

A.G.C. 18 - Assistenza Sociale, Attività Sociali, Sport, Tempo Libero, Spettacolo - Deliberazione n. 694 del 16 aprile 2009 - Piano Sociale Regionale 2009-2011. (legge regionale n. 11/2007)

PREMESSO, che

- l'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 11/2007 prevede che la Regione « esercita con il concorso degli enti locali e delle formazioni sociali le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli interventi sociali e ne disciplina l'integrazione con gli interventi in materia di sanità, istruzione, cultura e lavoro, nonché con le attività di valorizzazione e sviluppo del territorio e con quelle rivolte a garantire la sicurezza dei cittadini. »
- l'articolo 8, comma 2, lettera b) della l. r. n. 11/2007 prevede che la Regione a tal fine: «b) adotta il piano sociale regionale, di cui all'articolo 20, che definisce principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari»;
- l'articolo 20, comma 4, della l. r. n. 11/2007 definisce il Piano sociale regionale «lo strumento di programmazione sociale che definisce i principi d'indirizzo e coordinamento per la realizzazione, da parte degli enti locali associati, del sistema integrato d'interventi e servizi»
- l'articolo 20, comma 1, stabilisce che la Regione adotta con cadenza triennale il piano sociale regionale, sentita la consulta regionale, le organizzazioni sindacali, le associazioni maggiormente rappresentative di tutela degli utenti e delle professioni coinvolte nel sistema dei servizi integrati;

CONSIDERATO che

- nei giorni del 27, 28 e 29 gennaio 2009 una prima bozza del PSR è stata discussa e sottoposta al confronto, così come previsto dalla legge regionale n. 11/2007, con gli attori del sistema dei servizi integrati e, in particolare, è stata presentata agli Ambiti territoriali della regione;
- al termine del confronto con le parti interessate sono state apportate modifiche e integrazioni che hanno tenuto conto, ove coerenti con l'impianto complessivo del documento, delle considerazioni emerse nella fase di concertazione;
- in particolare sono state parzialmente accolte le esigenze degli Ambiti di individuare criteri di riparto delle risorse di cui all'articolo 49 della legge regionale n. 11/2007 che diano il giusto equilibrio alle componenti «popolazione residente» e «estensione territoriale», in ogni caso garantendo, nella fase di transizione, con risorse regionali, continuità nella programmazione delle risorse e dei servizi;

CONSIDERATO, inoltre

- che l'obiettivo del primo Piano sociale regionale della Campania è restituire ai territori la capacità di programmare le attività nel sociale;
- che il Piano, infatti, deve contribuire in maniera decisiva a definire il "senso del programmare" in relazione a ciascuna specifica realtà territoriale ed in continuità con l'insieme della programmazione regionale;
- che si tratta allora di progettare un *welfare* che parta dalle specifiche realtà territoriali e attraverso lo strumento della carta dei servizi e i criteri e le procedure di accreditamento dei soggetti erogatori, conferisca al Piano sociale di zona quel significato e quel valore che le scelte politiche di indirizzo hanno inteso imprimere;
- che il Piano sociale è uno strumento agile, dunque, e soggetto a verifiche annuali. Non a caso esso viene applicato per un triennio, ed è rivedibile in seguito ad una attenta valutazione della qualità dei servizi e dei processi di erogazione degli stessi;
- che il Piano sociale regionale deve tendere a mantenere il sistema dell'offerta dei servizi ad un livello il più possibile elevato evitando che le regole dell'accreditamento premino gli aspetti quantitativi più che quelli qualitativi dell'offerta. Un modello siffatto chiamerà in gioco in modo virtuoso il terzo settore e le imprese del sociale, chiarendo modalità trasparenti di attuazione dell'offerta sociale attraverso la committenza pubblica, mantenendo ben distinti i ruoli di chi garantisce da quelli di chi eroga;

VISTO

- che la legge n. 11/2007, articolo 20, comma 3, stabilisce che «Il piano è approvato entro il 30 settembre dell'ultimo anno di ciascun triennio con delibera 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»;
- che la VI Commissione consiliare "Istruzione e Cultura. Ricerca scientifica. Politiche sociali" ha esaminato il provvedimento (iscritto al Reg. Gen. n.923/II) in data 3 aprile 2009 ed ha espresso parere favorevole all'unanimità (prot. n.215/VI C del 6 aprile 2009) così come comunicato dal presidente del Consiglio regionale con nota prot. 2009.0005637/P del 8 aprile 2009;

RITENUTO

- di approvare il primo Piano sociale regionale che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;
- di demandare al Dirigente del Settore Assistenza Sociale, Programmazione e Vigilanza sui Servizi Sociali - Area Generale di Coordinamento 18 – l'adozione di tutti gli atti consequenziali, ivi compresi gli atti di verifica, monitoraggio e controllo, nonché gli atti per la predisposizione della documentazione necessaria per la presentazione dei Piani sociali di zona da parte degli Ambiti territoriali;

propone e la Giunta in conformità a voti unanimi

DELIBERA

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

- di approvare il primo Piano sociale regionale, allegato e parte integrante del presente atto, che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;
- di demandare al Dirigente del Settore Assistenza Sociale, Programmazione e Vigilanza sui Servizi Sociali - Area Generale di Coordinamento 18 – l'adozione di tutti gli atti consequenziali, ivi compresi gli atti di verifica, monitoraggio e controllo, nonché gli atti per la predisposizione della documentazione necessaria per la presentazione dei Piani sociali di zona da parte degli Ambiti territoriali;
- di trasmettere per quanto di competenza la presente deliberazione al Settore Assistenza Sociale, Programmazione e Vigilanza sui Servizi Sociali, al Settore Stampa. Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino

Piano sociale regionale

Indice

Introduzione.....	1
1 Il welfare in Campania dalla l. n. 328/2000 alla l.r. n. 11/2007	4
1.1 La sperimentazione del welfare in Campania	4
1.2 Il bilancio del processo: punti di forza e punti di debolezza del sistema	6
1.3 Attori istituzionali	9
1.3.1 Il Coordinamento Istituzionale.....	9
1.3.2 L'Ufficio di piano	10
1.3.3 Il Servizio Sociale Professionale.....	13
1.3.4 Il Servizio di Segretariato sociale.....	14
1.4 Attori sociali.....	15
1.4.1 Attori di advocacy e tutela	15
1.4.2 Il Terzo Settore e il servizio civile	19
2 Strategie organizzative, azioni di sistema e obiettivi di servizio	22
2.1 Le Strategie POR 2007-2013	22
2.2 Obiettivi Programmazione FSE – FESR.....	23
2.3 Le strategie regionali.....	24
2.4 Le azioni di sistema.....	26
2.4.1 Potenziamento delle forme associative	26
2.4.2 Il Sistema informativo sociale (Sis)	28
2.4.3 Valutazione e monitoraggio della qualità dei servizi	32
2.4.4 L'integrazione tra sociale e sanitario: verso un nuovo paradigma nelle politiche per la salute	34
2.5 Obiettivi di servizio.....	38
2.6 Progetti Obiettivo	40
2.6.1 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).....	40
2.6.2 Asili nido e servizi integrativi - innovativi per la prima infanzia	45
2.6.3 Sperimentazione di modalità innovative nel campo delle tossicodipendenze e della salute mentale	48
3 Gli obiettivi delle aree di intervento della l.r. n. 11/2007.....	50
3.1 Sostegno alle responsabilità delle famiglie e per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza	50
3.2 Sostegno alle donne in difficoltà.....	54
3.3 Politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell'agio e dell'autonomia delle persone.....	57
3.4 Le politiche per le persone anziane	63
3.5 Le politiche per le persone con disabilità.....	66
3.6 Le politiche di contrasto alla povertà	73
3.7 Le politiche per persone detenute, internate e prive della libertà personale	77
3.8 Le politiche per gli immigrati.....	80
3.9 Sostegno alle persone con disagio psichico	83
3.10 Le politiche per la sicurezza (sociale)	88
4 Aspetti finanziari, allocazione e criteri di riparto delle risorse.....	89
4.1. Il Fondo Sociale Regionale	89

4.2 Le criticità del processo di attuazione della 328/2000 in Campania.....	89
4.3 Gli indicatori di riparto del Fondo sociale regionale.....	90
4.4 Dalla compartecipazione degli Enti locali al Fondo sociale di ambito	92
4.5 La transizione	93

INTRODUZIONE

Restituire ai territori la capacità di programmare le attività nel sociale: è questo l'obiettivo del primo Piano sociale regionale della Campania.

Il Piano, infatti, deve contribuire in maniera decisiva a definire il "senso del programmare" in relazione a ciascuna specifica realtà territoriale ed in continuità con l'insieme della programmazione regionale.

Si tratta allora di progettare un welfare che parta dalle specifiche realtà territoriali e attraverso lo strumento della carta dei servizi e i criteri e le procedure di accreditamento dei soggetti erogatori, conferisca al Piano sociale di zona quel significato e quel valore che le scelte politiche di indirizzo hanno inteso imprimere.

Il Piano sociale è uno strumento agile, dunque, e soggetto a verifiche periodiche. Non a caso esso viene applicato per un triennio, ed è rivedibile in seguito ad una attenta valutazione della qualità dei servizi e dei processi di erogazione degli stessi.

Bisogna definire il sistema di regole attraverso le quali i territori governeranno i bisogni sociali dei cittadini mediante un'offerta di servizi pertinenti erogati da strutture autorizzate o accreditate. Le prime erogano servizi a pagamento a condizione che posseggano standard di qualità fissati dal sistema sociale regionale. Le seconde erogano servizi rimborsati dal pubblico anch'esse sulla base di standard predefiniti.

Il Piano sociale regionale deve tendere a mantenere il sistema dell'offerta dei servizi ad un livello il più possibile elevato evitando che le regole dell'accREDITamento premino gli aspetti quantitativi più che quelli qualitativi dell'offerta.

Un modello siffatto chiamerà in gioco in modo virtuoso il terzo settore e le imprese del sociale, chiarendo modalità trasparenti di attuazione dell'offerta sociale attraverso la committenza pubblica, mantenendo ben distinti i ruoli di chi garantisce da quelli di chi eroga. E' parso necessario porre immediatamente in evidenza alcuni tra quelli che potrebbero raffigurarsi come i nodi critici che l'attuazione del piano potrebbe presentare al suo esordio, indicando soluzioni.

Un primo nodo riguarda l'esigibilità dei diritti, una questione che va risolta attraverso la definizione dei meccanismi della compartecipazione e il rafforzamento della consapevolezza dei ruoli. E' necessario chiarire cosa offre il pubblico e cosa il cittadino dovrà pagare. Una concreta modalità per realizzare questo disegno è quella di migliorare la capacità di identificazione dei problemi territoriali e di ricomposizione delle informazioni ai vari livelli di responsabilità, questo postula la necessità di essere più esigenti con i territori e di essere in grado di conferire continuità ad una regia regionale di livello. In ogni caso occorre partire dalle proprie responsabilità istituzionali. Per la parte che le compete diventa necessario che la Regione per prima dia forza di effettività e di vincolo a tale principio, rispettando, con la corrispondente copertura di bilancio, quanto prescritto dall'art. 50 della legge regionale 11/2007 in merito alla corresponsione obbligatoria delle prestazioni riconducibili ai livelli essenziali di assistenza sociale in ambito territoriale.

