/o private, fornirebbe un significativo sostegno alla domanda e potrebbe avere un impatto diretto sull'aumento degli utenti.

Ovviamente il meccanismo dei *voucher* è strettamente collegato all'implementazione del sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi, così come già stabilito dal Piano d'Azione e dal Piano Sociale Regionale.

Proprio nel Piano Sociale Regionale veniva indicato che l'accREDITAMENTO dei servizi per l'infanzia consentirà "la messa in rete, accanto ai servizi a titolarità pubblica, di ulteriori servizi autorizzati di cui sono titolari e gestori soggetti privati". L'obiettivo è quello di espandere l'offerta, con un sistema di garanzia della qualità educativa che al tempo stesso consenta pluralità e diversificazione dell'offerta.

In sintesi l'acquisto di posti/servizio potrà consentire il trasferimento di risorse ai Comuni – singoli ed associati - per la stipula di rapporti convenzionali con i servizi privati accreditati attivi sul territorio di riferimento. Lo strumento della convenzione, così come stabilito dal Piano Sociale Regionale, può prevedere la quota di posti riservata al Comune, le forme di gestione delle ammissioni con ricorso alla graduatoria comunale, le eventuali risorse finanziarie corrisposte alle famiglie a titolo integrazione alle rette in forma di buoni servizio;

- 2) utilizzare il meccanismo premiale per potenziare gli strumenti in grado di colmare la distanza relativa all'indicatore S.05 (9,6 punti percentuali). L'ipotesi in campo è quella di destinare agli Enti erogatori, oltre ai fondi derivanti dalla premialità intermedia, anche le eventuali risorse premiali ottenute grazie alla performance registrate dall'indicatore S.04. A tal riguardo, saranno assunti provvedimenti sia per definire i beneficiari delle risorse premiali (Ambiti territoriali e/o Singoli Comuni), sia per stabilire i criteri di riparto delle somme. In ogni caso, le risorse rese disponibili dovranno essere destinate dagli Enti Erogatori all'incremento della presa in carico degli utenti nei servizi di asilo nido e allo sviluppo del livello qualitativo dei servizi offerti, utilizzando le risorse anche per supportare la gestione dei servizi e sostenere la messa in esercizio delle strutture;
- 3) trasferire agli ambiti territoriali le risorse del Fondo nazionale per le politiche della famiglia (ripartito tra le Regioni nelle modalità previste nell'intesa raggiunta dalla Conferenza Unificata Stato Regioni del 7 ottobre 2010), che ammontano per la

Campania a € 9.982.914,00 e sono destinate in via prioritaria all'attivazione di nuovi posti nei servizi per l'infanzia, a sostenere i costi di gestione dei posti esistenti e al miglioramento qualitativo dell'offerta.

Così come per le risorse derivanti dalla premialità intermedia di cui al punto precedente, e in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni, la Regione Campania intende individuare un meccanismo di riparto delle risorse del Fondo Famiglie per:

- sostenere i servizi presenti nei Comuni o Ambiti Territoriali già beneficiari delle risorse di cui all'Avviso Pubblico per il finanziamento di Asili Nido, di Micro Nidi Comunali e di Progetti per Servizi Integrativi, innovativi e/o sperimentali, per sostenere i costi di gestione dei posti esistenti e ampliare ulteriormente i posti previsti;
 - sostenere i servizi per l'infanzia presenti nei Comuni o Ambiti Territoriali che ancora non hanno beneficiato di finanziamenti regionali. E' previsto in tal senso un provvedimento amministrativo di riparto che definirà le modalità operative;
- 4) avviare l'iter procedurale previsto dall'Accordo Quadro per la realizzazione di un'offerta di servizi educativi a favore di bambini dai due ai tre anni, volta a migliorare i raccordi tra nido e scuola dell'infanzia, approvato in sede di Conferenza Unificata Stato Regioni nella seduta del 7 ottobre 2010.

6. Gli obiettivi della programmazione europea 2007 - 2013

La strategia adottata nella programmazione europea 2007-2013 ha mirato a perseguire i generali obiettivi di sviluppo attraverso una prevalente concentrazione degli interventi su variabili di sistema ritenute in grado di incidere in maniera sostanziale sulla qualità della vita e sull'attrattività dei territori. Hanno assunto centralità gli interventi volti al benessere del cittadino (in particolare, la qualità della vita, l'integrazione e l'inclusione sociale), ed alla crescita dell'ambiente economico (capitale umano, ricerca, efficienza del mercato dei capitali, tutela del mercato e della concorrenza, in particolare nei servizi di pubblica utilità).

L'attuazione dei programmi operativi FESR e FSE ha, infatti, privilegiato interventi finalizzati a favorire la promozione del benessere e della qualità della vita per tutte le fasce di popolazione, l'inserimento nel mercato del lavoro delle categorie più svantaggiate, il miglioramento della vivibilità all'interno delle aree urbane, la promozione delle pari opportunità sia per le donne sia per i soggetti più fragili come i disabili.

In linea con ciò, sono state adottate Linee di indirizzo per l'attuazione delle attività relative agli Obiettivi Operativi di competenza dell'A.G.C. n. 18, approvate con la D.G.R. n. 1200 del 03/07/2009. Tali linee puntano all'integrazione dei seguenti elementi, in coerenza con le indicazioni presenti nei vari documenti strategici regionali:

- la complementarietà e l'integrazione dei fondi per il finanziamento delle politiche e delle attività messe in campo, programmando il posizionamento delle risorse nazionali, regionali ed europee;
- l'orientamento alla qualità della governance, attraverso lo sviluppo di competenze degli operatori del sistema integrato di servizi;
- la valorizzazione della partecipazione nella società attiva, del capitale sociale, investendo sui giovani e la famiglia.

Nello specifico, un fattore di primaria importanza, a livello strategico, nella programmazione FESR è stato rappresentato dalla centralità che ha assunto il potenziamento delle infrastrutture per servizi alla collettività.

Ciò determinerà un incremento nella dotazione di infrastrutture, e quindi dell'offerta di servizi alla persona presenti sul territorio, ma anche un adeguamento tecnologico ed organizzativo che li renderà più rispondenti alle istanze poste dalla crescente complessità della domanda sociale.

Altresì, gli obiettivi cruciali per la programmazione FSE sono stati indirizzati da un lato al sistema di governance del sistema sociale dall'altro al sistema di offerta con priorità specifica ed in complementarietà con quanto si va realizzando con il FESR per il recupero delle aree urbane degradate e riqualificazione sociale delle periferie e aree depresse.

In tale prospettiva l'implementazione di un modello di welfare inclusivo, teso a ridurre il disagio sociale e a rafforzare il sistema dei servizi, mira a considerare la politica sociale come fattore essenziale a sostegno delle politiche di sviluppo della regione.

Sulla base di ciò, diventa indispensabile che gli Ambiti territoriali si candidino a essere attori primari e fondamentali nella concertazione prevista dalla nuova programmazione dei fondi strutturali e dalla Strategia Europa 2020. Appare, altresì, necessario operare a favore dell'inclusione sociale puntando, da un lato, all'individuazione del Piano sociale di zona come luogo di sintesi programmatica degli interventi, dall'altro realizzando a livello politico un'integrazione forte tra politiche sociali e politiche sanitarie che faccia leva sulla formazione degli operatori (sistema) e sul superamento della logica di contrapposizione che ha addirittura prodotto, in diversi casi, la duplicazione dell'offerta nei confronti delle categorie a rischio di esclusione e marginalità.

In questo contesto ed alla luce delle priorità programmatiche fin qui delineate, con un cambio di rotta rispetto all'impostazione del ciclo 2000-2006, sono stati realizzati specifici interventi, connessi all'erogazione di servizi in ambiti ritenuti determinanti ai fini dell'innalzamento del grado di crescita del territorio.

6.1 Servizi di cura per l'infanzia

La strategia regionale per ciò che concerne i servizi di cura per l'infanzia è contenuta nel "Piano Straordinario per lo sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia" ed è inserita nel complesso di azioni integrate per il raggiungimento degli Obiettivi di Servizio.

In sintesi la programmazione regionale ha teso al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- aumentare la dotazione di posti dei servizi socio-educativi destinati alla prima infanzia;
- diversificare l'offerta di servizi sulla base delle esigenze specifiche espresse dalle famiglie e dai territori;
- assicurare una diffusione omogenea dei servizi sul territorio regionale;
- garantire elevati standard qualitativi dei servizi offerti.

Le azioni messe in campo

- Avviso Pubblico per il finanziamento di Asili Nido, di Micro Nidi Comunali e di Progetti per Servizi Integrativi, innovativi e/o sperimentali.

L'Avviso, articolato in 3 "finestre" per la presentazione dei progetti, ha consentito il finanziamento e la realizzazione di 65 nuovi asili nido (34 per la prima e seconda finestra 31 per la terza finestra) e 31 servizi integrativi o sperimentali per la prima infanzia (17 per la prima e seconda finestra 14 per la terza finestra).

L'Avviso pubblico è stato finanziato con Fondi dell' Ob.Op. 6.3 del POR Campania FESR 2007/2013 pari a € 30.000.000,00 e Fondi Nazionali pari a € 10.000.000,00.

- Avviso Pubblico per il finanziamento di Asili Nido e di Micro-Nidi Aziendali e

l'acquisto da parte dei Comuni di *voucher* per la frequenza delle strutture finanziate. L'Avviso Pubblico ha consentito il finanziamento di 15 asili nido e micro-nidi aziendali.

L'Avviso pubblico è stato finanziato con Fondi dell' Ob. Op. f)1 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a € 8.000.000,00 e Fondi dell'Ob. Op. 6.3 del POR Campania FESR 2007/2013 pari a € 5.000.000,00.

- Protocollo d'Intesa stipulato tra la Regione Campania e il Comune di Napoli in data 17 aprile 2009 per "L'attuazione di interventi in tema di Welfare" (D.G.R. n. 1205/2009). Il Protocollo ha consentito il finanziamento e la realizzazione di quattro asili nido sul territorio del Comune di Napoli.

Le azioni del Protocollo sono state finanziate con Fondi dell'Ob. Op. 6.3 del POR Campania FESR 2007/2013 pari a € 1.250.000,00.

Le azioni in cantiere

- E' prevista prossimamente la pubblicazione di un avviso, a valere sul POR Campania FSE 2007/2013 e su fondi nazionali, per il finanziamento di servizi comunali sperimentali come definiti nelle "Linee di indirizzo regionali per l'attivazione dei servizi per la prima infanzia (0-36 mesi) nell'ottica della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro" (D.G.R. 2067/2008). Si tratta di servizi innovativi per l'infanzia, non riconducibili ai nidi o ai servizi integrativi, che rispondono ad esigenze particolari delle famiglie e/o a particolari caratteristiche territoriali, demografiche e sociali dei comuni di riferimento e/o a difficoltà di soddisfare la domanda (es. *babysitting*, mamma accogliente, educatrice familiare, ufficio genitore-bambino, ecc.).

Risorse previste: € 3.000.000 a valere sull'Ob.Op. f)2 del POR Campania FSE 2007/2013 e € 1.500.000,00 su Fondi Nazionali

6.2 Servizi di cura per gli anziani e per la non autosufficienza

La strategia regionale in materia di servizi per gli anziani, a partire alla L.R. 11/2007, promuove un sistema di interventi e servizi tesi a privilegiare la domiciliarità e la vita di relazione nella comunità locale. In linea di massima gli obiettivi regionali vengono realizzati attraverso il sistema dei servizi socio-sanitari territoriali, in particolare attraverso i Piani Sociali di Zona, a cui la Regione trasferisce le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo per la Non Autosufficienza.

Le azioni messe in campo

- Con D.G.R. n. 1265 del 24/07/2008 è stata attivata la riserva finanziaria dedicata al Parco Progetti Regionale (di cui all'Avviso pubblico per la costituzione del Parco Progetti Regionale ai sensi della D.G.R. n. 1041 del 1/08/2006 (BURC n. 42 del 11/09/06), nell'ambito del quale sono stati finanziati progetti relativi alla realizzazione e riqualificazione di infrastrutture materiali e immateriali. Tra i progetti finanziati sono presenti azioni di riqualificazione di strutture di accoglienza sociale e socio-sanitarie per anziani e disabili.

Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell' Ob.Op. 6.3 del POR Campania FESR 2007/2013 pari a €. 14.106.851,48.

Le azioni in cantiere

- Realizzazione e/o qualificazione di strutture di accoglienza rivolte ad Anziani, disabili, non autosufficienti, donne sole con figli, donne vittime di tratta, ecc.
Risorse previste € 25.000.000,00 a valere sul POR FESR 2007/2013 e € 5.000.000,00 a valere sui Fondi regionali.

6.3 Servizi per l'integrazione sociale

6.3.1 Servizi per i giovani

La Regione Campania ha rafforzato e proposto nuove azioni di sistema finalizzate a una più efficace integrazione tra l'offerta formativa realizzata a favore dei giovani e la domanda di innovazione e di occupazione qualificata proveniente dal territorio. Le nuove azioni di sistema sono orientate soprattutto a sostenere la gestione e lo sviluppo della cooperazione tra i diversi operatori pubblici e privati impegnati nell'occupabilità dei giovani.

Le azioni messe in campo

- Con D.D. n. 283 del 28/07/2011 è stato approvato l'Avviso Pubblico "Giovani Attivi" che mira a favorire la partecipazione dei giovani campani alla vita attiva e allo sviluppo della propria comunità, attraverso il finanziamento di progetti innovativi e sperimentali ideati e realizzati da gruppi di giovani (dai 18 ai 32 anni) con il supporto dei Comuni associati in Ambiti Territoriali (LR 11/2007). I progetti sperimentali finanziati prevedono l'aggregazione dei giovani in Gruppi Informali e la loro successiva trasformazione in nuovi soggetti giuridici impegnati sui temi della solidarietà e della cittadinanza attiva. Nell'ambito dell'Avviso sono state attivate anche azioni, in sinergia con gli Enti locali, per favorire l'apprendimento non formale dei giovani, finalizzate all'acquisizione di strumenti di conoscenza e autodeterminazione. L'iniziativa si pone in coerenza con il modello italiano dello sviluppo delle politiche giovanili, che prevede come soggetti attuatori i Comuni, in quanto luoghi privilegiati della vita e della partecipazione dei giovani. Gli interventi finanziati dall'avviso regionale offrono l'opportunità di sperimentare contesti che favoriscono l'espressione del protagonismo dei giovani e dei gruppi informali. Inoltre, l'Avviso Pubblico è in linea con la recente Iniziativa della Commissione europea "Opportunità per i giovani" e con il "Piano di Azione nazionale per la Coesione".
Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell' Ob.Op. g10 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 5.000.000,00.
 - Con D.D. n. 282 del 28/07/2011 è stato approvato l'Avviso Pubblico "Più competenze per gli operatori sociali", finalizzato a formare figure professionali in grado di operare nel campo del disagio sociale, in particolare in attività tese a favorire l'integrazione sociale dei giovani a rischio di esclusione provenienti dalle aree urbane degradate e dalle aree a rischio di desertificazione. Realizzazione di 30 corsi di formazione finalizzati all'acquisizione di qualifiche tecniche (15 corsi per la qualifica "Tecnico dell'Accoglienza Sociale", 15 corsi per la qualifica "Animatore Sociale"). I corsi sono rivolti a un massimo di 600 partecipanti (massimo 20 per ciascun percorso). L'operazione prevede la concessione di finanziamenti a Enti di Formazione Accreditati in ATS con Ambiti Territoriali e Soggetti del Terzo Settore.
Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell' Ob.Op. g2 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 8.309.119,35.
 - Con D.D. n. 284 del 28/07/2011 è stato approvato l'Avviso Pubblico "Realizzazione e gestione Centri Polifunzionali", finalizzato a sostenere la gestione e la diffusione sul territorio regionale di Centri polifunzionali rivolti a soggetti a rischio di esclusione sociale, in particolare giovani. I Centri polifunzionali sono strutture dotate di laboratori per l'espletamento di attività varie (artistiche, scientifiche, culturali, sociali, formative, ecc...).
- Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell' Ob.Op. g2 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 15.000.000,00 e Fondi dell' Ob.Op. 6.3 del POR Campania*

FESR 2007/2013 pari a €. 15.000.000,00.

- Con la D.G.R. n. 1205 del 03/07/2009 è stato approvato il “Protocollo d’Intesa per l’attuazione di interventi in tema di Welfare” stipulato, in data 17 aprile 2009, tra la Regione Campania e il Comune di Napoli (BURC n. 65 del 26/10/2009), finalizzato all’attuazione di interventi in tema di welfare nell’ambito delle politiche per l’inclusione sociale; per l’infanzia; per le pari opportunità e per una scuola di qualità. Il protocollo prevede misure integrate a valere su diversi obiettivi operativi del POR. Nell’ambito dell’Accordo ex art. 5 siglato con il Comune di Napoli in data 28/11/2011, è stato finanziato il progetto “Laboratori di Educativa Territoriale”. Il progetto si propone di mettere a disposizione di adolescenti con situazioni familiari destabilizzate opportunità formative, spazi di incontro e di socializzazione, proposte e strumenti che sviluppino capacità creative e modalità di espressione per la realizzazione di un nuovo ambiente di vita. Inoltre, prevede attività di promozione dei diritti di cittadinanza dei giovani migranti e di sostegno a bisogni diffusi e condivisi di integrazione, di tutela e valorizzazione delle identità culturali.
Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell’ Ob.Op. G2 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 4.000.000,00 e G7 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 500.000,00.

Le azioni in cantiere

- Al fine di valorizzare l’utilizzo delle risorse europee, si intende promuovere l’erogazione di voucher per alcune tipologie di servizi. Tale strumento sarà integrato con l’attuale sistema di offerta dei servizi e prevederà l’ampliamento del quadro dell’offerta semplificando il numero di soggetti che operano nei diversi livelli di governance.
Risorse previste €. 2.000.000,00 a valere sull’Ob.Op. g12 POR FSE 2007/2013

6.3.2 Servizi per le pari opportunità

La strategia regionale a favore della popolazione immigrata prevista dalla Regione Campania nell’ambito degli obiettivi operativi del POR FSE 2007-2013, si inserisce in una strategia generale di consolidamento dell’offerta dei servizi territoriali che si avvale di diverse fonti di finanziamento, nell’ottica della complementarità e della sostenibilità degli interventi: FSE, Fondo Nazionale Politiche Sociali e altri fondi nazionali, Fondi regionali e risorse degli Enti Locali.

Le azioni messe in campo

- Con D.D. n. 94 del 4 marzo 2010) è stato approvato il “Bando di gara per l’aggiudicazione delle attività finalizzate alla realizzazione del Servizio Regionale di Mediazione Culturale” inteso come strumento indispensabile per favorire la piena inclusione delle persone migranti.
Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell’ Ob.Op. g4 del POR Campania FSE 2007/2013 €. 4.800.000,00.
- Con D.D. n. 813 del 27/12/10 è stato approvato l’ “Avviso pubblico apprendistato integrazione e regolarizzazione del lavoro degli immigrati”. L’avviso pubblico è stato emanato nell’ambito degli interventi programmati all’interno del nuovo Piano Straordinario per il Lavoro della Regione Campania ed è finalizzato a favorire l’inserimento nel circuito lavorativo di giovani immigrati tra i 18 e i 29 anni che intendono conseguire una qualificazione professionale attraverso l’apprendistato professionalizzante.
Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell’ Ob.Op. G7 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 2.000.000,00.

La strategia regionale nell'ambito delle politiche delle pari opportunità e dei diritti per tutti assume il mainstreaming di genere quale principio cardine che si attua mediante l'adozione di un modello di "governance equitativo e inclusivo", che valorizzi le buone prassi di programmazione e progettazione già implementate, senza abbandonare la dualità dell'approccio di genere, identificando tre obiettivi strategici, declinati in una serie di azioni chiave per il loro raggiungimento:

- sostegno dell'occupazione femminile, miglioramento della partecipazione attiva al mercato del lavoro e riequilibrio della presenza femminile nei contesti di sottorappresentazione;
- conciliazione tra tempi di vita privata e professionale – lavorativa;
- prevenzione e contrasto ad ogni forma di discriminazione, violenza e sfruttamento ai danni delle donne e dei soggetti svantaggiati.

Le azioni messe in campo

- Il "Protocollo d'Intesa per l'attuazione di interventi in tema di Welfare" approvato con la D.G.R. n. 1205 del 03/07/2009 stipulato tra la Regione Campania e il Comune di Napoli (BURC n. 65 del 26/10/2009) è finalizzato all'attuazione di interventi in tema di welfare nell'ambito delle politiche per l'inclusione sociale; per l'infanzia; per le pari opportunità e per una scuola di qualità. Nel novembre 2011 è stato sottoscritto l'accordo tra la Regione ed il Comune di Napoli per la realizzazione dei seguenti progetti:
 - *Casa della Cultura delle differenze (ob op. f2 - €1.215.000,00)*
Il progetto prevede l'avvio di un processo di potenziamento e specializzazione funzionale del Centro Documentazione Donna, al fine renderlo il principale strumento sul territorio di promozione e diffusione delle strategie dell'amministrazione in tema di pari opportunità, orientate al gender mainstreaming e basate sulla valorizzazione di una cultura della differenza intesa come valore.
 - *Una Rete per le donne (ob op. f2 - €1.685.000,00)*
L'intervento prevede una rete di sportelli dislocati nelle diverse Municipalità del Comune di Napoli in cui si offrono servizi di animazione/informazione/orientamento, sia alla cittadinanza che alle organizzazioni/enti pubblici e privati presenti sul territorio per la diffusione e l'attuazione di cultura e pratiche per le pari opportunità di genere.
La rete di sportelli agisce in modo tale da facilitare e migliorare la partecipazione delle donne nella società, anche attraverso azioni specifiche volte a contrastare le discriminazioni di genere e ad incrementare la partecipazione femminile al mondo del lavoro.
 - *Città Amica (ob op. f2 - €600.000,00)*
Il progetto è finalizzato a migliorare la vivibilità e la qualità della vita delle donne, attraverso azioni integrate di sicurezza urbana, occupabilità e servizi di cura. L'obiettivo è quello di favorire il miglioramento della condizione femminile nel mercato del lavoro attraverso l'organizzazione degli spazi territoriali e temporali di vita e l'attivazione di interventi di conciliazione. Si prevedono Accordi territoriali di Genere, da promuovere e sottoscrivere tra l'amministrazione comunale, i sindacati le imprese private profit e non profit, l'ASL NA1, le scuole, questura, prefettura, ecc. per la sperimentazione di azioni di prevenzione della violenza e promozione della sicurezza urbana, di azioni di sostegno alla maternità e paternità, di azioni di conciliazione, anche attraverso la riorganizzazione dell'orario di lavoro degli uffici pubblici e delle imprese private.

- *Donne & Scienza ricerca, innovazione spin-off imprenditoriale (ob op. i1.5 - € 1.000.000,00)*
Il progetto si propone di favorire la presenza femminile all'interno di percorsi formativi a carattere tecnico scientifico attraverso un'azione integrata che favorisca l'empowerment e l'inserimento delle donne nel campo della ricerca scientifica e tecnologica campana, con particolare riferimento a settori connessi con la sostenibilità dello sviluppo (ambiente, beni culturali, agricoltura e agro-industria, tecnologie dell'informazione e della comunicazione, scienze della vita, ecc.) .
- Con D.D. n. 959 del 23/12/2009 è stato approvato l'“Avviso Pubblico per il finanziamento di progetti sperimentali per la realizzazione di orti sociali” finalizzato a favorire l'inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate, mediante attività laboratoriali e formative svolte in aree verdi di proprietà pubblica e finalizzate a favorire l'inclusione socio lavorativa di soggetti svantaggiati. Il presupposto dell'iniziativa è basato sul principio che le attività di coltivazione di ortaggi, erbe aromatiche, fiori e attività agricole in genere, favoriscono la riabilitazione e la socializzazione delle persone con difficoltà di inserimento. Beneficiari degli interventi sono i comuni capofila degli Ambiti territoriali, in partenariato con soggetti del terzo settore, scuole, aziende sanitarie locali ed altri soggetti pubblici. Con D.D. n. 47 del 04/04/11 sono state ammesse a finanziamento 22 proposte progettuali per un ammontare complessivo di 1.665.345,30 euro.
Gli interventi sono stati finanziati con Fondi dell' Ob.Op. G5 del POR Campania FSE 2007/2013 pari a €. 1.800.000,00.

Le azioni in cantiere

- Finanziamento di percorsi integrati di *work experience* da svolgersi presso le imprese, finalizzati all'ampliamento delle competenze professionali e dell'occupabilità delle persone con disabilità. Con tale strumento si intende offrire ai destinatari l'opportunità di un contatto diretto con una realtà lavorativa che, attraverso un approccio di carattere formativo, possa preludere ad un inserimento lavorativo.
Risorse previste € 1.800.000,00 a valere sull' Ob. op. g5 POR FSE 2007/2013.
- Finanziamento di Accordi territoriali di Genere finalizzati a promuovere un sistema territoriale integrato di interventi e misure che favoriscano la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro e che alleggeriscano i carichi familiari per sostenere la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In particolare l'Avviso pubblico sosterrà l'attivazione di Accordi Territoriali di Genere da promuovere, sottoscrivere e attivare per la sensibilizzazione, promozione e attivazione di servizi e interventi sperimentali per conciliare tempi di vita e di lavoro. Gli Accordi Territoriali di Genere saranno sottoscritti e gestiti da una rete territoriale costituita da diversi soggetti e dovranno prevedere una pluralità di azioni e interventi sperimentali.
Risorse previste €. 7.000.000,00 a valere sull' Obiettivo Operativo f2) POR FSE FSE 2007 – 2013.

7. Promuovere l'inclusione sociale: le politiche per la famiglia.

Il 7 giugno 2012 è stato approvato il Piano Nazionale per la Famiglia. È la prima volta che nel nostro Paese viene adottato uno strumento contenente linee di indirizzo omogenee in materia di politiche familiari, garantendo centralità e cittadinanza sociale alla famiglia attraverso una strategia di medio termine che supera la logica degli interventi disorganici e frammentari avuti sino ad oggi.

Le politiche della Regione Campania partono dalla semplice constatazione che per favorire il benessere del cittadino (minore, anziano, disabile), la sua vita, le sue scelte, la sua crescita complessiva, bisognava puntare innanzitutto alla prospettiva di sostenere il sistema famiglia, intesa come luogo di relazioni fondamentali e significative per la formazione, l'identità e la crescita. Favorire la famiglia significa, quindi, prevenire i disagi. In questi ultimi tempi la sempre più drammatica situazione economica mette in seria difficoltà le famiglie, in particolare quelle più fragili perché numerose o monoparentali che oltre ad avere in carico figli minori, si trovano ad occuparsi anche di anziani e/o disabili.

In questo senso diventa prioritario la promozione di politiche sociali dirette esplicitamente al sostegno della famiglia.

Alla luce delle vecchie e nuove difficoltà diventa necessario rafforzare un approccio incentrato su una stretta collaborazione tra tutte le Istituzioni che si occupano dei servizi alla persona: Ambiti, AASSLL, Scuola, Regione. A livello organizzativo si dovranno incentivare la formazione e l'implementazione delle équipe di lavoro formate da operatori con diverse competenze (medico-sanitarie, psicologiche e sociali, educative) affinché gli Uffici di Piano possano esercitare al meglio la loro funzione e garantire l'accessibilità ai servizi, la promozione e il supporto delle risorse familiari e della comunità, basandosi sui principi di equità distributiva, non ridondanza, corretto uso delle risorse.

Ancora una volta appare opportuno sottolineare che la condizione imprescindibile per la realizzazione di questi interventi è l'integrazione tra le diverse politiche di settore sia Regionali che degli Enti Locali, attraverso la piena assunzione di un approccio sistematico e globale alle condizioni della famiglia. In quest'ottica la Regione Campania si impegna nell'implementazione di gruppi di lavoro-cabine di regia interassessoriali costituiti dai tecnici dei vari Settori, che senza costo aggiuntivo per l'Amministrazione, si configureranno quali luoghi privilegiati di riflessione intersettoriale sulle ricadute sul territorio, delle scelte normative e programmatiche della Regione. Tutto allo scopo di promuovere il coordinamento e l'integrazione delle programmazioni, degli interventi e dei progetti educativi, formativi, sociali e socio-sanitari che gli Enti locali realizzeranno preferibilmente in collaborazione con le Autonomie scolastiche, le AASSLL ed il Terzo Settore. Altra condizione indispensabile per garantire la qualità dell'intervento sociale è la promozione della qualificazione e specializzazione professionale degli operatori, nonché la loro salvaguardia.

I principi ispiratori devono essere:

- cittadinanza sociale della famiglia, intendendo la famiglia quale soggetto su cui investire per il futuro del Paese, valorizzando la sua funzione per la coesione sociale e per un equo rapporto tra le generazioni;
- politiche esplicite sul nucleo familiare: finora nel nostro Paese gli interventi a favore delle famiglie sono stati o dettati dall'emergenza e quindi necessariamente frammentati e disorganici, o indiretti, cioè riflesso a volte inconsapevole di altre politiche. Si tratta invece ora di delineare un quadro organico di interventi che abbiano la famiglia come specifica destinataria;
- sussidiarietà e sviluppo del capitale umano e sociale, nel senso che gli interventi devono essere attuati in modo da non sostituire ma sostenere e potenziare le funzioni proprie e autonome delle famiglie. Una logica di *empowerment* quindi e non di mero assistenzialismo delle famiglie e dei loro membri, che faccia leva sulla loro capacità di iniziativa sociale ed economica;
- solidarietà, intesa anche come rafforzamento delle reti associative delle famiglie, soprattutto quando si tratti di associazioni che non solo forniscono servizi alla persona, ma costituiscono sostegno e difesa dalla solitudine, luogo di confronto e

di scambio.

Le priorità individuate dal Piano su cui intervenire con maggior urgenza sono:

- le famiglie con minori, in particolare quelle numerose o monoparentali;
- le famiglie con persone non autosufficienti;
- le famiglie con disagi conclamati sia nella coppia, sia nelle relazioni genitori-figli.

Nell'ambito di tale scenario, la Regione Campania, quindi, definisce delle categorie di interventi per il sostegno alle responsabilità familiari ed i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, cui riferire la programmazione d'Ambito, in funzione delle proprie specificità ed esigenze territoriali.

7.1 Area Responsabilità Familiari

7.1.1 Interventi di sostegno economico a favore delle donne sole con figli

La natura degli interventi generalmente definiti "ex OMNI", va ricercata nel combinato disposto del R.D.L. n. 798/1927, convertito in l. 2838/1928, della l. n. 698/1975, della l. n. 142/1990 e della l. n. 184/1983, così come modificata ed integrata dalla l. n. 149/2001. I mutamenti sociali e normativi intervenuti, rendono inequivocabilmente chiaro il riferimento per tali interventi, alla sola parte inerente la «concessione di adeguati sussidi alle madri che allattino o allevino i rispettivi figli» (art. 1 del R.D.L. n. 798/1927). La l.r. n. 11/2007, all'articolo 56, dispone che le funzioni socio-assistenziali, già esercitate dall'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia (ONMI), e trasferite, ai sensi della legge 18 marzo 1993, n. 67, alle Province, sono conferite ai Comuni che le esercitano in forma associata. Ai sensi dello stesso articolo, gli interventi connessi all'esercizio delle succitate funzioni, sono programmati e definiti nell'ambito dei Piani Sociali di Zona e finanziati, in eguale misura, in coerenza con quanto statuito dalla previgente normativa, dalla Regione, dalla Provincia di riferimento e dai rispettivi Comuni. A tal fine si ricorda che l'erogazione dei sussidi, come citato all'art. 1 del suddetto R.D.L., deve essere finalizzata alla crescita del minore nel proprio nucleo familiare e non presso strutture residenziali.

Nell'ottica della presa in carico del sistema famiglia è opportuno che vengano messe in campo azioni volte non soltanto al mero sostegno economico ma anche alla promozione della formazione professionale sia della donna che del minore prossimo alla maggiore età. Lo scopo prioritario deve essere quello di sostenere il minore, fino ai diciotto anni, ma dandogli la possibilità di crearsi gli strumenti utili per affrancarsi dall'assistenzialismo puro. Favorire l'inserimento e il reinserimento, della donna, nel sistema produttivo; quindi non fermarsi al puro sostegno economico di contrasto alla povertà e/o inclusione al reddito ma potenziando azioni formative e di accompagnamento al lavoro.

Per i minori, invece, implementare interventi per garantire il diritto allo studio, interventi volti a facilitare l'accesso e la frequenza alle attività scolastiche e formative (fornitura gratuita dei libri di testo, mensa, trasporti, servizi residenziali, sussidi e servizi per soggetti disabili e borse di studio. Implementare inoltre, in particolare per questi minori, tutte le attività collaterali svolte dagli Ambiti Territoriali con iniziative extrascolastiche al fine anche di favorire la costruzione di adeguati strumenti di conoscenza della realtà e diverse chiavi di lettura di essa.

E' ovvio che la compresenza di più realtà formative, tra loro comunicanti, assicura al minore una più ampia gamma di possibilità e opportunità, nonché molti più strumenti informativi e formativi per riscattarsi da un puro assistenzialismo. Ecco perché può risultare utile anche un uso adeguato del tempo libero, inteso quale condizione per

poter costruire compiutamente la propria personalità, per poter sviluppare creatività e cognizione che guidi il minore a ricercare e costruire percorsi alternativi. Avere la possibilità di sapere individuare la valenza relazionale e sociale dei comportamenti propri e degli altri, cominciare ad apprendere le modalità per entrare in relazione con gli Enti locali, le realtà associative, del volontariato e del privato sociale.

Concretamente si potrebbe procedere offrendo l'opportunità di sviluppare maggiormente esperienze di impegno sociale degli adolescenti, visti come soggetti in grado di fornire un formidabile contributo ai bambini e ragazzi più deboli, li aiuta nell'acquisire maggiore consapevolezza e sicurezza delle proprie capacità e responsabilità (mutuo aiuto, mutuo insegnamento). Come il tutto possa essere effettivamente funzionale lo si comprende facilmente se si riflette su una nuova rappresentazione sociale del concetto di tutela, che integra la consolidata valenza giuridica di difesa e salvaguardia con una connotazione più estesa e sistemica di benessere sociale e comunitario

7.1.2 interventi domiciliari e territoriali di presa in carico della famiglia - Il Programma Adozione Sociale – Sostegno Precoce alla Genitorialità.

La Regione Campania si caratterizza rispetto alle altre regioni italiane per un tasso di fecondità e natalità elevato rispetto alla media nazionale. Il numero dei componenti familiari è mediamente più elevato e spesso si tratta di minori; inoltre vi è un'elevata incidenza della popolazione sfornita di titolo di studio o con titolo basso. Spesso fenomeni di devianza in età adulta finiscono per modificare gli assetti familiari e per avere forti implicazioni sulla identificazione delle persone responsabili del mantenimento e della sopravvivenza della famiglia. Il punto focale, quindi, sono quei numerosi nuclei familiari, il 20% della popolazione, costituiti da neogenitori o da madri single con bassa scolarità, che necessitano inevitabilmente di un costante sostegno.

Tabella 10: Effetti principali attesi e dimostrati di interventi di supporto alle funzioni genitoriali

Per i bambini:	<ul style="list-style-type: none"> • migliore sviluppo cognitivo emotivo e fisico • riduzione di problemi comportamentali e di apprendimento • riduzione abuso e trascuratezza • migliori esiti psicosociali da adulti • migliore parenting da adulti
Per i genitori:	<ul style="list-style-type: none"> • riduzione prevalenza depressione e ansia materna (e paterna) • migliore autostima, migliore capacità produttiva e sociale • migliore salute riproduttiva per la madre
Per le famiglie:	<ul style="list-style-type: none"> • funzionamento e relazioni interne migliori • migliori relazioni sociali • migliore utilizzo servizi sanitari

Il Programma Adozione Sociale – Sostegno Precoce alla Genitorialità è forte di una ormai lunga esperienza e maturazione organizzativa e sperimentale. Il Progetto consiste nel sostegno precoce delle famiglie a rischio sociale alla nascita dei figli; un rischio che si sostanzia nella bassa scolarità dei genitori, malattie croniche in famiglia, extracomunitari, abitazioni disagiate, problematiche giudiziarie.

L'intervento prevede un'accoglienza sociosanitaria, una comunicazione tempestiva al territorio di residenza e la messa in campo di interventi integrati di sostegno e aiuto concreto (pacchi alimentari, manutenzione delle strutture abitative, sostegno economico) con periodiche visite domiciliari di personale socioeducativo volontario e istituzionale.

Le funzioni previste all'interno del Programma possono essere ricondotte a due principali tipologie:

- A. la funzione di affiancamento e sostegno alle Famiglie che stanno bene che cioè si trovano ad affrontare le normali difficoltà dell'essere genitori e/o presentano condizioni di rischio; hanno il fine di rafforzare la capacità genitoriale e la capacità di allevamento dei figli che vede il coinvolgimento strategico degli operatori dei consultori, la prevenzione della conflittualità familiare e dei problemi relazionali all'interno delle famiglie ma anche la promozione di diritti di cittadinanza in integrazione con altre deleghe non sociali (coniugazione di tempi di vita, scuola ecc);
- B. la funzione di presa in carico per le Famiglie in cui la famiglia in quanto tale e/o qualche componente al suo interno presenta problematiche e bisogni specifici. Tali funzioni si attivano prevalentemente per le famiglie i cui problemi sono giunti all'attenzione del settore della giustizia, dei servizi sociali o dei servizi sociosanitari o segnalati dalla scuola, e con problematiche negli ambiti del materno-infantile, salute mentale, tossicodipendenze, disabilità, dell'immigrazione. In questi casi uno degli obiettivi principali è quello di sostenere tutti i membri della famiglia per le varie problematiche che manifestano, le relazioni tra i componenti della famiglia e tra questa e la comunità ed anche prevenire l'uscita dei bambini dalla famiglia di origine.

I requisiti per una reale efficacia dell'intervento sono l'inizio precoce, già durante la gestazione o subito dopo la nascita, e la durata nel tempo. In presenza di determinati indicatori il servizio sociale attiva la funzione di presa in carico della famiglia con l'obiettivo principale di sostenere tutti i componenti nelle problematiche che manifestano, nelle relazioni tra i componenti della famiglia e tra questa e la comunità.

Tra gli indicatori troviamo:

- Età della madre inferiore a venti anni
- Livello di istruzione della madre inferiore o eguale alla licenza elementare
- Famiglia monoparentale
- Abitazione precaria e/o coabitazione
- Disoccupazione del padre
- Malattie croniche invalidanti nei genitori
- Un genitore detenuto
- Genitore extracomunitario.

Gli obiettivi principali sono lo sviluppo delle responsabilità familiari, la promozione della salute globale della famiglia al completo (anziani, donne e minori) e quindi la prevenzione di qualsiasi tipo di maltrattamento che inevitabilmente porterebbe alla disgregazione della famiglia. Occorre favorire la conoscenza e l'istruzione, valorizzando le potenzialità del singolo e del gruppo familiare; affiancare e sostenere là dove emerge il bisogno; tracciare un sentiero percorribile anche dopo la conclusione dell'intervento, costruendo il welfare delle opportunità che è poi il fine ultimo di ogni azione sociale [figura 4].

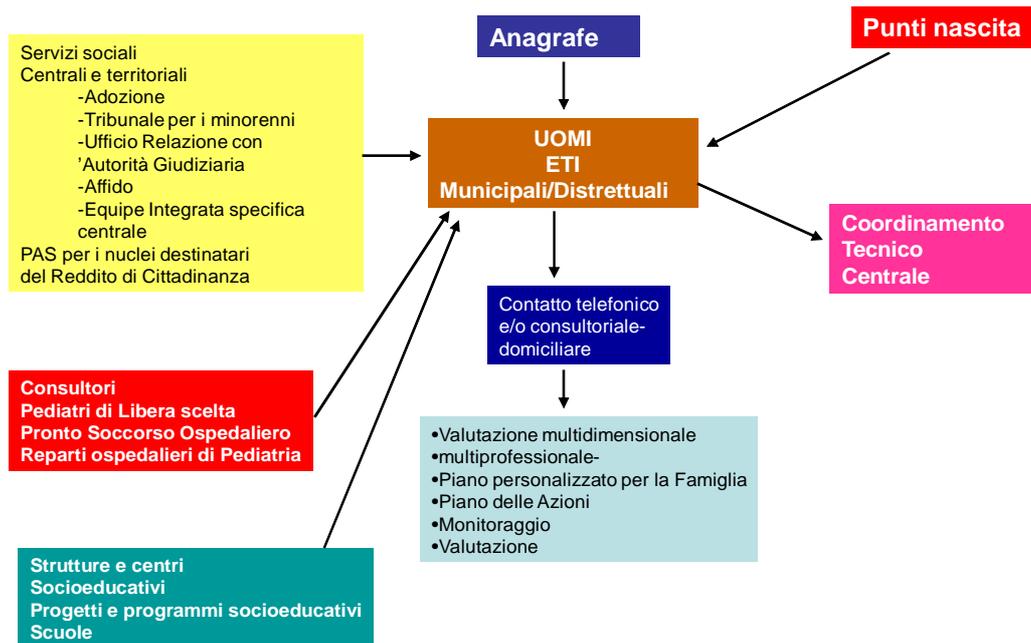


Figura 4: Rete di supporto alle responsabilità familiari

Tale servizio, rappresenta, inoltre anche una delle strategie più efficaci per ridurre il rischio di istituzionalizzazione (minori, donne e anziani) e di contenimento del peso economico.

7.1.3 disagio abitativo

Quello all'abitazione è un diritto sociale fondamentale in quanto presupposto essenziale per il godimento e l'esercizio di tutti gli altri diritti di cittadinanza, in ogni caso per qualunque processo di integrazione. Assicurare a tutti un "riparo" rientra infatti tra i doveri di solidarietà politica, economica e sociale.

La Regione Campania ha destinato, negli ultimi anni, notevoli risorse per l'incremento degli alloggi di edilizia residenziale pubblica e nonostante ciò la questione abitativa è ancora caratterizzata da una pressante domanda per le fasce di popolazione più bisognose. Infatti, il disagio abitativo delle fasce di popolazione in condizioni di povertà va acquisendo aspetti sempre più drammatici.

In Campania, tale disagio si connota soprattutto come fenomeno urbano/metropolitano: è negli interstizi della grande area metropolitana che da Caserta giunge fino a Salerno passando per Napoli, che il fenomeno raggiunge la maggiore intensità con situazioni di disagio estremo e punte acute di degrado sociale ed abitativo. E' comunque la città di Napoli che si segnala per la situazione più problematica: occupazione abusiva di palazzi, edifici pericolanti, edifici industriali abbandonati, costruzione di baracche in "terre di nessuno", sotto cavalcavia di autostrade o ai margini delle grandi arterie di comunicazione.

Un tempo regione prevalentemente di transito, la Campania è sempre più un'area di stabilizzazione dei flussi migratori che impone la presa d'atto della gravità del disagio abitativo, che non riguarda ovviamente solo i senza fissa dimora, ma anche famiglie e soggetti residenti in abitazioni precarie se non di fortuna o in rioni degradati.

Infatti, una quota consistente di famiglie napoletane vive tuttora nei "bassi", terranei adibiti ad abitazioni situati a livello della strada o collocati all'interno di cortili e androni di palazzi. In essi è crescente la presenza di nuclei di immigrati. Circa un terzo del

patrimonio edilizio popolare, si trova in rioni problematici (come le Vele, Forcella, il rione Traiano) all'interno di quartieri popolari del centro storico o della cintura esterna, ma piccole enclaves di disagio sociale e abitativo sono presenti un po' ovunque.

Per quanto riguarda più specificamente gli immigrati, per la stragrande maggioranza di essi il problema dell'alloggio si presenta più nei termini dell'inadeguatezza e della provvisorietà della sistemazione. A parte i soggetti con meno risorse che dormono nelle stazioni, in strada, nei dormitori pubblici, essi vivono generalmente in abitazioni di scarsa qualità: edifici abbandonati riadattati, soffitte, seminterrati, piccoli appartamenti. Frequenti sono i casi di coabitazione e l'affitto può riguardare anche il solo posto letto.

L'accesso alla casa per le persone in condizioni di povertà nel territorio campano si configura, perciò, come un percorso molto tortuoso, che si scontra con numerosi ostacoli e fattori critici riassumibili: nei forti squilibri del mercato abitativo, ed in particolare di quello dell'affitto, nella carenza di servizi e strumenti a supporto dell'inserimento abitativo, nell'esistenza di stereotipi e pregiudizi che alimentano diffuse diffidenze nei confronti degli affittuari.

L'attuale contesto di crisi economica senz'altro fa registrare un aumento dei soggetti in grave difficoltà a sostenere le spese per la casa e di conseguenza a rischio di perderla e di allargare le fila di chi (di fatto la stragrande maggioranza) si rivolge ad un mercato parallelo di abitazioni "marginali", spesso gestito da soggetti privi di scrupoli, senza garanzia alcuna sul piano del rispetto delle norme di sicurezza. Questa condizione di massima precarietà abitativa va affrontata in termini di urgenza, sia per la necessità di superare l'elevata conflittualità sociale ed interetnica che vi è connessa, sia per risolvere condizioni di vera e propria emergenza igienico/sanitaria. Ma è anche vero che il momento storico è pronto per sperimentare nuovi e più flessibili modi di abitare, rivedendo il concetto stesso di casa, per adattarlo alle mutate esigenze. Siamo infatti di fronte ad un "concetto innovativo di abitabilità", più rispondente ai bisogni di mobilità caratteristici della società attuale. Il concetto stesso di casa non è oggi sempre riconducibile al modello tradizionale di permanenza e stabilità, e questo per la flessibilità delle condizioni di vita e di lavoro non dei soli migranti ma anche di larghe fasce di popolazione autoctona. In sostanza, si dovrebbe avviare una più vasta riflessione sul nuovo modello di abitabilità richiesto da domande sociali quali quelle derivanti da: forte e diversificata pressione dei migranti, repentino cambiamento dei nuclei familiari, necessità di aggirare l'ostacolo dei costi immobiliari inaccessibili, inadeguatezza dei sistemi abitativi tradizionali per gli ambiti emergenziali.

La DGR n. 572 del 22 luglio 2010 A.G.C. 16 - Governo del Territorio, Tutela Beni, Paesistico-Ambientali e Culturali con l'"Approvazione linee guida in materia di Edilizia Residenziale Sociale" individua e amplia quali destinatari degli interventi di *housing* sociale le seguenti categorie sociali:

- nuclei familiari a basso reddito, anche monoparentali o monoreddito;
- giovani coppie a basso reddito;
- *singles*, separati o anziani in condizioni sociali o economiche svantaggiate;
- studenti fuori sede;
- soggetti sottoposti a procedure esecutive di rilascio;
- altri soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 1 della legge 8 febbraio 2007, n. 9, ossia «(omissis) conduttori con reddito annuo lordo complessivo familiare inferiore a 27.000 euro, che siano o abbiano nel proprio nucleo familiare persone ultra sessantacinquenni, malati terminali o portatori di handicap con invalidità superiore al 66 per cento, purché non siano in possesso di altra abitazione adeguata al nucleo familiare nella regione di residenza»;
- immigrati regolari a basso reddito, residenti da almeno dieci anni.

La richiesta di housing sociale impone una nuova politica per la casa.

Si possono individuare tre distinte tipologie di fabbisogno abitativo per le quali è necessario prevedere specifiche ed idonee risposte: in emergenza, come necessità alloggiativa temporanea, come bisogno abitativo stabile.

Superata la fase di emergenza, per offrire opportunità di alloggio ad immigrati in arrivo, a lavoratori stagionali, nuclei familiari in difficoltà o quanto altro, sarebbe necessario disporre di moduli abitativi flessibili dedicati all'esperienza del co-housing (camere individuali con cucine, bagni e spazi di socializzazione condivisi a gestione socialmente accessibile).

Il disagio abitativo, tuttavia, sta solo al centro di un disagio più complessivo di vivere la città, cioè di disporre di uno spazio urbano che sia a misura di tutti i bisogni del cittadino, a partire da quello del lavoro e della sussistenza per finire a quello ludico ricreativo.

Housing sociale e i nuovi servizi urbani per la vita associata

L'“Housing sociale” rappresenta l'insieme di alloggi e servizi, di azioni e strumenti rivolti a coloro che non riescono a soddisfare sul mercato il proprio bisogno abitativo, per ragioni economiche o per l'assenza di un'offerta adeguata

In queste premesse, la finalità dell'housing sociale è di migliorare la condizione di queste persone, favorendo la formazione di un contesto abitativo e sociale dignitoso all'interno del quale sia possibile non solo accedere ad un alloggio adeguato, ma anche a relazioni umane ricche e significative.

I modelli più avanzati dell'abitare sociale (quel che oggi, cioè, ha soppiantato del tutto quel modo passivo di abitare entro spazi concessi dallo Stato) si propongono ad un corpus sociale rinnovato, che non sia più il semplice ed impartecipe beneficiario di bonus, ma che partecipi responsabilmente alla vita gestionale dell'insediamento. Quel che ne discende è un profondo rinnovamento degli schemi funzionali dei progetti, che si fanno conseguentemente carico di prevedere spazi idonei alle nuove mansioni richieste dalla coabitazione responsabile.

E' così che nascono i profili progettuali dei nuovi quartieri urbani, dove resta modificato anche quel risultato sociale dello zoning razionalistico che finiva coll'incasellare le categorie sociali dentro altrettanti spazi urbani omogenei (il quartiere popolare delle 167, quello di lusso, la città dei distretti funzionali). Tutto questo produce una nuova città, a funzioni mescolate e intercomunicanti.

Nuove e più flessibili categorie di servizi per la vita associata qualificano il nuovo regime di responsabile partecipazione e coinvolgimento che l'Housing sociale ha introdotto nei nuovi acquartieramenti urbanistici, in luogo dell'abitare passivo ed impartecipe.

Ecco perché i nuovi quartieri urbani necessitano di un mix funzionale in cui la varietà di servizi conviva con le residenze, contribuendo a migliorare la qualità della vita e il presidio del territorio, soprattutto a vantaggio dei soggetti individuati nelle fasce più deboli, ma non solo.

I nuovi interventi residenziali prevedono a tale scopo l'inserimento di servizi locali e urbani che rafforzino le relazioni con il quartiere e, di particolare importanza per l'housing sociale, servizi residenziali collaborativi che, con un adeguato accompagnamento, favoriscano la formazione del senso di comunità e di appartenenza.

A titolo esplicativo, si riporta il profilo di una progettazione-tipo relativa ad un insediamento di Housing sociale:

- **Servizi locali e urbani:** servizi che oltre a supportare la nuova comunità si aprono alla realtà locale preesistente, consolidando il tessuto sociale e facilitando l'integrazione (contribuendo a evitare l'effetto del c.d. "gated village"). I servizi locali e urbani possono essere pensati in modo focalizzato per categorie specifiche di utenti o, al contrario, incrociando tipologie di utenza che risultino complementari (ad esempio, anziani e bambini, nidi di mamme); il fatto di essere rivolti a tutta la comunità fa sì che nello stesso luogo, ad esempio, uno spazio ricreativo polifunzionale, si possano generare nuove e interessanti interazioni.

Esempio - Sistema servizio per i giovani con luogo d'incontro e di scambio per il quartiere. Per incentivare la c.d. "uscita di casa" dei giovani, si può offrire una risposta integrata che includa residenze a costi calmierati, ma anche servizi dedicati. I servizi verranno articolati principalmente nell'ambito di un luogo d'incontro che si occupa di formazione orientata all'inserimento nel mondo del lavoro e alla vita autonoma, cui si può aggiungere un'offerta di attività ricreative finalizzate alla produzione artistica e culturale (musica, teatro, comunicazione) e spazi con connessione wi-fi. Il Sistema-servizio può essere completato da un ristorante/caffè che si farà carico di promuovere anche attività culturali. A questo nucleo di servizi si collega una quota di alloggi che verrà affittata a giovani, single o in condivisione. Inoltre per migliorare la qualità dell'aria e per favorire buone pratiche ambientali che riescano a contenere l'inquinamento atmosferico e a migliorare la mobilità nelle aree urbane, si possono promuovere iniziative di car e bike sharing.

- **Servizi integrativi per l'abitare:** spazi, locali e dotazioni destinati in modo esclusivo (o comunque prevalente) ai nuovi residenti, che rendano più vivibile lo spazio residenziale e dove gli utenti possano interagire tra loro per produrre un beneficio riconosciuto dalla comunità (ad esempio, curare il verde comune). E' all'interno di questi spazi che i residenti rivestono il duplice ruolo di beneficiari e attori dei servizi. Questi servizi integrativi per l'abitare sono pensati per aumentare il grado di socializzazione all'interno della comunità, stimolando le persone a organizzarsi e a collaborare tra loro per trovare soluzioni a problemi legati alla vita quotidiana (dalla cura dei bambini, all'acquisto del cibo) spesso attivando modelli economici alternativi (es. Banca del Tempo di condominio e di quartiere con scambio gratuito di "tempo", Gruppi di Acquisto Solidale G.A.S.).

Esempio - Sistema-servizio consistente nella realizzazione di un locale polifunzionale che funga da luogo di incontro e per passare il tempo libero, dedicato soprattutto a mamme e bambini (Living room per far giocare i bambini e socializzare) o legato all'attivazione di una serie di servizi collaborativi che incentivino l'incontro tra gli abitanti tramite il lavoro condiviso per prendersi cura degli spazi comuni (curare il verde comune, scambio di oggetti tra adulti e bambini, fare compostaggio, lavanderia condominiale, ecc.).

- **Servizi residenziali:** servizi costituiti dall'assegnazione di alloggi a soggetti del Terzo Settore affinché li utilizzino per ospitare persone con bisogni particolari, in condizione di svantaggio e di autonomia ridotta, svolgendo un'esplicita e riconosciuta funzione socio-assistenziale. Questi servizi saranno gestiti da organizzazioni specializzate nei particolari bisogni, che assicureranno l'attuazione di adeguati programmi di accompagnamento. L'assegnazione dei relativi alloggi avverrà con un certo grado di flessibilità in modo da rispondere meglio al tipo di bisogno specifico e all'andamento della comunità.

Esempio - Sistema-servizio consistente nella realizzazione di alloggi per case-famiglia/ comunità alloggio per categorie sociali in condizione di svantaggio dove è necessario un percorso di accompagnamento e reinserimento nella vita sociale con

spazi di aggregazione per attività collettive (laboratori per attività artistiche e musicali, saletta cineforum, ecc.).

Progetto di comunità

Alla luce delle più recenti esperienze in corso sul tema dell'abitabilità urbana, va inteso che il progetto urbano sia sì fondamentale, e che sia fondamentale la sua qualità, ma che si debbano concentrare maggiori energie sul tema del **progetto di comunità**.

Questo, sul piano della **sostenibilità** degli interventi di Housing Sociale, significa parlare almeno di tre livelli:

- *s. tecnica e ambientale*, attraverso progetti urbani ben collocati sul territorio e un progetto edilizio efficiente dal punto di vista energetico e del possibile inquinamento;
- *s. sociale*, per mirare allo sviluppo di comunità: con una composizione eterogenea e bilanciata di categorie sociali (mixité) e soprattutto che sviluppi servizi, strumenti di gestione della convivenza e attenzione per soggetti più vulnerabili;
- *s economico-finanziaria*, includendo nel piano finanziario anche i costi relativi ai servizi e alla gestione delle parti comuni.

Questi tre livelli, in sintesi, devono considerarsi e gestirsi in modo congiunto, focalizzando specialmente le problematiche gestionali per la formazione di una **comunità sostenibile**.

In queste premesse sarebbe interessante sperimentare gli effetti di applicazione di alcuni modelli. Il modello dello *sportello immobiliare sociale* per la promozione della coabitazione giovanile, ad esempio, può nascere dalla collaborazione tra i programmi di housing sociale e le associazioni e/o cooperative sociali. Al suo interno la struttura offre il proprio ruolo di collegamento funzionale tra i giovani interessati ad una esperienza di coabitazione e i proprietari di alloggi di medie-grandi dimensioni, fornendo ad entrambi anche un supporto legale. Accompagna i giovani nella ricerca dell'alloggio, e alla costituzione del gruppo di coabitazione, impiegando risorse pubbliche per aiutarli a sostenere le spese di ingresso al contratto, offrendo anche servizi aggiuntivi all'abitare, tramite attivazione di una rete di partner e sponsor. Può garantire nel contempo ai proprietari la copertura di eventuali morosità nel pagamento o anche per danni, prevedendo anche incentivi economici per contratti a canone concordato.

L'esperienza – estendibile anche ad altre categorie sociali - si pone come esperienza produttiva di legalità dei fitti, calmierazione dei canoni, della ricomposizione sociale, sostenendo di fatto i coabitanti italiani e stranieri, senza trascurarne, in aggiunta, gli effetti formativo/educativi.

Azioni in cantiere

La stima elaborata dall'Assessorato al Governo del territorio, in occasione dell'approvazione dei Piani di coordinamento provinciale, prevede al 2020 un fabbisogno regionale di circa 335.000 abitazioni da realizzare prioritariamente attraverso il recupero edilizio dell'esistente e la riqualificazione urbanistica delle aree dismesse. Nel fabbisogno complessivo la quota da realizzare per l'edilizia sociale può essere quantificata in una percentuale variabile tra il 30 e il 50 % anche in relazione alle caratteristiche dei territori.

Tale previsione sarà tuttavia monitorata in sede di tavoli di copianificazione con le Province e i Comuni, a cadenza quinquennale, al fine di verificare l'effettivo andamento

dei flussi del fabbisogno.

La programmazione regionale prevede pertanto una serie di iniziative. E' stata avviata nel luglio del 2008 una prima manifestazione di interesse regionale finalizzata a testare la disponibilità di soggetti pubblici e privati a proporre piani di riqualificazione edilizia e di edilizia residenziale sociale nelle aree dismesse. Allo stato sono pervenute proposte per circa 2.000 alloggi, di cui circa 575 di Edilizia sociale; tutti gli interventi sono stati dichiarati cantierabili, ma la loro realizzazione non è ancora partita.

Altri 337 alloggi, per una spesa di 70 milioni (di cui 50 di finanziamento pubblico), sono stati selezionati a seguito di bando (ai sensi del D.M. Infrastrutture 2295 del 26 marzo 2008), pubblicato anch'esso nel luglio 2008, che prevedeva il recupero o la realizzazione di edilizia residenziale sociale da destinare a locazione a canone sostenibile, e sono attualmente in corso di realizzazione.

Per quello che viene definito "piano di *housing sociale*" elaborato a seguito del Decreto Ministeriale del marzo 2010 (Piano nazionale di edilizia abitativa) la Campania ha a disposizione 41,1 milioni di euro sui 377,8 stanziati dal Ministero, per realizzare circa 7.000 alloggi. Un piano che in regione ha attivato risorse private per ben 1,366 miliardi. Degli alloggi previsti, contenuti in 67 proposte, 3.500 saranno di edilizia convenzionata, 1840 con riscatto dopo 10 anni, 1.207 per libera vendita, 287 in affitto per 25 anni e 223 per locazione permanente.

Autocostruzione

Oltre agli interventi succitati la Regione Campania ha anche avviato la sfida dell'autocostruzione con il Progetto Cantieri Aperti. Decidendo di sostenere i nuclei familiari a reddito più debole, insieme a Banca Etica ed all'Organismo di Intermediazione Aliseicoop, ha lanciato la sperimentazione, già avviata in altre regioni, con due prime cooperative edilizie: "Il Sogno a Villaricca (NA) e "Fabiana" a Piedimonte Matese (CE), che, una volta contratto i mutui, presentato i progetti edilizi ed ottenuto le autorizzazioni necessarie, sono passate alla fase della realizzazione di 38 alloggi.

E' stata, pertanto, avviata una sperimentazione, ormai a regime, di accompagnamento finanziario dell'iniziativa attraverso la costituzione di un Fondo di Rotazione per le politiche abitative, che consente agli stessi soggetti svantaggiati di usufruire di mutui agevolati a costo zero per la Regione Campania.

Infatti, il meccanismo di funzionamento del Fondo di Rotazione consente di coniugare le aspettative del sistema bancario, molto restrittive in questa particolare congiuntura economica, con le esigenze delle famiglie impegnate nella costruzione della propria abitazione ad essere anche supportate finanziariamente considerato soprattutto l'elemento di disagio socio-economico che caratterizza e giustifica la scelta dell'Amministrazione nell'individuazione dei soci-costruttori.

Il Fondo di Rotazione consente di fornire credito a favore degli stessi soggetti, per il tramite degli Istituti di Credito che in base ad un convenzione stipulata con la Regione Campania, concedono agli stessi mutui agevolati.

Ed è proprio, in questa fase che interviene il FONDO DI ROTAZIONE che, opportunamente dotato, fornisce all'Istituto Bancario parte della provvista finanziaria necessaria per l'erogazione del mutuo in una misura massima del 70% rimanendo il restante 30% a carico dell'Istituto di Credito.

Le somme mutate saranno successivamente restituite dal mutuatario in base ad un piano di ammortamento con rata semestrale e durata quindicennale, con calcolo degli interessi solo ed unicamente sulla quota di capitale fornita dalla banca mentre non

prevedendo interessi sulla quota regionale si ha un consequenziale abbassamento del tasso effettivo a carico degli autocostruttori.

L'obiettivo è costruirsi la casa con le proprie mani, dando vita ad una "squadra" che con il proprio lavoro manuale permetta di ridurre i costi e rendere la casa "accessibile" dal punto di vista economico, nonché adeguata alle proprie esigenze.

L'autocostruzione non è il "fai da te" dei nostri nonni o un'attività del tempo libero, ma un modo per contribuire a costruire la propria casa, lavorando in prima persona in cantiere, con l'aiuto e la direzione dei professionisti necessari, in un contesto di legalità e di qualità.

Utilizzo colturale del suolo urbano residuale

Mentre il processo dell'accrescimento urbano vive una sua speciale stagione di rallentamento e riflessione, dovuta al problema urgente di evitare il consumo di nuovo suolo permeabile, si fanno strada concetti e metodiche pianificatorie e trasformatrici basate su concetti di recupero e riabilitazione, di conversione d'uso, di ottimizzazione e rinaturalizzazione e di democratizzazione diffusa nella gestione delle risorse del territorio. Se questo è il disegno della nuova città sostenibile e del territorio, il Piano Sociale realizza uno dei passaggi importanti per il raggiungimento degli obiettivi, essendo in grado di legare più strettamente - e meglio- la città fisica con la viva sostanza umana a cui essa è destinata.

Peraltro, le categorie sociali svantaggiate hanno confini sempre meno netti e classificabili, dal momento che la cosiddetta crisi ha compromesso la tenuta della struttura sociale nel suo complesso. I giovani, ad esempio, rimasti privi del lavoro, vivono un disagio sociale e identitario senza precedenti e vanno considerati nel loro istante storico di speciale fragilità. Alcune misure di sostegno sociale possono essere immaginate nella loro possibilità di creare circuiti virtuosi, interclassi, che mettano in comunicazione più problematiche offrendo soluzioni di reciproco indotto e reciproca compensazione.

Così, il dare impulso alle attività colturali su quelle porzioni di territorio urbano e periurbano residuale (anche quando lo siano solo temporaneamente, nel tempo di transito verso la realizzazione di opere pubbliche) vale a creare una serie di esiti interessanti per il governo delle città e per il miglioramento del paesaggio urbano, ambientale quanto umano.

Microlottizzazioni, bandi pubblici di comodato, statuti gestionali, e infrastrutturazione leggera di servizio possono offrire ristoro al problema dell'inattività sociale in senso lato, al degrado degli ambienti urbani, e possono configurarsi invece come strumenti di contrasto al clima di depressione sociale, come attivatori di nuove dinamiche di microeconomia, e come vie di accesso a forme di produzione e di acquisto solidali e sostenibili.

7.2 Area Minori

In Campania la popolazione 0-17 anni risulta in percentuale più alta (20,0%) della media nazionale (16,9%) [grafico 74].

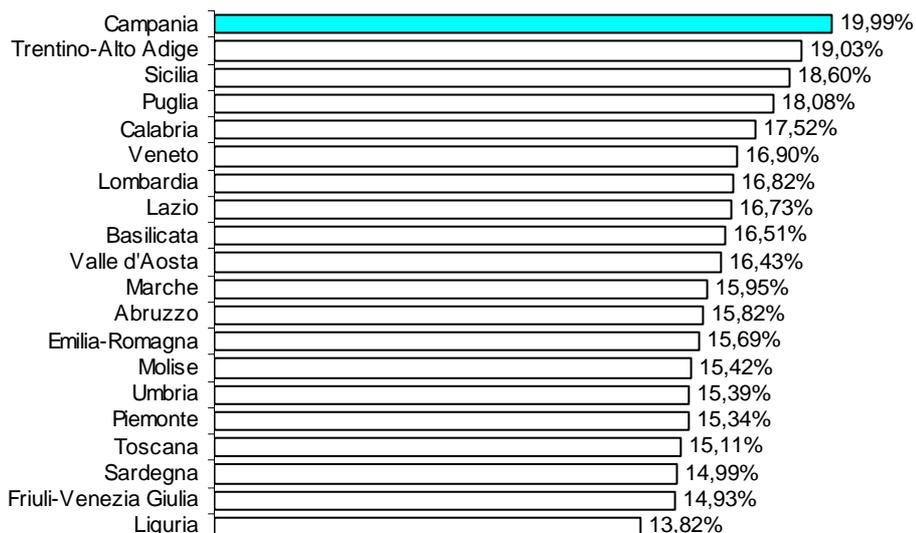


Grafico 74: % di popolazione di 0-17 anni delle regioni italiane nel 2011 (elaborazione su dati ISTAT)

L'indice di dipendenza giovanile, ovvero il rapporto percentuale dei minori di 0-14 anni sulla popolazione in età lavorativa di 15-64 anni, della Campania è secondo dopo il Trentino-Alto Adige, con differenze molto significative tra i Comuni campani [grafico 75 e figura 5).

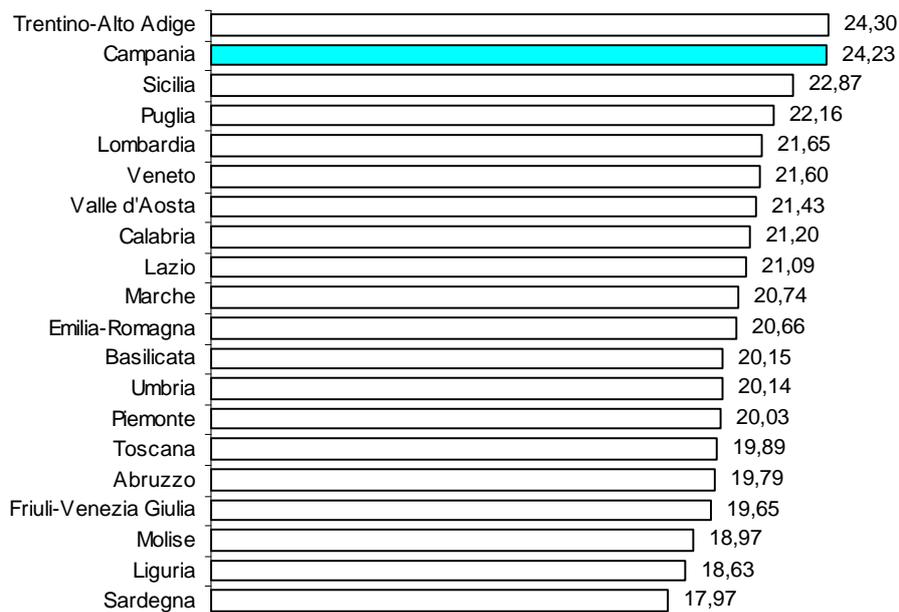


Grafico 75: Indice di dipendenza giovanile delle province italiane (elaborazione su dati ISTAT 2011)

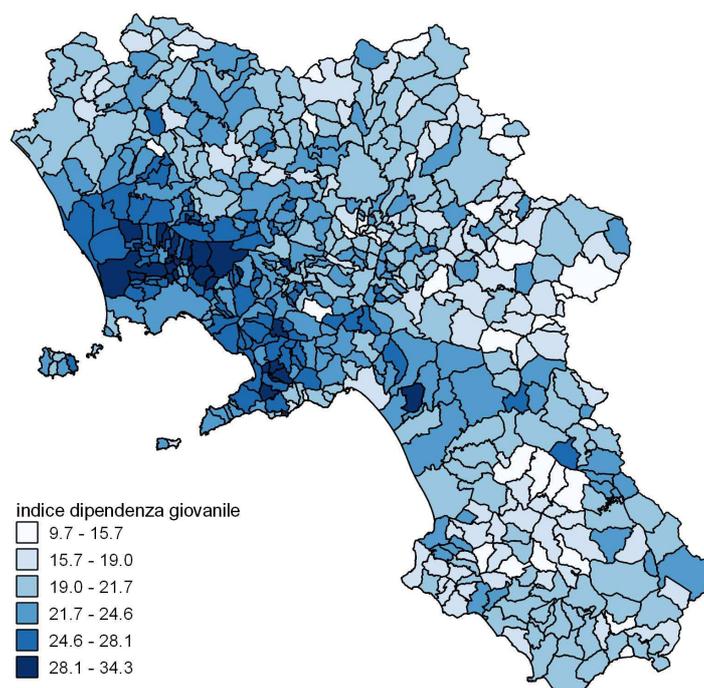


Figura 5: Indice di dipendenza giovanile dei comuni campani (elaborazione su dati ISTAT 2011)

La spesa pro-capite per l'area "Famiglia e Minori" è tra le più basse (€ 46 su € 115 della media nazionale).

Tuttavia esaminando i dati della programmazione dei servizi per la II annualità di attuazione del PSR, notiamo che i servizi programmati nell'area "Infanzia e adolescenza" (26,09%) insieme a quelli dell'area "Responsabilità familiari" (8,69%) costituiscono il 34,78% dell'intera programmazione [grafico 76].

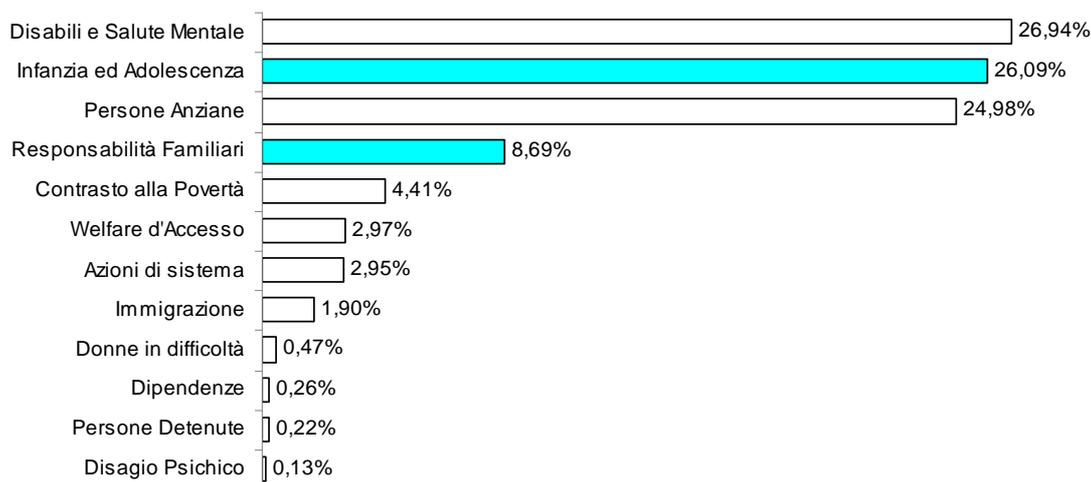


Grafico 76: Spesa programmata per aree di intervento nella II annualità del I PSR

7.2.1 Interventi per l'affido

Lo Stato in media per un bambino in struttura residenziale investe 10.695 euro all'anno a fronte dei 5.200 investiti per singolo minore in affidamento. I dati sui costi si basano su capitoli della prima indagine sulla spesa sociale degli enti locali (2003), incrociati

con dati reperiti da fonte Istat (2003 e 2005), ma anche da piani di zona e da indagini della Consulta della Chiesa cattolica (2005).

Nella nostra regione per la seconda annualità di attuazione del I Piano sociale Regionale, sono state programmate risorse pari a € 27.065.309,82 per i servizi residenziali per minori su complessivi € 62.734.351,81 programmati nell'intera area "Infanzia e adolescenza".

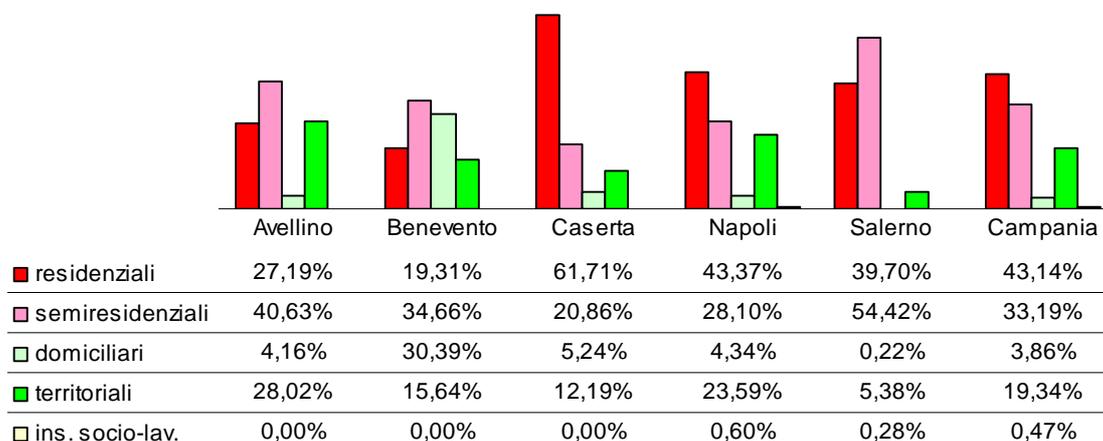


Grafico 77: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per l'Area Infanzia ed Adolescenza programmati nella II annualità del I PSR

L'incidenza crescente dell'onere finanziario degli interventi di tutela dei minori inseriti presso strutture di accoglienza costituisce un elemento di forte tensione e criticità per gli Enti locali, determinata dalla scarsa possibilità di programmare preventivamente la spesa annua per i cosiddetti interventi indifferibili per l'accoglienza dei minori fuori famiglia nelle strutture residenziali. Tale spesa non di rado determina in corso d'anno serie difficoltà di tenuta finanziaria dei bilanci degli Enti locali e, in presenza di tagli certi e significativi al Fondo Nazionale delle Politiche sociali, rischia di lasciare ancora più esposti i Comuni appartenenti agli Ambiti Territoriali della Campania.

A livello nazionale la percentuale dei minori fuori famiglia in affidamento familiare e in struttura residenziale è quasi equivalente.

In regione Campania, invece, il numero di bambini in affidamento familiare è ancora inferiore al numero di minori accolti nelle strutture residenziali e si realizza nel 70% dei casi presso i genitori e solo nel 30% presso famiglie affidatarie.

Da qui emerge la necessità di pensare e programmare una diversa politica e strategia per l'accoglienza dei minori in Campania, fondata sul riconoscimento del ruolo centrale e strategico svolto dalle comunità di accoglienza in questi anni, nonché sull'opportunità di attivare un confronto permanente tra gli Ambiti territoriali, le espressioni significative delle educative residenziali, la Regione Campania, l'Autorità giudiziaria minorile, nonché il Centro giustizia minorile, affinché gli interventi sui minori prevedano nuove strategie volte a:

- individuare risposte innovative ai bisogni dei minori e del territorio stesso, che favoriscano quanto previsto dalla normativa vigente in ordine al "diritto del minore di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia";
- ridurre i tempi degli interventi residenziali per i minori, migliorandone la qualità, attivando tutte le risorse del territorio e ottimizzando i costi complessivi della spesa sociale, offrendo risposte efficienti ed efficaci ai bisogni sempre più differenziati;
- considerare le comunità come risorse per il territorio capaci di ampliare e differenziare il servizio di accoglienza con risposte flessibili ai bisogni dei minori,

- della famiglia e del territorio stesso, monitorandone anche l'efficacia.
- ridurre il numero dei minori accolti nelle strutture residenziali ed incentivare l'affido familiare

E' significativo che molti bambini o ragazzi inseriti in strutture o in affidamento familiare provengano da situazioni nelle quali i legami sono allentati o assenti. Laddove non sono sufficienti i percorsi di aiuto per la famiglia e non è possibile pensare al rientro del bambino o alla sua deistituzionalizzazione, bisogna quindi pensare ad altre forme di intervento quale l'affido familiare, da attuare prioritariamente rispetto all'ipotesi d'inserimento in strutture residenziali. L'azione della Regione si è orientata sulla necessità di suscitare una diversa responsabilità sociale e un impegno condiviso e partecipato. L'affidamento familiare nasce con l'obiettivo di tutelare l'interesse del minore a crescere in una famiglia, fin tanto che la sua non è in grado di provvedervi, per scongiurare il ricorso all'istituzionalizzazione. L'affidamento ha senso nella misura in cui si colloca in una strategia che contestualizza la pluralità degli interventi, che investe sulla famiglia di origine e la sostiene. L'utilizzo dell'affido deve essere inteso come intervento privilegiato con una predisposizione di percorsi di informazione-formazione individuali o di gruppo sugli aspetti giuridici, sociali e psicologici dell'intervento; un sostegno e accompagnamento delle famiglie affidatarie. Le esperienze ormai ultra trentennali in materia di affidamenti familiari, (la prima delibera è stata approvata il 17/05/71 dalla Provincia di Torino), hanno dimostrato che una quota rilevante di essi ha una durata non solo prolungata negli anni, ma, che spesso non si conclude neppure con il raggiungimento della maggiore età. L'affidamento ha senso nella misura in cui si colloca in una strategia che contestualizza la pluralità degli interventi, che investe sulla famiglia di origine e la sostiene. Nell'affido ognuno degli attori (minore, genitori biologici, affidatari, operatori e amministratori) svolge un ruolo preciso e imprescindibile per la sua buona riuscita. Bisogna contribuire a creare una cultura dell'affido e la conoscenza delle problematiche che intende affrontare. L'attuazione di iniziative volte al reperimento di famiglie sensibili e disponibili è necessario al fine di costituire una banca di risorse cui attingere.

E' stato chiesto agli EE.LL. di realizzare una rete territoriale di servizi di prossimità che nell'esaltare le centralità delle persone e delle famiglie e nel fornire risposte efficaci e unitarie permettesse di realizzare una reale deistituzionalizzazione, così come previsto dalla L. 184/83 prima, e dalla L. 149/01 poi.

Sono stati approvati i regolamenti per l'accoglienza familiare e comunitaria, per l'affido e per l'adozione. Si ritiene, inoltre, strategica la formazione degli operatori in una materia di alta specializzazione come l'adozione nazionale ed internazionale. L'obiettivo che la Regione intende porsi è quello di valorizzare la "genitorialità", intesa come capacità di accudire, crescere ed educare i bambini indipendentemente dal legame biologico, valorizzando quindi anche la genitorialità affidataria e adottiva e la generatività sociale, intesa come capacità di una comunità territoriale intera di farsi carico dei diritti di cittadinanza con particolare attenzione alle persone in crescita. In questo senso, particolare significato assume la sussidiarietà, sia quella verticale che quella orizzontale, per la quale il ruolo dell'ente pubblico è quello di promuovere e di integrare le risorse che, prima di tutto, devono essere legate alle reti primarie. L'affermazione dei principi della cooperazione e sussidiarietà rende possibile disincentivare processi che, spesso hanno visto prevalere l'interesse degli adulti sui diritti dei bambini. Ecco perché l'esigenza di assicurare adeguati percorsi di preparazione, formazione e accompagnamento alla scelta adottiva, nonché sostegno e valorizzazione del ruolo dei servizi socio-sanitari del territorio deve continuare. In considerazione che l'adozione e l'affido sono materie contigue, si può assumere come "buona prassi" l'attività formativa di aggiornamento realizzata negli anni addietro in

Campania. La sua originalità e l'innovatività non è riconducibile all'azione formativa in quanto tale ma all'impostazione concettuale e metodologica che ha governato l'azione messa in campo. Essa, infatti, si è posta come obiettivo primario la maturazione di una "competenza relazionale" che permettesse all'operatore di incontrare la famiglia adottiva o affidataria, la coppia, il bambino e la rete parentale tutta e gli altri genitori implicati nel processo. In tal senso essa non è stata intesa come una semplice trasmissione di informazioni, di nozioni o conoscenze tecniche, ma come spazio in cui poter fermare "l'azione" e darle "forma". La relazione di formazione in questo modo esercita una funzione di *modeling* rispetto alla relazione con l'utente e stimola la capacità di auto-osservazione, di osservazione dell'altro e della relazione stessa. Ciò è essenziale ai fini di una comprensione dell'altro e della costruzione del legame di crescita. Sotteso a questo discorso c'è una concezione dell'affido, come processo che si snoda nel tempo e prosegue nel non sempre facile cammino di riconoscimento reciproco tra genitore e figlio.

A partire da questa consapevolezza e da quella che ogni relazione è sempre un processo complesso, mai definito e mai definibile, in cui entrano in gioco, ciò che siamo, le nostre storie, i confini mutevoli delle nostre identità, si ritiene sia fondamentale sviluppare una cultura dell'accoglienza come scelta gratuita e consapevole. Questo consentirebbe una diffusione nel sociale di una cultura che ponga al centro una dimensione della famiglia come luogo, certo, insostituibile per le nuove generazioni, ma sorretta dalla logica degli affetti e non dai "legami di sangue".

Per raggiungere tale obiettivo gli Ambiti Territoriali dovrebbero puntare sul potenziamento dei SAT, sulla rivalutazione dei PEI dei minori collocati in strutture nella prospettiva di individuare un nuovo e migliorativo intervento per favorire il benessere psico-fisico del minore stesso e lì dove possibile pensare ad interventi domiciliari e territoriali.

Si dovrebbe, inoltre, puntare sulla creazione e/o aggiornamento dell'anagrafe degli affidatari e sui servizi di supporto alle famiglie affidatarie.

Al fine di promuovere e facilitare le politiche locali la Regione Campania si impegnerà in un lavoro di revisione ed aggiornamento del regolamento sull'affido puntando in primo luogo su azioni di promozione di reti di famiglie affidatarie nonché incentivando gli Ambiti Territoriali che realizzeranno buone prassi in sostegno dell'istituto dell'affido.

La convergenza delle politiche territoriali e regionali comporterebbe la diminuzione del numero dei minori collocati in strutture rendendolo uguale o superiore a quello dei minori in affido, nonché si ridurrebbe almeno del 10% la spesa programmata per i servizi residenziali.

7.2.2 Interventi a sostegno dell'adozione

Nel 2010 sono stati autorizzati all'ingresso in Italia 4130 minori stranieri, il 4,2% in più rispetto al 2009, con il 56,7% di maschi e il 43,3% di femmine. L'età media dei bambini è salita a 6 anni, era 5,2 nel 2007.

Nel 2010 le coppie adottanti sono salite a 3241, con un incremento del 5,2% rispetto all'anno precedente. E' interessante notare che più del 13% ha almeno un figlio biologico: sono coppie con un progetto-famiglia volto ad arricchire piuttosto che sostituire quello riproduttivo. Inoltre, 746 coppie (il 23%) hanno adottato gruppi di fratelli per un totale di 1624 minori.

Il procedimento adottivo è senza dubbio molto impegnativo da molti punti di vista: per i tempi richiesti, per gli adempimenti legati al rilascio dell'idoneità da parte del Tribunale

per i minorenni, per i costi, ecc. Proprio in considerazione di ciò, la Regione Campania in questi anni ha applicato la normativa garantendo una qualificazione del sistema e cercando di definire dei percorsi il più possibile a garanzia, prima di tutto dei bambini, e poi delle loro famiglie.

Da più parti è assodato come sia fondamentale che le coppie debbano essere informate, affiancate, accompagnate e supportate durante tutto il percorso adottivo e post adottivo, in percorsi coerenti e coordinati, sviluppati dai servizi territoriali e dall'ente autorizzato.

Un accompagnamento e un'adeguata preparazione della coppia sono necessari fin dal momento in cui essa offre la propria disponibilità. Se questa attività di approfondimento non viene svolta, il rischio è che il bambino venga "rifiutato" alle prime difficoltà. E' per questo che la richiesta di operatori con alta professionalità ed esperienza all'interno degli enti autorizzati è di fondamentale importanza.

La modalità attuale di realizzazione del procedimento adottivo non favorisce l'integrazione fra enti e servizi. Le difficoltà più frequentemente riscontrate riguardano la fase relativa all'inserimento del bambino in famiglia e l'organizzazione dei percorsi formativi per le coppie aspiranti all'adozione, rispetto ai quali talora Enti Autorizzati e servizi rischiano di sovrapporsi.

Un passo in avanti in questa direzione è rappresentato nella nostra regione dell'istituzione di un Centro regionale per le adozioni internazionali (legge regionale n. 9, del 10 maggio 2012) che consentirà l'attivazione di percorsi, variamente articolati, di informazione, sensibilizzazione e accompagnamento alla scelta. Tutte queste esperienze saranno realizzate in stretta collaborazione con gli enti autorizzati presenti nel territorio regionale. Si ritiene che queste esperienze possano e debbano diventare un momento fondamentale per le coppie che si stanno orientando verso l'adozione sia nazionale che internazionale.

7.2.3 Interventi contro l'abuso e il maltrattamento

Secondo studi internazionali, circa un bambino su dieci nel mondo sviluppato subisce abusi ogni anno ma le statistiche ufficiali indicano che, di questi, ne vengono identificati meno di un decimo, sia perché non sempre si riesce a riconoscere un abuso sia perché capita che medici, scuola e personale sanitario tendano a non denunciarne i segnali, appunto non riconoscendoli.

In Italia, secondo dati recenti, i casi di abuso e di maltrattamento contro i minori sono in costante aumento, con circa 1000 denunce per violenza sessuale lo scorso anno. In circa il 70 per cento dei casi le vittime sono bimbe, il più delle volte con meno di dieci anni (l'80 per cento di tutti gli abusi riguarda piccoli con meno di 14 anni). Il 90% dei casi di abuso nei confronti dei minori avviene in famiglia, e vede nel ruolo di abusante il padre naturale, il patrigno, o più raramente la madre/matrigna. L'8% dei casi di abuso nei confronti dei minori avviene in ambiti extra familiari, come la scuola o la palestra, e l'abusante risulta essere una persona conosciuta precedentemente dall'abusato, come l'insegnante, il personale scolastico, o altre figure professionali vicine al mondo dei minori. Appena il 2% dei casi di abuso nei confronti dei minori chiama invece in causa abusanti che risultano del tutto sconosciuti al minore abusato.

La Regione Campania ha da tempo promosso iniziative per la prevenzione e il contrasto del fenomeno utilizzando diversi fondi (L. 285/97, L. 328/00). Tali iniziative si sono concretizzate nei vari ambiti territoriali con l'attivazione di molteplici attività: dalla formazione alla sensibilizzazione, all'attivazione di centri specializzati per la presa in carico delle piccole vittime, all'attivazione dei servizi di accoglienza residenziale. Il

passaggio dalla L.285/97 alla L.328/00 ha consentito di consolidare le esperienze in tema di maltrattamento e abuso sviluppate all'interno del territorio regionale e confermando inoltre la necessità di una metodologia di lavoro interdisciplinare che favorisca una migliore tutela dei minori attraverso una più stretta collaborazione ed servizi competenti ed una costruzione condivisa dei percorsi operativi. Con la consapevolezza che ognuno degli attori coinvolti (servizi territoriali, magistratura minorile ed ordinaria) svolge un ruolo necessario per combattere il fenomeno, soprattutto negli abusi intrafamiliari, cercando di equilibrare le esigenze di indagine e il principio di obbligatorietà dell'azione penale con quelle di protezione dei minori per evitare che l'accertamento della verità ed il ripristino dell'ordine violato non avvengano ledendo ulteriormente i diritti, le esigenze della persona offesa. Un raccordo tra servizi sia dell'amministrazione della giustizia che dell'ente locale e dell'ufficio del pubblico ministero, è indispensabile per creare prassi operative comuni e procedere in modo coordinato, pur nel rispetto delle reciproche competenze.

È fondamentale sviluppare azioni di prevenzione della violenza all'infanzia così come la realizzazione di iniziative di formazione del personale per l'acquisizione di un'adeguata conoscenza del fenomeno nonché di una competenza che permetta di trattare i problemi connessi.

7.2.4 Minori area penale

Una particolare attenzione va riservata al tema dei minori provenienti dal circuito penale.

La situazione in Campania, secondo i dati del Ministero della Giustizia Minorile aggiornati al 31/12/2011, relativamente ai flussi di utenza dei minori che gravitano nel circuito penale risulta la seguente:

- Centri di Prima Accoglienza (CPA), a fronte di 2343 ingressi, 313 (282 minori campani e 31 stranieri), pari al 13,36%, sono stati registrati nei Centri della regione Campania, che si colloca pertanto al 3° posto per numero totale, ed al 2° posto per numero di minori autoctoni;
- Istituti Penitenziari Minorili (IPM), su un totale di 1774 ingressi, 194, pari all' 11,16%, sono stati registrati in quelli della Campania, così posizionata al 4° posto;
- collocamenti in comunità, su un totale di 2230 ingressi, 376 pari al 16,86%, sono avvenuti nelle comunità della Campania che così al 2° posto.

Per far fronte, ad una così significativa presenza di minori provenienti o gravitanti nel circuito penale occorre potenziare e garantire strategie che si caratterizzano per un approccio globale ai bisogni dei minori dell'area penale, ed in particolare finalizzate a:

- consolidare e qualificare le esperienze pregresse superando visioni riduttive e settoriali, a favore di un approccio integrato attraverso l'utilizzo diffuso del Progetto Sociale individualizzato (PSI, DGRC 17/10/2007);
- potenziare l'interazione tra le varie Amministrazioni territoriali coinvolte nella tutela dei minori dell'area penale, così come disposto dagli artt. 19 e 22 DPR 448/88 e dall' art 10 del D. Lgs 272/89.

L'esperienza realizzata in Regione Campania in collaborazione con il Centro Giustizia Minorile, ci indica che il PSI e le forme di collaborazione coordinate tra i vari servizi educativi risultano vantaggiose per implementare una nuova politica accogliente del minore dell'area penale, nonché di ottimizzazione delle risorse.

L'obiettivo del PSI, quale strumento elettivo per la presa in carico globale ed integrata del minore in situazione di rischio, ancorché all'interno dei circuiti penali, è di valorizzare al meglio le abilità delle persone, favorendo l'integrazione nel contesto

socio-relazionale di appartenenza. Per gli adolescenti collocati in comunità, in esecuzione di provvedimento penale, il P.S.I. rappresenta quindi un importantissimo strumento per contrastare la recidiva, ridurre i tempi degli interventi residenziali presso le strutture, migliorandone la qualità e articolando risposte flessibili ai bisogni dei minori, della famiglia e del territorio stesso, per poi monitorare l'efficacia.

I progetti sociali individualizzati sono condivisi tra il Centro Giustizia Minorile, l'Autorità Giudiziaria, l'Ambito Territoriale di provenienza del minore, nonché il servizio residenziale e gli altri attori coinvolti. Tale condivisione avviene in sede di valutazione, e poi in sede di definizione, monitoraggio, verifica e ridefinizione del progetto.

Le criticità emerse durante i due anni di sperimentazione del PSI sono relative alla difficoltà di interazione tra le comunità residenziali ed i Servizi Sociali territoriali nell'elaborazione della progettualità educativa da sviluppare all'uscita del minore dalla comunità. Va però considerato che la problematicità dei territori dai quali provengono la maggioranza dei minori e il sottodimensionamento degli organici dei Servizi Sociali territoriali rappresentano oggettivamente delle difficoltà a perseguire, nel breve periodo, gli obiettivi di reinserimento dei minori in area penale. Nonostante le difficoltà emerse, durante il periodo di sperimentazione nel primo anno di attuazione le comunità hanno realizzato il 33% dei PSI, mentre nel secondo anno c'è stata una produzione del 65% di PSI.

Per quanto riguarda il contenuto delle proposte di reinserimento nel territorio si è registrato un aumento delle uscite dei minori dalle comunità per frequenza di attività formative e socializzanti nel loro territorio di provenienza. Sono da considerarsi quali esiti positivi dei progetti di reinserimento i casi di minori che dopo il periodo di misura cautelare in comunità sono ammessi alla sospensione del processo con messa alla prova (art. 28 DPR 448/88). Al di là dei risultati specifici sull'accompagnamento dei minori, si ritiene infatti che la sperimentazione abbia stimolato una riapertura del confronto tra tutti gli attori coinvolti nell'attività di accoglienza residenziale dei minori facendo emergere sia esperienze importanti e significative ma anche, in alcuni casi, una distanza tra quanto previsto e quanto concretamente attuato. La possibilità di mantenere alta l'attenzione sulla qualità del servizio offerto ai ragazzi rappresenta a nostro avviso un'occasione importante di crescita reciproca.

A conclusione della sperimentazione sostenuta dalla Regione Campania e dal confronto delle due annualità si possono formulare alcune considerazioni generali: si sta impiantando una rete stabile di collaborazione con strutture residenziali per minori in grado di dare risposte educative adeguate alla particolare tipologia di utenti e commisurate con le esigenze e i tempi giudiziari.

Gli Obiettivi che nel triennio di riferimento del Piano Sociale Regionale il Settore Assistenza Sociale si impegna a perseguire sono la diffusione del PSI ed il potenziamento della collaborazione tra gli attori coinvolti nella tutela del minore dell'area penale (l'Ambito Territoriale, il Centro Giustizia Minorile ed i servizi educativi che di volta in volta si riterrà opportuno coinvolgere), nel rispetto delle funzioni e delle competenze di ciascuno, al fine di pervenire a percorsi e progetti in modo partecipato ed integrato.

Le azioni che a tal fine il Settore metterà in campo sono:

- la promozione di una cabina di regia cui facciano parte la Regione Campania, il Centro Giustizia Minorile e gli Ambiti territoriali;
- la condivisione delle informazioni sul minore presenti nella cartella sociale informatizzata tra i servizi sociali dell'amministrazione della giustizia minorile e quelli degli enti locali.

7.3 Area Donne in Difficoltà

Per l'area d'intervento "Donne in Difficoltà" in Campania, nella II annualità del I PSR, sono state stanziati € 747.002,20, pari allo 0,47% del totale delle risorse programmate. In provincia di Avellino è stato destinato lo 0,72%, il 2,87% nella provincia di Caserta, lo 0,25% in quella di Napoli, lo 0,05% in quella di Salerno, mentre gli Ambiti della provincia di Benevento non hanno destinato alcuna risorsa.

Anche per quanto riguarda la tipologia dei servizi previsti per le donne in difficoltà, notevoli sono le differenze su base provinciale [grafico 78].

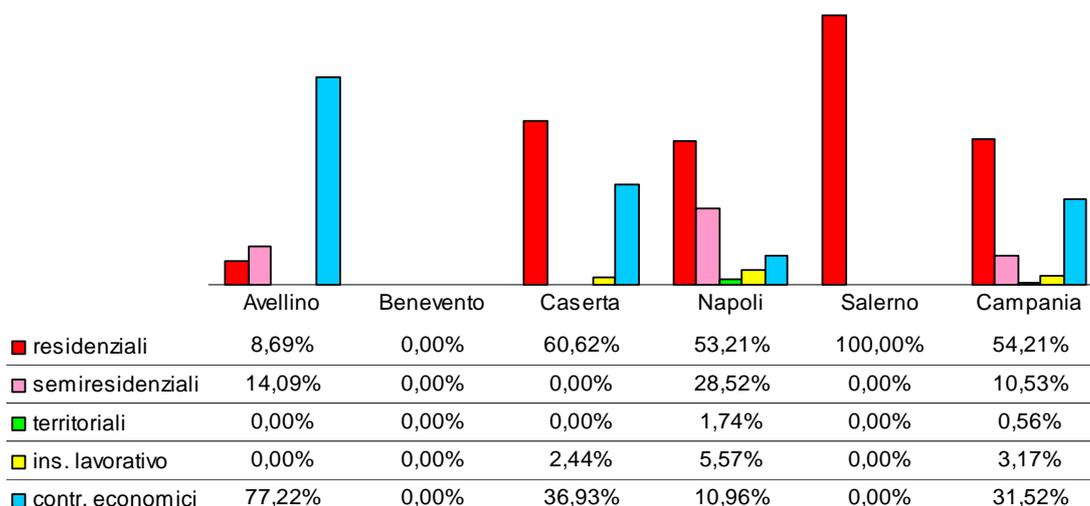


Grafico 78: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per l'Area Donne in Difficoltà programmati nella II annualità del I PSR

L'area di intervento comprende le donne in situazioni di difficoltà economica, donne con figli con urgenza di allontanamento, donne con figli vittime di maltrattamenti e/o abusi ed anche donne maltrattate, donne violentate.

Per quanto concerne la tipologia di donne maltrattate e/o violentate i servizi specifici di centri di accoglienza e centri di ascolto in Campania risultano essere venti, due sono i presidi ospedalieri collegati con centri di ascolto.