Il secondo nodo chiama in causa l'integrazione del sociale con le altre offerte di servizi alla persona. Emerge in particolare – su una complessa area di confine – il ruolo di chi opera tra differenti competenze e sistemi. E' proprio in quest'area che il Segretariato sociale va ad assumere un valore centrale, soprattutto nel far sì che il servizio alla persona diventi uno scambio all'interno del quale il processo di co-produzione del servizio abbia serie possibilità di realizzarsi. La dimensione tecnica nel sociale appare meno preponderante di quanto non sia in campo sanitario. La presa in carico si rappresenta come attività di relazione tra esseri umani, che si presume essere meno asimmetrica di quella medico-paziente. Tale maggiore

accessibilità alla domanda sociale postula che l'istituto del Segretariato sociale accompagni il cittadino verso il servizio più idoneo, piuttosto che «smistarlo» meccanicamente. Non è un caso – riferendosi alla necessaria correlazione tra i vari erogatori di servizio – si usi parlare di presa in carico e di umanizzazione del rapporto.

Un terzo tema affrontato riguarda le differenti professioni del sociale, di coloro i quali accompagnano l'individuo lungo i percorsi di risoluzione di problematiche sovente correlate l'una all'altra. A tal fine è necessario mettere in campo azioni formative non formali, del tipo di quelle che permettono il conseguimento di qualifiche, ma che siano in grado di attivare processi di apprendimento organizzativo e di promozione di fungibilità ed equipollenza di ruoli. In quest'ottica, la determinazione dei volumi di offerta, i meccanismi di accreditamento, le modalità di compartecipazione, la definizione della quantità e qualità dei servizi, sono tutti elementi necessari a dare senso al principio della presa in carico.

Un quarto nodo prospettato riguarda il sistema informativo, strumento indispensabile per comunicare in tempo reale dati sulla pianificazione ed attuazione dell'azione sociale territoriale. In questo modo si determina una chiara forma organizzativa che poggia sui tre pilastri del sistema di welfare regionale: accreditamento delle strutture (controllo del tetto di offerta); qualità dei servizi (rispetto di standard predefiniti); sistema informativo (monitoraggio).

Un quinto tema riguarda le fonti di finanziamento e i criteri di ripartizione delle risorse. Il piano illustra come tradurre in realtà operante la scelta di sistema adottata. In particolare, esso indica tutte le risorse che la Regione mette in campo per realizzarlo. Sono disciplinati i sistemi di rendicontazione in maniera tale che, oltre a razionalizzare i flussi economici e finanziari, sia possibile valutare quantità, tipologia e qualità dei servizi erogati. In tal modo la rendicontazione diventa un'ulteriore occasione di miglioramento dell'intero sistema. Tale modello di *accountability* del sistema sarà possibile incrociando la rendicontazione agli indicatori definiti nella carta dei servizi e identificando gli Uffici di piano come luoghi in cui si esprime, si raccoglie e si porta a sintesi il giudizio formulato dai vari portatori di interesse. A tal fine, l'obiettivo che intendiamo darci nel primo anno di vigenza del piano, è la redazione di tutte le carte dei servizi dei soggetti erogatori e degli ambiti territoriali, in maniera tale da poter disporre di una prima serie di indicatori di qualità.

Un ultimo nodo riguarda la condizione di precarietà nella quale sono costretti a operare i collaboratori a contratto degli uffici di piano, a vario titoli impegnati nell'attuazione del sistema integrato dei servizi. E' chiaro che la mancanza di una prospettiva di stabilità per ognuno di loro non favorisce il clima di serenità necessario per dedicarsi a un'area di impegno lavorativo così delicata qual è quella dei servizi alla persona. Area che implica un tasso di responsabilità, costanza di tempo, assetto stabile in organico non minore che in altri settori. A tal fine saranno esperite tutte le iniziative utili a sanare questa asimmetria e a promuovere procedure e provvedimenti adeguati a recuperare, dentro i percorsi amministrativi consentiti, l'essenziale grado di professionalità e decoro.

Questo primo Piano sociale regionale non ha certo la pretesa di sciogliere tutti i temi posti in campo, ma sicuramente contribuirà a generare un approccio organizzativo e di sistema più razionale e meno frastagliato e superficiale che nel passato, che con il tempo condurrà a soluzione le criticità sin qui descritte. Fra le azioni di sistema, previste nel presente piano, sono stati previsti i cosiddetti «progetti obiettivo», azioni strategiche che non potrebbero essere altrimenti realizzate se non in un contesto così organizzato, e la cui assenza

sicuramente depaupererebbe il progetto complessivo di welfare territoriale. Essi riguardano i due obiettivi di servizio fissati dalla programmazione europea: l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Crediamo che tali piani di azione abbiano una grande valenza innovativa delle nostre politiche sociali. Esse possono fungere da robusto collante al fine di omogeneizzare la capacità programmatica di tutte le diverse realtà territoriali presenti nella regione e, di conseguenza, di rendere ai cittadini della Campania livelli di prestazioni di eguale valore.

1 IL WELFARE IN CAMPANIA DALLA L. N. 328/2000 ALLA L.R. N. 11/2007

1.1 La sperimentazione del welfare in Campania

L'occasione fornita dalla redazione del Primo Piano sociale regionale (ad otto anni dal varo della l. n. 328 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali), sollecita una prima riflessione su quanto realizzato e sulla strada ancora da fare per costruire un sistema di welfare moderno e realmente rispondente ai mutati bisogni dei cittadini. Si è concluso, infatti, un troppo lungo periodo di sperimentazione, tra criticità, contraddizioni e non poche iniziative virtuose.

L'applicazione della legge di riforma, il suo impatto su una realtà ancora arretrata, ha attivato, infatti, un processo di complessiva trasformazione culturale, metodologica e organizzativa del modo di intendere le politiche sociali. Il percorso della riforma in Campania ha iniziato ad incidere sui ruoli degli attori coinvolti, sollecitando salti culturali superando resistenze ed inefficienze organizzative, ha lavorato per l'integrazione tra soggetti e contesti con storie diverse e separatezze cristallizzate, ha posto maggiore attenzione al territorio, alla programmazione dal basso, alla concertazione istituzionale e sociale, ha avviato, in definitiva, la creazione di un'infrastrutturazione sociale dei territori ponendo un'attenzione a questo settore mai intravista prima d'ora.

Le scelte operate in questi anni possono sintetizzarsi attorno ad alcuni concetti fondamentali: il decentramento e la valorizzazione dei territori, una più uniforme distribuzione dei servizi, il coinvolgimento attivo della cittadinanza, dei sindacati, del volontariato, del terzo settore, dei volontari del servizio civile, alcuni tentativi di integrazione fra le politiche sociali, sanitarie, scolastiche e formative, lo sforzo di garantire una migliore qualità degli interventi e una maggiore professionalizzazione degli operatori.

Naturalmente gli obiettivi posti sono stati raggiunti parzialmente, e la velocità dei territori nell'intraprendere il nuovo processo è stata diseguale.

Uno degli elementi che ha determinato queste "diverse velocità", e sul quale va fatta un'opportuna riflessione è, a nostro parere, il rapporto tra i Comuni, impegnati in un'inedita programmazione e gestione associata degli interventi sociali.

Se da un lato appare ormai chiaro che la gestione in rete e per area vasta è necessaria per ottimizzare le risorse e creare economie di scala - particolarmente in un momento di tagli operati dal governo centrale - è anche noto che la creazione di entità sovra comunale può risultare molto lento e macchinoso, per le forti resistenze che ancora si frappongono all'approccio integrato ed al lavoro di squadra.

Allo stato attuale in Campania esiste una situazione a "macchia di leopardo" in cui permangono resistenze e localismi, insieme a situazioni più evolute che hanno voluto e saputo cogliere le innumerevoli opportunità fornite dalla gestione associata, quali la possibilità di spendere i fondi europei, di guadagnare premialità, di attuare risparmi.

L'associazione dei Comuni, laddove si consolida, ha fornito migliori risposte, in termini di qualità e continuità dell'intervento pubblico. Essa risponde innanzitutto all'esigenza di ridurre la frammentazione e la polverizzazione degli interventi, nonché a bisogni dei cittadini sempre più complessi, dotandosi di un minimo di organizzazione, di forme associative più rispondenti alla peculiarità dei servizi alla persona.

A nostro parere l'associazionismo nelle politiche sociali degli Enti locali campani è oggi una necessità, a partire dalla geografia stessa dei comuni: sui 551 Comuni, 57 non raggiungono i 1.000 abitanti (17 in provincia di Avellino, 7 in provincia di Benevento, 6 in provincia di Caserta, 27 in provincia di Salerno), altri 339 non raggiungono i 5.000 abitanti, solo 17 sono decisamente molto grandi, con una popolazione che supera i 50.000 abitanti.

Appare quindi fatale che in una realtà in cui i tre quarti dei Comuni sono decisamente piccoli, in uno scenario di tagli e razionalizzazione della spesa, si abbia un'oggettiva difficoltà a creare infrastrutture sociali stabili.

Naturalmente, la gestione associata dei servizi e degli interventi sociali deve dotarsi di una veste giuridica idonea a permetterne un'adeguata strutturazione sul territorio. A questo scopo, saranno di seguito fornite indicazioni sulle forme associate e sulle varie possibilità che la normativa vigente in materia offre.

Altro elemento molto significativo per un primo bilancio del processo sopra delineato è rappresentato dalle sorti della cd. integrazione sociosanitaria, che resta un problema irrisolto nella nostra, come in molte altre Regioni, nonostante qualche lieve progresso sia da registrarsi anche in questo campo così sensibile.

Permangono, ad esempio, difese culturali legate ad approcci diversi intorno ai concetti di persona, cura e salute, oltre alla scarsa chiarezza normativa e all'indeterminatezza circa i criteri di compartecipazione alla spesa, in un quadro di insufficienza, o totale assenza, di risorse economiche dedicate.

Come è noto, l'obiettivo iniziale è stato quello non tanto di attuare un'automatica quanto illusoria applicazione della disciplina di compartecipazione dei costi, quanto piuttosto di chiedere ai Comuni e alle Asl, in una prospettiva di medio e lungo periodo, di lavorare al riequilibrio a livello territoriale del sistema di offerta dei servizi sociosanitari, alla definizione condivisa del contenuto specifico dei servizi sociosanitari e alla loro riprogrammazione, alla definizione di assetti organizzativi che prevedessero funzioni unitarie di accesso e presa in carico.

Nell'evidenziare la problematicità di un tema tanto difficile, le cui strategie ed obiettivi saranno esplicitati nella parte dedicata all'integrazione delle politiche, va tuttavia riscontrato un iniziale processo di crescita: sono molte, infatti, le esperienze e i servizi (soprattutto nell'area delle responsabilità familiari, dei minori, dell'assistenza domiciliare) che Comuni ed Asl, progettano e gestiscono positivamente condividendone le responsabilità.

Già anteriormente all'approvazione della legge n.11/2007 si cercò di compiere uno sforzo di programmazione per far sì che il redigendo Piano sociale regionale andasse ad innestarsi su un embrione di un sistema già in qualche modo rodato.

Ciò è avvenuto nell'ultimo periodo, ossia nella fase transitoria immediatamente precedente all'approvazione della legge regionale n. 11/2007 e del Piano sociale regionale.