Dal punto di vista culturale usiamo il termine "violenza contro le donne", dal momento che è evidente che si tratta di un problema di genere: gli uomini sono maltrattatori e violentatori e le donne vittime nella quasi totalità dei casi. Tale violenza è espressione di ineguaglianza sociale e di un senso soggettivo di possesso degli uomini sulle donne. Un sinonimo (edulcorato) è infatti "violenza di genere", mentre "violenza domestica" è chiamata quella violenza che avviene all'interno del nucleo familiare.

In particolare, per le donne violentate, la violenza, anche se è una questione privata per la persona che risulta aggredita, ha comunque una dimensione pubblica nella sua origine e nei suoi modi di manifestarsi nonché nelle sue conseguenze. Anche se la violenza si scatena nelle case, gli "attori" della violenza agiscono in quel modo come conseguenza di una serie di cause concatenate che portano con sé definizioni sociali disuguali. Definizioni che influiscono nei comportamenti e nelle forme di risolvere i conflitti.

Dall'indagine ISTAT 2007 "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia realizzata su un campione di 25 mila donne tra i 16 ed i 70 anni, intervistate sul territorio nazionale da gennaio ad ottobre 2006 si rileva che:

- 6,7 Milioni di donne tra i 16 ed i 70 anni (che corrisponde al 31,9% delle donne in

- questa fascia di età) hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita;
- 7,1 Milioni di donne hanno subito o subiscono violenza psicologica
- 2,7 Milioni di donne hanno subito comportamenti persecutori (*stalking*)
- il 69,7 % degli stupri è opera di un partner ex o attuale
- il 17,4 % degli stupri è opera di un conoscente
- solo il 6,2 % è opera di estranei

Sempre l'indagine ISTAT analizza la misura del sommerso su 2,9 milioni di donne che hanno subito violenza fisica o sessuale dal partner attuale o dall'ex partner solo il 18,2% considera la violenza subita in famiglia un reato, il 45,2% di chi subisce violenza dal partner attuale non ne parla con nessuno il 93% delle violenze causate da un partner non viene denunciato.

In casi estremi la violenza contro le donne porta all'uccisione. Con il neologismo "femminicidio" si indica la distruzione fisica, psicologica, economica e istituzionale della donna. Dall'inizio dell'anno sono già cinquantasei le donne uccise in Italia. Donne vittime di violenza, per lo più assassinate dai loro compagni, fratelli, mariti. Nel 2011 le vittime nel nostro Paese sono state 137 in aumento rispetto al 2010 che erano 127.

Per il tipo di violenza l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha rilevato che i disturbi psichici, conseguenze della violenza sulle donne possono riguardare:

- depressione e tendenza al suicidio
- paura, senso di vergogna e colpa
- ansia e attacchi di panico
- bassa autostima
- disfunzioni sessuali
- problemi alimentari
- disturbi compulsivi-ossessivi
- disturbo post-traumatico da stress
- abuso di farmaci, alcool e droghe

Ne consegue che per la violenza sulle donne una attenta lettura andrebbe in futuro rivolta anche alla valutazione della complessità dell'aspetto socio-sanitario.

E' in tema di violenza contro le donne che il dibattito pubblico è ipnotizzato dal tema della "Legge" e dimentico delle modalità, non meno importanti, della sua concreta messa in atto. L'applicazione delle leggi è invece un'area problematica: oltre ai problemi generali della giustizia nel nostro paese come i tempi lunghi dei processi, nelle norme contro la violenza contro le donne vi è un alto rischio di inadempimento a causa della diffusione di una cultura maschilista e familista, che non ritiene i maltrattamenti da parte del marito e le violenze sessuali dei fatti su cui si debba intervenire seriamente. Solo in alcuni luoghi della penisola vengono destinate risorse specifiche a ricerche-azione sugli operatori che nell'ambito dei servizi socio-sanitari o delle forze dell'ordine vengono a contatto con donne vittime della violenza maschile, e che sono generalmente bisognosi di formazione e di aggiornamento.

In Italia, purtroppo, siamo molto indietro nella lotta alla violenza di genere soprattutto per effetto di una mancanza di strategie coerenti, l'assenza di dati statistici e di un osservatorio nazionale sulla violenza di genere, la mancanza di coordinamento delle procedure in tribunale, l'inadeguatezza delle campagne di prevenzione e il varo nel 2011 del Piano Nazionale contro la violenza, generico negli obiettivi e nei tempi previsti per la realizzazione e, soprattutto, privo di finanziamenti.

Al livello regionale la legge n. 2 del 11/02/2011 "Misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere" è priva di finanziamenti ma non di esecuzione programmatica.

Infatti l' art. 6 della stessa legge prevede che “ A partire dal secondo anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, sulla base delle relazioni trasmesse annualmente dagli ambiti territoriali previsti dalla legge regionale n.11/2007, riferisce al Consiglio regionale sull'attuazione della legge e sui risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente in relazione agli obiettivi previsti nel comma 1, dell'articolo 2” (interventi della regione Campania in materia di politiche socio-sanitarie ai sensi della L. 328/2000 e L.R. n.11/2007).

Attraverso la legge regionale n. 22 del 21 luglio “Norme per l'integrazione della rete dei servizi territoriali per l'accoglienza e l'assistenza alle vittime di violenza di genere e modifiche alla legge regionale 27 gennaio 2012, n.1” , sarà individuato il Centro regionale di coordinamento dei servizi territoriali con il compito di sviluppare cooperazioni al fine di ottimizzare gli interventi di presa in carico delle vittime della violenza di genere.

Il tema della conoscenza e della sensibilizzazione risulta necessario per la corretta interpretazione del fenomeno della violenza sulle donne e per la predisposizione di adeguati interventi , si lega direttamente al contributo che ogni soggetto pubblico e del privato sociale può e deve dare in ragione dell'attività svolta; le reti e i protocolli territoriali – a loro volta - sono gli strumenti attraverso cui tutti gli attori territoriali contemporaneamente alimentano il sistema della conoscenza e garantiscono la realizzazione degli interventi di prevenzione, protezione, sostegno e reinserimento delle vittime; la formazione congiunta degli operatori assicura l'aggiornamento degli operatori sul fenomeno e contribuisce all'individuazione e attivazione di procedure omogenee sul territorio regionale. Tutti questi elementi, sostanziano il concetto di integrazione e guidano il percorso che la Regione Campania intende promuovere attraverso il secondo Piano Sociale Regionale per contrastare il fenomeno della violenza sulle donne.

Gli obiettivi:

- raccolta strutturata dei dati ed informazioni sul fenomeno assicurando un livello di informazione adeguato diffuso ed efficace;
- implementare una rete tra i centri antiviolenza e le strutture pubbliche e private;
- formare le professionalità che entrano in contatto con le tematiche della violenza sulle donne;
- accrescere la protezione delle vittime attraverso una collaborazione con le forze dell'ordine.

Gli interventi:

- un programma a cura di ciascun Piano di Zona di educazione e formazione al rispetto delle donne, della persona e dei diritti umani da realizzarsi nelle scuole;
- campagne informative sul tema della violenza contro le donne da parte dei Piani di Zona utili a rendere consapevoli le donne degli strumenti a disposizione per la loro tutela;
- potenziamento dei centri antiviolenza presenti sul territorio attraverso presidi ospedalieri;
- azioni positive per l'assistenza legale e psicologica delle vittime di violenza sessuale e maltrattamenti da attivare, laddove è possibile, anche presso i centri residenziali e semiresidenziali.

Per ultimo la violenza sulle donne è foriero di altro fenomeno, di non meno grave importanza che è quello della violenza assistita. Vi è la necessità di maggiore attenzione da parte degli adulti al modello che si dà ai bambini e ai ragazzi, perché c'è il rischio che seguano da grandi i modelli violenti e irrispettosi dei diritti e desideri dell'altro sesso. Ma è importante anche ricordare che i bambini sono il nostro “futuro”.

Comportarsi in maniera violenta significa rubare il periodo della vita più importante per loro! Inoltre la violenza può cambiare il rapporto dei bambini con la vita, i sentimenti, il modo di rapportarsi agli altri e dipende dal cattivo modello ricevuto e dall'aver assistito ad atti di violenza.

7.4 Area Disabili

Analisi di scenario

I dati oggi disponibili sulle dimensioni quantitative e qualitative della disabilità non sono aggiornati o provengono da fonti eterogenee che si riferiscono a differenti aspetti della stessa. Tale situazione è dovuta anche alla pluralità di definizioni sulla disabilità che si sono evolute nel tempo e che non sono da tutti adoperate nello stesso modo. La fonte principale in Italia di statistiche ufficiali sulla disabilità – l'ISTAT – ancora oggi rende disponibili solo i dati derivanti dall'Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005, un'indagine di quasi dieci anni fa, che, nonostante preveda una periodicità di cinque anni, è ferma alla sua prima edizione. Da questa indagine emergeva, per la Campania, che le persone con disabilità (con età superiore ai 6 anni) che vivono in famiglia sono 252.000, pari al 4,7% della popolazione residente (rispetto al 5,2% del sud e al 4,8 dell'Italia).

Nel dettaglio del dato del 2004-2005, la disabilità è costituita in 103.000 casi dal confinamento, in 99.000 da difficoltà di movimento, in 175.000 da difficoltà nelle funzioni e in 43.000 casi da difficoltà di vista, udito o parola. Il totale di persone disabili è inferiore alla somma relativa ai tipi di disabilità, in quanto comprende persone che hanno più tipi di disabilità e quindi sono conteggiate più volte. Lo scarto tra i due totali costituisce una stima del numero di persone con disabilità plurime. La media del numero di disabilità per persona disabile è di 1,67.

La disabilità assume tassi più elevati nelle donne e negli anziani. Al di sopra degli 80 anni, circa il 44% della popolazione nazionale è disabile, ossia non ha autonomia nello svolgimento delle funzioni quotidiane. Esaminando i dati per età, ciò che appare peculiare in regione Campania, a differenza che in gran parte delle altre regioni, è che il tasso di disabilità per la fascia 6-64 è più del doppio rispetto a quello per la fascia di età 65-74. Ciò indica la necessità di interventi mirati per questa fascia di età che coinvolge la popolazione giovanile e adulta.

Altri dati interessanti riguardano la comparazione tra la situazione della disabilità in Campania (e nel Sud) e la situazione della disabilità in altre regioni. Dai dati comparativi, risulta che la disabilità è più diffusa nel Sud (5,2%) rispetto al Nord (4,0%). Inoltre, come emerge dal Rapporto annuale 2012 dell'ISTAT, se in Italia una persona disabile usufruisce di servizi e contributi da parte dei comuni per una spesa di quasi 2.700 euro all'anno, per i disabili residenti al Sud la cifra è di 667 euro l'anno, circa otto volte meno di quanto si spende al Nord-est (5.438 euro l'anno). Ciò implica che le condizioni di vita dei disabili del Sud sono "peggiori" di quelle dei disabili del Nord.

La Campania ha poi un tasso di istituzionalizzazione delle persone disabili tra i più bassi in Italia (1 per mille), insieme a Puglia, Calabria, Basilicata e Sicilia. Ciò potrebbe essere dovuto o alla minore presenza di istituti progettati per l'accoglienza dei disabili, al costo insostenibile di questi o alla predilezione culturale per un'assistenza familiare (o familistica) per il parente disabile. Sempre secondo fonti ISTAT, in Campania, tra le famiglie con almeno una persona con disabilità, il 10,40% (media nazionale: 13,20%) ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria negli anni 2004-2005, sebbene il servizio sia richiesto da ben il 42,30% delle famiglie (contro il 32,80% nazionale). Ciò fa pensare che, almeno nel campo dell'assistenza sanitaria, un numero rilevante di

famiglie considera l'assistenza domiciliare molto importante per garantire al proprio nucleo una migliore qualità di vita e che l'offerta attualmente esistente non soddisfa la domanda.

Considerando la spesa programmata dagli Ambiti territoriali campani per l'Area Disabili e Salute Mentale del Piano Sociale Regionale, il 46,16 % (la percentuale più alta) dei servizi riguardanti la disabilità della prima annualità sono stati programmati per servizi domiciliari e il 38,59% (ancora una volta la percentuale più alta) della seconda, a testimoniare l'importanza di questo tipo di servizi per i cittadini campani.

Nello specifico, i grafici di seguito riportati permettono di comprendere che, per l'intera Regione, gli interventi domiciliari sono i più finanziati, seguiti da quelli territoriali e da quelli semiresidenziali [grafici 79 e 80].

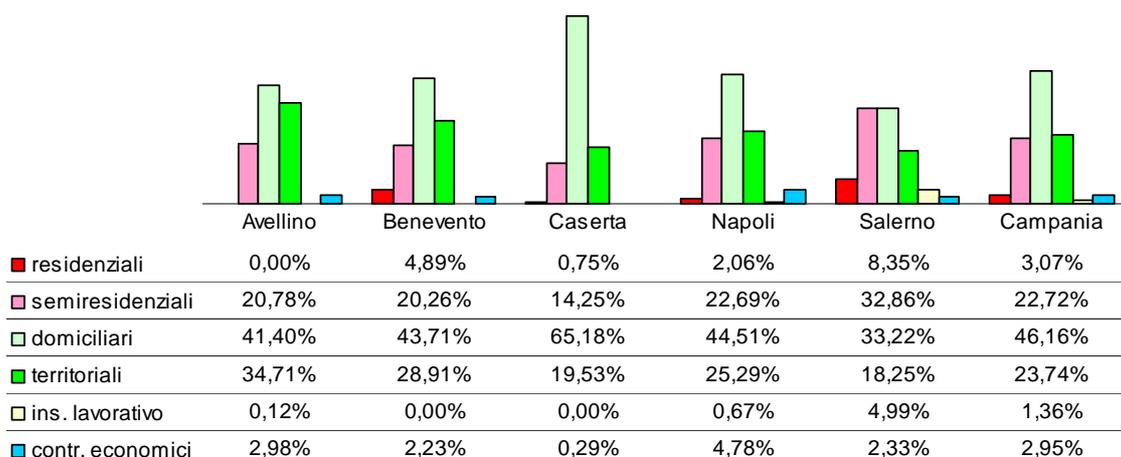


Grafico 79: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Disabili e Salute Mentale programmati nella I annualità del IPSR

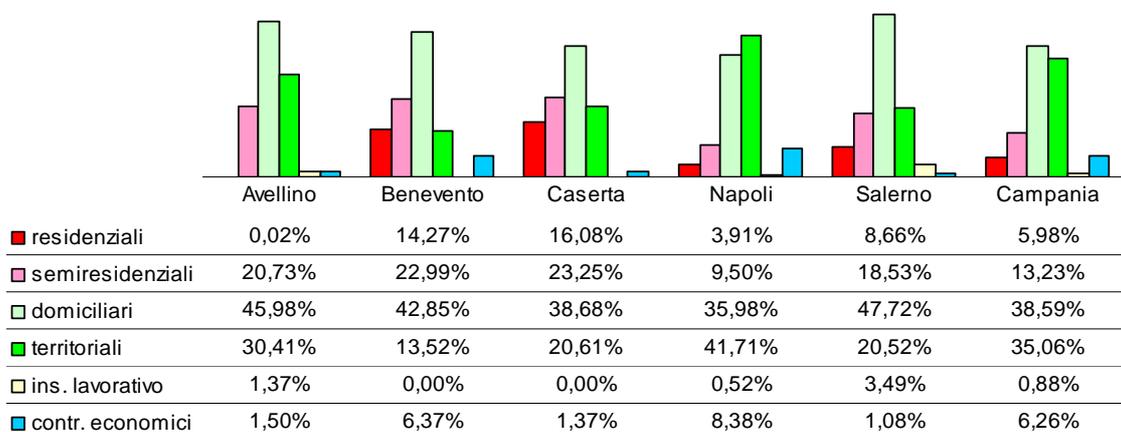


Grafico 80: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Disabili e Salute Mentale programmati nella I annualità del IPSR

Dal rapporto finale del II anno del progetto SINA, è possibile estrapolare alcuni dati quantitativi sull'andamento dell'Assistenza domiciliare, con l'avvertenza che essi:

- riguardano solo la II annualità del PSR;
- provengono da 31 ambiti sui 51 presenti in Regione;
- non si limitano all'area disabilità, ma cumulano le aree di intervento del nomenclatore regionale denominate "Disabili", "Anziani" e "Disagio Psicico".

Dai dati emerge che sono 4.139 i cittadini a cui sono forniti servizi di assistenza

domiciliare: 3.294 fruitori di ADS e 845 di ADI. Dei 4.139 cittadini interessati dal servizio, 232 hanno un'età da 0 a 14 anni, 1.296 da 15 a 64 anni, e 2.611 65 anni e oltre. Inoltre, la stragrande maggioranza di cittadini a cui viene fornita assistenza domiciliare fruisce fino a 10 ore settimanali del servizio.

Incrociando i dati di SINA Campania con quelli relativi alla programmazione dei servizi degli Ambiti campani della seconda annualità, si ricava che, su 27 ambiti che consentono il confronto, a fronte di 8.464 richieste ricevute di Assistenza domiciliare semplice e di 7.493 utenti previsti, le schede pervenute in relazione all'erogazione del servizio sono state pari a 3.012. A fronte di 2.457 richieste ricevute di Assistenza domiciliare integrata e di 3.296 utenti previsti, le schede pervenute in relazione all'erogazione del servizio sono state pari a 764.

Se le schede pervenute rappresentano pertanto il totale dei cittadini cui il servizio è stato erogato, appare evidente lo scarto esistente tra il numero di cittadini che richiedono il servizio e che sono previsti in fase di programmazione e il numero di cittadini che effettivamente ricevono il servizio. Questo sia per l'Assistenza domiciliare socio-assistenziale che per l'Assistenza domiciliare integrata.

Preso complessivamente, nei Piani di Zona campani, la disabilità risulta una delle 3 aree di intervento più finanziate, insieme a quella degli anziani e dell'infanzia e adolescenza.

Passando al settore scolastico, secondo dati del Ministero dell'Istruzione, nell'anno scolastico 2005-06 in Campania gli studenti con disabilità erano pari al 2% della popolazione scolastica, che coincide con quella italiana.

Secondo un'elaborazione di dati regionali riferiti all'anno scolastico 2010-2011, raccolti su un campione pari al 76,4% delle scuole campane, gli alunni con disabilità sono in totale 16.248 (2,24% popolazione) così distribuiti per livello scolastico e tipo di disabilità (tra parentesi è riportata la percentuale rispetto al totale della popolazione scolastica iscritta allo stesso grado di scuola) [tabella 11].

Tabella 11: Alunni dell'anno scolastico 2010-2011 per tipologia di disabilità (fonte Regione Campania)

Tipo di scuola	Motori gravi	Motori lievi	Psichici gravi	Psichici lievi	Uditivi	Visivi	Pluri-dis. gravi	Pluri-dis. lievi
Infanzia	84 (0,08%)	21 (0,02%)	503 (0,46%)	94 (0,09%)	40 (0,04%)	19 (0,02%)	433 (0,40%)	43 (0,04%)
Primaria	191 (0,08%)	40 (0,02%)	2.911 (1,23%)	1.359 (0,57%)	113 (0,05%)	84 (0,04%)	1.050 (0,44%)	225 (0,09%)
Sec. I grado	119 (0,07%)	30 (0,02%)	2.751 (1,70%)	1.198 (0,74%)	104 (0,06%)	55 (0,03%)	695 (0,43%)	200 (0,12%)
Sec. II grado	97 (0,04%)	28 (0,01%)	1.573 (0,72%)	1.161 (0,53%)	115 (0,05%)	105 (0,05%)	573 (0,26%)	234 (0,11%)
Totale	491 (0,07%)	119 (0,02%)	7.738 (1,07%)	3.812 (0,53%)	372 (0,05%)	263 (0,04%)	2.751 (0,38%)	702 (0,10%)

Per quanto riguarda gli aspetti legati all'inclusione lavorativa, dalla V Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della L. 68/99, risulta che in Campania, al 31/12/2009, sono iscritti al collocamento mirato 130.534 disabili, di cui 15.254 iscritti nel solo 2009. Di questi, 953 sono stati avviati al lavoro attraverso i diversi strumenti previsti dalla legge (il 6% circa degli iscritti nello stesso anno).

E' quindi evidente che vi è un grosso bacino di utenza non soddisfatta e che potrebbe essere assorbita sia dalle aziende che sono tenute all'assunzione, che da altre aziende, che pur non essendo obbligate all'assunzione, possono trovare utile e vantaggioso impiegare una persona con disabilità. Il margine per consentire l'impiego

dovrebbe esserci in quanto, secondo quanto riportato nella stessa relazione, i posti scoperti, nelle sole aziende private, risultano essere 1.792. Potrebbe pertanto essere utile uno strumento che favorisca la percezione delle persone con disabilità come lavoratori che, impiegati nei limiti delle abilità residue, possono essere altrettanto produttivi delle persone che non hanno disabilità e conceda incentivi alle imprese per l'assunzione.

Altro fatto rilevante che riguarda il panorama della disabilità è la ratifica, avvenuta nel 2009, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che rilancia con forza l'obiettivo di "promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità". Ciò attraverso:

- a) il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;
- b) la non discriminazione;
- c) la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- d) il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- e) la parità di opportunità;
- f) l'accessibilità;
- g) la parità tra uomini e donne;
- h) il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

In tale direzione, la Regione Campania, con delibera n. 502 del 04/10/2011, ha istituito un gruppo intersettoriale, che attualmente sta svolgendo i suoi lavori, finalizzato ad evidenziare le novità introdotte dalla Convenzione ONU sulle persone con disabilità e quali siano i miglioramenti possibili, negli interventi di competenza regionale, per tenere conto della stessa.

Valutazione delle politiche e degli interventi posti in essere

Con riferimento a quanto previsto dal PSR 2009-2011, in particolare per gli interventi a titolarità regionale, si riassume brevemente quanto fatto:

- per quanto riguarda l'integrazione scolastica, la Regione ha portato avanti, come intervento surrogativo rispetto a quanto già fatto dai Comuni, dalle Province e dalle scuole, gli interventi di fornitura di testi in braille e a caratteri ingranditi in formato cartaceo e/o elettronico agli alunni con disabilità visiva. Tale intervento si rivolge ora direttamente agli alunni e alle relative famiglie che possono scegliere, all'interno di un elenco, il soggetto cui far effettuare le trascrizioni e chiedere a tal fine un contributo (cosiddetta "dote scuola") alla Regione. Nell'a.s. 2011-2012 sono state concesse doti scuola a 123 alunni per una somma complessiva di circa 290.000 euro. Per l'a.s. 2012-2013 l'avviso rivolto agli alunni e alle relative famiglie è stato approvato nel mese di giugno 2012. In tal modo, le richieste possono essere evase in tempi utili per consentire agli alunni di iniziare l'anno scolastico avendo già la disponibilità dei testi. Con riferimento all'integrazione scolastica più in generale, pur essendo il servizio di assistenza scolastica agli alunni disabili uno dei servizi più programmati dagli Ambiti (su esso viene investito il 20% circa della spesa programmata per l'area disabilità e salute mentale), va rilevato che permane una certa indefinitezza sulla titolarità degli specifici interventi da garantire agli alunni (trasporto, assistenza specialistica, ausili). Al fine di delineare le rispettive competenze, gli Ambiti sono invitati a stipulare, insieme alle Province, alle ASL e alle istituzioni scolastiche, gli accordi di programma per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità previsti dalla L. 104/92, di durata almeno pari a quella del

triennio coperto dai Piani di Zona. Tali accordi, per quanto riguarda la parte relativa agli Ambiti, alle province e alle ASL, possono anche essere anticipati a grandi linee nell'accordo di programma con cui viene adottato il Piano di Zona;

- con riferimento alla qualificazione dei servizi di accesso rivolti alle persone con disabilità, la Regione ha di recente emanato – con decreto dirigenziale n. 443 del 14/05/2012 (BURC 33 del 21/05/2012) – un avviso pubblico per la formazione di una short list di interpreti della Lingua Italiana dei Segni. L'avviso pubblico prevede che, al fine di rendere accessibili alle persone con disabilità uditiva una serie di eventi sul territorio regionale (convegni, seminari ecc.), tutte le amministrazioni pubbliche, oltre alle strutture regionali, possano accedere a contributi per l'impiego di interpreti LIS. La short list ha però una valenza più generale, in quanto può costituire un primo riferimento per gli Ambiti che volessero utilizzare interpreti della Lingua Italiana dei Segni per le funzioni del segretariato sociale o per altri servizi di Ambito, in questo modo consentendo anche alle persone con disabilità uditiva di accedere al sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali. Questo intervento si situa all'interno di un più vasto programma a favore della disabilità uditiva, approvato con deliberazione di Giunta n. 306/2011, che ha previsto, tra l'altro, anche interventi per facilitare il superamento delle barriere alla comunicazione e il finanziamento di progetti presentati dal privato sociale, il quale, in parte, si realizzerà anche nel corso del prossimo triennio;
- tra gli obiettivi del primo Piano Sociale regionale vi era quello di diffondere una migliore conoscenza della disabilità e una cultura che favorisse la percezione degli adattamenti necessari alla stessa come fonte di opportunità per tutti. Ciò ha trovato un suo sbocco nell'opportunità fornita dal Ministero del Welfare di presentare progetti a finalità sociale ai fini dell'utilizzo di una quota del Fondo Non Autosufficienza a titolarità statale. La Regione Campania, intendendo dare continuità e qualificare quanto già fatto con il progetto SINA, ha presentato il progetto denominato "SINA Campania", il quale prevede tra l'altro, la diffusione di una cultura della presa in carico conforme con le indicazioni della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e con la metodologia ICF;
- riguardo ai programmi per la fruizione del mare e della montagna da parte delle persone con disabilità, di seguito agli interventi a titolarità regionale, ne sono stati realizzati, nell'anno 2009, alcuni a titolarità intermedia, rivolti, attraverso un avviso pubblico, agli Ambiti territoriali, attraverso il quale 6 raggruppamenti di Ambiti (16 Ambiti in totale) hanno potuto realizzare gli interventi. Per il 2010, l'annualità dello scorso triennio, si è effettuato un riparto delle risorse a tutti gli Ambiti, vincolate alla realizzazione di tali interventi. A quanto risulta dalla programmazione della II annualità dei piani di zona, diversi interventi non sono stati attuati durante la I annualità e sono stati riprogrammati nella II. In ogni caso, confidando nel fatto che l'esperienza svolta abbia consentito agli Ambiti di valutare l'effettivo bisogno di tale tipo di interventi, non si sono, a partire dalla II annualità, destinate risorse specifiche per tale finalità, lasciando agli Ambiti stessi la decisione di finanziarli o meno con le risorse non vincolate afferenti al Fondo di Ambito;
- fra gli obiettivi specifici della Regione indicati nel Primo Piano Sociale Regionale era segnalato anche quello di sperimentare e implementare Servizi di sollievo in favore dei nuclei familiari di persone con disabilità. A tale proposito la Regione Campania ha emanato nel 2009 uno specifico Avviso Pubblico (D.D. n. 838 del 21/10/2009) volto a promuovere azioni di inclusione di persone con autismo e di sollievo del carico assistenziale dei relativi nuclei familiari. Per la promozione di tali azioni, la Regione ha stanziato € 400.000. In risposta all'Avviso Pubblico, rivolto ai

soggetti del Terzo Settore, sono stati selezionati 19 enti (14 associazioni, 4 cooperative sociali, 1 istituto di riabilitazione) per un totale di 26 progetti approvati (ogni ente poteva partecipare con 2 progetti). Dei 26 progetti, 11 hanno offerto servizi di sollievo alle famiglie, 4 hanno offerto sostegno alle organizzazioni per spese di ammodernamento e/o potenziamento delle sedi sociali, e 11 hanno proposto progetti di inclusione di persone con autismo. Molti i soggetti autistici e le famiglie coinvolte nei progetti su tutto il territorio regionale;

- con riferimento agli interventi sul “dopo di noi”, la Regione Campania ha finanziato, con due avvisi pubblici separati e l’investimento complessivo di 6,8 mln euro, la realizzazione o l’adeguamento di 18 strutture complessive (riportate in allegato). Di tali strutture, 8 sono già attive, 2 in corso di attivazione, le altre ancora inattive. Si ritiene che tali strutture possano concorrere a dare una risposta alle esigenze di alcune famiglie con disabili gravi, per cui non è ipotizzabile un percorso di autonomia, che hanno necessità di trovare una collocazione in vista del momento in cui i genitori non potranno più esser loro d’aiuto.

Definizione di una strategia di interventi

La strategia nel campo della disabilità, alla luce del problema di riduzione delle risorse economiche già evidenziato nel quadro generale, è quella di mantenere gli attuali livelli di intervento, in un quadro di maggiore flessibilità e di concentrazione delle risorse sui servizi essenziali.

A tale proposito, coerentemente con quanto previsto nel primo Piano Sociale Regionale, vanno preferite le prestazioni domiciliari a favore delle persone con disabilità, e questo per gli ovvi motivi secondo cui l’ambiente domestico e familiare è l’ambiente di vita in cui è preferibile che la persona continui a vivere. Di seguito agli interventi di assistenza domiciliare e per i casi strettamente necessari, va comunque garantito il livello di assistenza residenziale di tipo sociale. A tal proposito, è necessario porre attenzione ai reali bisogni del cittadino utente, predisponendo eventuali transizioni dal livello domiciliare al livello residenziale e dal livello residenziale a quello domiciliare, qualora ciò sia ritenuto più appropriato.

A tali servizi si ritiene di affiancare quelli sull’integrazione scolastica, che hanno già una certa tradizione nella nostra Regione e sui quali si ritiene qui opportuno continuare ad insistere, al fine di garantire il processo di autonomia della persona con disabilità durante il periodo di frequenza della scuola, nel quale si giocano gran parte delle possibilità di inserimento sociale e del successivo inserimento lavorativo. Un adeguato investimento in questo periodo può rendere la persona più autonoma e meno bisognosa di interventi nel periodo successivo e pertanto consentire un risparmio dei costi sul lungo periodo.

Infine, si ritiene utile citare il livello semi-residenziale, che, in quanto potenziale punto di socializzazione e di sollievo del carico di cura familiare, andrebbe garantito laddove possibile ed economico. Tali interventi andrebbero però affiancati, o sostituiti laddove necessario, da interventi di borse lavoro finalizzate ad un proficuo utilizzo delle abilità residue delle persone con disabilità e pertanto più utili ad attivarne e farne maturare l’autonomia.

Individuazione degli Obiettivi e degli interventi

- *Consolidamento dell’integrazione scolastica degli alunni con disabilità e del sistema “dote scuola” per gli alunni con disabilità visiva*
Per il prossimo triennio si chiede di mantenere o attivare (per gli Ambiti che ancora non li hanno previsti) i servizi di assistenza scolastica a favore delle persone con disabilità, sostenendoli ed inquadrandoli attraverso gli accordi di programma di cui

alla L. 104/92. A tal fine si ricorda che la Regione Campania ha approvato, insieme alle linee guida IV annualità per l'attuazione della L. 328/2000, uno schema di riferimento per la stipula degli accordi, che ancora adesso può considerarsi un valido riferimento. Attraverso gli accordi di programma, possono inoltre essere definite e messe a sistema le competenze e le risorse economiche di tutti gli enti chiamati a concorrere all'intervento, per garantire tutte le misure che concorrono ad una corretta integrazione, tra cui i trasporti, l'assistenza materiale e specialistica, la fornitura di sussidi. A tal proposito si ricorda che, mentre la legge 104/92 parla genericamente degli enti locali come soggetti tenuti ad assicurare l'integrazione scolastica delle persone con disabilità, in alcune recenti pronunce del TAR e del Consiglio di Stato (vedi, ad es. parere del Cons. di Stato n. 213 del 20/02/2008), le Province vengono individuate come responsabili dell'attuazione degli interventi nelle scuole superiori, in base alla lettura dell'art. 139 del D. lgs. 112/98. Le province pertanto, sono co-attori rilevanti nella definizione e nell'attuazione degli accordi di programma.

In relazione al tema dell'integrazione scolastica, anche per l'a.s. 2012-2013, la Regione ha promosso un avviso pubblico per la concessione della dote scuola per la trascrizione di testi in braille, a caratteri ingranditi e/o la fornitura di testi in formato elettronico agli alunni con disabilità visiva. L'Avviso ha seguito una procedura diversa da quello dell'anno precedente. Si è infatti proceduto ad emanare un primo Avviso (D.D. n. 394 del 24/04/2012) rivolto a costituire un elenco dei soggetti cui gli alunni della Regione Campania potevano rivolgersi per la trascrizione e la fornitura dei testi e poi a emanarne un secondo (D.D. n. 505 del 08/06/2012) rivolto direttamente agli alunni/famiglie. Quest'ultimo avviso, fra l'altro, è stato approvato nel mese di giugno 2012. In tal modo, le richieste possono essere evase in tempi utili per consentire agli alunni di iniziare l'anno scolastico avendo già la disponibilità dei testi. Si intende proseguire questo intervento nel corso di tutto il prossimo triennio in modo da garantire un supporto per quanto riguarda lo specifico problema della disabilità visiva, agli interventi messi in campo dagli Ambiti attraverso gli accordi di programma sull'integrazione scolastica.

Indicatori: N. di enti fornitori inseriti nell'elenco dei soggetti della Regione Campania; n. di alunni che usufruiscono della "dote scuola"; n. Ambiti che stipulano accordi di programma per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità; n. Ambiti che prevedono il servizio di assistenza scolastica a favore degli alunni con disabilità.

- *Sperimentazione di percorsi di inserimento lavorativo mirato*
Nell'ambito del POR Campania FSE 2007-2013 è presente l'obiettivo operativo g.5, finalizzato a "rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro". Nell'Ambito di tale obiettivo è stata, con deliberazione n. 1200/2009, effettuata una programmazione che ha destinato € 1.800.000 alla realizzazione di percorsi mirati di inserimento lavorativo per persone con disabilità. Per tale azione la Regione, in linea con quanto previsto dalla L. 68/99 sul collocamento mirato delle persone con disabilità, vuole avviare un'azione a titolarità che cerchi di affrontare gli ostacoli che si frappongono ad una corretta percezione del contributo lavorativo che possono apportare le persone con disabilità, nonostante la disabilità stessa. In particolare si struttureranno dei percorsi che, partendo dalla realizzazione di work experience all'interno di realtà lavorative, consentano alla persona con disabilità di acquisire conoscenze sull'ambiente di lavoro e di maturare nuove competenze, e ai datori di lavoro di vederle in opera, favorendo in tal modo il superamento del pregiudizio che talvolta porta a preferire il pagamento delle sanzioni previste dalla L. 68 rispetto all'assunzione di una persona con disabilità. Ai datori di lavoro che in seguito alla

realizzazione della work experience, procederanno all'assunzione, verrà erogato un incentivo volto a coprire quota parte del costo del lavoro sostenuto per il lavoratore disabile. In seguito a tale sperimentazione e alla valutazione dei risultati della stessa, si potrà passare ad azioni in cui un ruolo maggiore viene giocato dagli Ambiti, mentre la Regione assume un ruolo più caratterizzato in termini di monitoraggio e regia.

Indicatori: n. di persone con disabilità che effettuano work experience; n. di persone con disabilità assunte dopo l'effettuazione della work experience; n. di aziende coinvolte.

7.5 Area Anziani

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che sta coinvolgendo tutto il territorio nazionale e sta producendo conseguenze culturali, sociali ed economiche. L'allungamento della durata della vita, grazie anche ai progressi della medicina ed alla crescita del benessere e della qualità della vita sta determinando un processo di invecchiamento della società molto pronunciato.

La Regione Campania è tra tutte le regioni d'Italia quella con la percentuale di popolazione anziana più bassa. Gli ultrasessantacinquenni (circa 941.849) rappresentano, infatti, solo il 16,1% della popolazione totale residente in Campania [grafico 81].

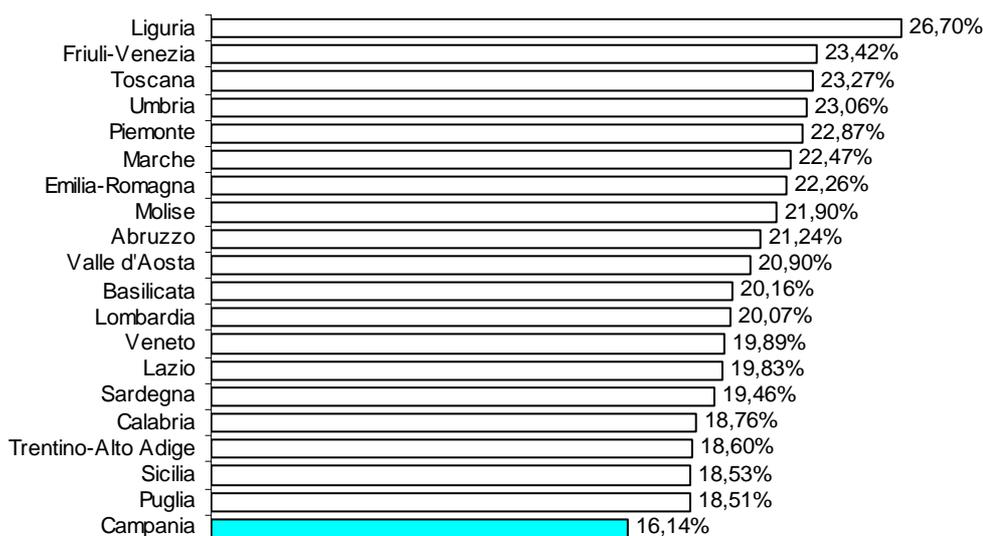


Grafico 81: % cittadini di 65 e più anni delle regioni italiane (elaborazione su dati ISTAT 2011)

Inoltre, il quadro epidemiologico su base demografica descrive una situazione meno problematica rispetto ad altre regioni, sia per quanto riguarda i fattori di invecchiamento della popolazione sia con riferimento agli indici di dipendenza. Essa, infatti, risulta essere la regione più giovane d'Italia, con il più alto tasso di popolazione minorile, con indici di vecchiaia bassi ed una percentuale di popolazione ≥ 75 inferiore alle altre regioni.

Se tuttavia la minore incidenza della popolazione anziana non autosufficiente consente di stimare una domanda di assistenza inferiore rispetto ad altre regioni, va considerato anche un ulteriore parametro, molto importante, che è l'indice di carico di cura, secondo il quale è possibile considerare non solo la quantità di persone anziane da assistere ma anche la effettiva capacità della famiglia di mantenere al domicilio i propri familiari non autosufficienti.

Questo parametro pone la Campania tra le regioni italiane con maggiore carico di cura e pertanto, se l'indice di vecchiaia è il più basso su scala nazionale, l'indice di carico di cura è invece fra i più elevati.

In questo scenario, una grande attenzione è stata rivolta, necessariamente al fenomeno della non autosufficienza che, nel corso del tempo, ha assunto una dimensione tale da richiedere risposte pubbliche sempre più forti e rispondenti alla dimensione dei bisogni di quella fascia di popolazione prevalentemente composta da persone ≥ 75 anni, ritenuta più fragile. Con l'età che avanza le condizioni di salute tendono inevitabilmente a peggiorare e questo comporta un crescente bisogno di assistenza con costi elevati per le famiglie.

In tale prospettiva, dunque, l'attività di indirizzo della Regione Campania è stata orientata sui seguenti assi strategici:

- 1) Potenziamento delle forme di assistenza domiciliare;
- 2) Rafforzamento della infrastrutturazione sociale e diffusione della sperimentazione di soluzioni abitative nuove;
- 3) Sostegno alla programmazione territoriale dei Comuni per iniziative volte alla valorizzazione e alla partecipazione degli anziani alla vita sociale.

Il primo Piano Sociale Regionale 2007/2009 ha individuato la domiciliarità come obiettivo strategico della programmazione sociale regionale al fine di promuovere l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza in casa in considerazione del valore che la casa rappresenta per la loro qualità della vita, come luogo della memoria, delle abitudini consolidate e come baricentro della vita di relazione.

In particolare, si è provveduto, sia con finanziamenti dedicati che con una definizione dei principi di programmazione a realizzare una rete di servizi domiciliari assistenziali, diffusa ed articolata, che, ciò nonostante, non presenta, ancora oggi, le caratteristiche dell'uniformità e dell'omogeneità.

Dall'analisi dei dati forniti dal SIS regionale, risulta che gran parte delle risorse dell'area anziani (circa il 70%) programmate nel primo triennio del PSR 2007-2009, sono state impiegate per garantire servizi domiciliari, mentre il restante 30%, è stato per metà destinato ai servizi residenziali (Case Albergo, Centri Sociali Polifunzionali e Comunità Alloggio) e, per l'altra metà ai servizi per l'invecchiamento attivo, come i centri sociali polifunzionali, i soggiorni climatici, i contributi per la partecipazione ad attività socio-culturali e di socializzazione, i servizi per l'integrazione sociale, di vigilanza scolastica e di trasporto sociale.

Risulta, inoltre, che ha fruito dei servizi di assistenza domiciliare una percentuale piuttosto esigua di utenti, che oscilla tra il 12 ed il 17% del totale degli utenti previsti nella programmazione dell'area anziani. Tale dato mette in evidenza quanto sia ancora troppo forte il divario tra domanda ed offerta dei servizi domiciliari, lasciando intravedere tra le possibili cause anche l'esiguità delle risorse finanziarie.

Appare pertanto evidente che tra gli obiettivi della programmazione delle politiche sociali regionali del prossimo triennio vi è il consolidamento del già avviato processo di diffusione della domiciliarità, al fine di favorire la permanenza in famiglia, la de-istituzionalizzazione e la de-ospedalizzazione delle persone anziane con la conseguenziale, non scarsamente rilevante, riduzione dei costi e della spesa sanitaria. La domiciliarità viene pertanto confermata ancora una volta come l'obiettivo strategico della programmazione delle politiche sociali regionali 2013/2015.

L'altro obiettivo strategico che la Regione Campania ha inteso ed intende perseguire anche per il futuro è il consolidamento di un'offerta differenziata di servizi/interventi a supporto degli anziani e delle loro famiglie, a partire da una infrastrutturazione minima

dei servizi di assistenza domiciliare, dei Centri Sociali Polifunzionali e delle strutture residenziali, al fine di garantire livelli essenziali di assistenza, senza trascurare la promozione di interventi di inclusione sociale che esulano dai livelli essenziali e che al pari di altri interventi hanno la funzione di valorizzare l'esperienza e l'apporto degli anziani alla costruzione di reti di solidarietà sociale, per riconoscere loro il diritto di cittadinanza attiva, anche con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e di volontariato.

Nel periodo di vigenza del primo piano sociale regionale si è data continuità al percorso di regolamentazione dei servizi socio-assistenziali, caratterizzato dall'introduzione di standard strutturali, organizzativi e funzionali di diverse tipologie di strutture residenziali e semi-residenziali e dall'istituzione dell'"Anagrafe Regionale dei Servizi" consultabile sul portale regionale e aggiornabile in tempi reali.

Con l'approvazione della Legge Regionale n.11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale", è stato avviato un percorso di ridefinizione più organica di tutta la materia, per redigere un nuovo regolamento che ai sensi dell'art.8 comma 1 lettera d) della stessa legge, definisce le procedure, le condizioni, i requisiti soggettivi e strutturali, i criteri di qualità, per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Tale regolamento, approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 16 del 23 Novembre 2009 pubblicato sul BURC n.71 del 30 Novembre 2009, ha introdotto il meccanismo della *DIA* per favorire il processo di liberalizzazione e semplificazione del procedimento amministrativo, ed il meccanismo dell'*accreditamento*, basato sul modello del governo pubblico, secondo il quale, si concede l'accreditamento a tutti i soggetti che in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali indicati negli allegati tecnici del regolamento, ne fanno richiesta e che gestiscono servizi presenti nella programmazione sociale regionale.

Inoltre, esso si caratterizza per l'introduzione sul territorio campano di una nuova tipologia di struttura residenziale intermedia "socio-sanitaria", capace di garantire un livello alto di assistenza tutelare ed un livello basso di assistenza sanitaria, denominata "*Comunità Tutelare per persone Non Autosufficienti*" (vedi paragrafo 8.2).

Naturalmente, non mancano, nell'attuale sistema di offerta residenziale, alcune criticità, come la disomogeneità quali-quantitativa dell'offerta di strutture sul territorio, le difficoltà da parte degli Enti gestori a provvedere ai necessari adeguamenti strutturali, organizzativi e funzionali, il ritardo da parte dei Comuni/Ambiti nell'assolvere alle funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture conferite loro dalla normativa vigente. Il superamento delle suddette criticità risiede nel processo di riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani che rappresenta, anch'esso, un obiettivo strategico della programmazione delle politiche sociali regionali del prossimo triennio.

Infine, dall'analisi dei dati forniti dal SIS regionale, risulta che solo una esigua percentuale delle risorse dell'area anziani è stata destinata ai servizi per l'invecchiamento attivo, che, nel prossimo triennio operativo, dovranno essere fortemente potenziati attraverso il perseguimento di politiche ed azioni a favore delle persone anziane che, stimolino la loro indipendenza, promuovano stili di vita sani, favoriscano il loro ruolo attivo all'interno della famiglia e della società, il loro impegno civile e di volontariato e la capacità di adattamento nell'ambito dell'educazione, della formazione e dell'occupazione.

La popolazione anziana del territorio campano è stata e deve essere maggiormente coinvolto in attività socialmente utili come le attività di tutoraggio e di insegnamento nei

corsi professionali, le iniziative di carattere culturale, le attività di recupero del territorio e di salvaguardia dell'ambiente, le attività di assistenza ai soggetti svantaggiati. In accordo con gli obiettivi dell' "Anno Europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni 2012", proclamato dall'Unione Europea, la Regione Campania si pone per il prossimo triennio l'obiettivo di promuovere una cultura dell'invecchiamento attivo che valorizzi l'utile contributo delle persone anziane alla società e all'economia favorendo opportune condizioni di lavoro, di partecipazione alla vita sociale e di vita sana ed indipendente.

Gli anziani possono contribuire al miglioramento dei servizi al cittadino ed al miglioramento della qualità della vita e gli Enti Locali, possono e devono, anche attraverso le associazioni di volontariato e le cooperative di solidarietà, impiegare gli anziani in quelle attività socialmente rilevanti che sono proprie e funzionali alla terza età (es. "Nonno Civico").

Per questo, nel prossimo triennio operativo, occorre affidare a ciascun ambito territoriale il compito di individuare gli interventi che più rispondono alle fasce di bisogno e alle caratteristiche del territorio, tra cui, sostenere forme di aggregazione sociale attraverso lo sviluppo e la qualificazione dei centri sociali polifunzionale, impiegare gli artigiani anziani nella formazione dei giovani anche allo scopo di conservare e tramandare mestieri pregevoli attualmente a rischio estinzione, incentivare le attività di volontariato e di reciprocità, nonché dell'assunzione di ruoli attivi di utilità sociale da parte delle persone anziane, ecc.