La deliberazione regionale n. 679 del 18 aprile 2007¹ ha costituito un momento di sintesi che ha voluto mettere a frutto la programmazione della Giunta Regionale: non solo atto con cui la Giunta ha provveduto nel 2007 al riparto del Fondo nazionale politiche sociali, ma anche atto con cui si compiono due passaggi significativi sulla base dell'esperienza di programmazione pregressa: le risorse sono trasferite e vincolate ad aree di intervento e a specifici bisogni sociali; la programmazione territoriale da annuale diviene triennale, favorendo, così, il consolidamento dell'intervento sociale. Le linee guida della VI annualità, adottate con deliberazione n. 1403/2007, costituiscono la conseguenza di questa scelta strategica.

La ripartizione delle risorse è stata vincolata a precise priorità. Le risorse del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali trasferite alla Regione Campania per l'anno 2006 furono finalizzate alle seguenti aree di intervento: responsabilità familiari, diritti dei minori, persone anziane, contrasto alla povertà e senza fissa dimora, persone disabili, azioni di sistema per gli assetti degli Uffici di Piano, servizi per il welfare d'accesso, interventi essenziali di assistenza tutelare per persone diversamente abili con particolare priorità per le persone gravi e gli

¹ La deliberazione 679/07, per realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali sul territorio regionale ha ripartito i €77.367.581, del Fnps, con due modalità: 1) a regia regionale per la quota di € 64.300.000,00; 2) a titolarità regionale per la quota di € 12.067.581,12

anziani fragili non autonomi. Al fine di consentire ai territori di programmare in maniera flessibile azioni che tenessero conto delle peculiarità locali, si individuò una quota non destinata, in via preliminare, a specifiche aree di intervento e denominata “Fondo non Finalizzato” pari al 9,31% delle risorse, che gli Ambiti territoriali hanno in seguito potuto ripartire, in base alla rilevazione di specifici bisogni delle comunità locali. Si riteneva esplicita l’esigenza di promuovere progetti di assistenza tutelare per anziani fragili e diversamente abili, stabilendo risorse finanziarie loro destinate che dovessero essere utilizzate, almeno per il 70% dell’importo complessivo assegnato, per la realizzazione di progetti tutelari personalizzati. Anche degli interventi programmati a titolarità regionale è stato offerto un quadro di dettaglio, con l’indicazione delle risorse che ad essi sono state destinate. Con le linee guida, approvate con deliberazione n. 1403/2007, sono stati poi definiti i contenuti delle aree di intervento e il principio di triennializzazione dei piani sociali di zona.

La deliberazione n. 601/2008 ha inteso confermare questo impianto, perfezionandolo. Accanto alle aree di intervento previste, sono state aggiunte le aree di intervento individuate dalla legge regionale n. 11/2007 (art. 27 comma 2), ossia donne in difficoltà, dipendenze, detenuti, internati e persone prive della libertà personale, immigrati, salute mentale e sostegno alla maternità.

Si è cercato quindi, in questa fase di transizione e di stabilizzazione, di anticipare l’architettura della legge regionale sul welfare cercando di mantenere un equilibrio tra la garanzia su tutto il territorio regionale di specifiche categorie di domanda (con il trasferimento di risorse vincolate) e la tutela delle specificità locali (attraverso il Fondo non finalizzato).

1.2 Il bilancio del processo: punti di forza e punti di debolezza del sistema

L’approvazione della l.r. n. 11/2007 e i suoi indirizzi che convergono verso la creazione di forme associative più forti e stabili fra i Comuni comportano una centralità della tematica relativa agli assetti organizzativi degli Ambiti. Le osservazioni in merito rilevano ancora la diffusa disomogeneità tra essi, soprattutto nella loro abilità progettuale.

Va subito evidenziato che alcuni territori continuano a manifestare problematiche che inibiscono o rallentano il processo di attuazione della riforma. Queste sono collegabili a disfunzioni degli organismi che governano la pianificazione territoriale, o ad uno scarso livello di integrazione fra essi. Analizziamo le tre principali aree in cui si manifestano tali criticità: culturale, politica e tecnico-organizzativa.

Per l’area culturale permangono:

- la mancanza di una cultura della *governance* sociale in termini di presa in carico comunitaria dei territori;
- la mancanza di adeguate attenzioni, da parte di alcuni Ambiti, alla definizione dell’assetto degli Uffici di piano;
- il debole investimento sulla “ricomposizione” delle varie programmazioni, dei vari servizi e interventi gestiti dai singoli comuni: le difficoltà, sopra accennate, della co-progettazione comportano la faticosa rinuncia a saperi e comportamenti operativi consolidati;
- una definizione dell’assetto organizzativo dell’Ufficio di piano non sempre sostenuta da una progettazione organizzativa, ma spesso legata all’emergenza o addirittura alla casualità;
- la debolezza e precarietà del sistema delle relazioni tra Udp, Coordinamento Istituzionale ed altri attori istituzionali e territoriali tra cui Servizi Sociali, Asl, Terzo Settore, destinatari dei servizi, associazioni di categoria, associazioni di cittadini responsabili del

coinvolgimento in qualità di soggetti attivi e non di ricettori di informazioni e/o servizi. Si rende ancora necessaria l'individuazione di strategie di consultazione per la definizione e realizzazione delle politiche pubbliche, specifiche per ogni territorio;

- la mancanza di una profonda ridefinizione dei saperi professionali e dei metodi operativi del servizio sociale.

Per l'area politica si rilevano:

- una debole responsabilità della leadership politica, riferita al ruolo svolto da quei Coordinamenti Istituzionali che non dimostrano una reale sensibilità e attenzione politica verso l'introduzione di forme di gestione unitaria dei servizi alla persona su area vasta. A ciò si aggiunge, in alcuni casi, la scarsa sinergia e collaborazione fra politica ed amministrazione, che genera scollamenti fra l'attività del Coordinamento Istituzionale e quella degli Uffici di piano. Ancora, la presenza di una forte conflittualità ed instabilità politica nell'indirizzo gestionale genera spinte centrifughe, rallentando il processo di attuazione e rendendolo più macchinoso. A ciò deve aggiungersi una conflittualità tra il Comune capofila, maggiormente investito nel ruolo di coordinamento, e i Comuni associati, che rende instabili gli equilibri e indebolisce il ruolo delle competenze tecniche provenienti dai Comuni facendo parte dell'Ambito all'interno degli Uffici di piano. Una riflessione a parte merita l'area metropolitana di Napoli dove l'Ambito, come è noto, è formato dal Comune capoluogo. In tale realtà con un considerevole bacino di utenza, la completa identificazione tra il ruolo istituzionale dell'Assessorato alle politiche sociali e quello dell'Ufficio preposto all'organizzazione e realizzazione del Pdz, riproduce una politica a "doppio binario", che ha, tra i suoi principali limiti, quello di creare squilibri nel sistema di offerta di servizi nelle diverse municipalità, minando il principio dell'uguaglianza di opportunità per tutti;
- una scarsa consapevolezza nella scelta del coordinatore dell'Udp, individuato o sulla base di una mera competenza amministrativa ovvero sotto la spinta della preoccupazione politica di avvalersi di rappresentanti fidati. Il coordinamento dell'Ufficio di piano, si vuole qui precisare, è un'area critica, che può rappresentare tanto un punto di forza quanto un punto di debolezza. L'Ufficio di piano, infatti, oltre ad attendere agli adempimenti amministrativi, è una struttura di programmazione, quindi di raccordo con il Coordinamento Istituzionale. Esso si occupa del coinvolgimento /partecipazione del territorio e delle realtà locali del sistema integrato. E' evidente, dunque, che date queste funzioni, è essenziale una figura di coordinamento che faciliti, accompagni e orienti il lavoro del gruppo, presiedendo al raccordo con gli indirizzi programmatici;
- una certa erraticità nell'individuazione dei problemi e degli obiettivi connessi al cambiamento territoriale, rischiosa in quanto i problemi legati alle trasformazioni politiche ed agli assetti organizzativi e gestionali non vanno mai disgiunti dalle esigenze specifiche del contesto. E', questo, un aspetto che risente dell'applicazione dei modelli generali di lettura dei processi di cambiamento e, come per tutti i fattori che vi si oppongono, anche qui si riscontrano i temi del passaggio dal *government* alla *governance*, dove gli assetti organizzativi e gestionali chiedono esercizio non di mere *technicalities*, ma di tutta la vasta gamma di sensibilità che solo un territorio può esprimere.

Per l'area tecnico-organizzativa si evidenziano:

- attribuzione di ruoli e compiti non sempre conformi alle complesse funzioni dell'Ufficio di piano;
- scarse modalità di sviluppo di competenze del personale generano la scarsa valorizzazione delle risorse umane operative all'interno dei Piani di Zona. Raramente si sono attivate azioni orientate a rafforzare le specifiche competenze dei componenti dei

gruppi di lavoro, al fine di favorire il loro inquadramento in più posizioni organizzative. E', infatti, essenziale che tutti gli operatori coinvolti riescano a *percepirsi* come appartenenti a contesti professionali nuovi in cui si produce progettazione integrata. Così come sono configurati in Campania, gli Udp sono composti da personale che proviene da differenti esperienze professionali, e da distinte provenienze istituzionali. Essi pertanto hanno dovuto faticare ad elaborare linguaggi e metodologie comuni da adottare in una condizione di incertezza, legata alla figura di un professionista non ancora codificata e strutturata;

- insufficiente dotazione organica di personale da parte dei Comuni, che determina sovrapposizione dei ruoli e carichi di lavoro eccessivi. I Comuni, infatti, specie se piccoli, non possono distaccare personale presso l'Ufficio di piano;
- la posizione degli operatori "a contratto", soprattutto negli ambiti più sguarniti di personale, che, se da un lato apportano uno sguardo forse maggiormente competente sul piano tecnico ed esterno ai servizi, dall'altro sperimentano una penosa condizione di precarietà lavorativa;
- la scarsa integrazione tra professionisti interni ai servizi e nuove risorse esterne.

A fronte di queste criticità negli assetti organizzativi, si rilevano anche aspetti positivi, ormai consolidati, di cui si citano qui i seguenti:

- il nuovo sistema integrato dei servizi è in molti territori riconosciuto e legittimato nel sistema locale e il nuovo assetto organizzativo, anche se talora vissuto come indefinito, è ormai entrato nella mappa gestionale del sistema dei servizi sociali;
- il faticoso lavoro di costruzione di un'organizzazione complessa, come l'Ufficio di piano, ha offerto agli operatori una nuova prospettiva, che cambia il modo di lavorare nei servizi, sviluppando una diffusa consapevolezza della centralità e importanza da attribuire alle reti organizzative;
- il recupero di preesistenti esperienze di reti organizzative che hanno realizzato sperimentazioni positive in molti ambiti territoriali;
- l'impegno, la motivazione e la preparazione delle risorse professionali dei singoli Comuni, vale a dire le singole persone, con le loro storie e le loro diverse esperienze di lavoro, da anni impegnate nei Servizi Sociali, che si sono caricati del compito arduo di costruire un sistema integrato di servizi;
- il consistente scambio (talvolta anche conflittuale) tra professionisti con una storia e un'esperienza consolidata all'interno del sistema istituzionale dei servizi e professionisti più giovani, spesso competenti, e stimolati dal processo di innovazione in grado di apportare spesso le competenze gestionali assenti;
- il coordinamento dell'Ufficio di piano, il quale rappresenta senz'altro una leva organizzativa importante, quando assume anche la funzione di facilitazione, orientamento e gestione del gruppo di lavoro, nonché quella di raccordo con l'indirizzo programmatico.

La presenza delle suddette criticità e buone prassi delinea situazioni territoriali differenziate che alimentano un quadro di attuazione del sistema integrato dei servizi tuttora incompleto. Lo scenario delle diverse situazioni territoriali risulta collocabile in una tipologia così definibile:

- situazione territoriale inconsistente, determinata da una mancanza di risorse umane, di competenze e di inadeguate conoscenze. E' ispirata dal disinteresse o dagli eccessi di fiducia (deleghe), e talvolta genera conflitti dovuti all'inconsapevolezza delle nuove prassi e procedure indotte dalla riforma e dall'applicazione della l.r. n. 11/2007. In casi siffatti vi è una assoluta mancanza di attenzione alla condivisione dei problemi sociali

- presenti nell'Ambito territoriale. La presenza di questi elementi favorisce anche scissioni e individualismi personali e istituzionali;
- situazione territoriale precaria, determinata da una conoscenza ancora parziale della riforma, della l.r. n. 11/2007 e da una limitata disponibilità di risorse umane. E' una condizione in cui serpeggia una certa diffidenza, che può dar luogo a conflitti fra i portatori di interesse. I problemi sociali dell'Ambito sono parzialmente o saltuariamente condivisi. La presenza di questi elementi favorisce frammentazione oppure occasionalità;
 - situazione territoriale discreta, determinata dalla presenza di risorse umane dedicate e da una buona conoscenza della riforma e della l.r. n. 11/2007. Rispetto agli orientamenti regionali vi è un interesse, e una strutturazione di ruoli e funzioni. Le integrazioni lavorative sono ispirate dalla condivisione dei problemi sociali dell'Ambito. La presenza di questi elementi favorisce la costituzione di gruppi di lavoro orientati al compito da svolgere, che stabiliscono modalità operative ordinarie e regolari per raggiungere gli obiettivi prefissati;
 - situazione territoriale consistente determinata dall'esistenza di un gruppo di lavoro strutturato e competente. La conoscenza approfondita della riforma e della l.r. n. 11/2007 consente di sviluppare percorsi interpretativi e porta a sperimentare soluzioni innovative. Le attività operative e le decisioni sono prese a partire dalla condivisione dei problemi sociali dell'Ambito. La presenza di questi elementi favorisce e/o consolida integrazioni.

Un bilancio del percorso di questi anni in Campania non può, inoltre, non tener conto di fattori per così dire "esterni", ma, di sicuro, fortemente condizionanti. Si fa riferimento particolarmente alla mancata determinazione dei Liveas, che costituiscono la condizione per realizzare le pari opportunità sociali per i cittadini. Il Piano sociale regionale tende, a tale proposito, a neutralizzare gli effetti negativi di tale mancanza e di puntare, con forza, nelle more dell'approvazione, da parte del governo centrale, dei liveas, su quelli previsti nella l.r. n. 11/2007, il cui perseguimento costituisce, come si sa, condizione essenziale per garantire l'esigibilità effettiva delle prestazioni a tutti i cittadini che ne dovessero avere bisogno.

A ciò si deve poi aggiungere anche la drammatica precarizzazione del lavoro e la debolezza delle politiche attive, rispetto soprattutto alle categorie svantaggiate (disabili, ristretti, soggetti a rischio di esclusione). Si pensa, per questo, a iniziative strategiche mirate ad assicurare a queste categorie percorsi strutturati e credibili di inserimento socio-lavorativo, garantiti da un'ampia rete di soggetti pubblici e privati, e sostenuta da azioni specifiche previste, all'uopo, nel nuovo POR 2007- 2013.

Queste tipologie descrittive delle modalità operative degli Ambiti, in questa sede, vogliono rappresentare il riferimento per un'autovalutazione che gli stessi territori possono avviare con l'applicazione del presente Piano.

1.3 Attori istituzionali

1.3.1 Il Coordinamento Istituzionale

Gli Ambiti che non hanno ancora attivato le forme associative di gestione indicate dalla l.r. n. 11/2007 sono retti da due organismi: il Coordinamento Istituzionale e l'Ufficio di piano. Essi sono funzionali alla realizzazione di quell'equilibrio concertativo, ingrediente indispensabile dei sistemi di *governance* territoriali, che si gioca tra la dimensione politica e quella tecnico amministrativa, tra la flessibilità e la stabilità. Pur rappresentando interlocutori territoriali ormai riconosciuti, i due organismi presentano ovunque condizioni di stabilità organizzativa ed operativa così come già evidenziato nelle linee guida relative alle scorse annualità.

Il Coordinamento Istituzionale, che dovrà confluire come organismo politico di indirizzo e programmazione nella forma associativa che sarà scelta dagli ambiti territoriali, stabilisce gli orientamenti e le decisioni per la programmazione e gestione delle politiche sociali dell'Ambito. E' costituito dai referenti dei soggetti pubblici firmatari dell'Accordo di programma. Per la realizzazione delle politiche il Coordinamento Istituzionale si avvale dell'Ufficio di piano, quale organismo tecnico con il compito di attuare la programmazione e svolgere le funzioni di gestione, amministrazione e valutazione del Piano di zona Territoriale. Le responsabilità del Coordinamento Istituzionale sono connesse a:

- individuazione e realizzazione della forma giuridica per la gestione del sistema integrato dei servizi di Ambito;
- individuazione degli orientamenti programmatici per l'elaborazione del Piano di zona territoriale;
- promozione della partecipazione e concertazione dei soggetti, pubblici e privati, per la definizione del Piano sociale di zona;
- promozione della gestione associata dei Servizi nell'Ambito;
- adozione del Piano sociale di zona, proposto dall'Ufficio di piano, che rappresenti in maniera complessiva le Politiche Sociali operanti nell'Ambito e in ogni singolo comune;
- valutazione dell'attuazione del Piano sociale di zona;
- promozione della carta dei servizi;
- organizzazione dell'Ufficio di piano (individuazione delle competenze e delle professionalità necessarie e coerenti alle funzioni dell'Ufficio di piano; nomina del Coordinatore dell'Ufficio di piano; distacco dai Comuni e dalla Asl di appartenenza del personale dell'Ufficio di piano; nomina del personale esterno dell'Ufficio di piano);
- garanzia di stabilità organizzativa dell'Ufficio di piano (riduzione del *turn over* dei componenti, continuità dei componenti, reperimento di professionalità coerenti con le funzioni dell'Ufficio di piano);
- regolamentazione del funzionamento del Coordinamento Istituzionale, anche in rapporto con l'Ufficio di piano;
- garanzia di criteri di qualità dei servizi;
- regolamentazione dell'accesso ai servizi;
- regolamentazione della compartecipazione degli utenti al costo dei Servizi;
- elaborazione di orientamenti e regolamenti in materia di integrazione sociosanitaria;
- promozione dei servizi sociali professionali territoriali o, laddove già esistenti, loro potenziamento.

1.3.2 L'Ufficio di piano

L'Ufficio di piano costituisce il vero e proprio motore della pianificazione territoriale. Esso, infatti, riveste un ruolo strategico in quanto ha il compito di elaborare e attuare la programmazione, svolgere le funzioni di gestione, amministrazione e valutazione del Piano di zona Territoriale.

Le funzioni soprarichiamate prevedono la seguente articolazione di attività: quanto alla programmazione:

- analisi del sistema d'offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, professioni, costi) presenti nell'Ambito territoriale per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione;
- elaborazione della programmazione complessiva delle politiche sociali territoriali, comprensive anche di servizi svolti da singoli comuni finanziati con fondi propri, in accordo con il Coordinamento Istituzionale per un intervento sociale sempre meno riduttivo e frammentato, comprensivo di tutta la spesa sociale programmata nei singoli bilanci dei Comuni;

- individuazione di centri di costi e di responsabilità unitari;
- attivazione della concertazione territoriale per l'analisi dei problemi sociali e dei bisogni dei cittadini;
- 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 produrre nell'Ambito territoriale;
- individuazione dei nodi strategici e attivazione delle connessioni della rete complessiva dei servizi;
- definizione del sistema di comunicazione fra i Comuni e i diversi soggetti dell'Ambito territoriale;
- raccordo con i Servizi Sociali Professionali ed il Segretariato sociale;
- predisposizione dell'organizzazione necessaria a realizzare le funzioni unitarie di accesso ai servizi;
- programmazione sociosanitaria;
- predisposizioni 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:

- 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.

Quanto al monitoraggio e alla valutazione:

- predisposizione di sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi;
- costruzione di strumenti di monitoraggio e valutazione;
- monitoraggio della qualità offerta ai destinatari dei servizi;
- predisposizione di sistemi di valutazione del Piano di zona in grado di sostenere il suo processo di adeguamento o la sua ri-definizione;
- 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;
- Predisposizione di sistemi informativi per l'elaborazione di dati territoriali locali, provinciali e regionali.

Dalla tipologia delle funzioni sopra elencate è evidente che l'Ufficio di piano non ricopre un ruolo puramente esecutivo e nemmeno è tenuto a proporre modalità di gestione standard e/o omologabili in base alle prassi presenti all'interno dell'Ambito territoriale. A tale soggetto va, invece, ricondotta la complessa attività di regia in cui confluiscono le specificità dei singoli territori nonché l'accompagnamento per la realizzazione delle strategie organizzative legate alle scelte di ogni Ambito.

L'Ufficio di piano continua ad essere, dunque, uno degli organi principali per favorire l'implementazione e lo sviluppo del welfare territoriale. Può assumere diverse configurazioni, in relazione alle specificità prodotte dalla stessa riforma e ai possibili sviluppi della sua operatività rispetto a:

- le finalità della riforma dell'assistenza;
- l'articolazione dei livelli di intervento verso cui tendere;
- le diverse forme di produzione dei servizi;
- la costruzione di una rete organizzativa capace di sostenere integrazioni interistituzionali;
- il sostegno allo sviluppo di processi di co-progettazione e valutazione degli interventi;
- l'istituzione di sistemi informativi a supporto delle attività di gestione, progettazione, monitoraggio e valutazione degli interventi.

Nel sollecitare un approccio concertativo all'attuazione della riforma, il primo Piano sociale regionale indica un assetto organizzativo dell'Ufficio di piano in grado di fornire risposte flessibili per far fronte a difficoltà ed imprevisti che possono manifestarsi durante la gestione delle attività. Un assetto flessibile va previsto sia nell'integrazione delle professionalità dei componenti sia nella localizzazione stessa dell'Ufficio di piano.

Anche rispetto alla relazione con i Comuni, le Asl e gli altri Enti dell'Ambito (Centri per l'Impiego delle Province, Distretti scolastici, Dipartimenti Affari Penali, ecc.), l'Ufficio di piano dovrà sostenere le integrazioni interistituzionali al fine di:

- costruire reti interistituzionali finalizzate al trattamento di specifici problemi;
- sviluppare strumenti di lettura della realtà sociale che permettano di costruire rappresentazione condivise dei problemi da affrontare;
- superare le logiche caratterizzate da eccessive centralizzazioni;
- sviluppare servizi e interventi dinamici fondati su metodologie dialogiche.