7.6 Obiettivi ed azioni delle politiche della famiglia

Obiettivo strategico n. 1	Promuovere l'inclusione sociale: le politiche per la famiglia
Definizione	Promozione di politiche sociali dirette esplicitamente al sostegno della famiglia rafforzando un approccio incentrato su una stretta collaborazione tra tutte le Istituzioni che si occupano dei servizi alla persona
Durata	Triennale
Target	Minori, Donne in difficoltà
Obiettivo operativo 1.1	Protezione dei diritti dei minori e tutela delle responsabilità familiari
Definizione	Sviluppare le responsabilità familiari, promuovere la salute della famiglia, prevenire qualsiasi forma di maltrattamento e ridurre il rischio di istituzionalizzazione. A tal fine occorre favorire la conoscenza e l'istruzione, affiancare e sostenere là dove emerge il bisogno.
Target	Famiglia e minori
Azione 1.1.1	Programma di adozione sociale
Descrizione	Sostegno precoce alla famiglie a rischio sociale alla nascita dei figli. L'intervento prevede un'accoglienza socio-sanitaria, una comunicazione tempestiva al territorio di residenza e la messa in campo di interventi integrati di sostegno e aiuto concreto (pacchi alimentari, manutenzione delle strutture abitative, sostegno economico) con periodiche visite domiciliari di personale socioeducativo volontario e istituzionale.
Target	Nucleo familiare
Indicatori	nr famiglie assistite / nr totale famiglie
Azione 1.1.2	Interventi per l'affido e sostegno dell'adozione
Descrizione	Tutelare l'interesse del minore a crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia; ridurre i tempi degli interventi residenziali per i minori, migliorandone la qualità attivando tutte le risorse del territorio e ottimizzando i costi complessivi della spesa

	<p>sociale, offrendo risposte efficienti ed efficaci ai bisogni sempre più differenziati; Gli ambiti territoriali devono Incentivare l'affido familiare, quale intervento privilegiato rispetto all'ipotesi d'inserimento in strutture residenziali attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il potenziamento dei SAT (Servizio di Affidamento Territoriale); - la Predisposizione di percorsi di informazione-formazione individuali o di gruppo sugli aspetti giuridici, sociali e psicologici dell'intervento; - il sostegno e l'accompagnamento delle famiglie affidatarie; - la Rivalutazione dei PEI dei minori collocati in strutture nella prospettiva di individuare un nuovo e migliorativo intervento per favorire il benessere psico-fisico del minore stesso e lì dove possibile pensare ad interventi domiciliari e territoriali.
Target	Minori
Indicatori	numero dei minori accolti nelle strutture/ numero minori in affido familiare.
Azione 1.1.3	Interventi contro l'abuso e il maltrattamento
Descrizione	Sviluppare azioni di prevenzione della violenza all'infanzia attraverso la diffusione di un'adeguata conoscenza del fenomeno e il rafforzamento della rete istituzionale.
Target	Minori ed operatori
Indicatori	Protocollo operativo tra le amministrazioni competenti in tema di tutela dei minori (scuola, tribunali, procura, enti locali).
Azione 1.1.4	Interventi per i minori dell'area penale
Descrizione	Consolidare e qualificare le esperienze pregresse superando visioni riduttive e settoriali, a favore di un approccio integrato attraverso l'utilizzo diffuso del Progetto Sociale individualizzato (DGRC 1710/2007); potenziare l'interazione tra le varie Amministrazioni territoriali coinvolte nella tutela dei minori dell'area penale, così come disposto dagli artt. 19 e 22 DPR 448/88 e dall' art 10 del D. Lgs 272/89. Condivisione delle informazioni sul minore presenti nella cartella sociale informatizzata tra i servizi sociali dell'amministrazione della giustizia minorile e quelli degli enti locali.
Target	Minori area penale
Indicatori	La creazione di una cabina di regia cui facciano parte la Regione Campania, il Centro Giustizia Minorile e gli Ambiti territoriali/ nr di intese tra ambiti e CGM
Azione 1.1.5	Interventi di sostegno economico a favore delle donne sole con figli
Descrizione	Erogazione contributo alle donne sole con figli minori
Target	Donne e Minori
Indicatori	
Obiettivo operativo 1.2	Protezione per donne vittime di violenza
Descrizione	L'obiettivo che si intende raggiungere è la raccolta strutturata dei dati ed informazioni sul fenomeno assicurando un livello di informazione adeguato diffuso ed efficace attraverso l'implementazione di una rete tra i centri antiviolenza e le strutture pubbliche e private, la formazione delle professionalità che entrano in contatto con le tematiche della violenza sulle donne, la collaborazione con le forze dell'ordine.
Target	Donne in difficoltà, vittime di violenza o vittime di tratta
Azione 1.2.1	Potenziamento e creazione di centri antiviolenza anche attraverso presidi ospedalieri
Target	Donne vittime di violenza
Indicatori	Nr nuovi centri antiviolenza/totale nr centri antiviolenza
Obiettivo operativo 1.3	Promuovere l'inclusione sociale - Area Disabilità
Descrizione	La strategia nel campo della disabilità, alla luce del problema di riduzione delle risorse economiche già evidenziato nel quadro generale, è quella di mantenere gli

	<p>attuali livelli di intervento, in un quadro di maggiore flessibilità e di concentrazione delle risorse sui servizi essenziali. A tale proposito, coerentemente con quanto previsto nel primo Piano Sociale Regionale, vanno preferite le prestazioni domiciliari a favore delle persone con disabilità, e questo per gli ovvi motivi secondo cui l'ambiente domestico e familiare è l'ambiente di vita in cui è preferibile che la persona continui a vivere. Di seguito agli interventi di assistenza domiciliare e per i casi strettamente necessari, va comunque garantito il livello di assistenza residenziale di tipo sociale. A tal proposito, è necessario porre attenzione ai reali bisogni del cittadino utente, predisponendo eventuali transizioni dal livello domiciliare al livello residenziale e dal livello residenziale a quello domiciliare, qualora ciò sia ritenuto più appropriato.</p>
Target	Persone con disabilità
Azione 1.3.1	Consolidamento dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità e del sistema "dote scuola" per gli alunni con disabilità visiva
Descrizione	Per il prossimo triennio si chiede di mantenere o attivare (per gli Ambiti che ancora non li hanno previsti) i servizi di assistenza scolastica a favore delle persone con disabilità, sostenendoli ed inquadrando attraverso gli accordi di programma di cui alla L. 104/92. n relazione al tema dell'integrazione scolastica, anche per l'a.s. 2012-2013, la Regione ha promosso un avviso pubblico per la concessione della dote scuola per la trascrizione di testi in braille, a caratteri ingranditi e/o la fornitura di testi in formato elettronico agli alunni con disabilità visiva
Target	Alunni con disabilità
indicatori	Indicatori: N. di enti fornitori inseriti nell'elenco dei soggetti della Regione Campania; n. di alunni che usufruiscono della "dote scuola"; n. Ambiti che stipulano accordi di programma per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità; n. Ambiti che prevedono il servizio di assistenza scolastica a favore degli alunni con disabilità
Azione 1.3.2	Sperimentazione di percorsi di inserimento lavorativo mirato
Descrizione	Nell'ambito del POR Campania FSE 2007-2013 è presente l'obiettivo operativo g.5, finalizzato a "rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro". Nell'Ambito di tale obiettivo è stata, con deliberazione n. 1200/2009, effettuata una programmazione che ha destinato € 1.800.000 alla realizzazione di percorsi mirati di inserimento lavorativo per persone con disabilità. Per tale azione la Regione, in linea con quanto previsto dalla L. 68/99 sul collocamento mirato delle persone con disabilità, vuole avviare un'azione a titolarità che cerchi di affrontare gli ostacoli che si frappongono ad una corretta percezione del contributo lavorativo che possono apportare le persone con disabilità, nonostante la disabilità stessa.
Target	Persone con disabilità
Indicatori	Indicatori: n. di persone con disabilità che effettuano work experience; n. di persone con disabilità assunte dopo l'effettuazione della work experience; n. di aziende coinvolte.
Obiettivo operativo 1.4	Promuovere l'inclusione sociale – Area Anziani
Descrizione	Consolidamento di un'offerta differenziata di servizi/interventi a supporto degli anziani e delle loro famiglie, a partire da una infrastrutturazione minima dei servizi di assistenza domiciliare, dei Centri Sociali Polifunzionali e delle strutture residenziali, al fine di garantire livelli essenziali di assistenza, senza trascurare la promozione di interventi di inclusione sociale che esulano dai livelli essenziali e che al pari di altri interventi hanno la funzione di valorizzare l'esperienza e l'apporto degli anziani alla costruzione di reti di solidarietà sociale, per riconoscere loro il diritto di cittadinanza attiva, anche con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e di volontariato.
Target	
Azione 1.4.1	
Descrizione	
Target	
Indicatori	

8. Promuovere l'integrazione sociosanitaria

8.1 Le politiche per la non autosufficienza e la domiciliarità

Scenario pregresso: criticità del primo triennio

L'attuazione di una politica d'integrazione tra i Distretti Sanitari ed i Comuni associati ha impattato nel primo triennio di attuazione del P.S.R. in molteplici criticità che si sono incentrate sulle difficoltà finanziarie di compartecipazione dei Comuni alla spesa sociosanitaria.

L'esiguità dei bilanci comunali, la mancata copertura del fondo regionale previsto dalla L.R. 11/07, e le necessità finanziarie delle ASL dovute al Piano di Rientro del Settore Sanitario, hanno di fatto determinato una fase di stallo del percorso pur faticosamente avviato negli anni precedenti, inficiando sia la programmazione congiunta di interventi sia lo stesso utilizzo del Fondo Non Autosufficienze che era stato destinato al raggiungimento dell'Obiettivo di servizio S 06 sull'assistenza domiciliare integrata agli anziani.

La Regione Campania ed il Commissario ad Acta per il Rientro del Settore Sanitario hanno dal 2010 al 2012 emanato una serie di provvedimenti volti a chiarire i termini della problematica finanziaria, richiamando i Comuni ad assumere la responsabilità sia sotto il profilo tecnico-organizzativo che finanziario delle necessità assistenziali delle persone non autosufficienti onde sollevare il S.S.N. da un carico di cura non sempre appropriato e con oneri finanziari non più sostenibili.

Le determinazioni assunte nel primo triennio

Con il Decreto Commissariale n. 6 /2010 sono state definite le tariffe delle strutture rientranti nei L.E.A. sociosanitari e si sono indicati i criteri per regolamentare la compartecipazione degli utenti ai servizi sociosanitari inclusi nei L.E.A.

Con la DGRC n.41/2010 è stato definito il "*Sistema delle Cure Domiciliari*", indicando con chiarezza responsabilità e competenze dei Distretti e dei Comuni ed è stato delineato l'intero percorso di presa in carico degli utenti, (accesso, valutazione del bisogno sociosanitario, progetto personalizzato, erogazione degli interventi); percorso nel quale le Unità di Valutazione Integrate, assumono un ruolo centrale e rappresentano lo snodo organizzativo determinante delle politiche integrate sociosanitarie.

Con i Decreti Commissariali n. 77 e n. 81 /2011 si è posto termine ad una spesa inappropriata assunta dalle ASL in sostituzione dei Comuni per i servizi sociosanitari, e per sostenere le problematiche di tale processo messo in campo dal Commissario ad Acta, la Giunta Regionale ha definito con DGRC n.50/2012 una serie di misure che da un lato impongono ai Comuni di assumere negli atti programmatici il carico assistenziale delle persone non autosufficienti, dall'altro prevedono di sanare la situazione creditoria accumulata dalle ASL nei confronti dei Comuni per il triennio di vigenza del P.S.R.. Nel contempo si è deciso di procedere ad una ricognizione delle risorse del FNA non utilizzate dai Comuni per gli interventi cui erano state destinate, tesa alla revoca delle stesse assegnazioni, onde ottimizzare al massimo le modalità di finanziamento regionale della spesa sociosanitaria.

Nel 2012 per rafforzare il ruolo centrale svolto dalle UVI nell'integrazione organizzativa delle politiche sociali e sanitarie, con le Deliberazioni del Commissario ad Acta n. 323 e 324 del 3.7.2012, sono stati approvati 2 strumenti di lavoro determinanti, ovvero le schede SVAMA e SVAMdi per la valutazione del bisogno assistenziale complesso e la

prescrizione di un più appropriato regime assistenziale.

Un altro passo essenziale nella stessa direzione è stato compiuto nell'ambito del Progetto Sperimentale SINA Campania che, attraverso un percorso di progettazione partecipata con i responsabili territoriale del sistema SINA, ha prodotto la "cartella sociale informatizzata". A partire dal 2013 la cartella permetterà la tracciabilità del percorso degli utenti non autosufficienti, dalla richiesta di accesso fino al monitoraggio degli interventi sociali e sociosanitari messi in campo dai Comuni associati.

Le azioni fin qui descritte nascevano dall'obiettivo prioritario del triennio di potenziare i servizi domiciliari, puntando sulla integrazione organizzativa e professionale tra ASL e Comuni anche in ragione del Piano di Azione sull'ADI (Cfr paragrafo), ma più complessivamente hanno permesso di costruire gli aspetti fondanti di una integrazione sociosanitaria estensibili anche alle altre prestazioni LEA

Infatti, considerate le criticità finanziarie derivanti dall'applicazione dei LEA si è scelto fin dall'inizio di privilegiare gli interventi domiciliari, che partendo da una esperienza già acquisita nell'ambito del sociale, e potendo contare su risorse certe a valere sul FNA, sono oggi divenuti la voce principale del sistema di offerta integrato.

Nel contempo la Regione ha strategicamente puntato ad una diversificazione del sistema di offerta sociale ed alla riconversione del regime assistenziale da "sanitario" in "sociale" tale da alleggerire il S.S.R. e qualificare il ruolo dei Comuni nell'ambito della erogazione dei L.E.A.

Si è così cercato di ovviare all'assenza nel sistema di offerta regionale di una tipologia intermedia di strutture, adeguate a coloro che, pur presentando un basso livello assistenziale sanitario da non richiedere necessariamente il ricovero, presentano un alto livello di bisogno tutelare, ma per ragioni esclusivamente sociali non possono essere assistiti a domicilio.

E' stata quindi individuata la "struttura tutelare per non autosufficienti" nell'ambito del Regolamento attuativo DPGR n. 16/2009 (per la quale si è previsto un primo finanziamento con risorse regionali, ne seguiranno altri a valere sul FESR). Mentre, con la DGRC n. 666/2012 sono state definite 2 nuove tipologie di strutture "comunità alloggio" e "gruppo appartamento" specifiche per persone con disagio psichico, stabilizzate.

Ciò determina al termine del triennio una svolta di prospettiva con la quale guardare al successivo P.S.R.

Nuovo Scenario

Innanzitutto con l'assunzione da parte della Regione di una porzione del debito pregresso dei Comuni, si è attenuato il livello di conflittualità istituzionale e si assiste oggi ad una ripresa delle attività di concertazione tra Comuni e Distretti Sanitari per una riorganizzazione del sistema dei servizi ed una presa in carico condivisa degli utenti con bisogno complesso sociosanitario. Pur con tutte le difficoltà dovute alle condizioni sempre più critiche dei bilanci comunali, al termine del triennio si stanno sottoscrivendo le convenzioni per la certificazione delle spese pregresse e per la programmazione integrata del 2012, ma ancor più rilevante è la sottoscrizione o l'adeguamento alle ultime indicazioni regionali dei Regolamenti sociosanitari per le funzioni di accesso e valutazione e per la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

Le attività messe in campo anticipano la nuova legge regionale n.15/2012 per il ruolo determinante che essa conferisce alle U.V.I., quale fulcro del coordinamento tra servizi sanitari e servizi sociali, e per la configurazione dei "progetti personalizzati per non

autosufficienti” quale elemento chiave della complessiva programmazione sociosanitaria integrata.

La stessa legge nel chiarire l’ambito d’intervento delle UVI e della integrazione tra le politiche sociali e sanitarie pone la definizione della non autosufficienza come area omnicomprensiva degli utenti in carico al sistema sociosanitario, dal ché il novello Titolo V “*Servizi Sociali e Sanitari integrati per la non autosufficienza*”.

Infatti la L.R. 15/12 supera una distinzione, che sebbene non normata era entrata nell’uso comune, tra persone anziane divenute non autosufficienti in ragione dell’età e persone disabili. Per tale distinzione la responsabilità della presa in carico di uno stesso utente, dopo il compimento dei 65 subiva un trasferimento di competenze sia nell’ambito dei Distretti che dei Comuni. Oggi per “non autosufficiente” con la normata definizione s’intende chiunque abbia una limitazione nella sfera dell’autonomia personale, tale da richiedere l’aiuto di altri per svolgere le attività di vita quotidiana, e ciò indipendentemente da età, patologie o eventi traumatici che l’hanno determinata.

L’integrazione sociosanitaria concerne quindi il coordinamento tra servizi sanitari e servizi sociali per rispondere in termini di appropriatezza al bisogno assistenziale delle persone non autosufficienti stabilizzate nei casi di lungo-assistenza, ovvero per coloro che presentano accanto a patologie croniche necessità di assistenza tutelare a carattere sociale.

Ciò che distingue la responsabilità della presa in carico e la tipologia dei servizi/interventi da offrire non scaturisce da una catalogazione formale della persona che si rivolge ai servizi territoriali, ma un’attenta valutazione delle sue condizioni cliniche e sociali. La U.V.I. deve infatti definire la intensità del bisogno assistenziale ed indicare il regime assistenziale più idoneo se a prevalenza sanitario o a prevalenza sociale.

Le U.V.I., in anticipo sulla disposizioni della nuova legge, sono oggi fornite di uno strumento di lavoro: le schede SVAMA e SVAmDi costituite da un insieme di cartelle che racchiudono elementi di valutazione differenti sia sanitaria che sociale per la redazione di un progetto assistenziale appropriato alle condizioni di bisogno.

Le schede sono differenziate per ragioni esclusivamente sanitarie mentre la valutazione del bisogno sociale resta identica. Con tali strumenti, frutto di una lunga concertazione con i servizi territoriali, si è inteso rafforzare il ruolo dei Servizi Sociali all’interno della U.V.I. e dotare l’assistente sociale di un’insieme di scale di valutazione che permettono di considerare le limitazioni del “non autosufficiente” ad autodeterminarsi in funzione del contesto sociale in cui vive, in linea con il sistema I.C.F.

E’ quindi oggi possibile, alla luce delle schede SVAMA e SVAmDi e delle *linee guida* per le funzioni integrate di accesso e valutazione (ex DGR n.41/11), individuare tra gli obiettivi del nuovo triennio quello di costruire un percorso omogeneo sul territorio regionale, dalla richiesta del cittadino alla capacità di offerta del sistema integrato.

In seguito agli ultimi atti regionali il ruolo dei Servizi Sociali all’interno della U.V.I. non ha più un carattere meramente conoscitivo ma è essenziale per l’assunzione della responsabilità del caso sia sotto il profilo organizzativo che economico. Infatti, laddove scaturisca dalla valutazione che il livello di bisogno è ad alta intensità tutelare, l’assistente sociale viene individuato quale “case manager”, ed il progetto personalizzato deve prevedere una titolarità sociale del regime di erogazione. Laddove invece il bisogno risulti a media o alta intensità sanitaria, ma il progetto personalizzato indichi la necessità di prestazioni compartecipate nell’ambito dei L.E.A., l’assistente sociale o il rappresentante amministrativo dell’Ambito deve assumerne gli

oneri finanziari.

Ecco quindi che la programmazione sociosanitaria del Piano di Zona deve necessariamente assumere i progetti personalizzati delle U.V.I. come base della programmazione finanziaria del F.U.A., prevedendo non solo la continuità dei progetti già definiti ma anche un fondo di riserva per l'assunzione di nuovi oneri di compartecipazione ai L.E.A. che si prospettano nel corso dell'anno o per la presa in carico nell'ambito dei servizi a titolarità sociale.

I progetti delle U.V.I. confluiscono a partire dal 2013 nella cartelle sociali informatizzate del S.I.N.A. ed attraverso il sistema informativo si trasformano in dato essenziale che permetterà agli Uffici di Piano di aggiornare nel triennio la programmazione sociosanitaria. Un obiettivo del nuovo P.S.R. sarà rappresentato dalla congruenza tra i dati del S.I.N.A. ed i servizi programmati.

In sintesi, si rende necessario nel nuovo triennio definire con chiarezza negli atti programmatori congiunti la titolarità degli interventi sociali o sociosanitari, e quindi prevedere l'assunzione in carico al sociale dei "non autosufficienti stabilizzati con basso livello di bisogno sanitario e con prevalente bisogno assistenziale sociale", nonché concordare con i Distretti Sanitari la compartecipazione ai LEA (sia in termini di prestazioni che di risorse) per i "non autosufficienti gravi stabilizzati con medio- alto bisogno assistenziale sanitario".

La domiciliarità

Nell'ambito dagli interventi da attivare resta in ogni caso prioritario il principio di favorire la domiciliarità in continuità con il primo PSR e con l'Obiettivo di Servizio sull'ADI (cfr. cap. 5).

In tale ambito la novità che scaturisce dal nuovo "*Sistema delle cure domiciliari*" prevede che i Comuni saranno per la prima volta coinvolti nell'erogare prestazioni tutelari ad alta intensità assistenziale nell'ambito di un servizio a prevalenza sanitario che in passato era di esclusiva competenza del SSN e veniva definito "ospedalizzazione a domicilio".

Le stesse indicazioni regionali definiscono nella "Tabella delle Prestazioni Sociali", un ampio ventaglio di prestazioni a carattere esclusivamente sociale che al di là delle prestazioni propriamente tutelari afferenti i L.E.A., rappresentano la componente essenziale e qualificante di una presa in carico integrata dell'utente e della sua famiglia.

In linea con le previsioni del nuovo Piano Nazionale della Famiglia, si rende opportuno favorire la domiciliarità con azioni di sistema ad impatto indiretto finalizzate a sostenere le famiglie dei non autosufficienti sulle quali grava il maggior peso del carico assistenziale sia in termini di responsabilità che di risorse economiche. Basti ricordare che dall'ultima rilevazione SINA (2011) ben il 93% del campione di cittadini non autosufficienti può disporre del sostegno familiare ed il 60% di un'assistenza continua.

E' opportuno quindi, proseguendo l'esperienza intrapresa con l'avviso "care giver" valorizzare il ruolo delle formazioni sociali e la costituzione di reti di mutuo aiuto, sostenere progetti innovativi per le famiglie nell'ambito del nuovo regime di "aiuti a finalità regionale" ex DGRC n. 433/2012, supportare le spese assistenziali delle famiglie attraverso *voucher* per l'acquisto di servizi o per l'assunzione di badanti opportunamente formate.

Il recente Programma Regionale per gli ammalati di SLA apre in tal senso una nuova prospettiva: nasce dalla condivisione delle legittime istanze espresse dai familiari degli ammalati e mira a riconoscere quanto sia essenziale, per le implicazioni psicologiche,

il ruolo svolto da un familiare di fiducia nelle attività di assistenza tutelare. A tal fine prevede un "assegno di cura" commisurato al livello di bisogno sociale dell'intero nucleo familiare, così come scaturisce dalla "Scheda di Valutazione Sociale" SVAMA/SVAmDi e coinvolge la persona che è affettivamente più vicina all'ammalato in un progetto sociosanitario di ADI.

Si rende necessario consolidare il sistema di offerta ancora troppo carente costruendo una rete adeguata di servizi e strutture a bassa intensità sanitaria sfruttando le opportunità che la programmazione regionale sta cercando di mettere in campo attraverso i fondi europei del FESR e del FSE. Come obiettivo del prossimo triennio si può indicare la realizzazione di strutture tutelari per non autosufficienti (disabili fisici, psichici e sensoriali adulti), comunità alloggio e gruppi appartamento per persone con problemi psichici.

8.2 I servizi residenziali per la non autosufficienza

Il primo PSR si è posto tra gli obiettivi specifici quello di consolidare il processo di integrazione tra servizi sociali e sanitari e di favorire la programmazione unitaria pubblica delle azioni al fine di garantire qualità e appropriatezza dei percorsi e delle prestazioni assistenziali per una più efficace azione di tutela delle persone non autosufficienti.

Nel corso del primo triennio di attuazione del PSR, sono state ampiamente sostenute non solo le attività di integrazione sociosanitaria, ma anche la filosofia del progetto personalizzato, quale misura più idonea ad individuare i percorsi di integrazione affettiva e socio-lavorativa delle persone in uscita da situazioni di difficoltà.

La complessità dei bisogni delle persone non autosufficienti ha imposto il rafforzamento dell'approccio integrato socio-sanitario attraverso una collaborazione stretta tra gli operatori del servizio sociale dell'ambito territoriale e gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) per la gestione delle problematiche di riferimento e la redazione del progetto personalizzato di intervento.

E' stata inoltre ravvisata la necessità di realizzare nuove soluzioni residenziali abitative, anche attraverso l'attivazione ed il sostegno di progetti sperimentali, capaci di favorire percorsi di autonomia e di reinserimento sociale delle persone più fragili.

In tale cornice si inserisce l'introduzione nel repertorio delle strutture residenziali presenti sul territorio campano della *Comunità Tutelare per persone Non Autosufficienti* e la sperimentazione di *Strutture Residenziali Sociali e Socio-Sanitarie per persone con disagio psichico*.

Con l'approvazione del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 16 del 23 Novembre 2009 pubblicato sul BURC n.71 del 30 Novembre 2009, è stata introdotta sul territorio campano una nuova tipologia di struttura residenziale intermedia "socio-sanitaria", capace di garantire un livello alto di assistenza tutelare ed un livello basso di assistenza sanitaria, denominata "*Comunità Tutelare per persone Non Autosufficienti*". Essa offre ospitalità a persone adulte, non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza tutelare, con interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale che facilitano il recupero dell'autonomia psicofisica.

La necessità di introdurre strutture residenziali intermedie è nata dalla consapevolezza della carenza di strutture ad elevata intensità assistenziale, capaci, cioè, di ridurre la frequenza e la durata dei tempi di permanenza delle persone non autosufficienti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie ad elevata intensità sanitaria, con una

conseguenziale riduzione della spesa sanitaria ed un maggiore investimento delle risorse negli obiettivi di potenziamento della presa in carico domiciliare semi-residenziale e territoriale.

Se da una parte la normativa sanitaria ha garantito ai soggetti non autosufficienti l'erogazione di un livello medio/alto di assistenza sanitaria, dall'altra parte mancavano sul territorio regionale strutture capaci di erogare un livello basso di assistenza sanitaria e ciò rendeva incompleto il repertorio dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti, che non potevano ottenere quel continuum di interventi che vanno dall'assistenza domiciliare, al ricovero presso strutture sociali ovvero presso strutture socio-sanitarie di bassa/medio/alta intensità sanitaria, quando il progetto di cura lo richiede.

Attraverso l'introduzione di questa nuova tipologia di struttura, è stato possibile creare quel ponte di congiunzione che, mancava tra le strutture residenziali sociali e sanitarie, offrendo una tipologia di assistenza sanitaria che, può essere, oltre che di un livello medio/alto (cfr. L.R. n.8/2003 RR.SS.AA) anche di un livello basso di intensità.

Tale struttura, originariamente destinata ad un'utenza adulta, ovvero a persone non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti di età compresa tra i 18 ed i 64 anni, è stata successivamente, con l'approvazione della Legge regionale n. 15, del 06 luglio 2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza", (art. 1, comma 1, lettere gg.) estesa anche alle persone anziane, per le quali il tempo di permanenza presso le strutture aumenta soprattutto nelle fasi di deterioramento tipiche del processo di invecchiamento. In tal modo è possibile garantire alle persone anziane non più autosufficienti e/o parzialmente autosufficienti, con un elevato bisogno di assistenza tutelare ed un basso livello di assistenza sanitaria, la permanenza presso la struttura evitando fenomeni di sradicamento dal contesto di vita abituale e riducendo al minimo forme di ricovero improprie presso strutture socio-sanitarie che risulterebbero oltremodo onerose.

Il percorso che ha portato invece alla definizione di strutture sperimentali per il disagio psichico si è avviato con il Decreto del Commissario ad acta per il rientro del disavanzo nel settore sanitario n. 5 del 10/01/2011. Con tale decreto, nell'ambito di un percorso finalizzato al recepimento delle indicazioni della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), insediata presso il Ministero della Salute, tenendo conto del progetto Mattoni SSN, sono stati in primo luogo approvati i criteri – modalità di accesso e tariffe per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale in favore di cittadini adulti con disagio psichiatrico, rinviando a successivo atto di Giunta l'individuazione delle tipologie, delle tariffe, dei profili professionali riguardanti l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e sociali per la bassa intensità assistenziale a carattere residenziale in favore di cittadini con disagio psichiatrico ai sensi del DPCM 29/11/2001.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 666 del 06.12.2011 sono state approvate le "Linee Guida dei servizi per la salute dei cittadini adulti sofferenti psichici. Criteri, modalità e tariffe per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e sociali a carattere residenziale in favore di cittadini adulti con disagio psichico".

Tale provvedimento ha avviato un percorso di sperimentazione di nuovi servizi residenziali a "bassa intensità assistenziale", denominati Gruppo Appartamento e Comunità Alloggio, che, dal punto di vista strutturale, presentano dimensioni ridotte e operano in un quadro di legittimità in base al semplice possesso delle caratteristiche delle civili abitazioni, con spazi ed organizzazione interna che garantiscono i ritmi della

normale vita quotidiana.

Tali strutture presentano livelli di protezione diversificati in funzione del grado di autonomia e di abilità psicosociale acquisita dalle persone con disagio psichico. Il Gruppo Appartamento presenta un livello di protezione basso e, pertanto, si presta meglio all'accoglienza di una tipologia di utenza "stabilizzata", ovvero già fuoriuscita dal circuito terapeutico-riabilitativo psichiatrico, che opta per una scelta di convivenza nel contesto di una soluzione abitativa autonoma, mentre la Comunità Alloggio presenta un livello di protezione medio e pertanto è destinata a persone con un grado di autonomia medio ed abilità psicosociali sufficientemente acquisite. La Comunità Alloggio si propone come una soluzione abitativa protetta nell'ambito di un percorso terapeutico in via di completamento e da realizzare in stretta collaborazione con i servizi del DSM. La Comunità alloggio si colloca tra le prestazioni connesse ai Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria definiti nell'allegato 1.C del DPCM 29/11/2001, inquadrandosi nella tipologia "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture residenziali a bassa intensità assistenziale", per le quali il costo è ripartito tra Comune/utente ed ASL.

Tali strutture, in funzione del progetto personalizzato, che per le comunità alloggio dev'essere necessariamente definito in collaborazione con i servizi del DSM, e dell'intensità assistenziale (medio-bassa), permetteranno l'attuazione di interventi multidisciplinari mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale ed attiveranno azioni, percorsi e interventi volti a favorire l'integrazione e l'inclusione sociale.

Esse potranno operare, secondo quanto previsto dall'art. 12 del Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007, approvato con DPGR n. 16 del 23/11/2009, solo a seguito rilascio da parte dell'amministrazione competente, di autorizzazione in via provvisoria, per un periodo non superiore ai tre anni, previa acquisizione del parere obbligatorio e vincolante della Commissione di Valutazione Intersettoriale istituita presso la Giunta Regionale con D.D. n. 426 del 07.05.2012 e s.m.i.

L'introduzione nel repertorio regionale dei servizi residenziali di nuove tipologie di strutture cosiddette "intermedie", sociali e socio-sanitarie con gradi diversificati di intensità assistenziale, ha favorito l'ampliamento della rete dei servizi e l'avvio di quel processo di diffusione di soluzioni abitative nuove che rappresenta uno degli obiettivi strategici cui si dovrà protendere anche nella programmazione delle politiche sociali regionali del prossimo triennio.

L'obiettivo che la Regione Campania intende perseguire anche per il prossimo futuro è quello di favorire la diffusione sul territorio regionale delle strutture tutelari per persone non autosufficienti adulte ed anziane anche attraverso un processo di sensibilizzazione e di pubblicizzazione territoriale delle stesse e di valutare l'andamento della sperimentazione dei servizi residenziali per persone con disagio psichico, verificandone l'efficacia e la validità, attraverso:

- il rapporto tra il numero di autorizzazioni sperimentali emesse in via provvisoria e il numero di autorizzazioni al funzionamento emesse in via definitiva dall'amministrazione competente a conclusione del periodo di sperimentazione;
- la riduzione di forme di ricovero improprie in strutture non deputate alla cura del disagio psichico;
- la realizzazione di percorsi personalizzati e interventi "reticolari" basati su un approccio di rete sociosanitaria della presa in carico;
- l'incremento di percorsi che favoriscono la fuoriuscita dalla famiglia quando voluta dai pazienti sostenendo, positivamente, le relazioni fra soggetto e famiglia;

- superamento dell'istituzionalizzazione e qualunque forma di emarginazione dal contesto sociale di persone che presentano disabilità psichiche, anche di lunga durata;
- l'incremento di percorsi che favoriscono il reinserimento sociale del soggetto ospite, in modo rispondente alla sua personalità e ai suoi interessi.

8.3 Area Dipendenze

8.3.1 Politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell'agio e dell'autonomia delle persone

Dall'ultimo *Rapporto dell'osservatorio europeo sulla droga (Oedt)* emerge che il consumo di droga e in particolare di cocaina nei Paesi dell'unione, Italia compresa, è in crescita con 4 nuovi milioni di consumatori nell'ultimo anno. La percentuale di persone in cura per tossicodipendenza (soprattutto ultraquarantenni), come anche il numero dei decessi causati dall'uso di droghe è più che raddoppiata negli ultimi dieci anni.

Dati dell'*Osservatorio Europeo per le Droghe e Tossicodipendenze (OEDT)* e l'ultimo rapporto annuale di *ESPAD-Italia (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs): progetto europeo di indagini sull'uso di alcol, droga e sostanze psicoattive nelle scuole*, curato per la parte italiana dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR di Pisa, evidenziano un raddoppio negli ultimi 8 anni dei consumatori assidui giovanissimi di sostanze stupefacenti, in modo accentuato: cannabis, cocaina, stimolanti, psicofarmaci e allucinogeni (Lsd, funghi allucinogeni e ketamina). La ricerca ha indagato nel dettaglio le abitudini dei minori tra i 15 e 16 anni in 35 paesi Europei. "I dati italiani di consumo di sostanze psicoattive non sono allineati alla media europea: sono significativamente più alti" soprattutto per il consumo di psicofarmaci, assunti per l'insonnia, per regolare l'umore (antidepressivi), per l'iperattività (inclusi vari anfetaminici), per la persistenza di un cattivo rapporto con genitori e insegnanti, oppure in presenza di un rendimento scolastico insufficiente.

All'allarmante dato dell'uso di stimolanti e psicofarmaci fra gli studenti. Si aggiunge fra questi e, in modo preoccupante, nelle fasce dei giovanissimi, l'ampia diffusione (protratta nel tempo, una vera e propria dipendenza) del gioco d'azzardo patologico (oltre l'80% di 45 milioni di italiani tra i 18 e gli 80 anni pratica tipi di gioco riconducibili all'azzardo): Superenalotto, Lotto e gratta e vinci (in prevalenza ragazze) e varie forme di scommesse e videogiochi, gioco e scommesse online (Internet o su pay tv, a casa, cioè in un contesto apparentemente rassicurante), per lo più i ragazzi.

Gioco d'azzardo (molto diffuso tra i ragazzi e le ragazze del Sud Italia, con la Campania che si colloca in testa alla classifica regionale) come nuova problematica sociale: dipendenza irrefrenabile (Circa il 60 % dei giocatori ricorre ad attività illecite per procurarsi il denaro)¹⁴, infiltrazione della criminalità, usura, comportamenti compulsivi.

La *Settima relazione al Parlamento sugli interventi realizzati in materia di alcol* – inviata dal ministero della Salute ai presidenti di Camera e Senato – evidenzia un consumo di alcol a forte rischio per le fasce dei giovanissimi. «In Italia - è scritto nella relazione - il

¹⁴ La spesa in Italia per il gioco d'azzardo è passata dai 14,3 miliardi di euro incassati nel 2000 agli oltre 79,8 miliardi di euro del 2011 con un incremento del 23,9% rispetto ai 61,50 miliardi del 2010. [...]Cifre altissime che portano l'"industria" del gioco d'azzardo nel suo complesso ad avere un fatturato equivalente ad un'azienda italiana che si posiziona al terzo posto nazionale, preceduta solo dal fatturato di Eni ed Enel. L'industria del gioco d'azzardo in Italia è da primato mondiale, Campania, Lazio e Sicilia ai primi posti. Fonte Centro Studi "Atlantide", Gruppo Logos (SA).

consumo a rischio riguarda circa mezzo milione di ragazzi e ragazze minorenni, sempre più attratti dal fenomeno del binge drinking, ossia il bere grandi quantità di alcol nel giro di poche ore, apposta per ubriacarsi. Un vizio che si inizia a scoprire troppo presto, già 11 anni [...]. In generale il consumo a rischio riguarda il 15,8% degli italiani al di sopra degli 11 anni, per un totale di quasi 8 milioni e mezzo di persone».

Da un recente documento dell'*Istituto Superiore Di Sanità –Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga* – si rileva che «l'alcol è attualmente la prima causa di morte tra i giovani europei (55.000 morti l'anno pari al 25% della mortalità) e anche in Italia il 45-50 % degli 8.000 decessi annui conseguenti ad incidenti stradali è causato dall'alcol».

Emerge da qui, in primo piano, una realtà del fenomeno tossicodipendenza e dipendenze notevolmente mutata rispetto al passato. Un fenomeno che ha subito grandi cambiamenti, negli ultimi tempi, individuabili fondamentalmente nell'approccio, nelle motivazioni e nelle modalità dell'uso delle sostanze; nel passaggio cioè dalla dipendenza al consumo (il consumo non è sempre sinonimo di dipendenza). Da un fenomeno generazionale, di fasce ristrette – particolarmente in condizione di disagio esistenziale o comunque problematiche, cui la vita ha riservato solo sofferenze e che nell'utilizzo di sostanze stupefacenti trovavano rifugio –, a un fenomeno di proporzioni enormi e trasversalmente distribuito nell'insieme del tessuto sociale.

Fino a poco più di un decennio fa circolava una varietà "limitata" di droga, la più diffusa era l'eroina, usata da "poche" persone che ne consumavano molta (da qui l'inevitabile dipendenza). Oggi circola un'enorme quantità e varietà di droga¹⁵, usate da un numero sempre crescente di persone; trasversali sia per fasce d'età che per posizione, ruolo e condizione sociale, con un abbassamento sempre più preoccupante dell'età di inizio. Molte di queste sono definite droghe da prestazione (anfetamine, metanfetamine e cocaina). Altre sono utilizzate per costruire "isole di piacere", da soli o in compagnia: ci si sballa profondamente per poi tornare normalmente alla vita quotidiana, non più doping ma "narcobenessere": una sostanza vale l'altra per raggiungere lo scopo, è questione di gusti e di mode.

L'uso così massiccio e così diffuso delle sostanze sembra dar ragione a quanti sostengono che, ormai, ciò sia entrato nelle maglie della compatibilità del sistema e che un certo allarme sociale sulla tossicodipendenza e per tante problematiche ad essa correlate, appare finito o taciuto o accettato come fatto ineluttabile.

Sintetizzando, si potrebbe affermare che oggi nella nostra società – dove è imperante un modello culturale imperniato sull'apparire e sull'individualismo esasperante – le sostanze stupefacenti rientrano a pieno titolo nella lista dei consumi, cioè in una sorta di circolo vizioso che porta a consumare di tutto e di più: la cocaina stimola l'abuso di alcol, di tranquillanti, di altre sostanze stupefacenti, eccetera; spesso per un fatto di "prestazione", nella ricerca del piacere, del desiderio di essere sempre "efficienti" o, come per i più giovani, per la voglia di trasgressione o per facilitare relazioni e socializzazioni.

15 Sul mercato europeo arriva una nuova sostanza stupefacente a settimana. Nel 2011 si è arrivati al record di 49 nuove droghe identificate contro le 41 del 2010, il maggior numero di nuove sostanze mai segnalato. Fonte: dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OedT/EMCDDA) nel rapporto annuale 2011 EMCDDA-Europol sulle nuove sostanze psicoattive in Unione Europea. L'Osservatorio di Lisbona attribuisce questo aumento di nuove sostanze, per lo più cannabinoidi sintetici e catinoni sintetici, al fatto che si possono facilmente reperire su internet. Assistiamo alla vendita di nuovi farmaci commercializzati in confezioni attraenti su internet o venduti in locali notturni e agli angoli delle strade. Il numero di negozi online che offrono almeno una sostanza psicoattiva o un prodotto, spiega l'OedT, è più che raddoppiato, passando da 314 nel mese di gennaio 2011 a 690 nel gennaio 2012. 'La vendita di droghe illecite e di nuove sostanze psicoattive è un altro settore in cui la criminalità organizzata ha abusato di internet.

Se a tutto questo aggiungiamo l'altro aspetto connesso alla droga, quello più pericoloso, che più devasta chi è direttamente coinvolto nel circuito droga e, nello stesso tempo, più danneggia la società nel suo insieme e in particolare le fasce più deboli: per il forte senso di paura, di insicurezza che infonde nella vita delle persone, e per il rischio di atti delinquenti cui si è esposti, qual è la presenza massiccia e predominante della criminalità organizzata, l'insieme del fenomeno droga-tossicodipendenza-dipendenza si presenta con preoccupante gravità nelle già difficili condizioni della nostra società e in particolare della nostra Regione.

La camorra – per rimanere nello specifico della Campania – dedica un'ampia parte della propria attività allo spaccio e al controllo del mercato della droga all'interno della Campania, ma è dominante, per questo, anche in altre Regioni e Paesi stranieri. Per esempio, sul versante adriatico, nelle Marche, dove viene effettuato lo smercio di cocaina e sui mercati europei – gestiti dai narcotrafficienti sudamericani – la camorra è ben insediata in Spagna, Bulgaria, Romania, Turchia, Albania, Olanda e, recentemente, Tunisia; ha un'"importante" presenza in Marocco, tra i principali produttori di cannabis: la sostanza tuttora maggiormente consumata.

In un recente rapporto del Gruppo Abele è scritto: «L'Europa è al centro della maggior parte delle direttrici del traffico di stupefacenti provenienti da Occidente, da Oriente e dall'Africa¹⁶. La posizione geografica dell'Italia al centro del bacino del mediterraneo con lo sbocco terrestre e marittimo della "rotta balcanica", la presenza di organizzazioni criminali qualificate in ambito internazionale, quali 'ndrangheta e camorra, ed infine la crescente domanda di sostanze, soprattutto cocaina, rendono l'Italia un obiettivo appetibile delle organizzazioni criminali ed uno dei principali mercati di destinazione dell'intera Unione Europea».

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la tossicodipendenza come "una condizione di intossicazione cronica o periodica, dannosa all'individuo e alla società prodotta dall'uso ripetuto di una sostanza chimica, naturale o di sintesi". Si manifesta fondamentalmente per:

- il desiderio incontrollabile di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo;
- la tendenza ad aumentare la dose per avere gli stessi effetti piacevoli;
- la dipendenza psichica e talvolta fisica dagli effetti della sostanza.

Nella tossicodipendenza sono quindi compresi più aspetti diversi:

- l'aspetto giuridico: il consumatore di prodotti vietati infrange una norma e quindi incorre in una sanzione;
- l'aspetto economico: la sostanza stupefacente rappresenta un costo per l'individuo e per la società;
- l'aspetto medico – farmacologico: concerne lo stato di salute del consumatore e gli effetti biochimici indotti dalle sostanze sull'organismo;
- l'aspetto psichiatrico: concerne i disturbi psichici connessi al consumo;
- l'aspetto psicologico: concerne le conseguenze sul consumatore nella vita di relazione;
- l'aspetto socio – culturale: concerne la dissonanza con il suo ambiente sociale.

Si tratta, a ben guardare, di un fenomeno – quello della tossicodipendenza – dove

¹⁶ Il continente africano è diventato uno degli snodi principali del traffico di stupefacenti provenienti da Sud America e Asia e diretti verso l'Europa. Sono cresciute così criminalità e corruzione. E anche il consumo locale ha subito un'impennata. Ciò si compie «perché in Africa i controlli sono pochi e inefficaci e, soprattutto, perché è più facile corrompere politici, magistrati, poliziotti, militari». Spunti da un articolo di Enrico Casale su "Popoli" Mensile internazionale di cultura e informazione missionaria della Compagnia di Gesù. Popoli (PE), maggio 2012, n. 5.

intervengono più fattori diversi: di natura esistenziale, culturale, psicologica, economica, giuridica e – di sicura rilevanza – l'ambiente sociale dove questi fattori persistono e si incontrano.

L'enorme vastità e complessità del problema, l'ampiezza delle componenti coinvolte, l'estrema mutevolezza, le grandi trasformazioni – soprattutto degli ultimi tempi – del fenomeno, pongono la necessità di attenzioni nuove e l'apertura di una fase di riflessione più allargata, a partire dall'ottimizzazione delle risorse economiche, istituzionali e professionali presenti sul territorio mettendo a disposizione dello stesso le competenze e le esperienze di quanti si occupano di dipendenze da sostanze psicotrope.

8.3.2 Tossicodipendenza: questione socio-sanitaria (Programmazione socio-sanitaria; Programmazione partecipata)

Molti aspetti della questione droga-tossicodipendenza-alcoldipendenza sono di carattere sanitario e stretta è la relazione tra queste e le malattie ad esse correlate, quali, per esempio: l'AIDS, le infezioni associate ad HIV e le gravi patologie infettive come l'epatite B e C e l'ansia e la paura che da queste scaturisco; così come di stretta correlazione – scientificamente dimostrata – con la tossicodipendenza e l'alcoldipendenza, sono varie forme di patologie psichiatriche, in particolare: l'area riguardante i gravi disturbi di personalità, i disturbi depressivi, l'alterazione del quadro psicopatologico, le forme neurodegenerative (prevalentemente per l'uso di ecstasy, essendo, questa, una sostanza neurotossica tra le più incisive), gli stati d'ansia, le crisi di panico, eccetera.

È del tutto evidente che da qui, ma anche per quanto sopra accennato, la programmazione e gli interventi in materia di tossicodipendenza e più in generale sulle dipendenze, devono essere socio-sanitari e, in modo più specifico, particolarmente centrati sulla promozione della salute.

Lo stesso Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga – rifacendosi al Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – pensato per lo sviluppo e la realizzazione di politiche e programmi sull'alcol – , a proposito della Promozione della Salute, ci consente di evidenziare come, questa materia, sia sempre più un'azione socio-educativa a tutto campo con obiettivi di miglioramento della qualità della vita delle persone e delle comunità, attraverso piani d'azione che rinforzino stili di vita compatibili a tale finalità.

Per questo si suggerisce di:

- attuare un'azione educativa: incrementare il livello di consapevolezza degli effetti delle sostanze stupefacenti e dell'alcol, in particolare tra i giovani;
- fornire un trattamento accessibile ed efficace per le persone che consumano alcol in modo rischioso o pericoloso, e per quelle con alcol dipendenza;
- sviluppare programmi di promozione della salute in ambienti quali istituzioni educative, luoghi di lavoro, organizzazioni giovanili e comunità locali;
- incrementare il livello di coinvolgimento dei giovani nella definizione delle politiche giovanili legate alla salute, in particolare per le questioni che riguardano le droghe e l'alcol.

8.3.3 Ipotesi operative: conoscenza, informazione, prevenzione, servizi.

A questo punto si richiama l'attenzione degli Ambiti Territoriali – specificamente degli Uffici di Piano – sulla necessità di predisporre una Programmazione degli interventi e dei Servizi impostata sul Socio-Sanitario; distinguendo, la stessa, fra interventi pensati

per i giovani e interventi per altre categorie sociali e del territorio.

Indicativamente, si suggerisce il seguente percorso:

- in primo luogo la ricerca, la conoscenza, l'approfondimento del fenomeno dipendenze negli Ambiti Territoriali, al fine di poter orientare la prassi operativa dei servizi in tale area;
- osservare il fenomeno dipendenza non solo come problematica legata al disagio, ma anche per le implicazioni che comporta sulle varie forme di devianza, di illegalità, di insicurezza per il territorio, per i cittadini e per il disagio urbano e sociale;
- operare un cambiamento culturale sin dall'approccio alla tossicodipendenza e alle nuove dipendenze;
- operare in sinergia (anche con un'azione di coordinamento) tra ufficio di piano, famiglie, scuole, forze dell'ordine, associazioni, terzo settore, enti ausiliari, SerT.
- evitare interventi di prevenzione basati esclusivamente sull'informazione: l'equazione più informazioni = meno rischi è costantemente smentita; spesso i ragazzi che assumono sostanze hanno anche più informazioni sull'argomento; a volte interventi limitati alle informazioni o alle illustrazioni degli effetti nocivi delle droghe – soprattutto se fatte da esperti adulti – produce effetti contrari: crea curiosità, stimola a provare (in special modo nella fase adolescenziale, spesso nulla è più liberatorio, più appagante, per i ragazzi, delle trasgressioni di indicazioni/prescrizioni degli adulti);
- la prevenzione, come perno di ogni intervento sul fenomeno dipendenze – rivolta soprattutto ai giovani – deve comprendere le grandi tematiche delle politiche giovanili e della programmazione degli ambiti territoriali. Partire dalla realtà dei giovani e dalle rappresentazioni che loro hanno su rischio e dipendenza. Mettersi in condizione di ascolto e ricerca, evitando posizioni precostituite, incapaci di confrontarsi con quanto gli adolescenti vivono e sperimentano. Favorire l'assunzione nei ragazzi di un atteggiamento critico, capace di indagare la complessità dei fenomeni, senza banalizzarli.

In sintesi: pensare alla prevenzione come attività formativa, acquisizione di competenze, costruzione di modelli comportamentali e di vita.

Prevenzione: area prioritaria d'intervento: luoghi e programmazione.

Non esistono risposte unilaterali alla prevenzione. Il luogo migliore per trattamenti di prevenzione è il gruppo. Senza tralasciare la significatività degli interventi di prevenzione nella famiglia e nel territorio, il luogo ideale è la scuola.