Rispetto ai componenti va sottolineato che le funzioni previste per l'Ufficio di piano rendono necessari profili professionali competenti rispetto alla specificità delle attività da svolgere. Questi profili professionali vanno individuati coerentemente alle esigenze di gestione del Piano sociale di zona ed alle attività previste per il funzionamento dell'Udp. Le risorse umane possono essere individuate fra il personale già in organico nei Comuni dell'Ambito, oppure possono essere individuati, con le modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni. Nelle procedure di reclutamento di professionisti esterni vanno tutelate le esperienze professionali maturate fino ad oggi assicurando adeguati punteggi di valutazione dei titoli e/o procedure di stabilizzazione con le modalità e i limiti consentiti dalla normativa vigente, al fine di non disperdere, ove esistente, il patrimonio di competenze e di esperienze professionali accumulato dai territori. A questo riguardo, entro massimo sessanta giorni dall'approvazione del piano sociale regionale, con atto formale dell'organo politico (il Coordinamento Istituzionale o altro soggetto scaturente dall'adozione dei nuovi assetti di gestione associata), 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. Di particolare importanza inoltre, rispetto ad una sempre maggiore integrazione sovra comunale delle politiche sociali, è la relazione organica tra Ufficio di piano e Comuni dell'Ambito. A tal fine si raccomanda che via sia una consultazione e un coordinamento tra il responsabile dell'Ufficio di Piano e i dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni dell'ambito.

L'Ufficio di piano deve pertanto dotarsi di una struttura, di risorse, di competenze, di professionalità e di una metodologia che rappresenti un riferimento per tutti i comuni dell'Ambito territoriale nella pratica delle sue funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione. Organizzativamente ciascuna di queste funzioni deve essere

presidiata da un referente, che va indicato in ogni documento e al quale ogni attore del processo può rivolgersi.

E' opportuno precisare che, per garantire continuità all'Ufficio di piano, è indispensabile che il Coordinatore sia individuato (contestualmente alla nomina degli altri componenti) in maniera coerente con le funzioni che questi dovrà esercitare e con modalità che possano assicurare stabilità, sia in termini di durata dell'incarico che di ore di impegno settimanali, almeno triennale.

Un passaggio molto importante a questo punto è la proposta di indicatori di realizzazione della qualità dei processi in atto che costituiranno per la Regione il presupposto per attribuire premialità su base annuale agli Ambiti più virtuosi, definiti sulle seguenti aree di valutazione:

- qualità dei processi di *governance* sociale
- qualità della gestione associata
- qualità dei servizi di welfare di accesso e presa in carico
- qualità e tempestività della spesa annuale
- qualità ed efficacia dei servizi attivati
- innovatività dei processi attivati
- indice di realizzazione degli obiettivi di servizio (ADI e Servizi per la prima infanzia)
- grado di attivazione e utilizzazione del sistema informativo unitario

1.3.3 Il Servizio Sociale Professionale

Il luogo dell'accoglienza del cittadino, delle sue problematiche complesse e non, è costituito dai servizi sociali territoriali. Il Servizio Sociale Professionale è, infatti, finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a ridurre e/o rimuovere situazioni problematiche o di bisogno sociale dei cittadini, agisce per la prevenzione e la presa in carico, con interventi immediati in tutte le situazioni di disagio, emarginazione ed esclusione sociale .

E', infatti, al servizio sociale professionale che spetta la presa in carico dell'utente e la responsabilità del progetto individualizzato sul singolo caso. 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 e altri servizi o enti se coinvolti.

Gli operatori del Servizio Sociale Professionale, in stretta integrazione operativa e organizzativa con i servizi di segretariato sociale, garantiscono l'accesso al sistema integrato dei servizi operando a costante contatto con i bisogni dei cittadini all'interno dell'Ambito. Per questa particolare specificità è opportuno che l'intero servizio si coordini con l'Ufficio di Piano e in stretto raccordo con il sistema informativo unitario di Ambito per facilitare la trasmissione delle informazioni sui bisogni; per contribuire alla programmazione e alla valutazione dei servizi, per partecipare alle Unità di Valutazione Integrata.

Il Servizio Sociale Professionale deve essere articolato in ciascun Ambito ed in maniera tale da rispondere alla domanda di tutti i cittadini residenti nei Comuni appartenenti allo stesso Ambito Territoriale. La presa in carico degli utenti, la presenza nelle Unità di Valutazione Integrata (UVI), l'elaborazione del progetto individualizzato, la valutazione del percorso, le scelte di dismissione sono, infatti, attività poste nella responsabilità di figure professionali istituzionali che hanno il governo sia della qualità del processo sia della sostenibilità dei costi. E' indispensabile, quindi, che i Comuni associati escano dal generico e programmino i Servizi Sociali territoriali riconducendo all'interno, ove affidate a soggetti esterni, funzioni appartenenti alla titolarità esclusiva del soggetto pubblico.

1.3.4 Il Servizio di Segretariato sociale

Il Segretariato sociale è un servizio complesso che prevede consistenti investimenti sugli assetti organizzativi e sulla capacità di connessione del servizio con la rete di soggetti previsti nel Piano di zona. Il Segretariato sociale, come definito dall'Ente Italiano di Servizio Sociale «fornisce - in rapporto alle esigenze esistenziali - notizie pertinenti sulla reale situazione locale e generale in fatto di risorse e sulla prassi per accedervi. Aiuta la corretta utilizzazione di esse. Dà un contributo alla programmazione dei Servizi Sociali».²

Il Segretariato sociale deve dunque assicurare funzioni di informazione sulle norme e sulle prassi che regolano l'espletamento dei servizi e quelle di aiuto personale agli utenti mediante segnalazione e trasmissione delle richieste ai servizi e agli enti competenti, oltre che mediante interventi finalizzati a facilitare il contatto dei cittadini con il servizio competente. Per la sua operatività è indispensabile assicurarne il collegamento «con tutti gli altri servizi territoriali che possono interagire con esso, al fine di aumentare il livello di efficacia delle prestazioni fornite all'utenza».

Finora non tutti i Piani di Zona hanno realizzato in maniera soddisfacente tali indispensabili connessioni. Il servizio di Segretariato sociale va, pertanto, ripensato sia nell'ottica della relazione operatore-utente ai fini di trasparenza e di tutela, sia nell'ottica della connessione tra utente e sistema territoriale dei servizi ai fini dell'accesso.

La disparità delle funzioni, la varietà delle figure professionali e la diversificazione degli assetti organizzativi dei Segretariati sociali in Campania, mentre evidenzia in capo ai Piani di zona autonomia progettuale e «creatività», impone di ripensare totalmente l'istituto.

Questo si configura come un servizio di Ambito articolato in forma capillare sull'intero territorio. Per la sua alta prossimità al cittadino il Segretariato è organicamente e funzionalmente collegato con i Servizi Sociali Professionali. Esso ha funzioni informative ed è finalizzato a garantire ascolto, orientamento, accompagnamento, filtro, osservazione e monitoraggio dei problemi e dei bisogni - connessi alle singole domande degli utenti - assicura trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi.

Il Segretariato Sociale rappresenta la Porta Unitaria di Accesso al sistema dei servizi territoriali integrato (sociale, sociosanitario, sanitario, promozione lavoro, previdenza sociale, rete dei CAAF, Centri Informagiovani, scuola, centri di formazione professionale, Centri per l'Impiego, ecc.), può rappresentare anche un terminale territoriale del Centro Unico prenotazioni (CUP).

Il servizio rientra nella titolarità dei Comuni associati che ne conservano il coordinamento e la regia attraverso l'Ufficio di piano. Nell'Ambito della sperimentazione digitale possono essere previsti rapporti di complementarità, nell'ottica della sussidiarietà orizzontale, con gli altri soggetti privati o del privato sociale che operano con proprie attività nel sistema territoriale dei servizi sociali.

² Cfr AA. VV., Ente italiano di Servizio Sociale - Standard del Servizio di Segretariato sociale, Roma, 1992

⁴ Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) definisce il proprio ruolo e i propri campi di intervento nella promozione degli investimenti pubblici e privati al fine di ridurre le disparità regionali nell'Unione. Il FESR sostiene programmi in materia di sviluppo regionale, di cambiamento economico, di potenziamento della competitività e di cooperazione territoriale su tutto il territorio dell'UE. Tra le priorità di finanziamento vi sono la ricerca, l'innovazione, la protezione dell'ambiente e la prevenzione dei rischi, mentre anche l'investimento infrastrutturale mantiene un ruolo importante soprattutto nelle regioni in ritardo di sviluppo.

1.4 Attori sociali

1.4.1 Attori di advocacy e tutela

Per costruire un welfare sociale moderno ed efficace, a dimensione partecipata e comunitaria, occorre assumere, quale asse strategico di sviluppo, l'apporto di quel composito, pluralistico, diversificato universo che si è soliti definire "mondi vitali", comprendendo in questa accezione generale, le diverse articolazioni in cui si struttura la normalità delle relazioni sociali.

Ciò è altresì coerente con il principio di sussidiarietà orizzontale, che deve tendere alla diffusa corresponsabilità dei diversi attori co-interessati alla dimensione del sociale.

I riferimenti ed i principi ispiratori di una simile impostazione, più che a fonti di ricerca accademica, vanno direttamente ascritti ai dettati della Costituzione, che, in particolare nella sua prima parte, riconosce quali fondamenti delle politiche sociali le formazioni intermedie ed il sistema delle Autonomie Locali, chiamate ad un patto di corresponsabilità per rendere fruibile la natura intrinsecamente solidaristica della convivenza civile

Nello specifico gli articoli 2 e 3 della Costituzione, contengono una visione che, a sessanta anni dalla sua promulgazione rende ancora più ineludibile realizzare e concretizzare politiche di inclusione e coesione, attraverso modalità imperniate sull'autonomia della società civile ed il protagonismo dei corpi intermedi.

Una strategia evoluta rivolta ad ampliare le possibilità di protezione sociale per tutti deve, nel contempo, puntare ad intrecciare il welfare dei diritti e delle opportunità individuali con la promozione servizi degli istituti che possono rappresentare il paradigma unitario per procedere al riordino della gamma dei servizi offerti ai cittadini. Questa scelta, che è soprattutto politica, deve essere rappresentata nella nostra regione dalla famiglia, quale forma di *living arrangement* tuttora prevalente.

Una corretta prassi di concertazione territoriale virtuosa presuppone: una imputazione certa delle diverse competenze istituzionali; una lettura condivisa delle criticità e delle priorità di un contesto; una progettualità coerente ed efficace degli interventi, da situare a monte delle situazioni conclamate di emarginazione; un'assunzione e generalizzazione, professionalmente orientata, del "lavoro sociale di rete"; una partecipazione diretta dei destinatari per una valutazione partecipata della qualità delle prestazioni ricevute.

L'esito delle pratiche concertative finora attuate fa rilevare un quadro alterno, che in qualche caso presenta criticità dovute alla necessità di una ridefinizione più puntuale dei diversi attori sociali che compongono la platea dei tavoli istituzionali territoriali.

Da evitare sia i rischi di uno strisciante collateralismo che mortifica ed inficia l'autonomia di cui questi soggetti sono portatori, sia forme di rappresentanza che non tengono sufficientemente conto delle diverse articolazioni che compongono la poliedrica realtà associativa di base.