- un'informazione precoce a partire dalle scuole elementari (non è mai troppo presto) e con il sostegno alle famiglie e alla scuola.
- la scuola: luogo di aggregazione, di formazione dei gruppi, di relazione, di interscambi culturali, amicali e di conoscenze; ambiente preposto alla formazione e alla crescita (buona parte del tempo in un periodo determinante della vita dei ragazzi è vissuto nella scuola).
- la scuola come «agente di cambiamento» è il luogo privilegiato della prevenzione. Come tale, i protagonisti «agenti di cambiamento» e di prevenzione non possono che essere gli operatori scolastici. (È insufficiente l'intervento sporadico di esperti esterni)
- attivare interventi finalizzati alla scoperta precoce dell'uso di sostanze stupefacenti e dell'abuso alcolico; incentivare l'approccio educativo al problema
- gli uffici di piano degli ambiti territoriali facilitino il compito della scuola nell'attuazione di programmi di prevenzione, offrendo risorse, supporto tecnico e professionale; prevedano e attuino cicli di interventi formativi e di orientamento per gli insegnanti e, con questi, per le famiglie.

- gli uffici di piano stimolino e agevolino la scuola nella costituzione di una rete che comprenda le istituzioni preposte alla promozione della salute e del benessere: servizi pubblici specialistici, gestori ed operatori dei luoghi di aggregazione giovanile, forze dell'ordine, ASL-SerT.
- gli uffici di piano si facciano promotori dell'istituzione di una Consulta per le tossicodipendenze, quale sede opportuna per lavorare in un'ottica di sistema con il più ampio ed eterogeneo numero di soggetti impegnati nell'ambito delle droghe: a partire da quelli citati nel punto precedente.
- per tutti gli ambiti territoriali in cui non esistono già delle comunità residenziali o semiresidenziali o diurne, si istituiscano dei centri di accoglienza o comunità aperte dove si possono svolgere attività di ascolto, predisporre programmi scanditi nel tempo, proporre appuntamenti e impegni periodici, con orari differenziati, per chi è in uno stato di dipendenza (non necessariamente da droghe) o di tossicodipendenza. La consapevolezza dell'esistenza di una struttura che può offrire aiuto, rappresenta per il tossicodipendente un'opportunità fondamentale nei momenti in cui si vorrebbe smettere, ma da soli non si riesce.

Per sintesi conclusiva:

Il fenomeno dipendenza non è solo una questione legata alle droghe, ma investe altri aspetti del vissuto degli individui e della società. Non più un fatto generazionale, né solo casi individuali o di particolari categorie sociali; si presenta come fenomeno complesso, articolato, generalizzato, concatenato con vari aspetti della società, coinvolgente in modo trasversale varie generazioni senza distinzione di sesso o di status o appartenenza sociale (con l'aggravante, negli ultimi anni, di un preoccupante abbassamento dell'età d'inizio).

La lotta al consumo di stupefacenti e alle dipendenze non riguarda solo le persone coinvolte, quanto le conseguenze sociali che tale sistema produce; cioè le conseguenze sull'ambiente sociale, per altro, quest'ultimo è uno degli aspetti più determinanti dell'"iniziazione", come abbiamo osservare fin qui. Né è pensabile occuparsi della sostanza senza prendere in considerazione chi ne fa uso. La tossicodipendenza deve essere trattata nella sua globalità e qualsiasi ipotesi di intervento su uno soltanto degli elementi che la costituiscono, consumatore, sostanza o ambiente rappresenta un errore scientificamente grossolano.

Dati riferiti alla Campania, aggiornati al 2011 [tabella 12].

Tabella 12: Utanza dei Ser.t-Regione Campania (Fonte: Osservatorio sulle Dipendenze del Servizio Tossicodipendenze e Alcolismo della Regione Campania- dati 2011)

ASL	Nuovi Utenti			Incarico e/o rientrati			Totale		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
AV	166	20	186	724	77	801	890	97	987
BN	46	17	63	448	57	505	494	74	568
CE	368	27	395	2.391	194	2585	2.759	221	2.980
NA1 centro	966	66	1032	4.029	414	4443	4.995	480	5.475
NA2 nord	285	72	357	2.402	127	2529	2.687	199	2.886
NA3 sud	445	22	467	2.175	119	2294	2.620	141	2.761
SA	644	43	687	2.202	218	2420	2.846	261	3.107
Totali	2.920	267	3187	14.371	1.206	15577	17.291	1.473	18.764

8.4 Obiettivi ed azioni delle politiche per la disabilità, la domiciliarità e la non autosufficienza

Obiettivo strategico n. 2	Promuovere l'integrazione sociosanitaria: le politiche per la disabilità, l'assistenza domiciliare e per la non autosufficienza
Definizione	Favorire la presa in carico degli individui disabili e non autosufficienti sulla base della relativa valutazione integrata e l'offerta di servizi personalizzati, con priorità per i servizi domiciliari
Durata	Triennale
Target	Persone non autosufficienti
Obiettivo Operativo 2.1	Promuovere la domiciliarità
Descrizione	<p>Inell'ambito dagli interventi da attivare resta in ogni caso prioritario il principio di favorire la domiciliarità in continuità con il primo PSR e con l'Obiettivo di Servizio sull'ADI (cfr. cap. 5). In tale ambito la novità che scaturisce dal nuovo "Sistema delle cure domiciliari" prevede che i Comuni saranno per la prima volta coinvolti nell'erogare prestazioni tutelari ad alta intensità assistenziale nell'ambito di un servizio a prevalenza sanitario che in passato era di esclusiva competenza del SSN e veniva definito "ospedalizzazione a domicilio". Le stesse indicazioni regionali definiscono nella "Tabella delle Prestazioni Sociali", un ampio ventaglio di prestazioni a carattere esclusivamente sociale che al di là delle prestazioni propriamente tutelari afferenti i L.E.A., rappresentano la componente essenziale e qualificante di una presa in carico integrata dell'utente e della sua famiglia. In linea con le previsioni del nuovo Piano Nazionale della Famiglia, si rende opportuno favorire la domiciliarità con azioni di sistema ad impatto indiretto finalizzate a sostenere le famiglie dei non autosufficienti sulle quali grava il maggior peso del carico assistenziale sia in termini di responsabilità che di risorse economiche. Basti ricordare che dall'ultima rilevazione SINA (2011) ben il 93% del campione di cittadini non autosufficienti può disporre del sostegno familiare ed il 60% di un'assistenza continua.</p> <p>E' opportuno quindi, proseguendo l'esperienza intrapresa con l'avviso "care giver" valorizzare il ruolo delle formazioni sociali e la costituzione di reti di mutuo aiuto, sostenere progetti innovativi per le famiglie nell'ambito del nuovo regime di "aiuti a finalità regionale" ex DGRC n. 433/2012, supportare le spese assistenziali delle famiglie attraverso voucher per l'acquisto di servizi o per l'assunzione di badanti opportunamente formate.</p>
Target	Disabili, Familiari
Obiettivo Operativo 2.2	Qualità e offerta dei servizi residenziali per la non autosufficienza
Descrizione	<p>Introdurre strutture residenziali intermedie capaci, cioè, di ridurre la frequenza e la durata dei tempi di permanenza delle persone non autosufficienti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie ad elevata intensità sanitaria, con una conseguenziale riduzione della spesa sanitaria ed un maggiore investimento delle risorse negli obiettivi di potenziamento della presa in carico domiciliare semi-residenziale e territoriale. L'obiettivo che la Regione Campania intende perseguire anche per il prossimo futuro è quello di favorire la diffusione sul territorio regionale delle strutture tutelari per persone non autosufficienti adulte ed anziane anche attraverso un processo di sensibilizzazione e di pubblicizzazione territoriale delle stesse e di valutare l'andamento della sperimentazione dei servizi residenziali per persone con disagio psichico, verificandone l'efficacia e la validità</p>
Target	Persone non autosufficienti

9. Vulnerabilità, disagio, integrazione: politiche di contrasto alla povertà

9.1 Area Contrasto alla povertà

L'ultimo Rapporto Annuale dell'Istat fotografa il peggioramento della condizione socio-economica delle famiglie del Mezzogiorno avvenuto tra il 2010 e il 2011. I poveri sono sempre più poveri, tuttavia l'incidenza della povertà relativa¹⁷ è rimasta sostanzialmente stabile sia nel Mezzogiorno (dove passa dal 23,0 al 23,3%) sia nella media italiana (dal 11,9 all'11,1), ma solo perché sono peggiorate le condizioni delle famiglie degli operai e migliorate quelle dei dirigenti ed impiegati.

Le condizioni di povertà si concentrano nelle regioni del Sud, lì dove anche le reti del welfare e gli investimenti di spesa sociale sono più deboli. Al Sud una famiglia su quattro è sotto la soglia di povertà relativa, tra queste l'8% si trova in condizioni di povertà assoluta¹⁸.

La Campania è tra le regioni più povere d'Italia (la quarta) preceduta solo dalla Basilicata, dalla Sicilia e dalla Calabria e l'incidenza della povertà relativa è superiore alla media nazionale.

Nel 2011 il 22,4% delle famiglie campane, 461.000 su un totale di famiglie residenti di circa 2 milioni (2.061.784) si collocano sotto la linea di povertà relativa, ossia vivono con una spesa media inferiore a quella sostenuta da una famiglia di 2 componenti pari nel 2011 a Euro 1.011,03 mensili. Ma non è al dato aggregato che dobbiamo guardare, piuttosto a come si modifica la composizione sociale della povertà.

I dati dicono che oggi in Italia che si è ridotta la propensione al risparmio delle famiglie meridionali, che la metà di queste dichiara di non poter far fronte a spese impreviste, che sono le famiglie numerose il soggetto a maggior rischio di povertà. L'incidenza della povertà cresce in modo esponenziale con l'aumentare del numero dei figli: tra il 2009 e il 2010 l'incidenza della povertà è passata dal 37 al 47 per cento nelle famiglie residenti nel Mezzogiorno con tre e più figli minori; nelle famiglie con capofamiglia al di sotto dei 35 anni (coppie di giovani con contratti a tempo determinato - le cosiddette "coppie flessibili") è aumentata dal 19 al 23 per cento. Anche per i giovani che non lasciano la famiglia di origine il rischio di povertà è incombente: nelle famiglie che l'Istat definisce "con membri aggregati" (coppie o genitori soli che vivono sotto lo stesso tetto con figli e nipotini o con fratelli e genitori anziani) l'incidenza della povertà è passata dal 33 al 39 per cento. La possibilità di essere poveri aumenta nelle famiglie monogenitoriali e/o con 2 o più anziani e nei single senza un'adeguata rete familiare.

Il fenomeno della povertà relativa è, inoltre, fortemente associato a bassi livelli di istruzione, a bassi profili professionali e all'esclusione dal mercato del lavoro: l'incidenza di povertà tra le famiglie con due o più componenti in cerca di occupazione (37,8%) è di quattro volte superiore a quella delle famiglie dove nessun componente è alla ricerca di lavoro (9%).

In Campania sono a rischio di esclusione alcuni grandi gruppi della società: disoccupati di lunga durata, giovani dotati di un basso livello d'istruzione, famiglie con redditi saltuari, immigrati, rom e sinti.

Il semplice indicatore della povertà relativa non registra del tutto l'aggravamento della

17 La percentuale di famiglie e persone povere sul totale delle famiglie e persone residenti

18 Fonte ISTAT: "Condizioni economiche delle famiglie-distribuzione del reddito anno 2011", "La povertà in Italia anno 2010- 2011"

condizione del Mezzogiorno: la crisi si manifesta non solo come aumento della disoccupazione e del numero di lavoratori espulsi, ma anche come ulteriore riduzione della partecipazione femminile e giovanile al mercato del lavoro e delle occasioni di lavoro nero con conseguenti fenomeni di pauperizzazione e disgregazione sociale del Mezzogiorno che i dati statistici fanno fatica a registrare.

Condizioni svantaggioanti nella manifestazione della povertà

Passando all'analisi dei dati relativi alla spesa sociale, ed in particolare alla spesa destinata alla lotta alla povertà, si evince che in Italia, tra il 2004 e il 2008, la spesa sociale complessiva dei comuni, in termini nominali (senza tenere conto dell'aumento del costo della vita), ha registrato un *trend* in costante aumento, passando da 5.378 milioni di euro a 6.662 milioni di euro, con un aumento del 24%. La spesa per la povertà incide per il 30,8% sul totale della spesa sociale complessiva. In Campania tale incidenza è pari al 33,4% (2.6 punti percentuali in più rispetto al valore medio nazionale).

La spesa sociale complessiva in Campania è pari a 53,7 euro procapite, contro una media nazionale di 111,4 euro, collocandosi al terzultimo posto tra le regioni italiane.

La nostra regione è quella che investe di meno in materia di welfare regionale rispetto all'erogazione di servizi alla persona e alla famiglia. La spesa nell'area povertà è notevolmente più bassa, essendo pari a 7,40 euro procapite contro un valore medio nazionale pari a 8,53 euro.

In quanto ente di programmazione, vigilanza e controllo, la Regione trasferisce le risorse finanziarie ai Comuni associati in Ambiti territoriali, promuovendo interventi volti ad assicurare sostegno economico a persone che versano in situazioni di povertà.

Gli interventi previsti nella programmazione sociale di zona rispondono alla finalità di:

- contrastare le situazioni nelle quali l'assenza o la carenza di reddito determina esclusione sociale;
- favorire l'accesso al lavoro attraverso piani individuali di inserimento lavorativo e di inclusione sociale;
- promuovere reti di solidarietà e mutuo - aiuto, in collaborazione col terzo settore;
- coordinare i diversi attori sociali che operano nel settore per accompagnare le persone più fragili e contrastare fenomeni di povertà estrema.

Gli Ambiti territoriali a cui sono stati approvati i Piani di Zona presentati hanno destinato risorse per interventi riferiti all'area di contrasto alla povertà pari ad Euro 11.055.477,39 nella prima annualità del PSR 2009-2011 (circa il 6,48 % delle risorse totali), ed Euro 10.607.980,16 nella seconda annualità (circa il 4,41 % delle risorse totali), con una riduzione del 2,07%.

Leggendo i dati dei rapporti della programmazione degli Ambiti territoriali nella I e II annualità del PSR, si evince che le tipologie di servizi/interventi realizzati con tali risorse si sono diversificati a seconda delle Province, ma il dato comune è che la distribuzione delle risorse programmate si concentra nell'erogazione di contributi economici piuttosto che nell'offerta di servizi (domiciliari, residenziali e semiresidenziali, territoriali) o realizzazione di percorsi formativi finalizzati all'inserimento lavorativo [grafici 82 e 83].

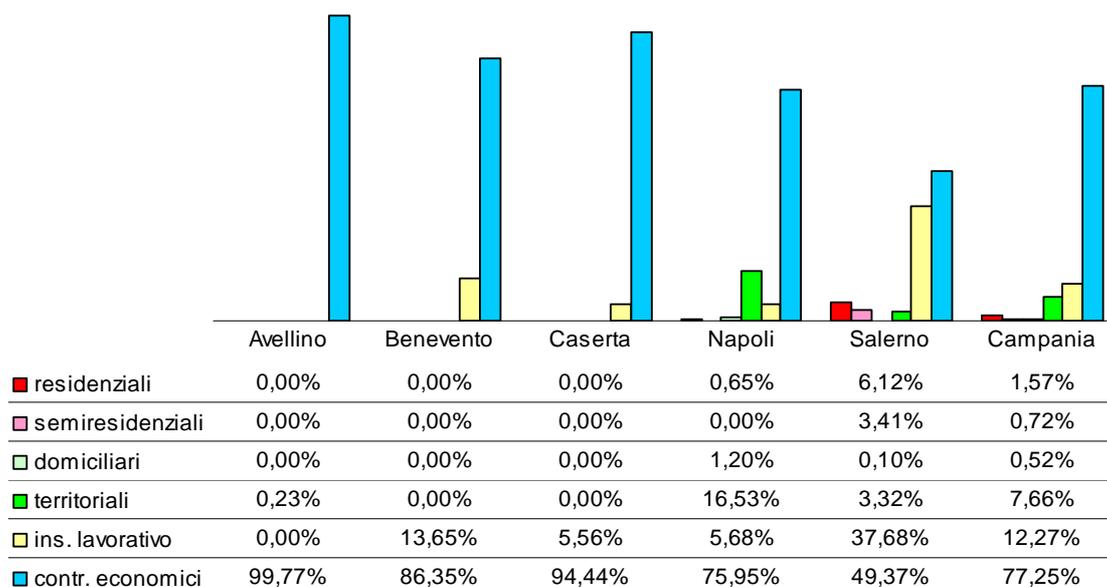


Grafico 82: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Contrasto alla Povertà programmati nella I annualità del I PSR

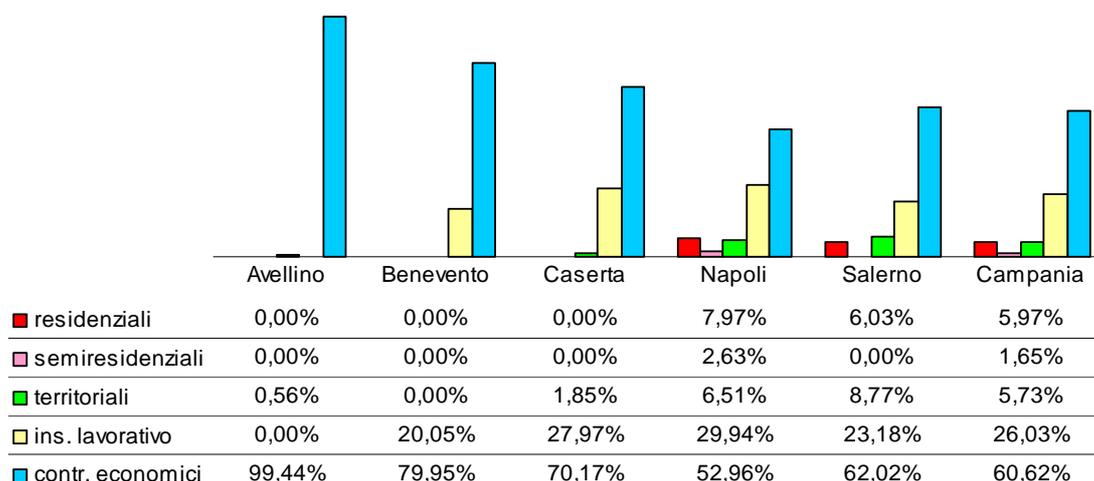


Grafico 83: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Contrasto alla Povertà programmati nella II annualità del I PSR

A queste risorse si sono aggiunte: a) quelle della L.R. n. 2/04 "Istituzione in via sperimentale del reddito di cittadinanza", che ha rappresentato un momento qualificante della strategia regionale di contrasto alla povertà, un punto di partenza nella prospettiva di ridefinizione degli strumenti finalizzati all'innalzamento dei livelli di coesione sociale (fino al 2010 attraverso gli Ambiti territoriali è stato trasferito un contributo mensile di Euro 350,00 per circa 18mila famiglie con un reddito annuo inferiore ai 5.000 euro lordi, con un finanziamento annuo di circa 77 milioni); b) quelle del Fondo nazionale per le politiche della famiglia - L. n. 296/2006, DGR n. 263/2009 (tra il 2010 e il 2011 attraverso gli Ambiti territoriali sono stati erogati Euro 2.095.501,78, sotto forma di un contributo di Euro 400,00 per nucleo familiare, ad un totale di 5.658 famiglie numerose con almeno 4 figli conviventi ed Euro 2.644.537,34 per il finanziamento di n. 38 centri famiglie, con ulteriori Euro 1.419.247,42 da erogare a saldo nel 2012).

La Regione promuove, altresì, interventi in favore dei senza fissa dimora volti a favorirne l'accoglienza e l'inserimento sociale. Tra gli interventi a titolarità regionale più

significativi vi è la realizzazione della Guida "Dove mangiare, dormire, lavarsi "per chi vive a Napoli senza dimora" realizzata con il sostegno della Comunità di Sant'Egidio.

Le politiche abitative

È in fase di realizzazione l' "Accordo di programma di interventi in tema di sostegno all'accesso all'alloggio – FPM 2010" che nasce nell'ambito di un Accordo siglato tra il Ministero del lavoro e la Regione Campania. L'Accordo prevede la realizzazione di un Programma che intende prospettare due tipologie di intervento, a valere sulla linea "Azioni congiunte pubblico-privato per l'acquisizione e/o il recupero e la gestione degli alloggi da destinare in locazione e per facilitare l'accesso agli stessi.

Nello specifico si intendono realizzare interventi manutentivi o piccole ristrutturazioni e recuperi che rendano "vivibili" alloggi oggi al di sotto di norme minime di igiene o sicurezza, facilitando in questo modo anche il rispetto delle norme contrattuali vigenti.

Per quanto riguarda interventi manutentivi o piccole ristrutturazioni si prevede di erogare contributi a fondo perduto per lavori negli immobili affittati o da affittare che rispondano al tempo stesso alle esigenze dei locatari, ma anche agli interessi dei locatori. Quanto al riattamento di strutture od alla risistemazione di spazi pubblici o resi disponibili per congruo numero di anni da parte di privati, si prevede, previa individuazione di essi in collaborazione con i referenti pubblici e privati del territorio, di procedere a lavori che ne consentano l'utilizzo in locazione. Il riattamento sarà realizzato secondo la tipologia abitativa di housing sociale, vale a dire di piccole abitazioni individuali con servizi e spazi di socializzazione comuni, che soddisfano nello specifico un numero significativo di immigrati che necessitano di alloggi per periodi di non lunga durata.

I beneficiari diretti dell'azione sono individuabili in primo luogo nella popolazione immigrata residente in Campania. Per entrambe le forme di intervento sarà essenziale il pieno coinvolgimento degli Enti locali, con particolare riferimento ai Comuni e, nell'ambito dell'area metropolitana di Napoli, alle Municipalità.

Secondo studi recenti, i trasferimenti sociali riducono il rischio di povertà del 32%. Lo strumento maggiormente utilizzato è quello economico, che assume la forma del sussidio assistenziale, con il quale, alla povertà, considerata prevalentemente come carenza di reddito, viene risposto quasi esclusivamente in termini economici, monetari.

Il rischio di interventi di tipo esclusivamente economico per la lotta alla povertà è che possono, paradossalmente, definire e confermare la condizione di indigenza del soggetto (una sorta di istituzionalizzazione della povertà), quasi a creare uno "status" dell'indigente in quanto il "metro" con il quale viene misurata la povertà rimane la situazione economica e quindi il denaro. Tale scelta di politica sociale si fonda sulla necessità di soddisfare i bisogni primari ma non tiene conto della persona nella sua globalità e della povertà come un problema che investe diversi ambiti di vita degli individui.

La semplice erogazione di sussidi o scelte di politica sociale che perseguono la finalità di sollecitare le persone a cercare un'occupazione attraverso la loro riduzione hanno dimostrato di essere inefficaci ed, anzi, di ampliare la sacca dell'esclusione anche per il forte rischio che queste persone corrono di essere inglobati nelle pieghe più oscure e sottopagate del mercato del lavoro.

Con l'attuale crisi economica si sono acuite le disparità sociali e c'è il rischio che ciò si traduca in un aggravamento della povertà e dell'esclusione sociale.

La vulnerabilità delle famiglie deriva non solo dalla aleatorietà dei redditi da lavoro o per lo squilibrio che si crea tra questi ultimi e i bisogni dei suoi membri, ma anche

perché hanno maggiormente risentito dei tagli lineari alla spesa sociale.

Giova ricordare che tra il 2008 e il 2011 il Fondo nazionale delle politiche sociali, il Fondo per le politiche per la famiglia, il Fondo per le politiche giovanili e il Fondo sociale per gli affitti sono stati tutti ridotti dell' 80 per cento circa, mentre il Fondo per la non autosufficienza e il Fondo nazionale per l'infanzia (il cosiddetto Piano Nidi) sono stati del tutto azzerati. Questi tagli hanno colpito soprattutto il Mezzogiorno il cui sistema locale di welfare dipende in misura maggiore dai trasferimenti statali.

Un'opportunità ci viene data dalle risorse europee e dalla capacità di programmare le politiche di contrasto alla povertà in maniera complementare ai prossimi programmi regionali FESR e FSE.

Pertanto, nel nuovo Piano Sociale Regionale i temi dell'inclusione sociale e della lotta alla povertà dovranno avere un ruolo centrale in raccordo con la Strategia Europa 2020, che ha tra le sue priorità quella della crescita inclusiva, da realizzare attraverso due Iniziative Faro¹⁹ per raggiungere un traguardo di tipo quantitativo: ridurre di 20 milioni il numero dei poveri e delle persone a rischio di esclusione nelle UE (circa il 10% di questo numero in Italia).

In particolare, una delle iniziative è la "Piattaforma europea contro la povertà e l'esclusione sociale", le cui principali sfide sono:

eliminare la povertà infantile

promuovere l'inclusione attiva nella società e nel mercato del lavoro dei gruppi più vulnerabili

fornire a tutti condizioni abitative dignitose

contrastare l'esclusione finanziaria e il sovra indebitamento

aumentare l'integrazione dei disabili, minoranze etniche, immigrati e gruppi vulnerabili

promuovere l'integrazione dei Rom, Sinti e Caminanti

La Strategia Europa 2020 inoltre, prevede che ogni Stato membro persegua una programmazione in grado di assicurare che tutte le regioni concentrino almeno il 20% delle risorse del FSE per l'obiettivo tematico di promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà (rispetto all'attuale media del 13%), dando maggiore rilievo alla lotta alla disoccupazione giovanile, al sostegno all'invecchiamento attivo e alla creazione di opportunità per gli individui e i gruppi più svantaggiati, come i Rom.

A tal fine, nella prossima programmazione, per migliorare prestazioni e risultati, saranno introdotte nuove disposizioni in modo da garantire che gli investimenti dell'Unione europea promuovano negli Stati membri il conseguimento degli obiettivi generali e specifici della strategia Europa 2020.

Tali misure relative alla «condizionalità» assumeranno la forma di termini concordati che devono essere presenti prima dell'erogazione dei fondi (ex ante) e di condizioni che vincoleranno l'erogazione di ulteriori finanziamenti ai risultati ottenuti (ex post).

Per definire gli interventi di contrasto alla povertà, bisogna guardare alla famiglia, che in Italia è storicamente un pilastro del sistema di welfare. Tuttavia, come si è potuto osservare dai dati, svolge il suo tradizionale ruolo di cura con crescenti difficoltà, soprattutto laddove manca un adeguato supporto da parte dei servizi e si è in presenza di condizioni di grave precarietà economica.

La recente crisi economica ha comportato un aumento ed una differenziazione dei bisogni di protezione sociale delle famiglie, che vivono una serie di problematiche, come una maggiore precarietà del lavoro (lavoratori atipici e con contratti temporanei),

¹⁹ Le Iniziative Faro sono ampi programmi di lavoro che l'UE intende attuare in collaborazione con gli Stati Membri, per creare le condizioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi di Europa 2020.

una difficile ricollocazione nel mercato del lavoro da parte di 40-50enni, una crescita esponenziale dei tassi di indebitamento.

La natura multidimensionale del fenomeno povertà, quindi, legata a fattori non solo economici, ma anche alla disgregazione delle relazioni sociali e della rete familiare (allargata), ai bassi livelli di istruzione, alla mancanza di lavori regolari, richiederebbe un approccio trasversale e flessibile. Di fronte a questo scenario, ai fini dell'individuazione delle politiche di lotta alla povertà, gli obiettivi da perseguire potrebbero essere i seguenti:

- ricercare nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato per sfruttare il potenziale dell'economia sociale;
- individuare e diffondere pratiche di inclusione sociale sulla base di esperienze significative ed esemplari;
- trasferire risorse monetario non fisse ma variabili in base all'ISEE e al costo della vita, concesse per un periodo determinato e rinnovabile eventualmente per una sola volta (tranne situazioni che impongano una continuità);
- promuovere reti di solidarietà e mutuo-aiuto, in collaborazione col Terzo settore;
- coordinare i diversi attori sociali che operano nel settore per accompagnare le persone più fragili e contrastare fenomeni di povertà estrema;
- valutare l'attivazione Osservatorio regionale sulla povertà in funzione della nuova strategia europea 2020 di contrasto alla povertà

Mettere in campo queste soluzioni di contrasto alla povertà significa anche verificare il loro impatto per dare di più e meglio, con risorse che vanno via via riducendosi.

È necessario aumentare la possibilità di controllo delle quantità monetarie immesse per meglio monitorare l'utilizzo di tali trasferimenti e verificare le condizioni di efficacia dell'aiuto prestato. Mettere soldi nello stesso canale può significare meno perdite, meno sprechi, maggiore controllo e soprattutto maggiore aiuto (es. social card).

Le politiche di welfare per il contrasto alla povertà che la regione intende promuovere per il triennio 2013-2015 del PSR prevedono l'utilizzo di risorse economiche per fini non meramente economici ma di valorizzazione della persona e delle sue potenzialità, individuando misure di contrasto alla povertà che siano di sviluppo soggettivo e collettivo, che diano impulso a processi di crescita, di autonomia, di miglioramento delle condizioni di vita del singolo e della comunità nel suo insieme.

Lo sforzo nel definire una strategia di interventi è di individuare misure attive e passive, integrando gli interventi e le politiche sociali e assistenziali con le risorse e la progettualità proprie delle politiche del lavoro e delle politiche formative.

Pertanto, la Regione intende realizzare nel prossimo triennio sia azioni di sistema per il rafforzamento della capacità di programmazione, realizzazione e valutazione degli interventi da parte degli Ambiti territoriali, che politiche di sostegno al reddito delle famiglie e alla genitorialità, di rafforzamento delle competenze del nucleo familiare e programmi di integrazione delle famiglie straniere e supporto ai migranti [tabella 13].

Tabella 13: Interventi che la Regione realizzerà nel II PSR per Contrasto alla Povertà

Politiche	Azioni	Interventi	Attuatore
Azioni di sistema	Rafforzamento della capacità di programmazione, realizzazione e valutazione degli interventi	Strumenti di pianificazione (Piani di Zona degli Ambiti territoriali)	Regione
Politiche di sostegno al reddito di tipo occasionale ed "emergenziale"	Sostegno economico alle famiglie numerose e a quelle con particolari responsabilità di cura, interventi di finanza etica, di accesso al credito,	Contributo famiglie numerose Voucher assunzione badanti e per l'acquisizione di servizi di conciliazione	Ambiti Territoriali
		Sperimentazione di modelli a titolarità regionale per l'erogazione di alcune tipologie di servizi attraverso l'utilizzo dei voucher	Ambiti territoriali
		Micro-credito per il sostegno all'occupazione e all'auto-impiego rivolta a piccoli e nuovi imprenditori campani, in particolare a soggetti con difficoltà di accesso ai tradizionali canali del credito/soggetti svantaggiati	Sviluppo Campania s.p.a.
Politiche di empowerment	Rafforzamento dei servizi per le famiglie, sostegno alla genitorialità	Centri famiglia	Ambiti territoriali
		Servizi di sostegno alle famiglie per la cura dei bambini (mamme accoglienti, educatrici familiari)	Comuni singoli o associati
Politiche di coesione	Programmi di integrazione delle famiglie straniere: supporto ai migranti nella decodifica e comprensione della complessa realtà della società di accoglienza, affiancamento degli operatori delle istituzioni	Percorso di specializzazione per mediatori culturali	Terzo settore
Misure rivolte alle marginalità estreme	Inserimento sociale e lavorativo di soggetti svantaggiati e potenziamento dei servizi per i senza fissa dimora	housing sociale - valutare l'ipotesi di costituire un osservatorio regionale sulla povertà per la nuova programmazione 2020	Terzo Settore
Politiche di inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti	Aumento delle opportunità formative, accesso al credito, all'alloggio e ai servizi sociali	Corsi di formazione per l'accesso al lavoro Soluzioni abitative alternative	Regione, Province e Comuni singoli o associati

9.2 Area Immigrati

L'accelerato sviluppo del fenomeno migratorio in Campania fa sì che oggi la Regione accolga circa 165.000 immigrati quasi un terzo di tutti quelli presenti nel Mezzogiorno. Si tratta di un numero elevato anche rispetto al contesto nazionale (il 3,5% dei migranti che soggiornano regolarmente in Italia) all'interno del quale la Campania si colloca in settima posizione dopo Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Toscana. Un'immigrazione cresciuta in termini numerici e trasformata in termini

qualitativi rispetto alla geografia dei flussi, alla loro composizione etnica e demografica, oltre che alle caratteristiche sociali, economiche e relazionali. L'insediamento immigrato diviene sempre più diffuso e soprattutto la Campania, un tempo esclusivamente terra di transito, sempre più assiste allo stabilizzarsi dei progetti migratori dei lavoratori stranieri e della loro famiglie, che vedono pertanto moltiplicarsi gli spazi economici e sociali nei quali si trovano coinvolti.

Sono le province litoranee, Napoli, Caserta e Salerno ad ospitare il maggior numero di stranieri, quasi il 90% del totale. Un ruolo importante è svolto poi da una miriade di Comuni, piccoli e grandi, che offrono agli immigrati lavoro e alloggi a costi relativamente più contenuti (Castelvolturo, Forio, Terzigno, Capaccio, Eboli, San Giuseppe Vesuviano, Aversa, Mondragone, Pontecagnano, ecc).

La provincia partenopea con i suoi 75.943 stranieri si conferma il principale polo di attrazione della popolazione residente immigrata accogliendo il 46,2% degli stranieri presenti sul territorio campano. Si consolida la presenza nella Provincia di Salerno che conta il 23,2% degli immigrati residenti, insediati in particolare nell'Agro nocerino-sarnese e nella Piana del Sele, dove trovano opportunità lavorative nell'agroindustria o nella zootecnica. Si evidenziano nel territorio anche nuovi insediamenti di immigrati in zone storicamente contrassegnate dall'emigrazione autoctona quali i territori dell'Alto Sele. Segue la Provincia di Caserta, dove si è stabilito il 20% dei migranti della Regione e che si caratterizza da una presenza di cittadini africani più marcata. Le Province di Avellino (6,9% delle presenze) e Benevento (3,8%) presentano numeri decisamente più contenuti avendo comunque registrato nell'ultimo decennio consistenti aumenti.

Delle 165 nazionalità rappresentate in Regione, Ucraina, Romania, Marocco, Polonia, Cina, Sri Lanka e Albania sono le comunità più rappresentate [tabella 14 e grafico 84].

Tabella 14: Principali nazionalità dei cittadini stranieri in Campania al 31/12/2010 - (elaborazione su dati Istat)

Province	Ucraina	Romania	Marocco	Polonia	Cina	Sri Lanka	Albania
Napoli	18.833	7.290	3.128	5.358	5.958	6.199	1.881
Salerno	7.813	11.106	5.457	1.989	770	214	1.096
Caserta	7.304	5.580	3.013	2.448	797	132	2.786
Avellino	2.255	3.113	1.135	705	526	81	641
Benevento	1.186	2.176	644	340	138	39	250

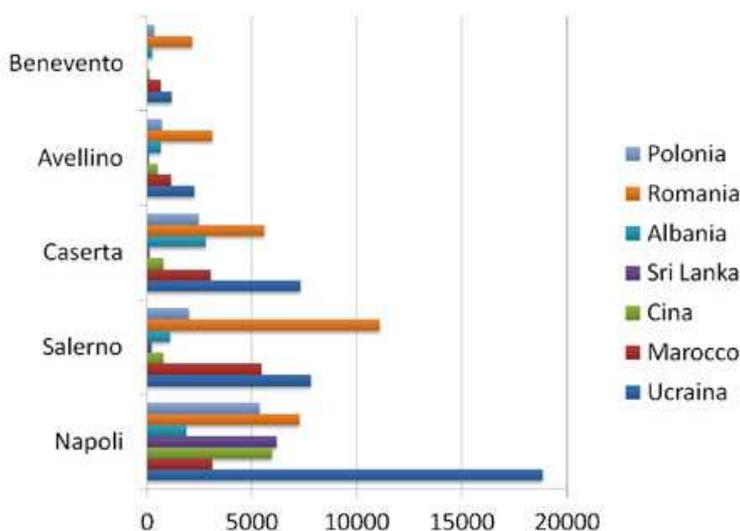


Grafico 84: Principali nazionalità dei cittadini stranieri in Campania al 31/12/2010 (elaborazione su dati Istat)

Peculiarità della popolazione immigrata della regione è la netta prevalenza della presenza femminile: 95.728 sono, infatti, le donne non italiane che vivono in Campania e che rappresentano il 58,3% dei cittadini stranieri, contro il 51,3% del dato nazionale.

La marcata presenza femminile si accentua nelle province di Benevento (61,3%), Avellino (61,9 %) e Napoli (60%), contesti in cui tante donne straniere si dedicano ai lavori di cura e alla collaborazione domestica. Il dato si attenua a Caserta (53,3%) e Salerno (57,7%) dove la domanda di lavoro nei campi, nell'edilizia e nelle industrie richiede manodopera prevalentemente maschile. Complessivamente si tratta di una popolazione estremamente giovane costituita per l'81% da persone in età lavorativa, di cui oltre la metà ha meno di 40 anni [grafico 85].

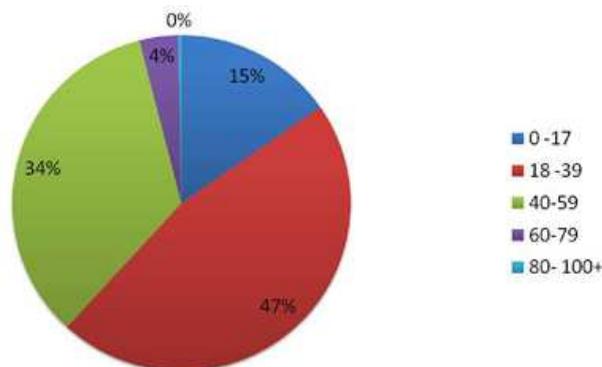


Grafico 85: Età dei residenti stranieri al 01/01/2011 (elaborazione su dati Istat)

I minori sono oltre 25.000 (circa il 15% del totale degli stranieri), e sebbene si tratti di numeri ancora bassi rispetto al contesto nazionale (dove l'incidenza raggiunge tassi del 22%), la loro presenza sta crescendo significativamente. Di questi 15.772 hanno frequentato le scuole campane nell'anno scolastico 2009/2010 (1,5 % sul totale alunni): il 35,6% si è concentrato alle scuole elementari, il 15,6% è andato alla scuola dell'infanzia, il 23,7% si è iscritto alle medie e il rimanente 25,1% ha frequentato la scuola secondaria di secondo grado .

Il lavoro, sia esso autonomo o subordinato, rappresenta certamente la motivazione più diffusa per la presenza in Campania (55,7%), seguito da tutte le pratiche inerenti il contesto familiare che sono utilizzate dal 37,2% dei migranti a testimonianza del progressivo livello di stabilizzazione. L'1,4% ha un permesso di soggiorno per motivi religiosi e il rimanente 5,7% per studio, salute o Asilo Politico.

L'economia campana nel corso del 2010 ha risentito ulteriormente della forte crisi economica che continua ad attanagliare i mercati nazionali ed internazionali, influenzando negativamente su un sistema già strutturalmente debole.

Il PIL della Campania, dopo l'intenso calo rilevato dall'Istat nel 2009 (-5,2% a prezzi costanti), è diminuito lo scorso anno dello 0,6%, secondo le stime della Svimez.

Nonostante tale periodo di recessione, anche nel mercato del lavoro campano, la presenza straniera ha smesso di rappresentare un elemento di novità per divenire parte integrante e fondamentale dello sviluppo del sistema socio economico, che vede i lavoratori stranieri impiegati soprattutto in agricoltura, edilizia e nei servizi [grafico 86].

In particolare nel settore delle costruzioni trova occupazione il 13,5% dei lavoratori stranieri, uomini soprattutto, provenienti dal Centro e dall'Est Europa e in misura notevolmente minore dall'Africa settentrionale. Nel commercio, sia al dettaglio che all'ingrosso (12,4%), sono prevalentemente occupati lavoratori provenienti da Senegal, Guinea, Cina, Bangladesh e Pakistan; mentre i braccianti agricoli (stagionali e stanziali) occupati in agricoltura (11,9%) provengono in prevalenza dal Nord e dal Centro Africa,

dall'Est Europa e dall'India.

Si assiste a un sempre maggiore impiego di lavoratori immigrati anche nei settori alberghiero e della ristorazione (10,4%), della sanità e dei servizi alle famiglie (9,6 %) dove ad essere impiegate sono in prevalenza donne rumene e ucraine.

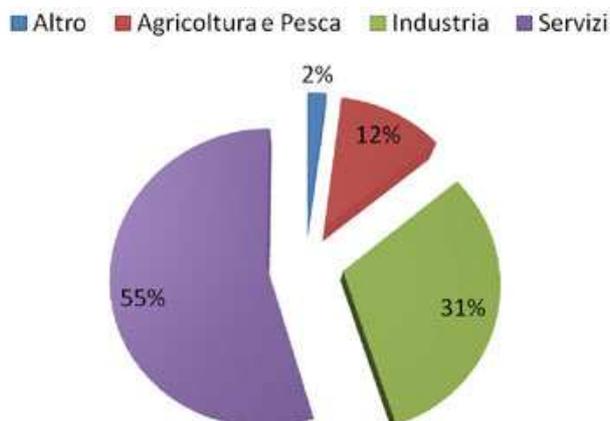


Grafico 86: Principali settori di occupazione in Campania degli immigrati residenti (elaborazione su dati Inail)

Le occupazioni dei lavoratori immigrati continuano ad essere caratterizzate da elevata flessibilità, dal carattere provvisorio e precario, sia dal punto di vista economico che contrattuale e sono spesso anche pericolose e gravose, come dimostrato dal gran numero di incidenti sul lavoro denunciati nelle varie province della Regione. (Rapporto annuale regionale INAIL 2010)

La condizione di precarietà rappresenta più complessivamente un ostacolo all'accesso ai servizi. Il numero di coloro che risultano iscritti al SSN, ad esempio è notevolmente inferiore alla presenza effettiva, così come sebbene in forte crescita, pochi risultano anche i minori stranieri iscritti nelle scuole pubbliche. Tra di essi si segnala peraltro un tasso di insuccesso scolastico elevato e una condizione di diffuso ritardo, decisamente più elevata rispetto ai coetanei italiani (rapporto "Alunni con cittadinanza non italiana. A.s. 2010/2011", - MIUR)

Si tratta, dunque, di una presenza consistente e composita che inserisce la Regione tra i principali poli attrattivi per gli stranieri rispetto all'intero contesto italiano e che esprime una domanda di inserimento sociale presumibilmente crescente. E questo, in un contesto regionale da sempre caratterizzato da una pressante domanda di welfare proveniente da cittadini appartenenti a fasce svantaggiate, rispetto ai quali gli immigrati scontano una situazione di difficoltà ancora più marcata. Un contesto peraltro in cui l'accesso ai servizi è contrassegnato da una pluralità di ostacoli, tra i quali le peculiarità di un sistema che già risponde con difficoltà ai bisogni della popolazione locale, che si mostra poco incline ad agire in una logica inclusiva, che privilegia l'intervento in situazioni limite, mutuando una logica dell'emergenza che rimane uno dei vincoli più difficili da superare.

La Regione Campania ha investito € 13.143.455,68 per realizzare interventi che hanno riguardato l'attivazione ed il rafforzamento di percorsi di sostegno all'immigrazione, attraverso la messa in sinergia di risorse nazionali, regionali ed europee (FNPS, PO FSE Campania 2007-2013, FEI – Ministero dell'Interno, FPM - Accordi di programma – Ministero del lavoro e delle politiche sociali, TU 286/98 ex art. 18 e art. 13 - Dipartimento per le Pari opportunità, TU 286/98 ex art. 18 e art. 13 - Dipartimento per le Pari opportunità), tesi ad attivare interventi che avessero come obiettivo:

- la garanzia di pari opportunità di accesso ai servizi pubblici e del pieno riconoscimento dei propri diritti civili.

- la rimozione degli ostacoli di ordine economico, linguistico, sociale e culturale;
- la valorizzazione delle identità culturali, religiose e linguistiche.

In tal senso sono stati attivati:

- Interventi realizzati dagli ambiti territoriali che hanno riguardato l'attivazione ed il rafforzamento di percorsi di informazione, orientamento e sostegno all'immigrazione, valorizzando gli strumenti di cooperazione e di progettazione integrata tra pubblico, privato sociale e comunità straniere.
- Un Servizio Regionale di Mediazione Culturale finalizzato a favorire il processo di integrazione della popolazione immigrata residente nella Regione Campania e a garantire, attraverso attività e strumenti integrati, le stesse prestazioni di servizio a tutti i cittadini, senza distinzione di etnia, cultura, religione e sesso. Il servizio, nell'ottica bidirezionale sostenuta dall'Unione Europea, è funzionale a supportare il processo di *empowerment* degli immigrati promuovendone la comprensione del sistema di welfare italiano e delle regole di convivenza che presidono all'organizzazione della società di accoglienza e allo stesso tempo promuove il miglioramento delle competenze degli operatori dei servizi territoriali. Le attività di ricerca e il costante aggiornamento dei flussi di informazione tra territorio e responsabili delle attività progettuali, consentono inoltre il monitoraggio di dinamiche, problematiche ed eventuali nuovi bisogni rispetto ai servizi offerti per rinnovarli e potenziarne le capacità di impatto sociale (intervento a Regia Regionale).
- Interventi finalizzati all'inserimento nel circuito lavorativo di giovani cittadini extracomunitari, attraverso la concessione di incentivi ai datori di lavoro/imprese localizzati in Campania per la stipula di contratti di apprendistato professionalizzante, che hanno favorito tra l'altro l'emersione del lavoro irregolare. (intervento a Regia Regionale).
- Attività tese a favorire la formazione linguistica, l'orientamento civico e l'informazione degli stranieri presenti sul territorio della Regione Campania nella prospettiva di una loro piena integrazione sociale, economica e culturale. Tali interventi hanno promosso l'apprendimento della lingua italiana quale strumento privilegiato perché la popolazione immigrata possa muoversi consapevolmente nella società di accoglienza, esercitare i propri diritti/doveri, partecipare al quotidiano processo di costruzione del sociale. (Azioni finanziate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dal Ministero dell'Interno attraverso il Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi).
- Azioni rivolte alle categorie vulnerabili, come le vittime di tratta o di grave sfruttamento in ambito sessuale e lavorativo sul territorio della Regione Campania. In tal senso è stato realizzato il Progetto "Fuori tratta" che è intervenuto, con un'azione congiunta tra le istituzioni e gli organismi del terzo settore coinvolti, sul contesto in cui si sviluppano flussi migratori a scopo di tratta. Le attività hanno avuto come primo obiettivo l'uscita delle vittime dalla situazione di sfruttamento con percorsi di protezione, finalizzati, in seguito, all'inclusione sociale e lavorativa, attraverso percorsi integrati di recupero della persona, sostegno psicologico e legale, azioni di formazione e orientamento.

Nel contesto dinamico ed articolato delineato, le azioni in favore della popolazione immigrata che si vogliono organiche ed efficaci, devono al tempo stesso essere dirette a migliorare la qualità della vita delle persone ed a garantire la piena esigibilità dei diritti di cittadinanza.

Questo implica, alla luce della dinamica dei flussi migratori in Campania (compresenza di immigrati di nuovo ingresso e di più o meno lunga residenza), che si debba poter rispondere ai bisogni della prima accoglienza ed a quelli più complessi dell'inserimento

socio/culturale ed economico.

Si tratta cioè di integrare la popolazione immigrata nella rete di interventi che a partire dal soddisfacimento di diritti elementari quali l'informazione e l'accesso ai servizi di prima accoglienza per le persone in condizione di bisogno, permetta di estendere a tutta la popolazione immigrata presente la fruizione di quei servizi di base che costituiscono diritti esigibili anche da parte loro.

Una politica di welfare della Regione che si voglia estesa ai nuovi venuti è un percorso obbligato per garantire la coesione sociale tra i nuovi cittadini e la società di accoglienza, una occasione per innalzare il livello delle garanzie per tutti, nella misura in cui si migliora la capacità di risposta del sistema nel suo complesso.

In questa direzione è essenziale un consolidamento ed un perfezionamento dell'impegno profuso in questi anni nei confronti degli immigrati, adottando una strategia che riconosca la diversità culturale ed identitaria e la concili con la lotta alla esclusione ed alla disuguaglianza sociale, in accordo con le seguenti linee guida:

- inclusione delle politiche e misure di integrazione in tutti i pertinenti portafogli politici e a tutti i livelli di governo e di servizio pubblico (approccio mainstreaming). Le dimensioni economica, sociale e culturale dell'immigrazione devono essere considerate in tutte le politiche connesse;
- approccio attento alla complessità del target. E' fondamentale inoltre agire in un'ottica che tenga in considerazione il carattere complesso del fenomeno sia dal punto di vista della composizione (nazionalità, età, ecc) sia dal punto di vista della complessità dell'individuo
- trasformazione degli interventi "a progetto" nell'attivazione di servizi articolati e permanenti.

Data la particolare composizione della presenza migratoria campana, caratterizzata da una spiccata connotazione femminile e dalla giovinezza della popolazione straniera e in ottemperanza alle indicazioni della Unione Europea, debita attenzione verrà prestata alle questioni di genere e alle specifiche esigenze dei giovani e dei bambini migranti.

In considerazione di quanto esposto, nella prospettiva di favorire i percorsi di integrazione della popolazione immigrata residente in Regione Campania", in coerenza con le politiche comunitarie e nazionali, verranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- Garantire alla popolazione immigrata della Regione Campania pari opportunità di accesso alle istituzioni, ai beni e ai servizi pubblici e privati su un piede di parità con i cittadini nazionali e in modo non discriminatorio.
- Contribuire alla coesione sociale del territorio, superando discriminazioni e pregiudizi e prevenendo situazioni conflittuali con un costante dialogo interculturale.
- Promuovere la conoscenza della lingua, della storia, dei valori e delle istituzioni della società ospite, per supportare il processo di empowerment degli immigrati sostenendone la comprensione del sistema e delle regole di convivenza che presiedono all'organizzazione della comunità locale.
- Promuovere la partecipazione degli immigrati alla società di accoglienza a livello locale, favorendo e rafforzando forme di rappresentanza e autorganizzazione dei cittadini stranieri, nonché azioni di cittadinanza attiva.
- Promuovere flussi di informazione e conoscenza aggiornati e costanti sul fenomeno migratorio per monitorare dinamiche, problematiche, nuovi bisogni, per potenziarne le capacità di risposta ai bisogni, oltre che ideare e programmare interventi innovativi.
- Mettere a sistema strumenti e modalità per una governance interistituzionale e intra-istituzionale sulle questioni nodali dell'integrazione della popolazione immigrata.

Per il raggiungimento di tali obiettivi saranno promossi servizi, attività ed azioni positive che agiranno su differenti livelli, quelli dei singoli immigrati e delle loro comunità, degli operatori dei servizi e delle Istituzioni, e più generalmente della società civile.

Si intende pertanto attivare:

- Interventi finalizzati a fornire agli stranieri residenti in Campania strumenti di acquisizione della lingua, della cultura e dei principi generali della costituzione italiana anche in ottemperanza al conseguimento degli obiettivi dell'Accordo di integrazione cui DPR 179/2011 e alla politica d'immigrazione comune per l'Europa.
- Azioni tese ad affrontare il disagio abitativo dei segmenti di popolazione in questione non come questione "indifferenziata", ma come insieme di problemi e specificità correlati ai diversi bisogni che insorgono nelle varie fasi di insediamento della popolazione immigrata, oppure in differenti momenti di vita. Si intende attivare un'azione di sistema ("L'abitare sociale") che consenta di dare risposta idonea alle diverse situazioni di disagio (emergenza, fabbisogno di alloggi temporanei, fabbisogni di abitazioni stabili)
- Attività tese a migliorare l'accesso degli stranieri ai servizi socio-sanitari attraverso la mediazione culturale e il migliorando delle competenze interculturali degli operatori dei servizi;
- Azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione locale che evidenzino il potenziale positivo dell'immigrazione
- Studi e indagini sul fenomeno migratorio nel contesto regionale
- Azioni di monitoraggio e valutazione delle politiche e degli interventi messi in campo

9.3 Le politiche per persone detenute, internate e prive della libertà personale

Nel corso del 2010 il Consiglio dei Ministri ha approvato il "Piano Carceri" e ha proclamato lo "stato di emergenza" fino al 31 dicembre 2010 con l'obiettivo di creare 47 nuovi padiglioni e aumentare la capienza dei penitenziari. Con il decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 (convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9) recante "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri" è stato previsto l'innalzamento da dodici a diciotto mesi della pena detentiva che può essere scontata presso il domicilio del condannato anziché in carcere, per applicare la detenzione presso il domicilio introdotta dalla legge 26 novembre 2010, n. 199 ("sfolla carceri") ad un maggior numero di detenuti. Nonostante questi provvedimenti la condizione nei penitenziari italiani vede presenti 66.528 detenuti, oltre ventimila rispetto alla capienza ufficiale pari a 45.584 posti. Secondo i dati del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria sono 16.364 i detenuti tossicodipendenti, pari a 24,46% sul totale dei presenti.

Al 30 giugno 2012 in Campania, nei 17 istituti penitenziari risultano presenti 8.065 detenuti, di cui 1.008 stranieri, su una capienza complessiva di 5.793 posti. Le donne detenute sono 356. Con riferimento alla posizione giuridica sono 3.595 i detenuti condannati in via definitiva, 4.125 quelli in attesa di giudizio definitivo. Con riferimento alla condanna inflitta, in Campania vi sono 174 condannati all'ergastolo, 2.160 hanno un residuo di pena inferiore ai tre anni. Al 31 dicembre del 2011 sono 7 i bambini di età inferiore a tre anni che si trovano in carcere con le rispettive madri. Se consideriamo la regione di residenza i detenuti campani sono 11.824, circa un sesto dei 66.528 detenuti in Italia. Si conferma un trend che, nonostante all'approvazione di provvedimenti legislativi ad hoc, vede progressivamente crescere il numero di persone detenute. In confronto con la stessa data del 2008 erano presenti in Campania 6.934 detenuti, di cui 211 donne. La casa circondariale di Napoli-Poggioreale rimane quindi uno degli istituti penitenziari con il più alto tasso di affollamento facendo registrare 2.700

presenze per una capienza di 1.500 posti circa. In Campania vi è circa il 10% rispetto al totale della popolazione detenuta femminile.

Con il decreto 211/2012 è stato anche fissato al febbraio 2012 il termine per la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari che porterà, in Campania, alla chiusura degli OPG di Aversa e Napoli.

Nel corso del triennio le competenze regionali in materia si sono ampliate. Perché è entrata a regime la riforma della sanità penitenziaria che ne ha comportato il trasferimento dalla competenza del ministero della Giustizia alle Aziende sanitarie locali e perché è stata istituita la figura del Garante regionale delle persone detenute presso il Consiglio regionale della Campania.

In questo triennio, per quanto riguarda il settore delle politiche sociali, sono stati promossi interventi rivolti agli istituti penitenziari per attenuare, per quanto possibile, gli effetti del sovraffollamento, quali:

- creazione di una Cooperativa di produzione di caffè realizzata nella Casa circondariale femminile di Pozzuoli [il carcere femminile più grande di Italia];
- realizzazione di un corso di italiano L2 nella casa circondariale di Pozzuoli;
- realizzazione di un campo sportivo nella Casa Circondariale di Poggioreale;
- realizzazione di laboratori nella casa circondariale di Salerno;
- realizzazione di sportelli di mediazione nell'istituto di Secondigliano.

Gli interventi che sono stati realizzati sono stati dedicati all'istituto penitenziario più grande della Campania, Poggioreale, e al carcere femminile più grande di Italia, quello di Pozzuoli.

Più difficile, rispetto alle previsioni della precedente programmazione regionale riuscire a strutturare una rete di interventi a livello di Ambiti territoriali. La quota complessiva di risorse dedicata, a livello territoriale, all'area carcere, è molto esigua, rispetto alla vasta platea dei possibili beneficiari (in particolare le famiglie delle persone detenute) e non consente l'attivazione di stabili interventi di supporto. Non si è ancora riusciti a consolidare la relazione tra l'Ufficio penale di esecuzione esterna e gli Uffici degli Ambiti territoriali, anche al fine di costruire un sistema informativo integrato.

Lo scenario nel quale realizzare la prossima programmazione regionale, per quanto attiene alle dimensioni del fenomeno, è analogo a quello del passato triennio. Aumenta progressivamente il numero di persone detenute e si riducono le risorse destinate alle politiche penitenziarie. L'andamento opposto di queste due curve fa prevedere che lo stato di emergenza del sistema penitenziario non troverà, almeno nel breve periodo almeno, una soluzione definitiva, né attraverso il piano carceri né attraverso le norme in materia di esecuzione penale esterna di recente approvazione. Rimane valida, come esigenza strategica principale quella di puntare a garantire un livello minimo di interventi all'interno degli istituti penitenziari campani per alleviare la fase di criticità per le persone detenute e per gli stessi operatori penitenziari.

Per valorizzare gli interventi, anche alla luce della scarsità delle risorse disponibili, è necessario, alla luce della composizione della popolazione detenuta, muoversi lungo le seguenti direzioni:

- interventi a favore della popolazione detenuta immigrata [pari a circa il 15% della popolazione detenuta] che mirino ad offrire servizi di mediazione culturale ad oggi assenti;
- interventi a favore delle donne ristrette, volti a favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, a sostenere la genitorialità, a garantire il rispetto delle differenze di genere;
- interventi a favore dei detenuti ristretti negli istituti penitenziari con più alto tasso di

- sovraffollamento e con il numero più alto di presenze;
- interventi che valorizzino istituti dove si sperimentano forme di custodia attenuata.

Questi interventi sono tutti a titolarità regionale e devono essere programmati e realizzati di concerto con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria nello spirito di una leale cooperazione tra soggetti pubblici.

Obiettivi del prossimo triennio di programmazione sono:

- Promuovere l'integrazione della popolazione detenuta straniera, prevenendo e contrastando fenomeni di discriminazione ed esclusione; [indicatore attivazione di un servizio di mediazione culturale negli istituti di pena];
- Promuovere le differenze di genere e ridurre la condizione di vulnerabilità delle donne ristrette; [attivazione di un servizio per donne detenute madri];
- Promuovere modelli di custodia attenuata [indicatore attivazione protocolli operativi con singoli istituti];
- Promuovere migliori condizioni detentive negli istituti con maggiori criticità dovute alle dimensioni.

9.4 Obiettivi ed azioni delle politiche di contrasto alla povertà

Obiettivo strategico n. 3	Vulnerabilità, disagio, integrazione: politiche di contrasto alla povertà
Definizione	Ridurre l'area della vulnerabilità e dell'emarginazione sociale con interventi diretti al contrasto della povertà, a favore delle persone prive della libertà personale e a sostegno degli immigrati
Durata	Triennale
Target	Comuni associati
Obiettivo operativo 3.1	Politiche di contrasto alla povertà
Definizione	Le politiche di welfare per il contrasto alla povertà che la regione intende promuovere per il triennio 2013-2015 del PSR prevedono l'utilizzo di risorse economiche per fini non meramente economici ma di valorizzazione della persona e delle sue potenzialità, individuando misure di contrasto alla povertà che siano di sviluppo soggettivo e collettivo, che diano impulso a processi di crescita, di autonomia, di miglioramento delle condizioni di vita del singolo e della comunità nel suo insieme.
Target	Comuni Associati
Azione 3.1.1	Rafforzamento della capacità di programmazione, realizzazione e valutazione degli interventi
Descrizione	Individuazione di ambiti pilota per attivare la sperimentazione della loro trasformazione in Organismi Intermedi
Target	Comuni Associati
Indicatori	N. 10 ambiti da avviare alla sperimentazione
Azione 3.1.2	Sostegno economico alle famiglie numerose e a quelle con particolari responsabilità di cura, interventi di finanza etica, di accesso al credito,
Descrizione	Contributo famiglie numerose, Voucher assunzione badanti e per l'acquisizione di servizi di conciliazione, Micro-credito per il sostegno all'occupazione e all'auto-impiego rivolta a piccoli e nuovi imprenditori campani, in particolare a soggetti con difficoltà di accesso ai tradizionali canali del credito/soggetti svantaggiati
Durata	Annuale
Target	Comuni Associati
Indicatori	n. Voucher erogati n. famiglie beneficiarie, n. imprese create/attivate, n. contributi erogati su totale contributi previsti

Azione 3.1.3	Rafforzamento dei servizi per le famiglie, sostegno alla genitorialità
Descrizione	Servizi di sostegno alle famiglie per la cura dei bambini (mamme accoglienti, educatrici familiari)
Target	Comuni Associati
Indicatori	Incremento del numero dei posti disponibili nel servizio rispetto alla precedente annualità ogni 100 minori 18 - 36
Azione 3.1.5	Inserimento sociale e lavorativo di soggetti svantaggiati e potenziamento dei servizi per i senza fissa dimora
Descrizione	Attivazione di percorsi finalizzati alla fuoriuscita da condizioni di esclusione socio-lavorative attraverso progettualità di accompagnamento e di empowering. Potenziamento di reti di supporto rivolte a persone senza fissa dimora con la promozione di progetti di housing sociale.

PARTE III: IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI E GLI ASSETTI ISTITUZIONALI

10. Il tema della forma associativa dei Comuni alla luce delle novità normative in materia

L'art 10, comma 2 lett. b della Legge Regionale n. 11 del 23/10/2007 e s.m.i., così come modificato dalla Legge Regionale n. 15 del 06/07/2012, prevede che i Comuni adottino, su proposta del coordinamento, le forme associative per l'esercizio delle funzioni e delle modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano sociale di ambito, ai sensi del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali". La stessa Legge prevede che le risorse del Fondo Sociale Regionale possano essere trasferite solo ai Comuni associati in Ambiti territoriali (art. 51). In applicazione di tale principio, al momento in cui è stato costituito il Fondo Sociale Regionale per la I annualità dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale regionale, così come previsto dall'art. 50 della L.R. 11/2007, negli atti deliberativi di programmazione delle risorse è stato previsto che non si operassero trasferimenti ai Comuni che non aderivano alla forma associativa dell'Ambito di appartenenza.

La convergenza degli Ambiti territoriali con i distretti sanitari, prevista dalla L.R. 11/07 e s.m.i. ed attuata con la Deliberazione di Giunta n. 320 del 03/07/2012, rafforza ancora di più l'Ambito territoriale come unica dimensione territoriale per l'accesso al sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, rendendo evidente la necessità di mantenere ferma l'adesione di tutti i Comuni dell'Ambito alla gestione associata dei servizi.

L'adozione della forma associativa prevista dalla L.R. 11/07 e s.m.i, ovviamente non può prescindere dalla regolamentazione a livello nazionale dell'esercizio associato delle funzioni per i Comuni, che negli ultimi anni è in continua evoluzione e ha subito numerose trasformazioni ad opera di una serie di dispositivi normativi: Legge 191/2009 (legge finanziaria per il 2010), successivamente modificata dal decreto legge 2/2010, convertito in Legge 42/2010 e dal decreto legge 138/2011, convertito in Legge 148/2011.

La Regione Campania, con la Legge Regionale n. 15 del 06/07/2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza", che modifica la precedente L.R. 11/07, prende atto delle disposizioni previste dall'art. 2 della L. 191/09 e s.m.i., prevedendo nell'art. 59 bis (disposizioni transitorie) la soppressione dei consorzi per la gestione dei servizi sociali L. 328/00.

Recentemente, inoltre, è stato emanato il decreto legge 95 del 06/07/2012, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, che ha apportato modifiche all'art. 14 della L. 122/2010 e s.m.i, all'art. 16 della L. 148/2011 e all'art. 32 del D. lgs. 267/00 che disciplina l'unione di Comuni.

La suddetta legge individua le funzioni fondamentali dei comuni da esercitare obbligatoriamente in forma associata, prima indicate in via provvisoria nell'articolo 21, comma 3, della legge n. 42/2009, tra le quali figura la "progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'[articolo 118, quarto comma, della Costituzione](#)".

L'assetto delle forme associative che deriva dall'attuazione delle richiamate

disposizioni legislative può essere così riassunto:

- i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, ovvero fino a 3.000 abitanti se appartenenti o già appartenuti a comunità montane, esclusi i comuni il cui territorio coincide con quello di una o più isole, esercitano obbligatoriamente in forma associata le funzioni fondamentali mediante convenzione o unione ex articolo 32 TUEL entro il 1° gennaio 2013 con riguardo ad almeno tre delle funzioni fondamentali ed entro il 1° gennaio 2014 con riguardo alle restanti funzioni fondamentali (termini così stabiliti dal comma 31 ter dell'art. 14, della L. 122/2010, introdotto dall'articolo 19, comma 1, lettera e, del d.l. n. 95/2012).
- i comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti, in alternativa a quanto previsto al punto 1), possono esercitare in forma associata tutte le funzioni e tutti i servizi pubblici loro spettanti mediante unione, secondo la disciplina derogatoria rispetto all'articolo 32 TUEL come modificato dal D.L. n.95/2012, o mediante convenzione ex articolo 30 TUEL di durata almeno triennale.

Il combinato disposto della normativa nazionale e della normativa regionale rende quanto mai evidente la necessità per i Comuni di associarsi per lo svolgimento delle funzioni legate ai servizi sociali secondo la configurazione stabilita dalla Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 8 co. 1 della L.R. 11/2007, con la definizione degli Ambiti territoriali.

Sulla base di tali disposizioni, si sottolinea altresì che non è possibile che un Comune receda dalla convenzione adottata per la definizione della forma associativa.

Alla luce della complessità della materia, della sua continua evoluzione normativa e della sua fondamentale rilevanza per gli assetti di *governance* e per la gestione l'offerta in forma associata degli interventi e dei servizi sociali, la Regione attiverà, tramite i propri uffici, alla luce delle richieste emerse nella fase di confronto con i Comuni associati e le parti sociali, una *task force* di supporto e accompagnamento agli Ambiti per la scelta e l'adozione della forma associativa più idonea.

11. Gli assetti della Governance

11.1 Analisi dei dati risultanti dalla precedente programmazione

11.1.1 Area Azioni di sistema

L'analisi sull'area azioni di sistema fa riferimento ai dati forniti da 43 ambiti territoriali su 51 per la II annualità di programmazione del triennio del Piano Sociale Regionale.

Il totale delle risorse programmate è pari ad € 7.102.503,75, di cui l'11,9% è riservato alla programmazione ed implementazione del sistema informativo di ambito, mentre il restante all'organizzazione degli uffici di piano. Di seguito è riportata la tabella con lo schema della programmazione delle risorse su base provinciale [tabella 15].

Tabella 15: Risorse programmate per provincia per l'area Azioni di Sistema e rapporto percentuale sul totale del Fondo Unico d'Ambito – II annualità di programmazione PSR

Provincia	Risorse Ufficio di Piano	Risorse SIS	Totale Azioni di Sistema	Totale FUA	% Azioni di Sistema su FUA
Avellino	1.136.693,79	28.742,33	1.165.436,12	14830911,17	7,86%
Benevento	653.975,85	10.480,76	664.456,61	9457701,21	7,03%
Caserta	773.355,71	48.672,62	822.028,33	22090380,79	3,72%
Napoli	2.194.865,37	420.270,75	2.615.136,12	147350904,5	1,77%
Salerno	1.498.602,47	336.844,10	1.835.446,57	46759646,6	3,93%

Come si evince dai dati, la percentuale maggiore delle risorse investite per l'area sul totale del FUA appartiene alla provincia di Avellino, probabilmente per la presenza di forme consortili che richiedono un investimento di risorse maggiori finalizzate alla governance del sistema.

Per tutto il territorio regionale le risorse programmate per l'area azioni di sistema sono circa il 3% del totale, in linea con l'indicazione data nella precedente programmazione regionale di non destinare ai servizi dell'area più del 10% del totale del Fondo Unico di Ambito.

Dall'analisi degli allegati sulla composizione degli Uffici di piano, si evince che il numero complessivo di componenti ammonta a 374 unità, di cui il 49% a tempo indeterminato, il 40% con contratti di collaborazione esterni e l'11% a tempo determinato [grafico 87].

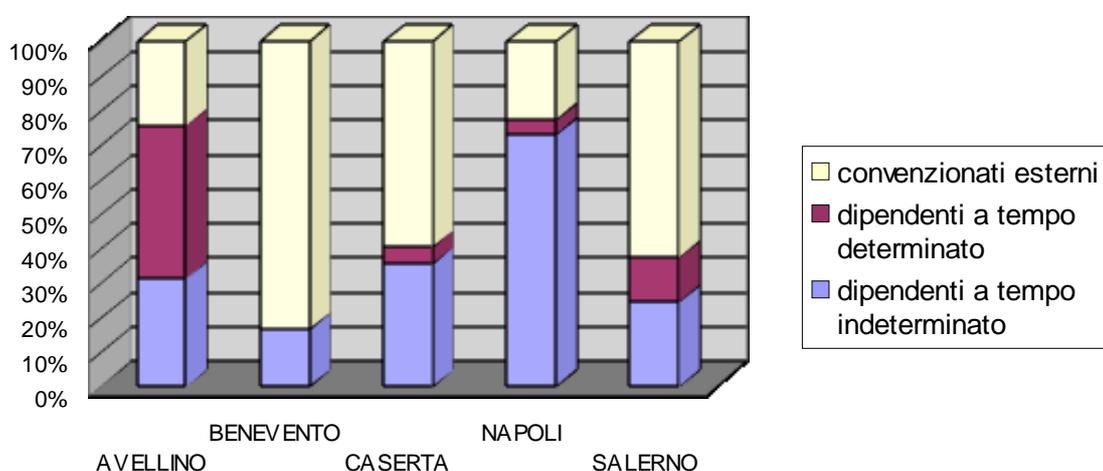


Grafico 87: Distribuzione percentuale per provincia dei componenti l'ufficio di piano in base alla tipologia contrattuale – Il annualità di programmazione PSR

Dalla tabella sopra presentata, relativa alla distribuzione in percentuale delle varie tipologie contrattuali per provincia, emerge che la percentuale maggiore (83%) di personale con contratti di collaborazione si trova nella Provincia di Benevento, mentre Napoli registra la più alta percentuale di personale in organico ai Comuni (75%).

11.1.2 Area Welfare d'accesso

Le risorse dedicate alla programmazione dell'area sono pari al 2,97% del totale complessivo FUA di tutti gli ambiti.

Il servizio di segretariato sociale registra la maggiore percentuale di risorse (52%), seguito dal servizio sociale professionale (34%) e dai servizi di ascolto, sensibilizzazione ed informazione, a cui sono dedicate il 14% delle risorse.

Mentre nelle province di Napoli, Caserta e Salerno i costi principali sono per la realizzazione del servizio di segretariato sociale, probabilmente per la presenza di assistenti sociali in organico ai Comuni, per le Province di Avellino e Benevento le risorse sono programmate principalmente per il servizio sociale professionale, al fine di compensare con personale esterno la carenza di assistenti sociali comunali [tabella 16].

Tabella 16: Risorse programmate per provincia per l'area welfare d'accesso – Il annualità di programmazione del PSR

	Risorse Segretariato	Risorse Servizio Sociale Professionale	Risorse Servizio Ascolto, Sens. e Inf.	Totale Area	Tot FUA	% Area /FUA	Pop.	Sup.	costo abitante	costo al Kmq
AV	297.539,65	539.941,60	215.760,88	1.053.242,13	14.830.911,17	7,10%	439.137	2.791,64	2,40	377,28
BN	111.702,47	750.928,55	-	862.631,02	9.457.701,21	9,12%	287.874	2.070,63	3,00	416,60
CE	617.885,22	253.707,86	-	871.593,08	22.090.380,79	3,95%	622.352	1.982,34	1,40	439,68
NA	1.411.407,30	249.529,59	786.443,85	2.447.380,74	147.350.904,5	1,66%	2.602.522	986,21	0,94	2.481,60
SA	1.248.848,68	639.550,89	8.431,19	1.896.830,76	46.759.646,6	4,06%	1.041.363	4.083,96	1,82	464,46

Analizzando nello specifico i servizi si nota che per il servizio sociale professionale, ad eccezione della Provincia di Caserta (i cui dati si riferiscono però solo alla metà degli ambiti esistenti), è rispettato a livello provinciale il rapporto numerico tra assistenti sociali e cittadini residenti che, come previsto nella L.R.11/07, deve essere pari almeno ad un assistente sociale per ogni diecimila cittadini residenti. In totale operano nel servizio sociale professionale 606 assistenti sociali [tabella 17].

Tabella 17: Rapporto popolazione/assistenti sociali per provincia – Il annualità di programmazione PSR

Provincia	Rapporto popolazione / assistenti sociali del SSP
Avellino	8.322
Benevento	6.543
Caserta	15.682
Napoli	6.666
Salerno	7.332

Anche per questo servizio la percentuale maggiore di dipendenti a tempo indeterminato è collocata nella Provincia di Napoli, dove il solo Comune di Napoli, ambito N18, registra la presenza in organico di 249 assistenti sociali. E' da evidenziare anche il dato relativo alla Provincia di Benevento, che prevede solo assistenti sociali con contratti di collaborazione esterna [grafico 88].

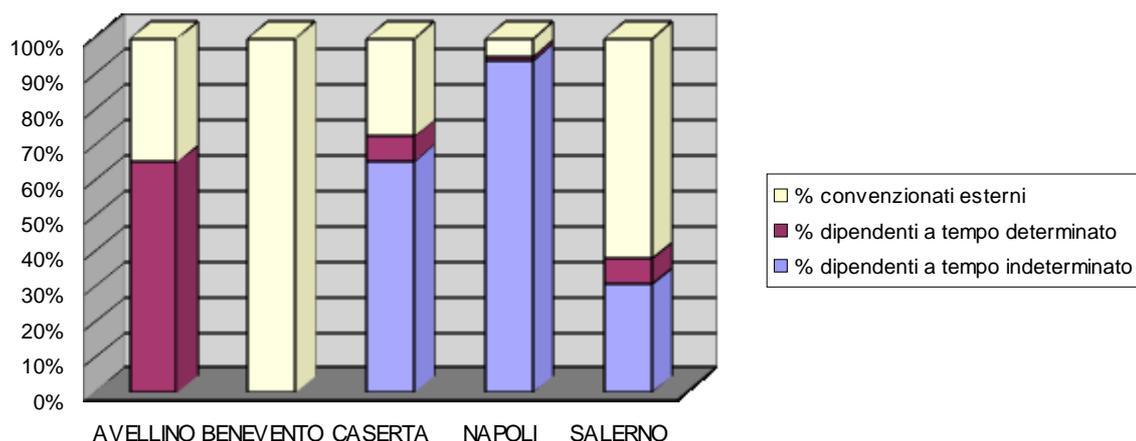


Grafico 88: Distribuzione percentuale per provincia dei componenti il servizio sociale professionale in base alla tipologia contrattuale – Il annualità di programmazione PSR

Il servizio di segretariato sociale, rispetto al servizio sociale professionale, registra un numero leggermente superiore di personale dedicato, pari a 692 unità, con una composizione per tipologia contrattuale analoga a quella del servizio sociale professionale [grafico 89].

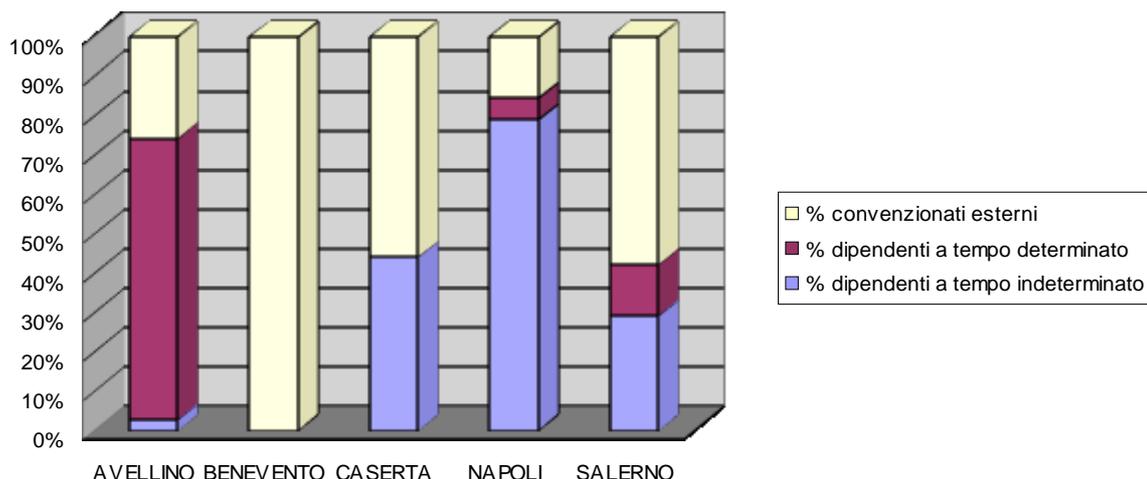


Grafico 89: Distribuzione percentuale per provincia dei componenti il servizio di segretariato sociale in base alla tipologia contrattuale – Il annualità di programmazione PSR

I profili professionali coinvolti sono: l'assistente sociale, l'animatore sociale, l'educatore professionale, l'operatore informatico, lo psicologo, il sociologo, il tecnico dell'accoglienza sociale, il mediatore familiare e il mediatore culturale, distribuiti secondo il seguente grafico [grafico 90].

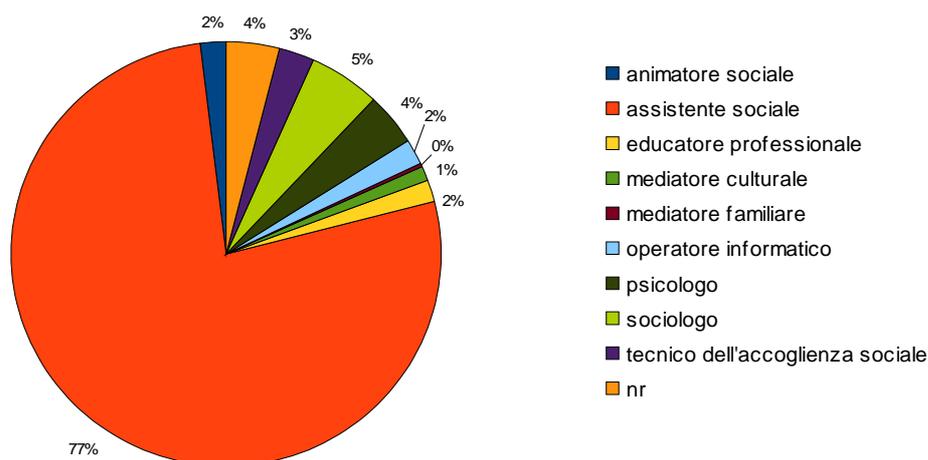


Grafico 90: Distribuzione percentuale componenti il segretariato sociale per profilo professionale – Il annualità di programmazione PSR

11.2 Il coordinamento istituzionale

Per gli Ambiti, la cui natura e forma associativa prescelta lo consentono, permane il coordinamento istituzionale, definito dall'art.11 della L.R.11/07 e s.m.i., quale soggetto deputato alla funzione d'indirizzo programmatico, di coordinamento e di controllo della realizzazione della rete integrata d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari d'ambito.

Il coordinamento istituzionale è composto, per ciascuno degli ambiti territoriali, dai sindaci dei comuni associati, dal presidente della provincia e, in materia d'integrazione socio-sanitaria, dal Direttore generale della ASL di riferimento o loro delegati.

Il coordinamento istituzionale al fine di esercitare le funzioni di cui è titolare:

- si dota di un proprio regolamento;
- promuove l'adozione e definisce, anche attraverso l'individuazione degli obiettivi e delle finalità, gli indirizzi per l'adozione degli atti sui criteri e modalità organizzative

- della erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario, della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi e sulle modalità del controllo di regolarità amministrativa e contabile, di gestione e di valutazione e controllo strategico di cui al decreto legislativo n. 286/1999;
- c) attribuisce, sino alla adozione della forma associativa ad uno dei comuni associati il ruolo di comune capofila d'ambito, con funzioni di coordinamento e responsabilità di gestione amministrativa e contabile del piano di zona;
 - d) propone, ai comuni associati nell'ambito territoriale la forma associativa per l'esercizio delle funzioni e la modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano sociale di ambito, ai sensi del testo unico degli enti locali;
 - e) nomina il coordinatore, istituisce l'ufficio di piano dell'ambito territoriale, regola il funzionamento ed i rapporti con il comune capofila e i comuni associati, nel rispetto delle direttive regionali e della forma associativa prescelta;
 - f) verifica la corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità e la programmazione del piano di zona;
 - g) approva con atto deliberativo, congiuntamente al piano di zona, il bilancio del piano di zona.

11.3 l'Ufficio di Piano

Alla luce della nuova definizione territoriale, introdotta dalla Delibera di Giunta Regionale n. 320 del 03/07/2012, di modifica degli Ambiti Territoriali Sociali e dei Distretti Sanitari, (in base alla proposta del tavolo tecnico istituito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 40 del 14/02/2011), particolarmente impegnativo è il ruolo per questo nuovo triennio dell'Ufficio di piano, in quanto sono modificati gli assetti territoriali e istituzionali che hanno contraddistinto fino all'annualità in corso la programmazione e gestione dei piani di zona e risulterà necessario operare per nuovi equilibri di coesione sociale.

L'Ufficio di Piano riveste un ruolo estremamente delicato in quanto struttura tecnica di supporto per la realizzazione del Piano di zona. Ha il compito di elaborare e attuare la programmazione secondo gli indirizzi forniti dall'organo politico di riferimento, inoltre, svolge le funzioni di gestione, amministrazione, monitoraggio e valutazione del Piano Sociale di Zona Territoriale. Esso costituisce inoltre l'ufficio di raccordo con l'amministrazione regionale in quanto è allo stesso che vengono generalmente inviate tutte le comunicazioni inerenti il sistema integrato dei servizi sociali, anche quando esse vanno poi diramate a tutti i Comuni dell'Ambito o ad altri uffici dell'Ambito stesso.

A tale organismo, proprio per il ruolo strategico di programmazione e controllo, vanno garantite tutte le prerogative istituzionali e tecniche di autonomia gestionale nel rispetto dell'indirizzo programmatico.

L'ufficio, dotato di un proprio regolamento, si avvale di personale competente rispetto alle funzioni da svolgere. Le risorse umane devono essere individuate prioritariamente fra il personale già in organico nei Comuni dell'Ambito o nella ASL, oppure, in subordine, con le modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni.

A tal fine, sembra opportuno raggiungere l'obiettivo di dotare l'ufficio di piano, in quanto struttura strategica per la governance dell'intero sistema, di un organico sempre più stabile, con preferenza per rapporti di lavoro a tempo determinato e indeterminato.

A questo riguardo, all'interno delle Convenzioni per la gestione associata stipulate nei nuovi Ambiti, dovrà essere definita la dotazione organica dell'Ufficio di piano per un periodo non inferiore al triennio di vigenza del piano sociale regionale. Allo stesso modo, il periodo temporale di contrattualizzazione dei collaboratori esterni va definito a

livello triennale.

Considerando altresì la necessità di razionalizzare risorse umane e finanziarie, partendo anche dall'analisi svolta sull'organizzazione degli Uffici di piano per il precedente triennio, si prevede che l'Ufficio di Piano possa avvalersi della seguente dotazione organica, che si ritiene in linea di massima adeguata per lo svolgimento delle funzioni attribuite allo stesso Ufficio, ferma restando, in ogni caso, l'autonomia degli Ambiti nell'andare a definirne l'effettiva dotazione organica in relazione al carico di lavoro e ai procedimenti realizzati:

- un Coordinatore dell'Ufficio di Piano (preferibilmente Dirigente dei Servizi Sociali del Comune Capofila);
- un referente amministrativo contabile;
- un esperto di programmazione sociale e sociosanitaria;
- un esperto di programmazione dei fondi europei;
- un referente per la comunicazione e il monitoraggio.

Per quanto sopra detto rispetto alla necessità di rendere quanto più essenziale possibile la composizione dell'Ufficio di Piano e di dotarlo tendenzialmente di figure già in organico ai Comuni dell'Ambito, viene stabilito il limite complessivo del 10% del FUA per l'utilizzo di personale presso lo stesso. Tale limite costituisce la somma complessiva del FUA (calcolato in base alle disponibilità finanziarie) che potrà essere utilizzata per l'impiego di figure esterne, laddove strettamente necessarie, e/o per la valorizzazione del costo del personale interno distaccato dai Comuni dell'Ambito presso l'Ufficio di Piano, nel limite massimo del 60% del costo tabellare contrattuale per ogni unità di personale formalmente messa a disposizione dell'Ufficio di Piano, in base alle ore di effettivo impiego. Tale valorizzazione potrà concorrere alla compartecipazione dei Comuni dell'Ambito al FUA secondo quanto riportato nel successivo paragrafo sulle modalità di partecipazione finanziaria dei Comuni.

Grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie, il distacco del personale dei Comuni si potrà sempre più configurare come collaborazione a distanza con la sede dell'Ufficio di Piano, riducendo gli spostamenti fisici tra le diverse sedi ed i relativi costi.

Nello specifico, per quanto concerne la funzione di supporto alla programmazione l'Ufficio di Piano svolge:

- analisi del sistema d'offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, professioni, costi) presenti nell'Ambito territoriale per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione;
- redazione del piano sociale di zona sulla base degli indirizzi programmatici forniti dal coordinamento istituzionale e dell'attività di concertazione svolta;
- monitoraggio dei problemi e della domanda sociale e l'individuazione di eventuali nuovi bisogni, attraverso l'organizzazione di momenti concertativi con i soggetti presenti nel territorio dell'Ambito territoriale;
- progettazione/ri-progettazione partecipata dei servizi da realizzare nell'Ambito territoriale;
- definizione del sistema di comunicazione fra i Comuni e i diversi soggetti dell'Ambito territoriale;
- raccordo con il Servizio Sociale Professionale, e il Servizio di Segretariato sociale laddove esistente;
- programmazione sociosanitaria;
- programmazione delle risorse europee;
- predisposizione di piani di comunicazione sociale;
- aggiornamento in materia di normativa regionale, nazionale, europea anche al fine di intercettare nuove e differenti risorse economiche.

Quanto alla gestione tecnica e amministrativa il suddetto Ufficio si occupa della:

- definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie;
- definizione delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane;
- organizzazione e affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore previsti dal Piano sociale di zona (definizione di bandi, gare d'appalto, procedure per l'autorizzazione e accreditamento, ecc);
- definizione dei regolamenti d'accesso e di compartecipazione degli utenti.

Per il monitoraggio e la valutazione svolge funzioni di:

- predisposizione di sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi;
- monitoraggio della qualità offerta ai destinatari dei servizi;
- monitoraggio delle procedure di affidamento dei servizi previsti nel Piano di zona con particolare attenzione alle caratteristiche dei soggetti a cui affidare, ai criteri di valutazione delle proposte progettuali ed ai vincoli posti nei bandi e negli avvisi per sostenere il rispetto della normativa vigente in materia di contratti di lavoro per tutte le risorse umane impegnate dai soggetti affidatari per la erogazione dei servizi;
- implementazione di sistemi informativi già esistenti per l'elaborazione di dati territoriali locali, provinciali e regionali.

11.4 Il Servizio Sociale Professionale

Il servizio sociale professionale costituisce un elemento fondamentale per l'accoglienza e la presa in carico dei cittadini dell'ambito, cui spetta la presa in carico dell'utente e la responsabilità del progetto individualizzato sul singolo caso. In ogni Ambito Territoriale, come definito dall'art. 5 della L.R. 11/2007 e s.m.i., deve essere garantito almeno un assistente sociale ogni 10.000 abitanti.

L'assistente sociale, quale *case manager*, è la figura professionale in grado di assumersi la responsabilità istituzionale del progetto individualizzato, da realizzare insieme all'utente, alla sua famiglia, all'ASL e altri servizi o enti se coinvolti.

Oltre all'importanza che tale servizio riveste nei confronti del cittadino, esso ricopre un ruolo fondamentale anche nei confronti dell'Ufficio di Piano. Sono gli assistenti sociali di questo servizio che, determinando l'accesso nel sistema integrato dei servizi, operano a costante contatto con i bisogni dei cittadini.

Dall'analisi dei dati relativi ai servizi sociali professionali presenti sul territorio per la pregressa attuazione del Piano Sociale Regionale, si osserva che permangono situazioni di instabilità del servizio, legate alla presenza di personale con contratti di collaborazione esterna e non stabilizzata all'interno dei Comuni e, pertanto, a difficoltà derivanti dalla formalizzazione del ruolo e dalla responsabilità istituzionale del mandato da affidare agli assistenti sociali.

Con la coincidenza dell'ambito territoriale e distretto sanitario e la forte sinergia richiesta in materia di programmazione sociosanitaria, sembra quanto mai opportuno per l'ambito dotarsi di figure professionali istituzionali che abbiano la responsabilità sia della qualità del processo sia della sostenibilità dei costi nella presa in carico degli utenti, nelle Unità di Valutazione Integrata (UVI), nell'elaborazione del progetto individualizzato, nella valutazione del percorso e nelle scelte di dimissione.

Poiché la responsabilità dell'assunzione in organico degli assistenti sociali, a meno che non si sia costituita un'Unione di Comuni, e nonostante essi lavorino per l'intero Ambito, è pur sempre dei singoli Comuni che lo costituiscono, andranno concordati tra gli stessi i criteri attraverso cui individuare i Comuni che procedono alle assunzioni.

11.5 Il Servizio di Segretariato Sociale

Qualora il servizio sociale professionale, con la sua dotazione organica, non riesca a far fronte alla domanda proveniente dal territorio, si prevede la costituzione del Servizio di Segretariato Sociale, collocato nel Comune capofila, con eventuali Antenne Sociali, che fungono da sue "succursali", decentrate nei Comuni dell'Ambito Territoriale quando necessario (particolarmente in quelli estesi e con una popolazione numerosa).

Il segretariato sociale, che opera in stretta connessione con il Servizio Sociale Professionale, ha la funzione di accoglienza, informazione, orientamento, filtro della domanda, collegamento con i diversi servizi territoriali.

Si tratta di un servizio che i Comuni possono gestire direttamente o esternalizzare a soggetti terzi, presidiando con idonei strumenti di valutazione e controllo il suo funzionamento.

11.6 L'ufficio di tutela degli utenti

Secondo il novellato comma 1 dell'art. 48 della L.R. 11/2007 "ciascun ambito territoriale istituisce, di norma presso l'ufficio relazioni con il pubblico l'ufficio di tutela degli utenti con il compito di sollecitare, a seguito di reclamo dell'utente, il rispetto, da parte degli erogatori delle prestazioni, della carta dei servizi sociali in precedenza adottata e sottoscritta".

In seguito alle modifiche alla L.R. 11/2007 adottate con la L.R. 15/2012, i componenti di tale ufficio non sono più nominati dalla Giunta regionale, ma dai singoli Ambiti. E' pertanto opportuno che ogni Ambito si doti al più presto di tale ufficio e ne disciplini le funzioni e la composizione, al fine di gestire adeguatamente il rapporto con l'utenza.

12. Criteri di riparto del Fondo sociale, disposizioni per il Fondo Unico di Ambito e per la transizione al nuovo triennio

Il sistema di finanziamento delle politiche sociali è un sistema plurimo che coinvolge diversi livelli istituzionali.

Lo strumento individuato dalla L.R. n. 11/2007 e s.m.i. per il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il Fondo sociale regionale che rappresenta il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale del sistema.

Nel Fondo sociale regionale confluiscono diverse fonti di finanziamento:

- Risorse statali
- Risorse regionali
- Risorse europee

Al finanziamento del sistema integrato contribuiscono, inoltre, i Comuni e le Province con risorse proprie.

Le risorse del Fondo sociale regionale sono vincolate, nelle modalità di erogazione del fondo e nella scelta degli interventi, alla programmazione dei Piani di zona dei diversi ambiti territoriali, ad eccezione di quelle destinate dalla programmazione regionale all'attuazione delle azioni a titolarità regionale.

Per quanto riguarda l'entità del Fondo sociale regionale nel prossimo triennio di attuazione, al momento della redazione del presente Piano si conoscono le risorse

assegnate dal livello nazionale per l'anno 2013 in termini di FNPS e FNA (quest'ultimo riservato per il 30% a persone con disabilità gravissima, ivi incluse quelle affette da SLA). Le risorse previste per il finanziamento del sistema saranno pertanto quelle derivanti da tale assegnazione in aggiunta a quelle connesse ad alcune economie del FNPS degli anni precedenti, mentre si è in attesa di conoscere l'entità effettiva del fondo regionale messo a disposizione con la legge finanziaria regionale 2013, che potrebbe incrementare la disponibilità complessiva.

La stima delle risorse disponibili è pertanto la seguente [tabella 18]:

Tabella 18: Stima delle risorse disponibili nel triennio del II PSR

FNPS	FNA	Totale
47 mln €	23 mln €	70 mln €

Tali risorse saranno ripartite per le diverse annualità del triennio in maniera da prevedere un livello di finanziamento quanto più possibile omogeneo, anche in considerazione delle ulteriori disponibilità che potrebbero venire a crearsi nei prossimi anni. L'atto di programmazione del Fondo specificherà inoltre le eventuali quote destinate alla realizzazione di azioni a titolarità regionale.

A tali risorse si affiancano quelle provenienti dai Fondi strutturali europei, destinate ad azioni dedicate, secondo quanto descritto nei paragrafi precedenti.

12.1 Criteri di riparto del Fondo sociale regionale

Anche per questo triennio vengono confermati, per quanto riguarda i fondi destinati alla programmazione attraverso i Piani di Zona, i criteri di riparto del Fondo Sociale regionale adottati nel precedente Piano Sociale Regionale e basati per l'85% sulla popolazione residente e per il 15% sull'estensione territoriale.

Pertanto, in base ai criteri così definiti:

- la quota definita sulla base della popolazione residente è data dall'85% della parte del Fondo da trasferire agli Ambiti (Q) diviso il numero degli abitanti totali della Regione (N) moltiplicato il numero degli abitanti dell'Ambito (n) – $[(Q/N) * n]$;
- la quota calcolata sulla base dell'estensione territoriale è data dal 15% della parte del Fondo da trasferire agli Ambiti (V) diviso l'estensione territoriale della regione (T) moltiplicato l'estensione del territorio dell'Ambito (t) – $[(V/T) * t]$.

12.2 L'entità e le modalità di partecipazione finanziaria dei comuni alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

La L.R. 15/2012 introduce all'interno della L.R. 11/2007 il nuovo art. 52 bis con cui viene disciplinato il Fondo Unico di Ambito, che comunque era stato già introdotto come strumento finanziario nel precedente Piano Sociale Regionale. L'articolo citato testualmente recita:

«I comuni, associati negli ambiti territoriali, costituiscono il Fondo Unico di Ambito (FUA) per la realizzazione del piano di zona attraverso l'istituzione, nel bilancio del comune capofila o della forma associativa prescelta se diversa dalla convenzione, di uno o più capitoli dedicati nei quali confluiscono le risorse destinate al finanziamento del sistema integrato locale.

Il Fondo Unico di Ambito è costituito da:

- risorse provenienti dal fondo sociale regionale;
- risorse del sistema delle autonomie locali;
- fondi europei a disposizione dell'ambito per la realizzazione di interventi che

- rientrano nel piano di zona;*
- *risorse provenienti da altri soggetti del settore pubblico o privato.*
- I comuni associati assicurano la tenuta di una contabilità separata analitica per centri di costo e responsabilità tale da consentire analisi comparative dei costi e dei risultati. Le risorse del FUA non possono essere utilizzate dal comune capofila per altri fini se non quelli previsti dal piano di zona».*

In continuità con il precedente Piano Sociale Regionale, il Fondo Unico di Ambito è pertanto lo strumento finanziario unico per la realizzazione del Piano di Zona e nello stesso confluiscono, tra le altre, le risorse dei bilanci dei Comuni associati in Ambito.

Per quanto riguarda l'entità del contributo dei Comuni associati in Ambito alla realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, il Coordinamento istituzionale delibera la misura della contribuzione dei singoli Comuni, tenendo conto delle spese complessive per l'Ambito derivanti dalla garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari, nonché dei livelli essenziali sociali definiti nel presente documento che si intende assicurare sul territorio dell'Ambito.

Nel determinare tale misura, il Coordinamento istituzionale tiene conto della spesa storica consolidata in riferimento ai servizi sociali, e delle tendenze evolutive della stessa, che in linea generale prevedono maggiori oneri sui Comuni a partire dal 2013 (per l'aggiunta della compartecipazione alle spese socio-sanitarie) insieme ad una riduzione media dei trasferimenti regionali. Ciò dovrebbe portare ad un tendenziale aumento del contributo dei Comuni alla realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, anche in considerazione delle norme sul federalismo fiscale che vedono i Comuni come diretti percettori di entrate con cui finanziare le funzioni svolte. La misura del contributo finanziario, per ogni singolo Comune appartenente all'Ambito, non potrà in ogni caso essere inferiore a 7 € pro-capite.