Nell'ultimo quindicennio, dal punto di vista normativo, la Regione ha sperimentato varie forme di rapporto tra il composito mosaico degli organismi riconducibili a ciò che comunemente viene chiamato "Terzo Settore", e gli Enti locali intestatari di competenze nel campo dei servizi di cura alle persone ed alla famiglia.

La Regione Campania ha istituito il Registro regionale delle organizzazioni di volontariato, come previsto dalla normativa nazionale di settore, mentre non ha provveduto per la cooperazione sociale (di modulo A e di modulo B), e l'associazionismo di promozione sociale.

Ciò determina incertezze e possibilità di commistione tra i diversi apporti, potenziale riduzione di un fenomeno complesso ad interpretazioni indistinte e riduzionistiche, che viceversa, una pianificazione quale quella proposta intende superare.

Una mappatura organica del radicamento territoriale delle espressioni del “privato-sociale” faciliterebbe anche una regolamentazione più trasparente dei livelli di autonoma rappresentanza, favorendo ed incentivando forme di coordinamento che condizionerebbero proficuamente la concertazione e le diverse forme di co-progettazione sociale.

La famiglia

Come si diceva poc' anzi, anche in assenza di espliciti riferimenti normativi organici, nella nostra realtà territoriale la famiglia costituisce ancora il principale paradigma per leggere, censire, interpretare compiutamente la genesi di innumerevoli cause di emarginazione ed esclusione. La scelta di questo primo Piano sociale regionale è, dunque, quella di assumerla ad agente di reinserimento nei percorsi di autonomia e di affrancamento delle situazioni prese in carico da parte del sistema dei servizi.

Le esperienze passate hanno evidenziato che nelle nostre realtà il disagio non si manifesta in modo unilaterale, e che sia pure quando esso riguarda il singolo, le spirali scatenanti sono spesso imputabili a deficit relazionali con il nucleo familiare di provenienza.

Sempre di più i volti, le forme, del disagio, materiale ed immateriale, presentano caratteri plurali, plurimi, complessi che sfuggono alla tradizionale definizione di caso, cui si ispira la deontologia professionale del Servizio sociale professionale.

Il limite di un procedere caso per caso, contrasta a ben vedere con la stessa matrice organizzativa del lavoro sociale, che è di gruppo e di comunità, proprio per assecondare una pianificazione che tendenzialmente proprio nella famiglia individua la potenziale più feconda risorsa da associare alla risoluzione delle problematiche esistenziali.

I recenti dati statistici, forniti dall'Istat e confermati dalla Caritas, fanno registrare e rilevare un forte incremento delle famiglie che vivono al di sotto della soglia di povertà, e il dato molto pesante da accettare è che i due terzi del totale censito appartiene al Sud del Paese.

Il coraggioso ricorso alla sperimentazione della misura di sostegno al reddito denominata «Reddito di cittadinanza» costituisce un precedente che, se fosse stato incoraggiato dal governo centrale, e se avesse sviluppato il capitolo delle misure alternative al sussidio, avrebbe potuto orientare il modello verso il welfare per il lavoro di matrice comunitaria. Tale misura si è rivelata decisiva sul piano dell'acquisizione di una quota di consenso sociale, e consente oggi di affinare ulteriormente i meccanismi selettivi delle platee di destinatari delle politiche di sostegno per superare sacche di persistente assistenzialismo, nonché di individuare nei cd. “nuclei multiproblematici”, i soggetti sui quali concentrare le risorse nella prima applicazione triennale del Piano sociale regionale.

Stabilito e determinato questo contesto saranno ampliati e generalizzati gli interventi dei progetti sociali individualizzati con l'obiettivo di triplicarne il numero nel triennio considerato.

Questa dimensione, assunta quale criterio prioritario cui ispirare sia la presa in carico che la necessaria continuità assistenziale che superi definitivamente l'episodicità e l'estemporaneità degli interventi a termine, seppure ulteriormente personalizzata secondo linee che definiscano i livelli essenziali di assistenza, dovrà trovare nel nucleo familiare il normale parametro di valutazione.

In aderenza al principio di universalismo selettivo delle prestazioni e considerato la limitatezza e ristrettezza delle risorse, a fronte dei costi rilevanti per il sistema pubblico, si sottolinea la necessità che le stesse famiglie economicamente più abbienti siano chiamate a forme di compartecipazione, in particolare per l'area dei servizi integrativi.

Una simile metodologia, fortemente ancorata alle modalità del lavoro interprofessionale e di equipe, consentirebbe: di evitare sprechi, duplicazioni, sovrapposizioni di interventi e risorse professionali; di corresponsabilizzare la famiglia sia nella fase di rilevazione e definizione dei fabbisogni sia nei percorsi di risoluzione dei motivi di vulnerabilità; di agevolare una riclassificazione delle prestazioni che tenga conto dell'esistenza o dell'assenza del nucleo di riferimento, della tipologia delle relazioni intercorrenti tra i diversi componenti e, pertanto, di graduare una pluralità di risoluzioni che vanno dagli interventi sostitutivi a quelli integrativi della famiglia; di attutire i rischi di uno strisciante e latente ritorno a forme di neo-istituzionalizzazione che sradicano le persone dai normali circuiti di vita relazionale e civile di riferimento; di incentivare, privilegiare incrementare, interventi di domiciliarità integrata; di invertire la tendenza in atto di progressiva deresponsabilizzazione dei ruoli genitoriali in direzione di una reinterazione delle responsabilità educative, seppure supportate da figure aggiuntive di mediazione sociale; e, soprattutto, di sottrarre i consultori familiari ad una logica solo di prevenzione sanitaria per farne presidi unitari di interazione diretta con le famiglie.

Il Volontariato

Il volontariato sociale, nell'ultimo trentennio, ha costituito un fondamentale agente di trasformazione ed innovazione delle politiche sociali, anticipando risposte ai bisogni sociali in vortice evoluzione ed è divenuto una componente insostituibile delle politiche di welfare in quanto fattore di crescita della partecipazione.

Appare, pertanto, fuorviante declassare un tale fenomeno a mero elemento di economia sociale verso cui esternalizzare servizi complessi la cui gestione presuppone capacità imprenditoriali che sono più tipiche del settore profit ovvero delle imprese sociali.

L'accezione più consona, peraltro contenuta nella legge regionale, è quella che fa riferimento ad un segmento vitale della società civile che, imperniato sul dono e la gratuità, contribuisce all'umanizzazione delle prestazioni ed a produrre beni relazionali non immediatamente misurabili con parametri quantitativi e/o mercantili.

Un volontariato così inteso non può essere assimilato *tout court* alle diverse espressioni di impresa sociale, la cui genesi e nascita hanno in comune una convergente visione mutualistica dei rapporti sociali ma i cui approdi operativi, qualora non opportunamente distinti, rischiano di appannare l'identità e la *mission* del volontariato e snaturare, al contempo, la stessa vocazione di servizio alla comunità delle imprese sociali, eticamente ispirate e radicate nel territorio di riferimento.

La legislazione tiene in conto questa dualità allorché esclude che il volontariato possa essere chiamato a gestire servizi complessi e continuativi, adatti a strutture a carattere imprenditoriale.

Per assegnare al volontariato un ruolo prevalentemente ispirato alla tutela ed all'*advocacy*, occorre far sì che il confronto e l'apporto delle autonome rappresentanze del volontariato siano preservati nel loro libero esercizio e possano esprimersi ai livelli alti della concertazione e della programmazione.

Il volontariato, nelle articolazioni e con le modalità di interazione che si dà liberamente, non è portatore di interesse, ma piuttosto autore di forme di auto-mutuo-aiuto che dà rappresentanza ai senza volto, ai senza potere, ai senza voce. Poiché è un mondo sommerso che difficilmente interloquisce ai tavoli istituzionali, le istituzioni devono avere molta attenzione ad un suo coinvolgimento reale.

La cooperazione sociale

Ribadito l'apporto che può venire alla gestione dei servizi anche dai privati, come sancito dalla Costituzione, la cooperazione sociale costituisce lo strumento più idoneo per il raggiungimento di una diffusione e capillarizzazione di risposte nelle comunità territoriali.

In questo settore, storicamente più definito anche nelle rappresentanze, possono essere utilmente richiamate le regole di interazione ormai storicamente determinate ed affermatesi nel corso di questi anni, con un approfondimento particolare sui nodi critici che, in Campania, stanno facendo proliferare oltre misura le cooperative di tipo A, mentre restano minoritarie quelle di modulo B che specificamente si occupano di reinserimento sociale.

Sul versante più tipico della gestione, forse una riflessione più approfondita va fatta circa le modalità di affidamento dei servizi, dove appare affermarsi come unica ed unitaria concezione la logica degli appalti, mutuando acriticamente una normativa che, applicata senza correttivi al campo dei servizi sociali di base, rischia di oggetto oggettivare l'individuo, quasi mercificando le prestazioni che appaiono così intrise di relazionalità che, come si è finora sostenuto, richiedono approcci diversi.

In proposito è opportuno individuare forme diverse di rapporto tra soggetti gestori dei servizi e Pubblica Amministrazione che a fianco agli appalti, in relazione alla tipologia degli interventi da realizzare, favoriscano reali forme di integrazione e partenariato tra pubblico e privato sociale. La selezione del partner gestore del servizio, da parte degli ambiti territoriali, deve tenere conto di quanto già indicato nel DPCM 30/03/2001 recante: "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della Legge 8 novembre 2000, n.328" e nella Delibera di Giunta Regionale 1079 del 15/03/2002.

Occorre promuovere forme di partecipazione delle realtà cooperative locali attraverso la promozione di reti strutturate in grado di garantire processi articolati e complessi di gestione dei servizi. Forme stabili di raggruppamenti cooperativi, definiti giuridicamente come consorzi, garantiscono da un lato maggiore accessibilità alle opportunità per le imprese cooperative sociali e dall'altro elemento di qualificazione dei servizi, sia dal punto di vista gestionale che di contenuto

Si rammenta, in particolare, che i soggetti che possono gestire interventi e servizi in convenzione con le pubbliche amministrazioni, sulla base delle disposizioni suddette, sono: gli organismi della Cooperazione, le cooperative sociali, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato, altri soggetti sociali senza scopo di lucro. Ai sensi della legge n. 266/1991, non si possono prevedere per le organizzazioni di volontariato la configurazione di veri e propri rapporti di esternalizzazione, ma piuttosto un affiancamento ai servizi di rete, tale da postulare anche forme documentate di rimborso spese, escludendo contratti di appalto.

Le associazioni di promozione sociale

L'articolo 15 della l.r. n. 11/2007 stabilisce che la Regione riconosce il valore e la funzione sociale delle associazioni di promozione sociale» e «favorisce la realizzazione di specifici progetti finalizzati al perseguimento degli obiettivi della presente legge».

La Regione ha il compito di sostenere, recita la legge, «il ruolo che le associazioni di promozione sociale svolgono attraverso iniziative e servizi per favorire la cultura della cittadinanza attiva e della responsabilità civile, l'aggregazione sociale e la costruzione di reti di relazioni comunitarie, opportunità interculturali di inserimento e di orientamento, servizi

educativi e ricreativi». Per realizzare pienamente il disposto legislativo è certamente necessario colmare un deficit normativo e che la Regione si doti dell'albo regionale delle associazioni di promozione sociale, previsto dalla legge n. 383 del 7 dicembre 2000. In ogni caso, nella proposta di regolamento formulata dalla Giunta, è stabilito che nell'albo dei soggetti abilitati a partecipare al sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui all'articolo 43 della l. r. n. 11/2007, si preveda una sezione specifica per le associazioni di promozione sociale.