Accanto al contributo in termini finanziari, potrà essere contabilizzata anche la messa a disposizione di risorse umane per le esigenze di funzionamento dell'Ambito. Ciò avviene attraverso la valorizzazione del costo contrattuale tabellare del personale dipendente dei singoli Comuni distaccato presso l'Ufficio di Piano (in coerenza con la composizione indicata nel paragrafo specifico e secondo quanto lì specificato). Il valore stabilito dal Coordinamento istituzionale potrà prevedere, pertanto, una quota minima da assicurare con il contributo finanziario (pari o superiore al limite generale dei 7 € pro-capite) e una quota complessiva che è possibile raggiungere anche attraverso la messa a disposizione delle risorse umane.

Alla misura del contributo finanziario prevista dal Coordinamento istituzionale si applica il disposto dell'art. 52 co. 1 bis della L.R. 11/2007.

Secondo lo stesso comma, per esigenze di carattere eccezionale ed urgente, i Comuni, previa deliberazione della Giunta comunale da adottarsi preventivamente all'adozione del bilancio preventivo del relativo esercizio finanziario, possono trattenere sul proprio contributo la somma massima pari al 15% del contributo medesimo.

Tale eccezione va intesa nel senso che la riduzione delle risorse non può essere destinata a servizi sociali realizzati a livello comunale, in quanto, come riportato dall'art. 52 co. 1ter della L.R. 11/2007 "le risorse stanziare dai comuni e dalle province per la realizzazione del sistema integrato locale confluiscono nel fondo unico di ambito di cui all'articolo 52 bis".

12.3 Indicazioni per il passaggio alla nuova programmazione triennale

Con deliberazione n. 320 del 03/07/2012 la Regione ha definito un nuovo assetto

geografico degli Ambiti sociali territoriali (e, in parte, dei distretti sanitari) al fine di far coincidere gli Ambiti con i distretti. Non è infatti pensabile che, in un momento in cui assume un ruolo prevalente la tensione verso l'integrazione socio-sanitaria, essa sia di fatto ostacolata sul territorio dall'esigenza di doversi interfacciare con diversi distretti e talvolta addirittura con diverse AASSLL a seconda della porzione di territorio nella quale risiede l'utente.

Tale ridefinizione, secondo l'atto in questione, va resa operativa entro il 01/01/2013. L'indicazione va letta nel senso che a partire dall'anno 2013, che coincide con l'avvio dei nuovi piani di zona triennali, gli interventi dovranno essere attuati dai nuovi Ambiti. Questo comporta in primo luogo che i nuovi Piani di Zona dovranno essere programmati ed approvati dai nuovi Ambiti territoriali. Per cui è necessario che si istituiscano gli organi ed uffici dei nuovi Ambiti, a partire dal coordinamento istituzionale e dall'ufficio di piano, e che gli stessi avviino immediatamente il percorso che porterà all'approvazione del nuovo Piano di Zona triennale.

Dal punto di vista dell'attuazione dei servizi, si è consapevoli che non è possibile, tranne che in alcuni casi, un passaggio netto alla realizzazione dei servizi nei nuovi Ambiti. I problemi di sincronizzazione interna dei nuovi Ambiti saranno tanto più evidenti quanto più i Comuni che in essi confluiscono provengono da Ambiti differenti e quanto più differenziate sono le situazioni relative all'attuazione dei servizi esistenti negli Ambiti da cui provengono.

Si ritiene pertanto che le procedure per garantire il progressivo allineamento nella realizzazione dei servizi vengano determinate dagli Ambiti stessi, caso per caso, in base ai principi di seguito descritti, e riportate negli atti che saranno stipulati per la gestione associata:

- se alcuni Comuni fruiscono ancora di servizi garantiti dal vecchio Ambito, essi continueranno a riceverli, al massimo fino al mese di giugno 2013, per poi fruire del servizio organizzato dal nuovo Ambito di cui fanno parte;
- nel momento della programmazione di un servizio nel nuovo Piano di zona, si tiene conto del suo progressivo allargamento ai Comuni che man mano vi accedono, ai fini della determinazione dell'effettivo fabbisogno in termini di utenti serviti, ore da erogare, ecc., e quindi della relativa necessità di risorse.

Per quanto riguarda invece la situazione di attuazione dei servizi nei vecchi Ambiti, al momento dell'avvio del nuovo periodo di attuazione (2013-2015) si dettano invece le seguenti disposizioni:

1. i vecchi Ambiti possono proseguire, al massimo fino al mese di giugno 2013, i servizi già avviati, mettendo in atto, laddove necessarie (in relazione all'avvio dei servizi nei nuovi Ambiti o all'opposto, al superamento del termine sopra detto), procedure di proroga dei contratti/servizi in essere o di riduzione/revoca degli stessi;
2. laddove un Ambito, al momento dell'approvazione del presente Piano, stia realizzando annualità precedenti alla terza del primo Piano Sociale Regionale, non realizzerà tutte le annualità successive, comportandosi con i servizi in corso secondo quanto previsto al punto precedente;
3. entro la fine dell'anno 2013, tutti i Sindaci dei Comuni capofila dei vecchi Ambiti dovranno chiudere la gestione dal punto di vista contabile ed inviare una certificazione (secondo i modelli che saranno successivamente approvati dall'amministrazione regionale), che riporti le economie conseguite e le somme non spese relative al triennio di attuazione del primo PSR, delle quali, in relazione alle differenti situazioni, la Regione potrà decretare la compensazione con altre risorse da trasferire, l'assegnazione come anticipo per la nuova programmazione o la restituzione.

12.4 Procedure per la presentazione dei Piani di Zona

Il Dirigente della struttura regionale competente emana, in seguito all'approvazione del presente Piano, delle indicazioni operative in cui vengono riportate le procedure di dettaglio per tutto quanto previsto dal presente documento ed in particolare per la presentazione dei Piani di Zona triennali.

Il Piano di zona triennale è suddiviso orientativamente in due parti:

- una prima in cui vengono riportate l'analisi dei bisogni, le strategie generali per il triennio, i relativi obiettivi e indicatori, con l'indicazione dei servizi da realizzare e una previsione di massima delle risorse da impiegare sugli stessi per ogni annualità del triennio;
- una seconda che costituisce la programmazione finanziaria di dettaglio per la prima annualità del Piano.

Prima del termine di ogni anno, il Dirigente della struttura regionale competente emana un nuovo atto di indirizzo, teso a specificare eventuali modifiche da adottare nelle procedure e a fornire indicazioni per la presentazione delle successive programmazioni di dettaglio.

Il procedimento regionale per la dichiarazione di conformità del Piano di zona triennale, avviene secondo quanto specificato all'art. 21 della L.R. 11/2007, con ricorso all'esercizio dei poteri sostitutivi previsti dall'art. 47, in caso di mancato rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 10, 21 e 52 bis della stessa legge.

13. Promuovere l'accesso ai servizi

13.1 Le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni e servizi sociali che costituiscono i livelli essenziali di assistenza

In uno scenario quale quello definito nei paragrafi precedenti, è chiaro che, soprattutto in vista di una diminuzione delle risorse, sia necessario convogliare tutte le disponibilità economiche verso una serie di servizi che si ritengono essenziali. E' noto che la definizione di tali livelli spetta allo Stato, ma in un quadro in cui essi non sono stati ancora definiti entra in gioco il livello regionale, per puntare, almeno sul territorio di competenza, ad una uniformità nelle prestazioni e nei servizi.

In primo luogo, la definizione dei livelli essenziali deve tenere conto di quelli rientranti nel settore socio-sanitario, sui quali lo Stato ha già provveduto alla definizione con DPCM 29/11/2001, e che sono stati recepiti nelle norme regionali, da ultimo con decreto del commissario per il rientro del disavanzo nel settore sanitario n. 77 del 11/11/2011. Pertanto le 8 prestazioni socio-sanitarie compartecipate tra gli Ambiti e le AASSLL costituiscono le prime e certe, in termini di fonti legislative, prestazioni essenziali.

Come si ricorderà, con Delibera n. 50/2012, la Regione ha stabilito il percorso che riporta tali prestazioni a pieno titolo nel novero delle prestazioni sociali e socio-sanitarie da inserire nel piano di Zona e da finanziare con le risorse del Fondo Unico di Ambito (ora definito dall'art. 52 bis L.R. 11/2007 così come modificata dalla L.R. 15/2012). Sono considerate al pari di tali prestazioni, il funzionamento dell'Ufficio di Piano, per quanto riguarda le azioni di sistema, il funzionamento del servizio sociale professionale e del segretariato sociale, per quanto riguarda i servizi di accesso, che costituiscono i livelli minimi organizzativi senza i quali non è possibile pensare all'erogazione di alcun intervento.

Pertanto, le indicazioni che appresso si riportano riguardano le altre prestazioni, ossia quelle esclusivamente sociali. Il modo di intendere i livelli essenziali delle prestazioni sociali è quello di considerarli come prestazioni prioritarie da garantire e con cui soddisfare almeno la fascia della popolazione più bisognosa, prima di poter pensare all'attivazione di qualsiasi altro servizio. Pertanto si tratta di prestazioni di cui bisogna garantire la presenza (nei limiti delle risorse disponibili), ferma restando la possibilità di prevedere la compartecipazione dell'utente ai costi del servizio in base all'ISEE.

Tenendo conto di quanto detto nei paragrafi precedenti sugli obiettivi e le priorità regionali nel corso del triennio e di quanto previsto dalla L.R. 11/2007*, si va di seguito a riportare un ordine di priorità delle prestazioni da attivare per ciascuna area, significando che per ogni Area in relazione alla quale si evidenzia un fabbisogno, vanno attivati in primo luogo i servizi qui indicati, nell'ordine riportato, potendo attivarne altri solo se le risorse lo consentono [tabella 19].

Tabella 19: Priorità delle prestazioni da attivare in ciascuna area di intervento

Area di intervento	Priorità 1	Priorità 2	Priorità 3	Priorità 4
Famiglie	Contributi ex ONMI	Programmi di adozione sociale		
Minori	Interventi per l'affido	Strutture residenziali		
Donne in difficoltà	Azioni di informazione e sensibilizzazione	Centri anti violenza		
Anziani	Assistenza Domiciliare Sociale	Strutture residenziali	Strutture semiresidenziali	
Disabili	Assistenza Domiciliare Sociale	Assistenza scolastica	Strutture residenziali	Strutture semiresidenziali
Dipendenze	Servizi di informazione e prevenzione			
Contrasto alla povertà	Servizi pronto intervento sociale (v. legge*)	Contributi diretti ed indiretti (voucher)	Azioni di promozione all'auto-impiego	
Immigrati				
Detenuti	Servizio di mediazione culturale per detenuti immigrati	Servizi di integrazione sociale dei detenuti		

E' chiaro che tale gerarchia di prestazioni deve muoversi insieme ad una gerarchizzazione delle aree di intervento, che in parte può essere suggerita dalla precedente programmazione zonale, la quale ha evidenziato che le Aree di intervento relative ai minori, agli anziani e ai disabili sono quelle su cui è stata impiegata la maggior parte delle risorse economiche, mentre in parte è legata alla definizione territoriale effettuata in base dell'analisi dei bisogni.

Tale elenco non può considerarsi sufficiente a garantire uniformità sul territorio regionale, se non accompagnato da una definizione del livello di bisogno per il quale tali prestazioni devono essere garantite. Tuttavia, in una fase in cui gli strumenti per la valutazione in UVI sono da poco stati definiti e il monitoraggio della domanda attraverso gli strumenti della cartella sociale individualizzata è ancora in fase di start up, si ritiene opportuno suggerire, come prima approssimazione, di garantire le

prestazioni al più alto numero di persone che sia possibile raggiungere con le risorse a disposizione e, in ogni caso, ad un numero di persone almeno pari a quelle che avevano ottenuto il servizio negli anni precedenti.

13.2 I criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni

La legge regionale n.11/2007 affida alla Regione la funzione di individuare i criteri per la determinazione del concorso degli utenti al costo delle prestazioni. Spetta, per tanto, ai Comuni associati l'approvazione dei regolamenti che disciplinino, nell'ambito di questi criteri, la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

La Regione ha con Decreto n. 6 del 4 febbraio 2010 del Commissario per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario, Allegato C, ha approvato lo "Schema di regolamento per i Comuni associati in Ambiti territoriali per la compartecipazione alle prestazioni sociosanitarie". Lo schema si applicava solo alle sole prestazioni sociosanitarie agevolate, erogabili su domanda. Del cittadino interessato o suo tutore legale, per le quali la normativa nazionale prevede lo strumento della compartecipazione ai costi.

In conformità con quanto già delineato dal Decreto n. 6/2010 la Regione definisce, nelle more della riforma dell'I.S.E.E., sospesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, i seguenti criteri e principi per garantire, nel rispetto delle differenti competenze istituzionali, uniformità sull'intero territorio regionale.

I Comuni associati adottano regolamenti che definiscono le modalità di compartecipazione e i servizi per i quali essa è richiesta uniformandosi ai seguenti criteri:

- La valutazione della situazione del richiedente e del nucleo familiare di riferimento è determinata adoperando esclusivamente l'I.S.E.E. (riconosciuto come livello essenziale di assistenza, sentenza Corte Costituzionale n. 297/2012);
- Individuazione della soglia I.S.E.E. al di sotto della quale il soggetto richiedente la prestazione è esentato da ogni forma di compartecipazione al costo del servizio corrispondente al 160% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS [Tale soglia d'esenzione è da considerarsi altresì come una quota che rimane in disponibilità 'assistito indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati.];
- Individuazione della soglia I.S.E.E. al di sopra della quale il soggetto richiedente la prestazione è tenuto a corrispondere per intero il costo unitario del servizio previsto dall'ente è fissata in 4,35 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (a seconda del tipo di servizio e di quanto si voglia incentivare la domanda);
- Per qualsiasi valore I.S.E.E. compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione al costo del servizio strettamente concia alla propria situazione economica e scaturente dalla seguente formula: $Comp_{ij} = I.S.E.E.i * CS0 / I.S.E.E.0$, dove: $Comp_{ij}$ rappresenta la quota di compartecipazione del soggetto i relativa alla prestazione sociale j; I.S.E.E.i rappresenta l'indicatore della situazione economica equivalente del richiedente; CS0 rappresenta il costo unitario della prestazione sociale agevolata; I.S.E.E.0 rappresenta la soglia massima dell'indicatore situazione economica equivalente oltre la quale è previsto il pagamento della prestazione sociale agevolata.

La Giunta regionale, all'approvazione del nuovo I.S.E.E., così come disciplinato all'articolo 5 della legge 22 dicembre 2011, n. 214 nella parte non dichiarata incostituzionale dalla Corte Costituzionale, al fine di uniformare l'applicazione sul

territorio regionale, provvederà, alla luce delle caratteristiche del nuovo indicatore di situazione economica equivalente, alla revisione di questi criteri e delle soglie di applicazione al fine di garantire una equa ripartizione dei costi di compartecipazione.

14. I Sistemi Informativi Sociali

Ogni organizzazione per funzionare correttamente ha bisogno di conoscere le caratteristiche dell'ambiente esterno in cui opera e le necessità dei destinatari delle sue azioni; deve pianificare le attività in ragione delle finalità che si propone, individuando con accuratezza gli obiettivi da perseguire; deve realizzare quanto programmato utilizzando al meglio le risorse disponibili per ottenere i migliori risultati possibili, in grado di soddisfare le aspettative dei fruitori dei suoi interventi.

Tutte le organizzazioni per funzionare correttamente hanno bisogno quindi di disporre di informazioni accurate e puntuali sul contesto in cui agiscono, sui propri utenti potenziali, sulla qualità dei prodotti/servizi che offrono e sul gradimento di chi fruisce di essi.

Con l'aumento in termini quantitativi e qualitativi dei bisogni (naturali o indotti che siano) da soddisfare e con la riduzione dell'orizzonte temporale in cui è possibile modificare i propri interventi per meglio adattarsi ai mutamenti esterni, è quindi cresciuta nel tempo l'esigenza di disporre di un sistema informativo, che produca e renda fruibili le informazioni necessarie per supportare le attività strategiche, tattiche ed operative che un'organizzazione deve porre in essere per realizzare la propria *mission*.

Se nel settore della produzione di beni e servizi privati, tale necessità è sempre stata presente e da decenni vi si provvede puntualmente utilizzando al meglio le Tecnologie della Informazione e Comunicazione (TIC) disponibili, nella Pubblica Amministrazione (PA) è in particolare nell'ultimo decennio che si è accresciuta la consapevolezza del loro valore strategico per realizzare condotte efficaci ed efficienti orientate all'economicità, che impattano adeguatamente sul territorio e che, anche grazie al coinvolgimento dei suoi attori, creano un ambiente favorevole all'innovazione.

In Italia con il Codice dell'Amministrazione Digitale, introdotto con il D.Lgs 82/2005, integrato con numerosi provvedimenti normativi e profondamente aggiornato con il D.Lgs 235/2010, le TIC sono diventate gli strumenti principali per i rapporti tra la PA, cittadini ed imprese, e con il Piano di e-Gov 2012 si sono individuati gli obiettivi necessari per utilizzarle al meglio, così concorrendo alla realizzazione della strategia Europa 2020 e della connessa Agenda Digitale Europea.

La dotazione di un adeguato Sistema Informativo Sociale (SIS) è da tempo ritenuta necessaria anche per i servizi sociali che la PA è tenuta a fornire, ed ampio riscontro è presente nella Legge n. 328/2000, nel Piano Sociale Nazionale (PSN) 2001-2003 e, per ciò che riguarda la Regione Campania, nella Legge Regionale n. 11/2007 e nel Primo Piano Sociale Regionale (PSR) 2009-2011, approvato nell'aprile 2009, in cui vengono delineate le caratteristiche del sistema informativo sociale e viene definito il contributo atteso da ciascun attore del sistema integrato dei servizi sociali.

Malgrado l'attenzione riposta dal legislatore nella Legge Quadro e dai tecnici estensori del primo, ed unico, PSN, in cui se ne tratta in dettaglio specificando caratteristiche che deve assumere e modalità con le quali realizzarlo, a tutt'oggi non è ancora disponibile il SIS nazionale, per molteplici motivazioni ascrivibili a tre tipologie distinte: difficoltà connesse alla ridefinizione degli assetti istituzionali determinati dalla riforma del Titolo V; problematicità connesse alla complessità dei bisogni sociali ed alla varietà dei servizi offerti per soddisfarli; molteplicità delle identità professionali e delle prassi

lavorative degli operatori delle organizzazioni impegnate nella fornitura di servizi sociali.

La riforma del Titolo V della Costituzione ha comportato la riconfigurazione di un nuovo assetto istituzionale che ha reso necessario interpretare compiti e funzioni dei livelli di governo con la sussidiarietà orizzontale e verticale, e con le prerogative di ciascun attore anche in settori contigui ai servizi sociali, e significativamente nei servizi sanitari, causando una iniziale inerzia nella definizione operativa delle connessioni interistituzionali, indispensabili per avviare il SIS.

Il sistema integrato dei servizi sociali mira a soddisfare bisogni soggettivi che trovano riconoscimento nella definizione sociale che si dà di essi e, spesso, nei servizi che si è in grado di fornire. L'assenza di un linguaggio comune condiviso da tutti i livelli istituzionali delle tipologie di bisogno e di interventi che è possibile mettere in campo per soddisfarli, per lungo tempo ha impedito la definizione di puntuali fabbisogni informativi da soddisfare con il SIS.

La progettazione, programmazione, erogazione e verifica dei servizi sociali è il prodotto di una molteplicità di figure professionali, la cui identità si è costruita spesso attraverso percorsi formativi influenzati da approcci delle scienze umanistiche classiche tendenzialmente diffidenti verso normalizzazioni categoriali. In particolare tra gli operatori appartenenti a cerchie professionali strutturate è maggiormente attiva la resistenza a fondere nelle proprie prassi operative la produzione e gestione delle informazioni digitali, spesso trovando riscontro in organizzazioni del lavoro in cui il management della conoscenza è affidato a personale collocato a latere e non sempre organicamente connesso alle strutture operative.

Dopo un lungo periodo di inattività causata dalla mancanza di modalità condivise con le quali perseguire gli obiettivi individuati dal PSN, l'interesse dell'Amministrazione centrale per i fabbisogni informativi si è ravvivato a partire dal 2006 ed ha percorso tutta la filiera istituzionale rinnovando l'attenzione per il SIS.

E' proprio nel 2006 che il CISIS ha avviato i lavori per la realizzazione del nomenclatore nazionale dei servizi sociali che, attraverso un intenso confronto dialettico sviluppato nel Coordinamento Tecnico Interregionale per le Politiche Sociali, nel 2009 hanno restituito agli attori istituzionali e non, la mappatura degli interventi offerti dal sistema integrato dei servizi sociali in ragione della tipologia dei suoi destinatari.

E ancora nel 2006 la Legge Finanziaria (Legge 27 dicembre 2006) nell'articolo 1 ha introdotto il Fondo nazionale per le Non Autosufficienze (FNA), destinando risorse dedicate per il monitoraggio delle prestazioni offerte che, previa sottoscrizione sul finire del 2008 di un protocollo d'intesa tra l'allora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (MLSPS) e la Regione Liguria, cui la Commissione degli Assessori alle Politiche Sociali della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha affidato il coordinamento dei propri lavori nell'area della non autosufficienza, ha dato avvio al Progetto Sistema Informativo sui servizi sociali per le Non Autosufficienze (SINA).

Il Progetto SINA si è posto come obiettivo strategico la raccolta di informazioni individuali, nel rispetto delle norme sulla privacy, relative alle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti al fine di individuare i bisogni (domanda), misurare il sistema di offerta dei servizi, e quindi rendere disponibili strumenti utili alla programmazione degli interventi, così concorrendo alla realizzazione del cd. "fascicolo elettronico del cittadino" che il Libro Bianco sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva" del maggio 2009 definisce come strumento essenziale per la presa in carico globale.

Sul finire del 2008 il Ministero dell'Economia e delle Finanze nel ripartire i capitoli delle unità previsionali di base relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2009 ha destinato quota parte delle risorse del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali (FNPS) per "Spese per le attività di valutazione e monitoraggio delle politiche sociali sul territorio", che previa sottoscrizione di un protocollo di intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS) e la Regione Campania, cui il Coordinamento tecnico interregionale presso la Commissione degli Assessori alle Politiche Sociali della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha affidato il coordinamento, ha dato avvio nel dicembre 2009 al Progetto Sistema Informativo sulla cura e la protezione dei Bambini e della loro famiglia (SINBA).

Il Progetto SINBA è nato per colmare la perdurante carenza di informazioni e dati sul numero dei minori fuori della famiglia di origine, collocati in affidamento familiare o in carico ai servizi sociali, e per disporre di informazioni puntuali sugli interventi di prevenzione dell'allontanamento e sulle dimensioni del disagio minorile, ed analogamente al SINA, nella prospettiva di pervenire al SIS, si propone di individuare e qualificare la domanda sociale, monitorare il sistema di offerta di servizi rivolti ai bambini e alle famiglie, valutarne esiti ed efficacia, e così disporre di tutti gli strumenti utili alla programmazione degli interventi.

Tra la fine del 2011 e la prima metà del 2012 il MLPS ed il Dipartimento Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPF-PCM) hanno sottoscritto dei protocolli di intesa con l'STAT e la Regione Emilia Romagna per predisporre un flusso informativo dei servizi socio educativi per la prima infanzia che dia vita al Sistema Informativo Nazionale dei Servizi socio-Educativi per la prima infanzia (SINSE).

Il Progetto SINSE si propone di raccogliere informazioni sugli assetti organizzativi e gestionali delle strutture pubbliche e private presenti sul territorio, sugli interventi attivi ed i servizi offerti, sulle risorse impegnate e sull'utenza servita, impostando un sistema informativo che comunichi e si interfacci con i sistemi di welfare regionali, integrando i livelli istituzionali e operativi.

14.1 Il Progetto SINA

Il Progetto SINA insiste su una delle tematiche più cogenti del sistema integrato dei servizi sociali, quale è quella della non autosufficienza, che presenta una platea di destinatari in continua crescita a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, e bisogni complessi che necessitano di risposte personalizzate a cui spesso devono concorrere sia i servizi sociali che quelli sanitari.

Il Settore Assistenza Sociale della Regione Campania ha aderito al Progetto SINA nel 2009 sostanzialmente per perseguire due finalità:

- concorrere alla sperimentazione di un sistema nazionale di informazioni individuali relative alle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti, in grado di integrarsi con il flusso del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS);
- promuovere e generalizzare l'uso della cartella sociale informatizzata tra gli attori del welfare campano per assolvere ai debiti informativi connessi con la fornitura di servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.

Per la consapevolezza che ogni sistema informativo si iscrive nel quadro di contesti organizzativi e di pratiche operative sulle quali esercita un impatto significativo e delle quali quindi tenere adeguatamente conto, in ogni fase del Progetto il Settore Assistenza Sociale ha riposto grande attenzione alle modalità di coinvolgimento degli Ambiti Territoriali, sia per promuoverne una buona riuscita, sia per attribuire ad essi un ruolo attivo nel nascente sistema informativo sociale, di cui il SINA costituisce un

importante segmento.

L'attività di *reclutamento* è stata preceduta dalla diffusione del SINA tra gli Ambiti campani nel corso degli incontri provinciali di presentazione del I Piano Sociale Regionale, in cui se ne è sottolineata la valenza e si è promossa l'adesione, cui ha fatto seguito l'invio del Progetto ai Coordinatori degli Uffici di Piano, affinché fosse possibile coglierne appieno le caratteristiche e l'articolazione, con allegata una scheda di adesione formale di semplice compilazione.

L'*avvio delle attività* è stato segnato da un incontro in-formativo con gli Ambiti aderenti, nel quale sono state presentate guide, strumenti di lavoro e applicativo²⁰ per la rilevazione realizzato dal Gruppo Tecnico Regionale (GTr)²¹, sono stati esposte le modalità di attivazione e compilazione, anche simulandone l'utilizzo, e si sono raccolti i suggerimenti degli operatori presenti circa eventuali ulteriori funzionalità necessitate dagli assetti organizzativi presenti sul territorio.

Lo *sviluppo delle attività* è stato supportato da una continua assistenza telefonica del del Gruppo di Lavoro Regionale (GdLr) e del GTr, per affrontare tempestivamente le criticità emergenti ed al contempo consolidare lo spirito collaborativo indispensabile per dotare il welfare campano di un sistema informativo efficiente ed efficace. Si è promossa e realizzata, inoltre una proficua attività di *benchmarking*, grazie ad una sistematica riflessione condivisa sia dell'esperienza della raccolta dati che dei fabbisogni informativi specifici di ciascuna realtà territoriale, attraverso la produzione di rapporti periodici sullo stato di avanzamento della rilevazione, inviati sistematicamente agli Ambiti partecipanti e resi disponibili su una pagina web dedicata, e trimestrali "caffè di lavoro", nei quali si sono condivisi indirizzi operativi e si sono socializzate competenze ed esperienze maturate.

Tale piano di lavoro, perseguito con assiduità sia da GdLr e GTr che da gran parte dei referenti di progetto degli Ambiti aderenti, ha fatto sì che la partecipazione della Campania al Progetto SINA, dopo le prime due annualità (2010 e 2011) sia stata, sebbene con differenze territoriali, nel complesso molto significativa: su base regionale hanno aderito circa il 61% degli Ambiti (31 su 51), cui afferiscono circa l'81% dei Comuni (446 su 551), coprono circa l'85% del territorio regionale (11.572,95 su 13.590,25 kmq), e servono circa il 45% della popolazione campana (2.633.167 su 5.834.056 cittadini).

Il Progetto ha previsto che alla raccolta dei dati degli Ambiti partecipanti sia deputato l'INPS, o attraverso un conferimento diretto sul suo sito web di ogni singola scheda, o per il tramite della Regione che raccolti i records provvede alla loro trasmissione all'Istituto dopo averli trasformati in formato xml, oppure attraverso le procedure della cooperazione applicativa.

Il Settore Assistenza Sociale ha preferito la seconda opzione, affinché ciascun Ambito disponesse pienamente della banca dati dei cittadini non autosufficienti in carico, da aggiornare senza soluzione di continuità, grazie ad un applicativo in locale che alle scadenze convenute invia i dati depurati dalle informazioni anagrafiche al portale dedicato al SINA della Regione Campania, dal quale dopo averli opportunamente

20 I manuali "Sistema Informativo Non Autosufficienza. Guida di presentazione e attivazione della rilevazione" e la "Presentazione del Processo di gestione informatica del flusso dati SINA", la scheda cartacea del Set Minimo SINA, e tutte le versioni dell'applicativo in grado di raccogliere in locale i dati, sono disponibili e scaricabili dal portale dedicato del SINA in Campania posto all'indirizzo <http://sina.campaniasociale.org>.

21 Il Gruppo Tecnico regionale (GTr) è stato garantito dall'Ambito S2, che ha messo a disposizione le professionalità informatiche utilizzate per la gestione del Centro Servizi Sociali di Salerno, localizzato presso la propria sede.

lavorati il GdLr li inoltra all'INPS, unitamente agli ultimi dati ricevuti dagli Ambiti che non hanno ritenuto di inviare aggiornamenti.

Dall'analisi dell'andamento del numero di schede conferite dagli Ambiti ed inviate all'INPS, emerge che mentre nel 2010 e nel 2011 il numero delle schede aggiornate è crescente, nel 2012 vi è una significativa riduzione con il conseguente aumento delle schede recuperate dall'ultimo aggiornamento ricevuto [grafico 91].

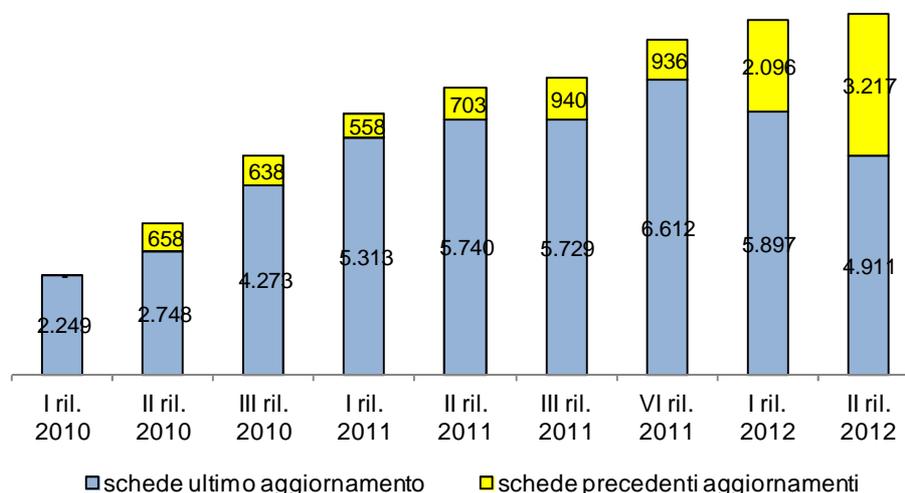


Grafico 91: Composizione delle schede inviate all'INPS delle rilevazioni SINA

Il calo di schede aggiornate è da attribuire sia alla minor frequenza con la quale gli Ambiti inviano i dati aggiornati, sia al venir meno di alcuni Ambiti che formalmente sono attivi, e tra i tanti fattori causali appaiono molto significativi il mancato rinnovo del contratto di lavoro dei referenti del SINA designati dall'Ambito, la bassa considerazione dei tecnici dell'Ufficio di Piano circa l'obbligatorietà di un debito informativo, seppure assunto liberamente, e la scarsa diffusione del *management* della conoscenza nell'organizzazione del lavoro.

D'altro canto il sistema di raccolta, elaborazione ed invio dei dati è ormai non più adeguato allo stabilizzarsi e regolarizzarsi del flusso SINA: l'applicativo gestito in locale, che pure consente una gestione corretta della *privacy*, sebbene può essere installato su più postazioni, non rende agevole il monitoraggio dello stato di avanzamento della rilevazione da parte del referente dell'Ambito, che molto spesso svolge anche la funzione di coordinamento della raccolta di schede cartacee e quindi dell'attività di *data entry*. In qualche caso è risultata problematica anche la sua installazione a causa di conflitti con il sistema operativo utilizzato, amplificata dalla necessità di dover provvedere periodicamente al suo aggiornamento con le nuove versioni via via realizzate su suggerimento della *professional community* che anima i "caffè di lavoro".

Alcune delle criticità precedentemente riportate sono state affrontate con il Progetto SINA Campania, che ha concorso ad un bando emesso dal MLPS per la promozione di interventi innovativi in favore delle persone non autosufficienti a valere su risorse dedicate del FNA 2010. Esso, finanziato con circa 1,7 MLN, a cui si sommano 0,5 MLN di cofinanziamento regionale, si è proposto infatti di superare la frammentazione organizzativa degli Ambiti campani nell'erogazione dei servizi alla persona, grazie alla sperimentazione e diffusione di TIC per una corretta valutazione del bisogno assistenziale dei non autosufficienti, per una presa in carico appropriata e non casuale, e per un corretto monitoraggio dei servizi e delle risorse offerte.

SINA Campania ha offerto soluzioni alle criticità del Progetto SINA con l'attività di

progettazione partecipata della cartella sociale informatizzata, che ha tenuto adeguatamente conto di tutti i debiti informativi esistenti, coinvolgendo pienamente i 10 Ambiti che maggiormente si sono distinti nel Progetto SINA, con la realizzazione di un applicativo *web based* che ne faciliti la compilazione, e con un piano straordinario di digitalizzazione delle informazioni dei cittadini non autosufficienti in carico, che prevede anche la dotazione di adeguata strumentazione informatica (*netbooks*) agli operatori del servizio sociale professionale.

Nel triennio 2013-2015 é indispensabile continuare ad alimentare il SINA e quindi onorare il debito informativo assunto, anche per essere pronti ad attivare il cd. "fascicolo elettronico del cittadino". E' pertanto necessario sollecitare tutti gli Ambiti aderenti a provvedere agli aggiornamenti delle schede individuali ed a inviarle con regolarità, fino a quando, attivato il SIS e generalizzato l'uso della cartella sociale informatizzata, il flusso SINA non sia sussunto in esso.

14.2 Il Progetto SINBA

Il progetto S.In.Ba. - Sistema Informativo sulla cura e la protezione dei Bambini e della loro famiglia - si inserisce all'interno di un percorso di realizzazione del SISS - Sistema informativo dei Servizi sociali -, come enunciato all'art.21 della legge quadro n. 328/00.

Il disegno alla base della costruzione di tale sistema, che presuppone l'interazione dei diversi sistemi regionali, poggia sulla definizione di un fabbisogno informativo minimo comune, condiviso e standardizzato, che permetta l'individuazione di indicatori comuni e la raccolta di dati omogenei in tutte le realtà regionali. Il presupposto del progetto S.In.Ba. è quello di rispettare i sistemi informativi già esistenti nelle Regioni e nel contempo costruire un'unica piattaforma che dia sistematicità ai flussi informativi.

Il progetto S.In.Ba. si muove all'interno dei principi stabiliti dalla Convenzione internazionale sui diritti dei bambini del 1989, ratificata con legge dello Stato nel 1991. Secondo questi principi a ogni bambino devono essere assicurate le condizioni necessarie al pieno sviluppo della sua personalità e delle sue attitudini e deve essere garantito il suo diritto ad avere una famiglia in cui crescere. In particolare, la Convenzione e le raccomandazioni successive svolte dagli organismi nazionali e internazionali di monitoraggio, rivolte al miglioramento dell'effettività dei diritti dell'infanzia, individuano l'obiettivo di predisporre adeguati sistemi informativi sugli interventi di cura e di protezione dei bambini, soprattutto dei bambini allontanati dalla propria famiglia per evidenti situazioni pregiudiziali allo sviluppo del loro benessere psicofisico e relazionale.

Il progetto S.In.Ba. segue in ordine temporale il progetto S.I.N.A. - Sistema Informativo Non Autosufficienze -, che ha già prodotto, in rete con l'INPS, un sistema di raccolta, analisi e produzione di dati aggregati, utili, alle singole Regioni, per orientare la programmazione, i finanziamenti e superare le criticità e, al governo centrale, per comprendere quali sono i bisogni sociali espressi e i livelli minimi di assistenza garantiti alle persone con disabilità sui differenti territori regionali.

Nello specifico, per quanto concerne il progetto S.In.Ba., gli obiettivi strategici possono essere schematizzati in:

- Individuare e qualificare la domanda sociale;
- Monitorare il sistema di offerta dei servizi/prestazioni/interventi rivolti ai bambini e alle famiglie;
- Valutare gli esiti e l'efficacia degli interventi;
- Disporre di strumenti utili alla programmazione degli interventi.

Alla Regione Campania è stato affidato dal Ministero del Lavoro delle Politiche sociali

il coordinamento del progetto S.In.Ba. che ha visto il coinvolgimento di altre undici Regioni italiane: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto. Il progetto è inoltre svolto in collaborazione con il Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, l'ANCI, l'ISTAT, il CISIS. Dal confronto tra i diversi partner è emersa la necessità di promuovere una preliminare indagine di sfondo e di predisporre un data set minimo di raccolta dati sulla presa in carico sociale dei minori e sulla loro famiglia (scheda S.In.Ba.), che potesse essere utilizzato da tutti i comuni e gli ambiti territoriali italiani.

I lavori principali del gruppo si sono concentrati sulla realizzazione di una indagine pilota *Rilevazione sulla programmazione ed erogazione di interventi e servizi attivati per la promozione, la protezione e la tutela dei bambini e delle loro famiglie* e sulla produzione di una scheda di data set minimo per la raccolta di dati sui minori e sulle famiglie in carico presso i servizi sociali e sociosanitari dei territori coinvolti, su cui si sta lavorando in stretto rapporto con l'INPS con l'obiettivo di inserire questa attività all'interno del "Casellario dell'assistenza".

L'intero lavoro è stato realizzato e coordinato dal Settore Assistenza sociale della Regione Campania che si è avvalso del sostegno scientifico di due esperti nazionali in sistemi di welfare, dell'équipe tecnico-informatica di Campania sociale digitale e del confronto costante con i referenti regionali delle Regioni che hanno partecipato al coordinamento nazionale. Tutte le decisioni sono state dibattute e sono state assunte a livello collegiale. Pertanto, è stato necessario definire già nel progetto esecutivo il metodo di lavoro e l'iter della partecipazione.

Tale modello di partecipazione ha individuato alcune priorità:

1. la *definizione partecipata delle scelte operative* in considerazione dell'obiettivo del progetto e degli specifici bisogni di ciascun partecipante;
2. la *garanzia di una comunicazione fluida*, per quanto concerne le fasi del lavoro da attivare, gli attori da coinvolgere, le metodologie da utilizzare, la costituzione dei gruppi di lavoro, etc.;
3. la *responsabilità di funzione*, attraverso l'individuazione, per ciascuna Regione partecipante al progetto, di referenti amministrativi, referenti scientifici e referenti tecnico-informatici;
4. la *definizione concordata del set minimo* del fascicolo elettronico individuale;
5. la scelta negoziata del sistema informativo da implementare e mettere a regime per la realizzazione del sistema S.In.Ba.
6. la realizzazione di strumenti informativi consultabili on line attraverso un'area dedicata al progetto S.In.Ba. e inserita sulla piattaforma di Campania sociale digitale, dei report specifici alla chiusura delle fasi di lavoro, etc.

Affinché tale processo virtuoso di collaborazione potesse essere realizzato si è ritenuto utile realizzare un sito web (accessibile all'indirizzo <http://sinba.campaniasociale.org/>) che avesse come funzioni principali la diffusione delle informazioni riguardanti il progetto S.In.Ba., la discussione sui temi e le problematiche da affrontare in corso d'opera, la raccolta dei dati riguardanti l'indagine pilota.

Si è da poco conclusa la realizzazione dell'indagine pilota "Rilevazione sulla programmazione ed erogazione di interventi e servizi attivati per la promozione, la protezione e la tutela dei bambini e delle loro famiglie" che aveva lo scopo di operare una mappatura degli interventi e dei servizi promossi sui territori italiani, conoscere le modalità di gestione a livello locale, comprendere i sistemi locali di rete con cui si attivano i processi programmatici e le eventuali modalità messe in atto da tali sistemi per il monitoraggio e la valutazione dei servizi.

A breve si partirà con la parte fondamentale del progetto che consiste nella raccolta di dati sui minori e sulle famiglie in carico presso i servizi sociali e sociosanitari attraverso una cartella sociale individualizzata. Tali dati, come già avviene per il SINA, confluiranno all'interno del "Casellario dell'assistenza" gestito dall'INPS.

La raccolta del set – minimo di dati concordati con le altre regioni aderenti al progetto verrà estesa all'intero territorio regionale.

14.3 Il Progetto SINSE

Il progetto è finalizzato alla creazione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia (S.I.N.S.E). L'obiettivo specifico è di rendere disponibili dati e informazioni sulle singole unità di offerta, pubbliche e private, presenti sul territorio nazionale in materia di servizi per la prima infanzia.

Alla Regione Emilia-Romagna è stato assegnato il compito di coordinare il progetto coinvolgendo Regioni e Province Autonome interessate a implementare/creare il proprio sistema informativo regionale affinché possa comunicare con il nuovo sistema informativo centrale sui servizi per la prima infanzia.

Le fasi nelle quali si articolerà sono:

1. Analisi di scenario [riferimento ai dati di contesto più recenti, individuazione dei trend e delle dinamiche sociali per quella materia, indicatori significati di disagio]
2. Valutazione (breve) delle politiche e degli interventi posti in essere dalla Regione (e o degli ambiti) in quella materia [cosa abbiamo fatto, come e perché]
3. Definizione di una strategia di interventi [quale ragionamento mi porta alla definizione dei nuovi obiettivi]
4. Individuazione degli Obiettivi [indicando quanto dipende dalla Regione quanto dagli Ambiti e proponendo degli indicatori]
5. Individuazione degli interventi [indicando sempre "chi fa che cosa?"]

14.4 Il SIS della Campania

Sebbene dall'approvazione della L. 328 del 2000 al 2006 non siano state poste in essere iniziative per realizzare il SIS nazionale, in Campania in quello stesso periodo si registrano esperienze che testimoniano l'attenzione per i fabbisogni informativi degli operatori di alcuni Ambiti, che si sono sostanziati in progetti realizzati con l'utilizzo delle risorse del POR 2000-2006, quali l'Osservatorio delle politiche sociali della Provincia di Benevento, il Sistema di rilevamento dei bisogni sociali dell'Amministrazione Provinciale di Napoli, ed i Progetti *Social Force Automation* (SFA) e *Social Force Automation Ampliamento e Replicabilità* (SFAAR), di un *cluster* di 6 Ambiti Territoriali.

Tutte queste esperienze hanno presentato criticità tali che, terminati i finanziamenti, non è stato possibile prostrarle: la discontinuità dei Comuni nel conferimento dei dati, percepito come un inutile aggravio burocratico, e la mancata collaborazione dell'INAIL ed dell'INPS, hanno determinato la fine dell'Osservatorio della Provincia di Benevento; la numerosità degli indicatori individuati per valutare la qualità della vita, inizialmente 774 poi ridotti a 300, unitamente alla ampiezza degli attori che avrebbero dovuto continuamente popolare i database, hanno sancito l'insostenibilità del sistema della Provincia di Napoli; l'onerosità del personale dedicato al *management* della conoscenza, la scarsa attenzione ai debiti informativi e l'impatto modesto sulle pratiche degli operatori sociali, hanno causato l'estinzione della *Social Force Automation*.

La Legge Regionale 11 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328", approvata il 23 ottobre 2007, ha riproposto la

necessità di realizzare il SIS campano con il concorso dei suoi attori, e di individuare interventi puntuali finalizzati a raggiungere risultati definiti.

Così nel PSR 2009-2011 (relativo al triennio 2010-2012), approvato nell'aprile 2009 dalla Giunta Regionale della Campania, il SIS è una delle quattro azioni di sistema da promuovere per il buon funzionamento del sistema integrato dei servizi sociali.

In esso il SIS, in quanto strumento per lo sviluppo di una conoscenza condivisa, e quindi di una rete permanente di informazione e comunicazione sociale che sfrutti appieno le potenzialità delle TIC, viene qualificato come necessario per svolgere adeguatamente le funzioni di orientamento e supporto alla lettura dei bisogni potenziali ed espressi delle comunità locali, di pianificazione e programmazione degli interventi e dei servizi territoriali, di decodifica e ricodifica della domanda dei cittadini in funzione dell'offerta dei servizi, di selezione delle prestazioni appropriate e di monitoraggio della loro erogazione, nonché di supporto alla valutazione della loro efficacia, indispensabile per promuovere adattamenti migliorativi.

Il PSR ha disposto che nel triennio di vigenza fosse istituito e generalizzato l'uso del SIS, che fosse incentivata la partecipazione di tutti gli attori del welfare campano con la produzione di *output* utili all'assolvimento del debito informativo di ciascuno, e che fossero attivate quattro linee di intervento finalizzate a:

- promuovere tra tutti gli operatori del welfare campano l'uso di TIC che valorizzino la propria professionalità e perseguano un'ottimizzazione dei processi lavorativi;
- definire il set di indicatori con un processo di progettazione partecipata, affinché ciascun attore assolva i propri debiti informativi e disponga delle informazioni necessarie per sviluppare le proprie attività,
- integrare gli applicativi esistenti e provvedere alla loro manutenzione evolutiva conformemente alla visione strategica dell'amministrazione regionale in termini di servizi, organizzazione e tecnologia;
- attivare di stabili canali di comunicazione con cui abbattere le asimmetrie informative e consentire la partecipazione attiva di tutti gli attori e gli *stakeholders*.

Nel luglio 2009 la Giunta Regionale della Campania ha approvato "Campania Sociale Digitale" il piano d'azione per realizzare il Sistema Informativo (DGRC 1318/2009), in cui sono stati individuati 5 obiettivi generali (ai quattro individuati nel PSR è stata aggiunta l'attivazione e diffusione dell'infrastruttura tecnologica) declinati in 24 obiettivi specifici, sono state esposte le metodologie e gli assetti organizzativi necessari per la loro realizzazione, ed è stato previsto l'utilizzo di fondi ordinari, strutturali e dedicati, in quanto destinati ad uno strumento indispensabile per allocare al meglio le risorse disponibili, per monitorare lo stato di avanzamento dell'obiettivo di servizio e per partecipare ai progetti che il MLPS ha avviato.

Il Piano, redatto con la consapevolezza che le TIC favoriscono la competitività e il buon funzionamento di tutti i settori della vita sociale, che la digitalizzazione dell'azione amministrativa impone la riorganizzazione del lavoro e la razionalizzazione dei procedimenti amministrativi, e che occorre tener adeguatamente conto dei sempre più cogenti fabbisogni informativi che emergono su scala nazionale, ha ritenuto necessario mettere a frutto le esperienze realizzate sul territorio con l'attivazione delle infrastrutture tecnologiche già realizzate.

A tal fine, si è deciso di allocare il Centro Servizi Sociali Regionale (CSSR), deputato alla realizzazione di "Campania Sociale Digitale", presso il Centro Servizi Sociali Provinciale di Baronissi, attivato con il Progetto SFA-SFAAR che, per le dimensioni della *partnership* (6 Ambiti Territoriali, 107 Comuni e 670mila cittadini, ovvero 1/5 delle amministrazioni comunali e più del 10% della popolazione della Campania), per l'infrastruttura socio informatica realizzata e per le competenze specifiche e trasversali

acquisite, ha rappresentato senz'altro la sperimentazione più significativa che non si poteva non capitalizzare.

“Campania Sociale Digitale”, al pari di tutte le iniziative deliberate a ridosso della tornata elettorale del maggio 2010, è stata sospesa fino alla convalida avvenuta con DGRC 657 il 24 settembre, sicché l'avvio del piano di azione è avvenuto nel corso del 2011.

Nelle more, il Settore Assistenza Sociale ha attivato un percorso di facilitazione per la realizzazione del SIS, avviato con una indagine sulla dotazione TCI degli Ambiti Territoriali realizzata sul finire del 2009, condotta via mail anche per testare l'utilizzo di questo canale di comunicazione, e dalla quale è possibile dedurre utili indicazioni circa la capacità degli Ambiti di gestire flussi informativi.

La dotazione di *hardware* e la connessione ad Internet nei 26 Ambiti oggetto dell'indagine è risultata essere abbastanza soddisfacente, sebbene con differenze territoriali significative [tabelle 20 e 21].

Tabella 20: Attrezzatura *hardware* degli Uffici di Piano (indagine sulla dotazione ICT del 2009)

Provincia	N. Ambiti	N.° di postazioni	Media di postazioni per UdP	% postazioni collegate ad internet	dotazione di PC per 10.000 ab.
Avellino	5	55	11,0	100,0%	1,6
Benevento	4	22	5,5	100,0%	1,2
Caserta	5	16	3,2	81,3%	0,5
Napoli	6	37	6,2	97,3%	0,3
Salerno	6	65	10,8	98,5%	0,9
Campania	26	195	7,5	97,4%	0,6

Tabella 21: Attrezzatura *hardware* delle Antenne Sociali (indagine sulla dotazione ICT del 2009)

Provincia	N.° Antenne	N.° di postazioni	Media di postazioni per Antenna	% postazioni collegate ad internet	dotazione di PC per 10.000 ab.
Avellino	12	12	1,00	83,3%	0,4
Benevento	28	18	0,64	88,9%	1,0
Caserta	67	41	0,61	75,6%	1,2
Napoli	43	40	0,93	72,5%	0,3
Salerno	70	60	0,86	88,3%	0,8
Campania	216	171	0,79	81,3%	0,6

Anche per ciò che riguarda la dotazione di *software* degli Uffici di Piano, pur con differenze territoriali significative, nel complesso la quasi totalità era in esercizio e per più del 90% si trattava di applicativi di *office automation*, documentali, gestionali ed informativi [tabella 22 e grafico 92].

Tabella 22: *Software* degli Uffici di Piano (indagine sulla dotazione ICT del 2009)

Provincia	N. Ambiti	SW in esercizio	SW in sviluppo	SW pianificato	Totale SW	Media SW per UdP
Avellino	5	7		1	8	1,6
Benevento	4	4			4	1,0
Caserta	5	6		1	7	1,4
Napoli	6	10			10	1,7
Salerno	6	14	1		15	2,5
Campania	26	41	1	2	44	1,7

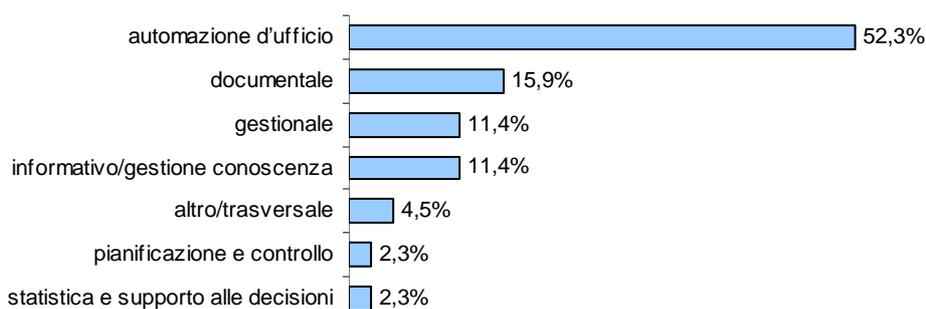


Grafico 92: Tipologia dei software degli Uffici di Piano (indagine sulla dotazione ICT del 2009)

Nel 2010 dei 46 Ambiti Territoriali monitorati, 19 (il 41%) hanno programmato nei propri Piani di Zona (PdZ) circa 845.000 euro per il Sistema Informativo, pari allo 0,50% del totale delle risorse in essi programmate ed al 11,72% di quanto stanziato nell'Area Risorse di Sistema di cui il SIS fa parte, con grandi differenze su base provinciale [tabella 23].

Tabella 23: Risorse programmate per il SIS nella I annualità PSR (anno 2010)

Provincia	N. Ambiti	PdZ conformi elaborati	PdZ che hanno programmato il SIS	Totale risorse programmate nei PdZ	Risorse programmate nell'Area Azioni di Sistema	Risorse programmate per il SIS
Avellino	7	7	3	16.758.380,87	1.350.817,95	24.394,24
Benevento	6	6	1	9.709.478,62	738.987,52	1.730,76
Caserta	10	8	1	26.240.521,59	982.504,28	26.192,62
Napoli	18	15	7	72.441.875,92	1.854.357,28	202.531,31
Salerno	10	10	7	45.365.165,02	2.285.432,36	590.173,91
Campania	51	46	19	170.515.422,02	7.212.099,39	845.022,84

Le differenze su base provinciale sono palesi se si considera la spesa per abitante destinata al SIS [grafico 93].

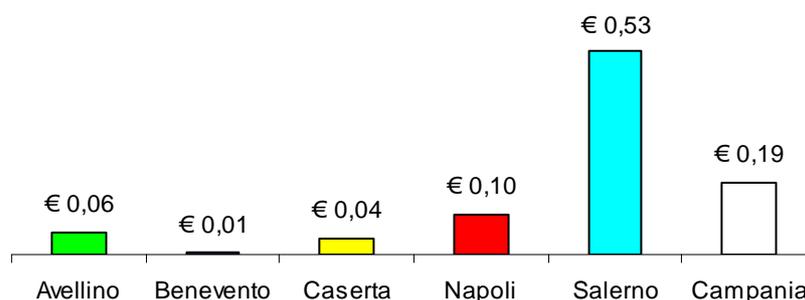


Grafico 93: Spesa pro capite per il SIS nella I annualità PSR (anno 2010)

Nel 2011 dei 43 Ambiti Territoriali monitorati, 20 (il 47%) hanno programmato nei PdZ per il SIS circa 845.000 euro, pari allo 0,35% del totale delle risorse appostate ed al 12,00% di quanto stanziato nell'Area Risorse di Sistema [tabella 24].

Tabella 24: Risorse programmate per il SIS nella II annualità PSR (anno 2011)

Provincia	N. Ambiti	PdZ conformi elaborati	PdZ che hanno programmato il SIS	Totale risorse programmate nei PdZ	Risorse programmate nell'Area Azioni di Sistema	Risorse programmate per il SIS
Avellino	7	7	3	14.830.911,24	1.165.436,12	28.742,33
Benevento	6	6	2	9.457.701,21	664.456,61	10.480,76
Caserta	10	7	2	22.090.380,80	822.028,33	48.672,62
Napoli	18	14	7	147.350.904,50	2.615.136,12	420.270,75
Salerno	10	9	6	46.759.646,60	1.775.289,82	336.844,10
Campania	51	43	20	240.489.544,34	7.042.347,00	845.010,56

Anche la spesa pro capite per il SIS su base provinciale presenta differenze significative [grafico 94].

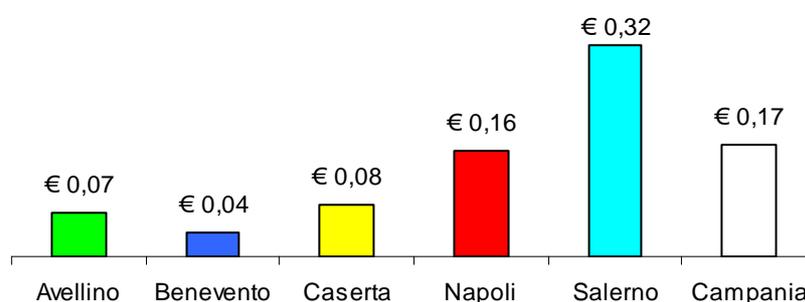


Grafico 94: Spesa pro capite per il SIS nella II annualità PSR (anno 2011)

Una innovazione particolarmente significativa del Settore Assistenza Sociale, volta a creare condizioni più favorevoli alla realizzazione e diffusione del SIS, è stata la progettazione e realizzazione di *format* digitali per la programmazione ed il monitoraggio dei PdZ, che hanno facilitato la pianificazione degli interventi ed hanno reso disponibili informazioni facilmente elaborabili e quindi fruibili da tutti gli operatori della filiera istituzionale.

Il file di programmazione si articola in 8 fogli, tra loro connessi e che ricevono informazioni gli uni dagli altri, nei quali si determina la composizione del FUA, ovvero il budget disponibile, la programmazione finanziaria e la programmazione dei servizi, con il dettaglio di quelli sociosanitari da condividere con il Distretto Sanitario, e report di sintesi utili anche per condividere la programmazione con i referenti istituzionali e con gli *stakeholders*, oltre che naturalmente avere agevolmente contezza dell'allocazione delle risorse effettuata [figura 7].

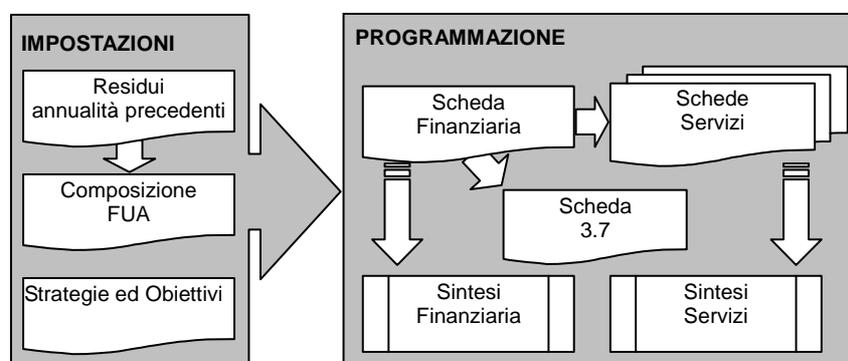


Figura 6: Struttura del file di programmazione del PdZ

Contestualmente è stato realizzato il file di monitoraggio che, importando i dati imputati nel file di programmazione, consente agevolmente al personale dell'UdP di dare conto dello stato di avanzamento fisico, procedurale e finanziario di ciascun intervento previsto.

I *files* di programmazione e monitoraggio non solo hanno sperimentato e consolidato flussi informativi che possono essere agevolmente incorporati nel SIS, ma hanno diffuso tra gli attori della filiera istituzionale la consapevolezza dell'importanza del corretto conferimento dei dati per una trasparente e corretta gestione amministrativa dei procedimenti²², oltre che per perseguire finalità statistiche, generalmente percepite di minore importanza.

Utile, infine, per l'indispensabile integrazione tra flussi di dati attraverso l'omogeneizzazione delle informazioni in essi presenti, è la progettazione della Scheda Sociale degli strumenti di valutazione S.Va.M.Di.²³ (Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone adulte Disabili) e S.Va.M.A.²⁴ (Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone adulte ed Anziane), che il Settore Assistenza Sociale ha realizzato tenendo conto dell'esperienza maturata con il Progetto SINA e dei suggerimenti della sua *professional community*.

In considerazione di tutte le esperienze precedentemente descritte, delle disposizioni normative per l'Amministrazione digitale, della sezione ICT del "Piano di azione per la Ricerca & Sviluppo, l'Innovazione e l'ICT" della Regione Campania²⁵, nonché della pressante necessità a causa della profonda crisi economico-finanziaria che ha colpito il Paese ed ancor più la Campania, di disporre tempestivamente delle informazioni per allocare le risorse nel modo più efficiente ed efficace possibile, è indispensabile che nel triennio di vigenza del II PSR la Campania si doti del SIS.

Considerato che l'investimento degli Ambiti Territoriali nel Sistema Informativo, che ammonta ad almeno 800.000 euro annui²⁶, non è in grado di produrre un'adeguata disponibilità di informazioni fruibili, anche perché gran parte degli applicativi utilizzati sono *office automation*, ed i flussi informativi generati non sono tra loro omogenei e correlati, per ottimizzare appieno le risorse disponibili è necessario che il SIS sia *cloud computing* (letteralmente nuvola informatica) ovvero si strutturi sulle tecnologie offerte dalla Regione Campania, per incamerare, archiviare ed elaborare dati ed informazioni con hardware e software da essa distribuiti e virtualizzati in rete. Ne consegue che a partire dalla prima annualità del PSR gli Ambiti non possono imputare al FUA i costi per il SIS, se non eccezionalmente per remunerare un tecnico informatico per la manutenzione delle attrezzature, qualora il Comune capofila non disponga di tale tipologia di personale, e per garantire la connettività alla rete.

Poiché un sistema informativo è un insieme di persone, apparecchiature, software e procedure che devono produrre le informazioni affinché tutti gli attori dispongano di tempestive informazioni, in analogia a quanto previsto nel I PSR, nel periodo 2013-2015 dovranno essere perseguiti 4 obiettivi, per il raggiungimento dei quali di seguito si

22 Poiché lo stato di avanzamento rilevato dal file di monitoraggio determina la possibilità di erogare le anticipazioni ed il saldo delle risorse finanziarie assegnate, e le informazioni sono importate dal file di programmazione, come mai prima gli UdP hanno dovuto trasmettere tutti i cambiamenti intervenuti nei PdZ, fornendo così notizie aggiornate sui servizi/interventi attivati sul territorio.

23 Approvata con DGRC n. 324 del 3 luglio 2012.

24 Approvata con DGRC n. 323 del 3 luglio 2012.

25 Il Piano di Azione, approvato con DGRC 180/2011, prevede un consistente investimento per la diffusione dei sistemi informativi della PA e lo sviluppo di un loro network,

26 Si ricorda che i dati relativi alla programmazione 2010 e 2011 sono relativi rispettivamente a 46 Ambiti ed a 37 Ambiti a causa del ritardo della presentazione dei PdZ (per ciò che attiene il 2010 l'assenza di Napoli è dovuta alla mancata consegna del file digitale da parte dei Commissari straordinari).

individuano gli interventi necessari.

A. Utilizzo generalizzato di TIC da parte degli operatori del welfare campano.

Ogni operatore del welfare campano nello svolgimento delle proprie attività produce dati da cui si generano le informazioni necessarie sia per un adeguato espletamento dei propri compiti sia per permettere agli altri attori di fare altrettanto. Il disaccoppiamento della produzione di dati e della loro gestione (imputazione, archiviazione ed elaborazione), oltre che essere come si è visto insostenibile per l'eccessiva onerosità, non è utile per il corretto funzionamento del sistema, in quanto ne disperde la responsabilità, aumenta la probabilità di produrre errori nella loro imputazione, e ostacola la possibilità di fruire tempestivamente delle informazioni conseguenti. Lo sviluppo tecnologico rende possibile che ogni operatore assuma un ruolo all'interno del *management* della conoscenza attraverso l'uso di TIC, concorrendo così sia alla dematerializzazione fortemente auspicata dal Codice dell'Amministrazione Digitale, sia all'aumento della qualità dei servizi in quanto in grado di disporre di tutte le informazioni a tal fine necessarie. Pertanto gli operatori delle Antenne sociali, del Servizio Sociale Professionale, degli UdP devono sistematicamente utilizzare gli applicativi che il CSSR renderà progressivamente disponibili per lo svolgimento delle attività in cui sono impegnati, con i quali adempiranno non solo ai debiti informativi ma soprattutto garantiranno il buon livello qualitativo dei servizi richiesto agli operatori del welfare campano.

Per garantire il raggiungimento dell'obiettivo il Settore nel corso del triennio promuoverà le seguenti attività:

- Addestramento *on the job* degli operatori preposti alla presa in carico per la compilazione della cartella sociale informatizzata, per la quale il Progetto SINA Campania ha previsto € 150.000,00;
- Digitalizzazione delle cartelle sociali di tutti i cittadini non autosufficienti in carico, che gli operatori del Servizio Sociale Professionale devono realizzare non appena si attiva la I annualità del PSR, per la quale il Progetto SINA Campania ha destinato € 300.000,00;
- Formazione per tutte le tipologie di operatori degli Ambiti Territoriali all'uso delle funzionalità ICT del SIS, utilizzando risorse del POR FSE, per complessivi € 1.000.000,00.

B. Dotazione a tutti gli attori delle attrezzature necessarie al funzionamento del SIS.

Affinché tutti i processi di programmazione, monitoraggio e verifica dei servizi e degli interventi possano essere digitalizzati, è evidentemente indispensabile che gli operatori del welfare siano in possesso delle attrezzature necessarie. Dall'Indagine sulla dotazione ICT del 2009, emerge che negli UdP e nelle Antenne Sociali essa è abbastanza congrua. Nel quadro della programmazione della III annualità del I PSR si sta conducendo una rilevazione relativa al 2012, con la quale avere un quadro aggiornato, al fine di programmare interventi per sostituire macchinari obsoleti e/o assicurarne la disponibilità a tutto il personale impegnato.

Per garantire il raggiungimento dell'obiettivo, a partire dalle risultanze della rilevazione succitata, il Settore tra il 2013 ed il 2015 promuoverà le seguenti attività:

- Fornitura di *netbooks* in comodato d'uso agli operatori degli Ambiti Territoriali preposti alla presa in carico, in ragione di uno ogni 10.000 abitanti, per la quale il Progetto SINA Campania ha previsto € 277.500;
- Assegnazione di un budget ad ogni Ambito Territoriale, in rapporto alle sue dimensioni, per dotare adeguatamente UdP ed Antenne Sociali, utilizzando risorse del POR FESR, per complessivi € 1.000.000,00.

C. Realizzazione di tutti gli applicativi *web based*, dei profili di accesso e dei cruscotti personalizzati per ogni tipologia di attore e di *stakeholder*.

L'attivazione nel 2011 del CSSR ed il perseguimento dei 5 obiettivi di "Campania Sociale Digitale", dettagliati nell'Allegato operativo al progetto esecutivo condiviso con il Settore, risponde alla necessità di disporre rapidamente del SIS *cloud computing*. Dei sei applicativi previsti [figura 8], al momento in cui si scrive, il personale informatico ha, su indicazione del personale del Settore, progettato il PdZ online ed il Monitoraggio PdZ, sta partecipando attivamente alla progettazione della cartella sociale informatizzata (anche grazie al grande supporto dato per la realizzazione del Progetto SINA e SINBA). Si è in attesa di ricevere dall'altro personale impegnato nel CSSR la progettazione del sito web, nonché comunicazione degli avvenuti adempimenti in tema di privacy e continuità operativa, indispensabili per poter attivare servizi web based conformi alla normativa vigente. Per il conseguimento di tale obiettivo il Settore promuoverà le seguenti attività:

- Affidamento al CSSR della realizzazione dell'applicativo della cartella sociale informatizzata, in grado di interfacciarsi con l'applicativo LeaSociosan in uso dagli operatori dei servizi distrettuali delle ASL per favorire i processi di integrazione sociosanitaria, e sua manutenzione evolutiva, per la quale il Progetto SINA Campania ha previsto € 100.000,00;
- Monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori del CSSR per eventualmente intervenire con azioni correttive qualora esso non riesca ad assolvere a tutti gli impegni assunti. Per tale attività non sono previste ulteriori stanziamenti in quanto il CSSR è già stato ampiamente finanziato.

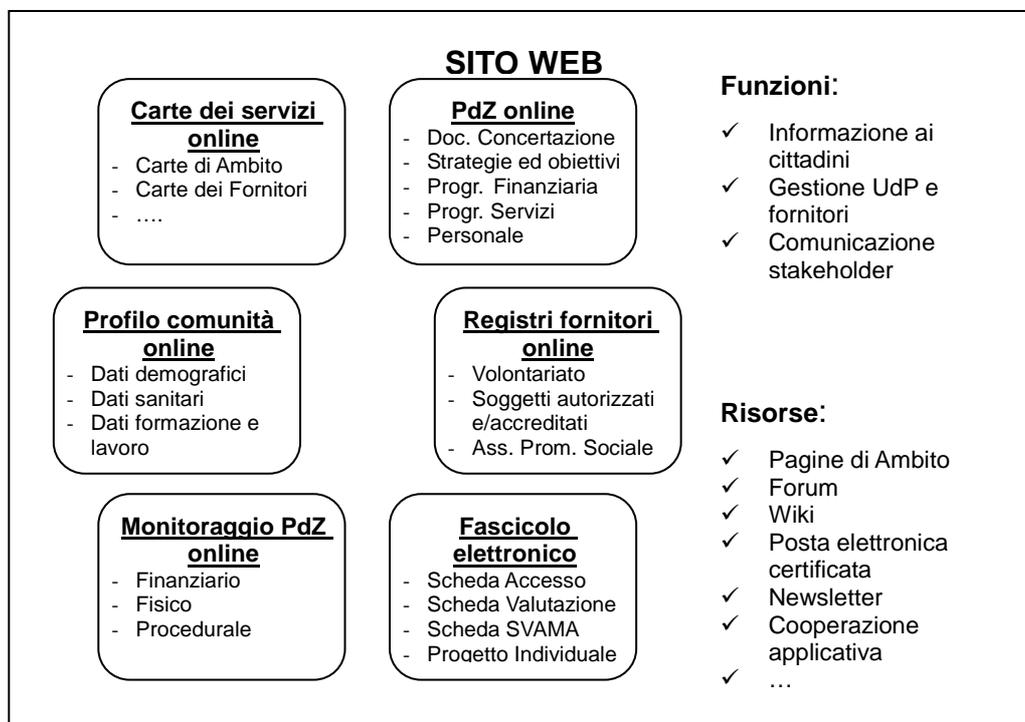


Figura 7: Composizione degli applicativi del SIS della Campania

D. Reingegnerizzazione dei procedimenti amministrativi e delle procedure per assolvere ai debiti informativi assunti.

15. Obiettivi ed azioni delle politiche per Rafforzare il Sistema integrato di interventi e servizi e gli assetti di governance

Obiettivo strategico n. 4	Rafforzare il Sistema integrato di interventi e servizi e gli assetti di governance
Definizione	Alla luce delle disposizioni in materia di welfare e di spending review è necessario valorizzare le risorse destinate alle politiche e agli interventi sociali, favorendo il consolidamento delle forme associative comunali, avviare il sistema informativo sociale e sostenere politiche di modernizzazione del sistema.
Durata	Triennale
Target	Comuni associati
Obiettivo operativo 4.1	I sistemi informativi sociali e Campania sociale digitale
Definizione	Con l'aumento in termini quantitativi e qualitativi degli interventi e dei servizi con la riduzione dell'orizzonte temporale in cui è possibile modificare i propri interventi per meglio adattarsi ai mutamenti esterni, è cresciuta nel tempo l'esigenza di disporre di un sistema informativo, che produca e renda fruibili le informazioni necessarie per supportare le attività strategiche, tattiche ed operative che un'organizzazione deve porre in essere per realizzare la propria mission. La dotazione di un adeguato Sistema Informativo Sociale (SIS) è da tempo ritenuta necessaria anche per i servizi sociali che la PA è tenuta a fornire, ed ampio riscontro è presente nella Legge n. 328/2000, nel Piano Sociale Nazionale (PSN) 2001-2003 e, per ciò che riguarda la Regione Campania, nella Legge Regionale n. 11/2007 e nel Primo Piano Sociale Regionale (PSR) 2009-2011, approvato nell'aprile 2009, in cui vengono delineate le caratteristiche del sistema informativo sociale e viene definito il contributo atteso da ciascun attore del sistema integrato dei servizi sociali.
Target	Comuni Associati
Azione 4.1.1	Progetto Campania Sociale Digitale
Descrizione	Creazione e implementazione del Sistema Informativo Sociale come strumento per lo sviluppo di conoscenza condivisa. Una rete permanente di informazione e comunicazione sociale che sfrutti appieno le potenzialità delle TIC, necessaria per svolgere funzioni di orientamento e supporto alla lettura dei bisogni potenziali ed espressi delle comunità locali, di pianificazione e programmazione degli interventi e dei servizi territoriali, di decodifica e ricodifica della domanda dei cittadini in funzione dell'offerta dei servizi, di selezione delle prestazioni appropriate e di monitoraggio della loro erogazione, nonché di supporto alla valutazione della loro efficacia.
Target	Comuni Associati
Indicatori	
Azione 4.1.2	Progetto SINA
Descrizione	Il progetto SINA persegue, in sintesi, due finalità: concorrere alla sperimentazione di un sistema nazionale di informazioni individuali relative alle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti, in grado di integrarsi con il flusso del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS); promuovere e generalizzare l'uso della cartella sociale informatizzata tra gli attori del welfare campano per assolvere ai debiti informativi connessi con la fornitura di servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.
Durata	Triennale
Target	Comuni Associati
Indicatori	
Azione 4.1.3	Progetto SINBA
Descrizione	Il progetto Sistema informativo bambini, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, si propone

	di monitorare il sistema di offerta dei servizi/prestazioni/interventi rivolti ai bambini e alle famiglie, valutare gli esiti e l'efficacia degli interventi per disporre di strumenti utili alla programmazione degli interventi.
Target	Comuni Associati
Indicatori	
Azione 4.1.4	Progetto SINSE
Descrizione	Il progetto è finalizzato alla creazione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia (S.I.N.S.E). L'obiettivo specifico è di rendere disponibili dati e informazioni sulle singole unità di offerta, pubbliche e private, presenti sul territorio nazionale in materia di servizi per la prima infanzia. Alla Regione Emilia-Romagna è stato assegnato il compito di coordinare il progetto coinvolgendo Regioni e Province Autonome interessate a implementare/creare il proprio sistema informativo regionale affinché possa comunicare con il nuovo sistema informativo centrale sui servizi per la prima infanzia.
Target	Comuni Associati
Indicatori	
Obiettivo operativo 4.2	Modernizzazione del sistema di welfare
Descrizione	La legge regionale n. 15 del 6 luglio 2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza" ha autorizzato la Giunta regionale a disciplinare con regolamento ai sensi dell'articolo 56, comma 4, dello Statuto il riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza di cui alla legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), ispirandosi alle disposizioni del decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n.328), e in osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi: a) ridefinire l'assetto delle istituzioni secondo modelli improntati a criteri di efficienza, efficacia ed economicità funzionali alla erogazione di servizi alla persona di qualità; b) prevedere la trasformazione delle istituzioni già amministrare dagli enti comunali di assistenza o in questi concentrate e delle istituzioni che erogano direttamente servizi socio-assistenziali il cui valore patrimoniale complessivo non è inferiore a euro 500.000,00 in aziende pubbliche di servizi alla persona; c) prevedere la trasformazione, a seconda del loro carattere e della loro organizzazione, in associazioni o fondazioni di diritto privato senza scopo di lucro disciplinate dal codice civile degli enti equiparati dall'articolo 91 della legge 6972/1890.
Target	IPAB
Indicatori	
Azione 4.2.1	Regolamentazione delle procedure di trasformazione ed estinzione delle IPAB
Descrizione	Disciplina delle modalità di trasformazione ed estinzione e regolamentazione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona
Target	
Indicatori	
Obiettivo operativo 4.3	Individuazione degli Ambiti territoriali come organismi intermedi
Descrizione	Avviare una sperimentazione, che poi consenta di divenire regime per il prossimo ciclo (2014/2020), per la quale gli AT possano essere individuati quali organismi intermediari nell'uso delle risorse europee. E' necessario condurre una preliminare sperimentazione, individuando una decina di AT, presso cui affidare la responsabilità nell'uso delle risorse consente anche che queste ultime, nelle forme consentite, siano utilizzate per le attività e i servizi nei confronti dei quali sempre più stanno venendo meno le tradizionali modalità di sostegno finanziario.
Target	Ambiti territoriali
Indicatori	
Obiettivo	Sperimentazione di nuovi modelli di intervento ed erogazione dei servizi

operativo 4.4	
Descrizione	Al fine di valorizzare l'utilizzo delle risorse europee, costituisce intenzione della Regione avviare la sperimentazione di modelli, a titolarità regionale, per l'erogazione di alcune tipologie di servizi. Questa esigenza, che va ad integrarsi con l'attuale sistema di offerta dei servizi, serve: 1) ad ampliare il quadro dell'offerta semplificando il numero di soggetti che operano nei diversi livelli di governance 2) superare i vincoli e i rallentamenti nell'erogazione delle risorse dovute all'incidenza del patto di stabilità
Target	
Indicatori	

Indice delle tabelle

Tabella 1: Estensione territoriale e popolazione delle province campane (fonte ISTAT)	3
Tabella 2: Numero di PdZ analizzati delle annualità del I PSR	22
Tabella 3: Popolazione dei PdZ delle annualità del I PSR analizzati.....	23
Tabella 4: Risorse programmate per fonti di finanziamento	23
Tabella 5: Risorse residue programmate per fonti di finanziamento.....	25
Tabella 6: Risorse programmate per fonti di finanziamento al netto dei residui	26
Tabella 7: Risorse programmate per tipologie di servizi.....	28
Tabella 8: Risorse programmate per aree di intervento	30
Tabella 9: Stato delle attività avviate al 2011.....	54
Tabella 10: Effetti principali attesi e dimostrati di interventi di supporto alle funzioni genitoriali	66
Tabella 11: Alunni dell'anno scolastico 2010-2011 per tipologia di disabilità (fonte Regione Campania)	88
Tabella 12: Utenza dei Ser.t-Regione Campania (Fonte: Osservatorio sulle Dipendenze del Servizio Tossicodipendenze e Alcolismo della Regione Campania- dati 2011)	111
Tabella 13: Interventi che la Regione realizzerà nel II PSR per Contrasto alla Povertà	119
Tabella 14: Principali nazionalità dei cittadini stranieri in Campania al 31/12/2010 - (elaborazione su dati Istat).....	120
Tabella 15: Risorse programmate per provincia per l'area Azioni di Sistema e rapporto percentuale sul totale del Fondo Unico d'Ambito – Il annualità di programmazione PSR.....	130
Tabella 16: Risorse programmate per provincia per l'area welfare d'accesso – Il annualità di programmazione del PSR	132
Tabella 17: Rapporto popolazione/assistenti sociali per provincia – Il annualità di programmazione PSR.....	132
Tabella 18: Stima delle risorse disponibili nel triennio del II PSR	138
Tabella 19: Priorità delle prestazioni da attivare in ciascuna area di intervento	142
Tabella 20: Attrezzatura <i>hardware</i> degli Uffici di Piano (indagine sulla dotazione ICT del 2009)	153
Tabella 21: Attrezzatura <i>hardware</i> delle Antenne Sociali (indagine sulla dotazione ICT del 2009)	153
Tabella 22: <i>Software</i> degli Uffici di Piano (indagine sulla dotazione ICT del 2009)	153
Tabella 23: Risorse programmate per il SIS nella I annualità PSR (anno 2010)	154
Tabella 24: Risorse programmate per il SIS nella II annualità PSR (anno 2011)	155

Indice dei grafici

Grafico 1: Popolazione delle regioni italiane al 1 gennaio 2011 (fonte Istat)	1
Grafico 2: Residenti in Campania in milioni (fonte Istat).....	2
Grafico 3: % dei residenti in Campania rispetto ai residenti in Italia (elaborazione su dati Istat).....	2
Grafico 4: Tasso di variazione popolazione residente in Campania ed in Italia al 1 gennaio (elaborazione dati Istat).....	2
Grafico 5: Bilancio demografico della popolazione residente in Campania (elaborazione su dati Istat).....	3
Grafico 6: Densità di popolazione delle regioni italiane (elaborazione su dati Istat).....	3
Grafico 7: Densità di popolazione delle province campane (elaborazione su dati Istat)	4
Grafico 8: Piramide dell'età della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)	4
Grafico 9: Rapporto di mascolinità delle province campane (elaborazione su dati Istat)	4
Grafico 10: Età media della popolazione campana (elaborazione su dati Istat).....	5
Grafico 11: Indice di carico di figli per donna in età feconda della popolazione campana (elaborazione su dati Istat).....	5
Grafico 12: Indice di vecchiaia della popolazione campana (elaborazione su dati Istat).....	5
Grafico 13: Indici di dipendenza totale della popolazione campana su base provinciale (elaborazione su dati Istat).....	6
Grafico 14: Forze di lavoro della Campania (elaborazione su dati Istat)	7
Grafico 15: Andamento del tasso di crescita delle forze di lavoro della Campania (elaborazione su dati Istat)	8
Grafico 16: % delle forze di lavoro campane rispetto a quelle italiane (elaborazione su dati Istat)	8
Grafico 17: Tasso di attività totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat).....	8
Grafico 18: Tasso di attività totale delle province campane (elaborazione su dati Istat).....	9
Grafico 19: Tasso di attività maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	9
Grafico 20: Tasso di attività maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)	9

Grafico 21: Tasso di attività femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	10
Grafico 22: Tasso di attività femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)	10
Grafico 23: Occupati in Campania (elaborazione su dati Istat)	10
Grafico 24: Andamento del tasso di crescita degli occupati della Campania (elaborazione su dati Istat)	11
Grafico 25: % degli occupati campani rispetto a quelli italiani (elaborazione su dati Istat)	11
Grafico 26: Tasso di occupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	11
Grafico 27: Tasso di occupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)	11
Grafico 28: Tasso di occupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	12
Grafico 29: Tasso di occupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)	12
Grafico 30: Tasso di occupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	12
Grafico 31: Tasso di occupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)	12
Grafico 32: Disoccupati in Campania (elaborazione su dati Istat)	13
Grafico 33: Andamento del tasso di crescita dei disoccupati della Campania (elaborazione su dati Istat)	13
Grafico 34: Tasso di disoccupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	13
Grafico 35: Tasso di disoccupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)	14
Grafico 36: Tasso di disoccupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	14
Grafico 37: Tasso di disoccupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)	14
Grafico 38: Tasso di disoccupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)	14
Grafico 39: Tasso di disoccupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)	15
Grafico 40: PIL in MLN ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)	15
Grafico 41: PIL in MLN ai prezzi di mercato delle province campane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)	16
Grafico 42: Composizione provinciale del PIL campano ai prezzi di mercato nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)	16
Grafico 43: PIL pro capite ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)	16
Grafico 44: PIL pro capite ai prezzi di mercato delle province campane nel 2010 (elaborazione su dati CUSPI)	16
Grafico 45: PIL pro capite a prezzi costanti della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	17
Grafico 46: Reddito medio netto familiare della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	17
Grafico 47: Reddito mediano netto familiare della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	18
Grafico 48: Andamento dell'indice di Gini del reddito familiare della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	18
Grafico 49: Indice di Gini del reddito familiare delle regioni italiane nel 2009 (elaborazione su dati ISTAT)	18
Grafico 50: N. (in migliaia) di famiglie in povertà assoluta nel Mezzogiorno e nel resto d'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	19
Grafico 51: % di famiglie in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)	19
Grafico 52: N. (in migliaia) di individui in povertà assoluta nel Mezzogiorno e nel resto d'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	19
Grafico 53: % di individui in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)	20
Grafico 54: Incidenza di povertà relativa nelle regioni italiane nel 2010 per 100 famiglie (elaborazione su dati ISTAT)	20
Grafico 55: Andamento dell'incidenza di povertà relativa per 100 famiglie della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	21
Grafico 56: Incidenza di povertà relativa nelle regioni italiane nel 2010 per 100 individui (elaborazione su dati ISTAT)	21
Grafico 57: Andamento dell'incidenza di povertà relativa per 100 individui della Campania, del Mezzogiorno e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)	21
Grafico 58: Percentuale di PdZ analizzati delle annualità del I PSR	22
Grafico 59: Percentuale di popolazione dei PdZ analizzati delle annualità del I PSR	23
Grafico 60: Utilizzo % delle fonti di finanziamento	24
Grafico 61: % residui utilizzati per fonti di finanziamento	25
Grafico 62: % utilizzo residui su base provinciale e regionale	26
Grafico 63: Utilizzo % delle fonti di finanziamento al netto dei residui	27
Grafico 64: Quota capitaria al lordo dei residui	27

Grafico 65: Quota capitaria al netto dei residui	27
Grafico 66: Distribuzione % delle tipologie di servizi programmati.....	29
Grafico 67: Deviazione standard della distribuzione % delle tipologie di servizi programmati	29
Grafico 68: Distribuzione % delle tipologie di servizi programmati su base provinciale	30
Grafico 69: Distribuzione % delle aree di intervento programmate	31
Grafico 70: Deviazione standard della distribuzione % delle aree di intervento programmate.....	31
Grafico 71: Distribuzione % delle aree di intervento programmate su base provinciale.....	32
Grafico 72: Nuovi utenti presi in carico in asili nido a seguito dell'Avviso pubblico approvato con DD 378/2009 (fonte Regione Campania)	53
Grafico 73: Nuovi utenti presi in carico nei servizi innovativi/integrativi/sperimentali a seguito dell'Avviso pubblico approvato con DD 378/2009 (fonte Regione Campania)	54
Grafico 74: % di popolazione di 0-17 anni delle regioni italiane nel 2011 (elaborazione su dati ISTAT).....	75
Grafico 75: Indice di dipendenza giovanile delle province italiane (elaborazione su dati ISTAT 2011).....	75
Grafico 76: Spesa programmata per aree di intervento nella II annualità del I PSR	76
Grafico 77: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per l'Area Infanzia ed Adolescenza programmati nella II annualità del I PSR	77
Grafico 78: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per l'Area Donne in Difficoltà programmati nella II annualità del I PSR	83
Grafico 79: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Disabili e Salute Mentale programmati nella I annualità del I PSR	87
Grafico 80: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Disabili e Salute Mentale programmati nella I annualità del I PSR	87
Grafico 81: % cittadini di 65 e più anni delle regioni italiane (elaborazione su dati ISTAT 2011).....	93
Grafico 82: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Contrasto alla Povertà programmati nella I annualità del I PSR	115
Grafico 83: Distribuzione % su base provinciale della tipologia di servizi per Contrasto alla Povertà programmati nella II annualità del I PSR	115
Grafico 84: Principali nazionalità dei cittadini stranieri in Campania al 31/12/2010 (elaborazione su dati Istat)	120
Grafico 85: Età dei residenti stranieri al 01/01/2011 (elaborazione su dati Istat).....	121
Grafico 86: Principali settori di occupazione in Campania degli immigrati residenti (elaborazione su dati Inail).....	122
Grafico 87: Distribuzione percentuale per provincia dei componenti l'ufficio di piano in base alla tipologia contrattuale – II annualità di programmazione PSR.....	131
Grafico 88: Distribuzione percentuale per provincia dei componenti il servizio sociale professionale in base alla tipologia contrattuale – II annualità di programmazione PSR	132
Grafico 89: Distribuzione percentuale per provincia dei componenti il servizio di segretariato sociale in base alla tipologia contrattuale – II annualità di programmazione PSR.....	133
Grafico 90: Distribuzione percentuale componenti il segretariato sociale per profilo professionale – II annualità di programmazione PSR.....	133
Grafico 91: Composizione delle schede inviate all'INPS delle rilevazioni SINA.....	148
Grafico 92: Tipologia dei software degli Uffici di Piano (indagine sulla dotazione ICT del 2009)	154
Grafico 93: Spesa pro capite per il SIS nella I annualità PSR (anno 2010).....	154
Grafico 94: Spesa pro capite per il SIS nella II annualità PSR (anno 2011).....	155

Indice delle figure

Figura 1: Indice di vecchiaia della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)	6
Figura 2: Indici di dipendenza totale della popolazione campana (elaborazione su dati Istat).....	7
Figura 3: Localizzazione asili nido o micronidi, servizi integrativi e/o innovativi sul territorio regionale (anno 2009)	55
Figura 4: Rete di supporto alle responsabilità familiari.....	68
Figura 5: Indice di dipendenza giovanile dei comuni campani (elaborazione su dati ISTAT 2011).....	76
Figura 6: Struttura del file di programmazione del PdZ	155
Figura 7: Composizione degli applicativi del SIS della Campania.....	158

Allegato B - Indicazioni procedurali per gli Ambiti territoriali per la fase di transizione dalla programmazione 2009-2012 alla nuova programmazione 2013-2015

1. Disposizioni per la presentazione del piano di zona degli Ambiti N1-N10

Con la D.G.R. n. 504/2009, recante "Razionalizzazione degli ambiti distrettuali delle nuove Aziende sanitarie locali", la Giunta della Regione ha ridotto da 97 a 72 i Distretti Sanitari. Ciò ha determinato un nuovo assetto relativo all'organizzazione delle strutture sanitarie che ha avuto come conseguenza, in alcuni casi, la mancata coincidenza tra Ambiti e Distretti. Per questi motivi, la Giunta regionale, con D.G.R. n. 320/2012, recante "Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari - provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n. 40 del 14/02/2011" ha approvato la modifica della composizione degli Ambiti Territoriali in coerenza con quanto disposto dalla legge regionale n.11/2007. Per le suddette motivazioni, il Comune di Napoli è stato suddiviso in 10 Ambiti, corrispondenti alle Municipalità e ai distretti sanitari che con le stesse coincidono. Considerato che il bilancio del Comune di Napoli è unico e che in gran parte dei casi le attività di affidamento dei servizi vengono avviate dall'amministrazione centrale del Comune per tutte le Municipalità che ne fanno parte, il Comune di Napoli avrà un'unica assegnazione di fondi e presenterà un unico Piano di Zona articolato nelle 10 Municipalità che compongono gli Ambiti N1-N10.

Ciò significa che, per dare conto della programmazione nelle diverse Municipalità, il Comune di Napoli allegherà al Piano di Zona, un documento di dettaglio per ogni Municipalità che riporti: a) il profilo di comunità della Municipalità; b) la programmazione dei servizi della Municipalità, anche in termini economici, effettuando una ripartizione dei costi, quando i servizi sono affidati in forma centralizzata, in base alla quota di servizio attribuibile alla stessa in funzione degli utenti previsti.

2. Indicazioni in materia di procedure per le spese di compartecipazione sociosanitaria

Con la D.G.R. n. 50/2012 la Regione Campania ha inteso accompagnare i Comuni associati in Ambiti Territoriali verso una piena attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. A tal fine si è assunta il debito maturato dai Comuni verso le ASL impegnandosi a coprire i costi di compartecipazione per i primi 2 anni del I Piano Sociale Regionale (2010 e 2011) al 100% e per il terzo anno (2012) al 50%.

Nel corso del corrente 2013 la Regione farà fronte all'impegno assunto con risorse a valere sul Fondo Sociale Regionale sulla base delle convenzioni sottoscritte dagli Ambiti Territoriali e della certificazione di spesa allegata per gli anni 2010-2011. Le risorse saranno erogate ai Comuni che hanno svolto il ruolo di capofila per il precedente Piano Sociale Regionale, fino alla data del 31.12.2013, e gli stessi dovranno versarle alle ASL di competenza sulla base degli impegni assunti con la convenzione. Per la compartecipazione alla spesa sostenuta dagli Ambiti nel corso del 2012 si confermano le indicazioni già trasmesse con le note circolari n. 178156 dell'11.3.2013 e n. 324470 del 8.5.2013. Gli Ambiti che potranno documentare di aver assunto oneri di spesa sociale, derivanti dalle prestazioni sociosanitarie erogate per l'anno 2012, potranno accedere al contributo del Fondo Sociale Regionale che sarà liquidato al Comune ex capofila. Per il 2013, s'intende completata la procedura attivata con la D.G.R. n. 50/2012 e i nuovi Ambiti Territoriali assumono pienamente in carico al F.U.A. gli oneri di spesa sociosanitaria che devono essere programmati nel Piano di Zona e riepilogati nella scheda finanziaria 3.7.

3. Indicazioni in materia di servizi all'infanzia e progetti finanziati con le risorse europee nel caso di nuovi Ambiti territoriali

In riferimento ai progetti finanziati a valere sulle risorse europee, in seguito delle variazioni intervenute nella composizione degli Ambiti territoriali, disciplinate dalla D.G.R. n. 320/2012, si dispongono le seguenti indicazioni operative.

Nel caso di progetti per i quali il beneficiario è il vecchio Ambito che ha presentato il progetto approvato e non è stato ancora sottoscritto l'Accordo in qualità di beneficiario, per i progetti a regia, o l'Atto di concessione, per i progetti a titolarità, si possono presentare le tre casistiche di seguito riportate.

In generale per tutti i nuovi Ambiti, sottoscrive l'Accordo in qualità di beneficiario, nel caso di progetti a regia, o l'Atto di concessione, nel caso dei progetti a titolarità:

- il legale rappresentante del Comune Capofila o della forma associativa eventualmente prevista (*per gli Ambiti che abbiano già completato le procedure di adeguamento a quanto previsto dalla DGR 320/2012 e dalla circolare emanata dal Il Dirigente del Settore Assistenza Sociale, prot. n. 860236 del 21/11/2012*);
- il legale rappresentante del Comune con il maggior numero di abitanti (*per gli Ambiti che non abbiano ancora completato le procedure di adeguamento a quanto previsto dalla DGR 320/2012 e dalla circolare emanata dal Il Dirigente del Settore Assistenza Sociale, prot. n. 860236 del 21/11/2012*).

1° Caso-Ambiti territoriali per i quali, in seguito alla applicazione della DGR 320/2012, non ci sono state variazioni relative alla composizione e ai confini (oppure Ambiti territoriali la cui nuova composizione è determinata dall'accorpamento di due o più Ambiti Territoriali).

Sottoscrive l'atto il nuovo Ambito Territoriale. Rimangono in capo al nuovo soggetto tutti i progetti ammessi a finanziamento a favore dei singoli Ambiti accorpati.

2° Caso - Ambiti territoriali la cui nuova composizione, in seguito alla applicazione della DGR 320/2012, è determinata dallo smembramento di un solo Ambito Territoriale (es. il vecchio N16, composto da Ercolano e Torre del Greco, si smembra in due Ambiti territoriali composti da un solo Comune).

Sottoscrive **ciascun nuovo Ambito** per la quota parte relativa al progetto presentato. A ciascun atto sottoscritto deve essere allegato un documento (accordo integrativo/protocollo), approvato dai rispettivi coordinamenti istituzionali, contenente il sub riparto delle risorse in capo a ciascun nuovo Ambito, le modalità di trasferimento delle stesse e di gestione del progetto finanziato.

3° Caso - Ambiti territoriali di nuova costituzione per i quali DGR 320/2012 ha previsto variazioni relative alla composizione e ai confini.

Sottoscrive il nuovo Ambito nel quale ricade il Comune capofila del vecchio Ambito, che stipula singoli accordi con tutti i Comuni appartenenti alla vecchia composizione. All'Atto va allegato un documento (accordo integrativo/protocollo), approvato dai coordinamenti istituzionali dei rispettivi Ambiti coinvolti, contenente il sub riparto delle

risorse in capo a ciascun Comune, le modalità di trasferimento delle stesse e di gestione del progetto finanziato.

Nel caso di progetti per i quali il beneficiario è il vecchio Ambito che ha presentato il progetto approvato ed è stato già sottoscritto l'atto di concessione o l'accordo con la Regione Campania è possibile attuare la seguente procedura.

Il Comune capofila dell'Ambito che ha sottoscritto l'Atto può, nel caso fosse necessario, stipulare singoli accordi con i Comuni appartenenti al vecchio Ambito, contenenti il sub riparto delle risorse in capo a ciascun Comune, le modalità di trasferimento delle stesse e di gestione del progetto finanziato.

Per tutto quanto non disciplinato dal punto 3 del presente allegato si rimanda alla valutazione dei singoli casi da parte del Responsabile degli Obiettivi Operativi.

4. Indicazioni in materia di impiego di personale presso l'Ufficio di Piano

In linea con quanto previsto dall'art. 23 della L.R. 11/2007, l'Ufficio di Piano, quale struttura tecnica di supporto per la realizzazione del Piano di Zona, si avvale, in primo luogo, di personale interno, distaccato dai Comuni dell'Ambito. Solo in caso di accertata carenza dello stesso e di comprovata necessità, può ricorrere alle forme di reclutamento di personale esterno previste dalle norme vigenti in materia.

In linea con tale disposizione, nel Piano Sociale Regionale e nelle precedenti circolari si è espresso un indirizzo agli Ambiti per l'impiego, in primo luogo, presso l'Ufficio stesso, di personale interno dei Comuni. E' stata inoltre indicata la dotazione ottimale per l'Ufficio di Piano. Come specificato nel Piano Sociale Regionale, vi è un limite del 10% delle risorse del FUA a disposizione per l'impiego di personale presso l'Ufficio di Piano. Risulta evidente che ogni forma di reclutamento di personale esterno da parte dell'Ambito, va computata nel suddetto limite del 10%. Nell'ambito di tale quota potrà altresì essere valorizzato il personale interno distaccato dai Comuni dell'Ambito presso l'Ufficio di Piano (nel limite massimo del 60% del costo tabellare contrattuale per ogni unità di personale formalmente messa a disposizione) ed in tal senso esso potrà concorrere alla quota di compartecipazione comunale al FUA dello specifico Comune.

La relativa quota sarà pertanto detratta alla quota di compartecipazione che il singolo Comune deve versare, fino a raggiungere al massimo l'eventuale tetto fissato dal Coordinamento istituzionale per la compartecipazione in termini finanziari e comunque il limite minimo dei 7 euro pro-capite indicati dal Piano Sociale Regionale. L'impiego di personale esterno ridurrà la disponibilità per valorizzare il personale interno dei Comuni dell'Ambito. Tutte le restanti spese relative al personale dipendente dei Comuni dell'Ambito, utilizzato presso l'Ufficio di Piano o per altri servizi, non potranno essere computate come parte del FUA. Quale distacco del personale dei Comuni presso l'Ufficio di Piano, si intende la messa a disposizione dello stesso per le attività dell'ufficio durante l'orario di servizio, mentre non si ritiene compatibile con le disposizioni vigenti l'utilizzo di personale interno dei Comuni presso l'Ufficio di Piano al di fuori dell'orario di servizio, in quanto andrebbe a configurare una ipotesi di lavoro aggiuntivo non occasionale svolto da impiegati pubblici.