Altri soggetti della solidarietà sociale: le Organizzazioni sindacali

L'articolo 17 legge regionale n. 11/2007, estende la rete dei soggetti della solidarietà sociale. Stabilisce, infatti, che «la Regione e gli enti locali riconoscono e agevolano il ruolo e la funzione sociale degli altri organismi o enti che operano nell'ambito delle politiche sociali, sia nella programmazione che nella organizzazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali». Si tratta di un principio che deve avere natura di carattere sostanziale e che va consolidato nelle procedure amministrative che conducono alla approvazione degli atti di programmazione di zona. L'articolo 17 della legge, al comma 2, chiede che Regione e Enti locali promuovano e valorizzino la partecipazione dei cittadini «in forma individuale, familiare o associativa».

Accanto ai soggetti organizzati e ai cittadini, la legge prevede il coinvolgimento diretto delle Organizzazioni sindacali nella definizione della programmazione sociale di zona. La partecipazione delle Organizzazioni sindacali è importante perché serve a garantire tanto gli aspetti che riguardano la qualità dei servizi quanto quelli che riguardano le condizioni dei lavoratori che operano nel settore sociale. La progressiva stabilizzazione del sistema dei servizi deve avere come obiettivi di medio periodo anche l'estensione di forme di tutela contrattuale del personale impegnato nel sistema degli interventi e dei servizi sociali. La legge regionale n. 11/2007 prevede che la concertazione sia un passaggio obbligato tanto per l'approvazione del Piano sociale regionale quanto per il piano di zona di Ambito. L'articolo 21 stabilisce che il piano di zona è «adottato previa concertazione con le province, le comunità montane, le aziende di pubblici servizi alla persona, i soggetti del terzo settore di cui all'articolo 13, le organizzazioni sindacali, gli altri soggetti della solidarietà locale di cui all'articolo 17, gli altri soggetti privati di cui all'articolo 18, che partecipano all'accordo di programma di cui al comma 1 attraverso la sottoscrizione di protocolli di adesione ed è comunicato alla Regione». Un passaggio del resto già previsto nelle linee di indirizzo che la Giunta regionale ha emanato annualmente in materia di politiche sociali a partire dalla legge 328/2000. Questo Piano sociale regionale rafforza la concertazione territoriale e ne fa non solo un passaggio formale, ma sostanziale. La presentazione di piani di zona privi dei verbali della concertazione non sarà ritenuta una imperfezione amministrativa ma una violazione sostanziale delle prescrizioni della legge. Si auspica, pertanto che gli Ambiti territoriali, sulla base degli indirizzi regionali adottino procedure standard e consolidate e regole certe per assicurare il funzionamento dei tavoli di concertazione.

1.4.2 Il Terzo Settore e il servizio civile

La crescita esponenziale in senso non solo quantitativo ma soprattutto qualitativo del Terzo Settore - associazioni, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali - in Campania nell'ultimo decennio ha evidenziato, nella rappresentazione di sé e della sua importanza, la necessità di eleggerlo ad uno dei punti di riferimento nella ridefinizione del (futuro) sistema di welfare.

La Regione, intende valorizzare sul territorio, varando apposite normative, il volontariato e il terzo settore esaltandone al contempo le precipue specificità.

La scelta di potenziare l'azione sinergica tra le istituzioni e la sfera del privato sociale in materia di promozione dei diritti umani e della crescita sociale, passa attraverso lo sviluppo di un volontariato autonomo ed indipendente, capace di esprimere le proprie potenzialità, senza incorrere in complessi iter procedurali che spesso ne rallentano l'efficacia e la capacità innovativa. L'attitudine a relazionarsi (ascolto, consiglio, informazioni, Segretariato sociale, accompagnamento e sostegno) espressa dalle organizzazioni di volontariato, va sostenuta con percorsi formativi in grado di offrire organicità e coerenza di contenuti; ed è proprio in questa direzione che si muove la nuova programmazione dei fondi europei 2007 - 2013.

Altri attori, diversi nelle loro specificità, ma compartecipi del sistema, sono i soggetti del terzo settore che, rispettando la loro vocazione verso servizi più impegnativi, si dirigono più nel percorso di un welfare professionale.

Contenuti diversi, apporti diversi, unica finalità: un Terzo Settore, molteplice e differenziato, ma coeso.

Nell'azione sinergica e differenziata, finalizzata alla creazione di un sistema partecipativo e responsabile, normato e strutturato al suo interno, la Regione assicura un'azione di raccordo, garantendo la coerenza del quadro politico d'insieme.

Compito dell'ente programmatore è quindi quello di comprendere e sostenere attraverso gli strumenti che gli sono propri, i cambiamenti in atto e, valutandone l'impatto, filtrare le istanze così da comporle rispettando le diverse vocazioni.

La Regione con la legge sulla dignità sociale ha inteso, tra l'altro, riconoscere l'azione complessiva del Terzo Settore e strutturare, rendendoli ancora più forti, i punti nodali dell'esperienza sin qui vissuta, che si sostanziano: in una puntuale procedura per l'accreditamento delle associazioni di volontariato che garantisca al volontariato uno sviluppo del tutto autonomo all'interno di un quadro di riferimento certo e definito; nell'individuazione dello strumento rappresentativo del Terzo Settore, la Consulta, che rappresenta il "luogo" di condivisione per l'ascolto delle diverse istanze, garanzia ulteriore di sviluppo condiviso nel senso della "competenza" e della "responsabilizzazione"; nelle norme per la valorizzazione dei Centri Servizi Volontariato (CSV), che ne riconoscono la pregnanza e forniscono efficaci strumenti di supporto.

Questi iter, regolamentati in maniera snella, ma diretta e fundamentalmente tesi alla rapida efficacia dell'azione pubblica, convergono quindi in una piattaforma operativa: il Piano sociale regionale.

Il Piano sociale regionale è quindi la cornice di un quadro collaborativo in cui il volontariato (coadiuvato dai CSV) e il Terzo Settore entrambi in rapporto con gli Ambiti Territoriali, siano in grado di lavorare sinergicamente per esaltare le proprie specificità garantendo ai cittadini prestazioni di qualità sempre più elevata, basate sulla professionalità degli operatori, sull'attenzione alla persona nonché su percorsi procedurali snelli ed efficienti.

In tale ottica, è importante riconoscere la specificità del servizio civile - rispetto ad altre esperienze di studio, di lavoro o di volontariato - come opportunità aggiuntiva a disposizione dei giovani, sia per dare forza agli ideali di solidarietà ed impegno civico, sia per effettuare un vero e proprio investimento sul piano della socializzazione all'impegno lavorativo.

Il Servizio civile, che può contare su un intero anno di esperienza attiva, deve quindi necessariamente porre la massima attenzione alla componente formativa, coinvolgendo il giovane in contesti e situazioni reali di crescita personale e professionale, senza mai perdere di vista gli obiettivi e le finalità della legge 64/01: la promozione dei diritti umani, la diffusione dei principi di solidarietà e di cittadinanza attiva.

Il sistema regionale del Servizio civile deve quindi sapersi qualificare in tal senso e le opportunità offerte - che possono essere molto diverse fra loro perché legate a situazioni, esperienze ed ambiti specifici - sono chiamate a condividere alcuni aspetti di qualità. La

Regione, per favorire i percorsi di tessitura sociale e valorizzare la concreta partecipazione dal basso, ha incrementato il dialogo sia con i rappresentanti dei volontari sia con gli enti, avviando un percorso di riflessione con l'obiettivo di evidenziare i punti di maggior specificità del Servizio e quindi le modalità più opportune e condivise per garantire ai singoli progetti uno standard adeguato di qualità e di soddisfazione dei partecipanti e facilitare, al tempo stesso, lo scambio di notizie e informazioni tra Enti che operano in ambiti diversi in modo da favorire l'accrescersi di conoscenze sulla realtà del servizio civile e l'affermarsi di una maggiore consapevolezza circa la sua funzione sociale. Funzione sociale che appare particolarmente irrinunciabile in una realtà territoriale come quella campana, dove il disagio della condizione giovanile si traduce in problematiche di significativa valenza socio-culturale. Per questo motivo è necessario che le motivazioni e le ragioni ideali che spingono i giovani ad aderire alle attività di Servizio civile siano costantemente raccolte, interpretate e tenute sempre nella massima considerazione, poiché consentono di recepire contributi considerevoli in termini di esperienze, riflessioni ed indicazioni, utilissime per il prosieguo dell'articolato percorso istituzionale che consente oggi alla Campania di essere una grande realtà nel contesto del Servizio civile Nazionale.

Appare evidente che favorire la partecipazione ed il protagonismo giovanile in tal senso, significa anche favorire l'inclusione sociale e l'accesso dei giovani ai servizi regionali e territoriali.

Occorre sottolineare che, nell'ottica di un sistema regionale di Servizio civile di "qualità", anche la programmazione delle attività di informazione, deve tener conto della cultura e dei linguaggi dei destinatari e, nel nostro caso, dei giovani ma deve anche essere coerente, coordinata e basata su di un approccio fortemente condiviso nello spirito e negli strumenti scelti, così da creare un sistema integrato a favore della diffusione dei molti progetti e del loro valore.

E' evidente che questo approccio tenderà a valorizzare la creatività e l'originalità dei modi con cui le singole organizzazioni intendono comunicare con i giovani. L'idea di rete può diventare, anche nel campo della comunicazione, un moltiplicatore di opportunità, ottenendo quella armonia di messaggio, garantita dal principio della condivisione, che sola rende più incisiva e convincente l'immagine ed i principi del Servizio civile.

L'utilizzo di una strategia comune presenta, in questo senso, indubbi vantaggi e incrementa l'esperienza di crescita della cooperazione interistituzionale e soprattutto tra gli Enti locali e tra le istituzioni ed il partenariato sociale, anche attraverso la condivisione della programmazione delle attività e la definizione impegni comuni sul miglioramento di alcuni servizi erogati sul territorio.

Sostenendo, inoltre, la specificità valoriale e territoriale delle singole organizzazioni che saranno incoraggiate ad esprimere il proprio vissuto e la propria cultura, si potrà raggiungere un numero maggiore di giovani, soprattutto quelli attualmente meno coinvolti, ma importanti per lo sviluppo e il potenziamento delle esperienze di cittadinanza attiva. Ciò detto, va precisato che il servizio civile deve integrarsi nel sistema degli interventi e dei servizi, va considerato una importante risorsa aggiuntiva, ma non può e non deve mai essere inteso come sostitutivo del lavoro degli operatori del settore né delle risorse dedicate alla realizzazione dei servizi previsti dalla legge regionale n.11/2007.

Nell'ambito del Piano sociale regionale, questa modalità operativa e l'azione sinergica con gli Ambiti Territoriali, serviranno a garantire maggiore organicità alla politica regionale in materia di servizio civile, con particolare riferimento alle politiche regionali in materia di anziani, minori, pari opportunità, immigrazione, salvaguardia dell'ambiente, protezione civile, salvaguardia e valorizzazione del patrimonio artistico e culturale, educazione alla pace, diritto alla istruzione, lotta alla illegalità.

2 STRATEGIE ORGANIZZATIVE, AZIONI DI SISTEMA E OBIETTIVI DI SERVIZIO

2.1 Le Strategie POR 2007-2013

L'impianto strategico comune ai programmi operativi regionali FESR e FSE intercetta gli obiettivi e le priorità della strategia di Lisbona e dell'Agenda Sociale (COM 2005)³³ in cui sono state proposte nuove direttrici che costituiscono il quadro di riferimento per le politiche della coesione del nuovo ciclo. La programmazione regionale intende privilegiare gli interventi finalizzati a concretizzare opportunità occupazionali per tutta la popolazione ed a contribuire alla promozione di una società equa.

Nell'ambito delle politiche sociali il tema dell'inclusione sociale e coesione sociale è legato all'attuazione degli interventi diretti 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.

Alcuni obiettivi cruciali per la programmazione FSE attengono da un lato al sistema di *governance* del sistema sociale dall'altro, al sistema di offerta con priorità specifica, d'intesa ed in complementarità con quanto si realizza a valere con il Fondo europeo di sviluppo regionale – FESR – per il recupero delle aree urbane degradate e riqualificazione sociale delle periferie e aree depresse. L'impegno per la sicurezza sociale nelle città rappresenta il passaggio obbligato per il miglioramento complessivo della qualità della vita dei cittadini, anche in un ottica di accrescimento degli investimenti pubblici e privati finalizzati alla crescita del tessuto produttivo locale e alle valorizzazioni del territorio. In tale logica l'implementazione di un modello di welfare inclusivo, teso a ridurre il disagio sociale e rafforzare il sistema dei servizi, nell'ambito dei documenti di programmazione regionali si aggancia ad uno sviluppo sostenibile, venendo a definire un nuovo modo di considerare la politica sociale come fattore essenziale a sostegno delle politiche di sviluppo economico della regione.

In tale prospettiva diventa indispensabile che i Piani sociali di zona si candidino a essere attori primari e fondamentali nella concertazione prevista dal PON Sicurezza 2007- 2013. Una visione moderna della sicurezza implica, infatti, un radicale mutamento culturale che renda sempre più residuale la componente repressiva o, comunque, di polizia, e esalti il recupero preventivo del legame sociale nella strategia di riaffermazione della libertà e della giustizia sociale.

Un fattore di primaria importanza, a livello strategico, nella programmazione FESR è rappresentato dalla centralità che assume 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 renda più rispondenti alle istanze poste dalla crescente complessità della domanda sociale.

Le attività rivolte a ridurre la marginalità sociale e combattere la dispersione scolastica hanno avuto un impulso significativo nella costituzione e realizzazione dei Piani sociali di zona.

Risulta 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 una integrazione forte tra politiche sociali e politiche del lavoro facendo leva sia sulla formazione degli operatori (sistema) che sulla sperimentazione, all'interno di una filiera dell'occupabilità, di esperienze che valorizzino il principio dell'alternanza scuola-lavoro e capaci di intercettare occasioni di inserimento

lavorativo nel tessuto produttivo locale di tutti i cittadini, compresi quelli che rientrano in categorie a rischio di esclusione e marginalità.

Più in generale, occorre ampliare l'orizzonte di integrazione con altre politiche e strumenti di programmazione, apparentemente distanti. Credere, cioè, decisiva la convenzione tra sistema sociale e altri settori che governano la società, quali l'economia, l'urbanistica, l'ambiente, e puntare allo sviluppo complessivo di un territorio secondo regole condivise e non più sovrapposte.

2.2 Obiettivi Programmazione FSE – FESR

Il PO FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale⁴) si articola in 7 Assi Prioritari, 17 Obiettivi Specifici e 37 Obiettivi Operativi.

Ricade nella sfera di intervento delle politiche sociali⁵ Obiettivo Operativo 6.3⁶, “Città Solidali e Scuole Aperte - Potenziare e qualificare il sistema delle infrastrutture sociali, per l'istruzione e di conciliazione, attraverso i Piani Sociali di Zona, al fine di contribuire ad elevare l'accessibilità e l'integrazione di servizi territoriali per i cittadini”, cui sono destinati 200 milioni di euro.

Queste risorse andranno a sostenere la creazione di infrastrutture sociali, che vanno inserite nel sistema della programmazione territoriale degli Ambiti.

Il PO FSE (Fondo Sociale Europeo⁷) si sviluppa in 7 Assi Prioritari, 15 Obiettivi Specifici e 70 Obiettivi Operativi. Sono tre gli Assi su cui insistono gli Obiettivi Operativi che ricadono nella sfera degli interventi sociali⁸ e che sostengono i servizi alla persona.

Per l'Obiettivo Operativo “Promuovere azioni di supporto, analisi, predisposizione e sperimentazione di modelli che migliorino la condizione femminile nel mercato del lavoro”, Asse II⁹, sono stanziati 26,5 milioni di euro.

Sono invece otto gli Obiettivi Operativi inseriti nell'Asse III¹⁰:

- “Sostenere l'azione nelle aree urbane degradate dei Centri multifunzionali per l'integrazione sociale e lavorativa di soggetti deboli e nelle aree marginali e a rischio di desertificazione” (22 milioni di euro);
- “Sostenere l'uscita da condizioni di vecchie e nuove povertà” (23 milioni di euro);

⁵ Deliberazione regionale n. 26/2008 e deliberazioni del Presidente della Giunta regionale n. 62/2008 e n. 93/2008

⁶ Ricade nell'Asse 6, denominato “Sviluppo Urbano e Qualità della vita”, e nell'Obiettivo Specifico 6a “Rigenerazione urbana e qualità della vita”.

⁷ Il Fondo sociale europeo (FSE) è attuato in linea con la strategia europea per l'occupazione e si concentra su quattro ambiti chiave: accrescere l'adattabilità dei lavoratori e delle imprese, migliorare l'accesso all'occupazione e alla partecipazione al mercato del lavoro, rafforzare l'inclusione sociale combattendo la discriminazione e agevolando l'accesso dei disabili al mercato del lavoro nonché promuovere partenariati per la riforma nel campo dell'occupazione e dell'inclusione.

⁸ Deliberazione regionale n. 27/2008 e deliberazioni del Presidente della Giunta regionale n. 61/2008, n. 118/2008 e n. 139/2008.

⁹ Inserito nell'Asse II “Occupabilità”, Obiettivo specifico f) “Migliorare l'accesso delle donne all'occupazione e ridurre le disparità di genere”.

¹⁰ Asse III “Inclusione Sociale”, Obiettivo Specifico g) “sviluppare percorsi di integrazione e migliorare il (re)inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati per combattere ogni forma di discriminazione nel mercato del lavoro”.

- “Contrastare ogni forma di discriminazione verso la popolazione immigrata” (10 milioni di euro);
- “Rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro” (10 milioni di euro);
- “Garantire pari opportunità di accesso e di permanenza nella scuola e nella formazione da parte dei figli dei migranti” (10 milioni di euro);
- “Sostenere i processi di miglioramento della qualità della vita attraverso azioni di supporto all'integrazione sociosanitaria e all'azione dei sistemi di protezione sanitaria” (20 milioni di euro);
- “Promuovere forme di cittadinanza consapevole e partecipativa” (5 milioni di euro);
- “Promuovere l'inclusione sociale dei giovani attraverso azioni di diffusione culturale anche facilitando ed ampliando l'accesso ai servizi regionali e territoriali” (5 milioni di euro).

Per l'Obiettivo Operativo “Favorire la presenza femminile all'interno di percorsi formativi a carattere tecnico scientifico”, Asse IV¹¹, sono assegnati 10 milioni di euro.

La Giunta Regionale della Campania, in linea con la comunicazione (2008)800 della Commissione Europea “Un Piano europeo di Ripresa Economica” e l'art. 19 del Decreto Legge “anticrisi” 185/2008 convertito nella legge n. 2/2009, con la deliberazione n. 256 del 13 febbraio 2009 ha programmato misure di contrasto alla crisi economica-occupazionale adottando interventi supplementari.

Le risorse necessarie per l'avviamento delle iniziative saranno garantite, in via prioritaria, dagli Assi I e II del POR Campania FSE 2007-2013 che prevedono Obiettivi Operativi coerenti con le misure anticrisi. Risultano, dalla sopracitata deliberazione, individuati tre obiettivi operativi che ricadono nella sfera di intervento delle politiche sociali: sostenere l'uscita da condizioni di vecchie e nuove povertà; sostenere i processi di miglioramento della qualità della vita attraverso azioni di supporto all'integrazione sociosanitaria e all'azione di sistemi di protezione sanitaria; promuovere l'inclusione sociale dei giovani attraverso azioni di diffusione culturale anche facilitando ed ampliando l'accesso ai servizi regionali e territoriali.

Le quote da riservare alle misure anticrisi risultano essere complessivamente 23 Meuro.

2.3 Le strategie regionali

Uno degli elementi fondamentali, che caratterizza il Piano sociale regionale, si può sintetizzare in poche parole: “restituire ai territori la capacità complessiva di pianificare”. Questa proposizione non va intesa come una mera enunciazione di principio, ma come un preciso impegno della Regione Campania, da realizzarsi soprattutto attraverso il ruolo di coordinamento istituzionale riconosciuto alle Province, a fronte di una necessità crescente delle comunità. In questa direzione, nel corso del triennio, per evitare che siano penalizzati i cittadini degli Ambiti territoriali che possono avere difficoltà di progettazione, saranno previste forme di assistenza tecnica che accompagnino, ove necessario, gli Ambiti che partecipino a bandi regionali.

¹¹ Asse IV “Capitale Umano”, Obiettivo Specifico i1) “aumentare la partecipazione all'apprendimento permanente, anche attraverso provvedimenti intesi a ridurre l'abbandono scolastico e la disparità di genere rispetto alle materie”.

Qui di seguito si elencano schematicamente, e senza una pretesa esaustiva, le strategie, le dimensioni, le azioni principali per rendere possibile concretamente questa definitiva titolarità della pianificazione sociale da parte dei territori.

Al centro del sistema va messa la figura dell'operatore sociale, le cui competenze si configurano esse stesse come azioni di sistema, all'operatore spetta infatti:

- la presa in carico diretta del cittadino nel luogo deputato a questa modalità che è il Segretariato sociale come snodo del welfare d'accesso. Bisogna, in sostanza, rapportarsi al cittadino in maniera tale da far divenire il servizio alla persona uno scambio all'interno del quale si realizza un processo di co-produzione. In questo scenario, nell'ambito di questa relazione, il cittadino è un produttore-consumatore del servizio.
- l'integrazione/connessione con altre figure professionali ed altre realtà e sistemi d'intervento: sanità, scuola, lavoro, formazione ecc. L'operatore ha il difficile compito di collocarsi nelle zone di confine tra competenze e dimensioni diverse.
- il presidio dei flussi informativi, che ne fa uno dei principali attori del Sistema informativo regionale.
- l'organizzazione tecnico-amministrativa con la produzione di modulistica adeguata ai processi da presidiare.
- il contributo alle scelte concernenti l'allocazione delle risorse finanziarie.

Per realizzare la necessaria autonomia e capacità organizzativa e programmatoria dei territori le risorse finanziarie trasferite dalla Regione, sia di provenienza statale che regionale, saranno erogate in un fondo "indistinto". Ciò fermo restando naturalmente le indicazioni contenute nel presente documento e riferite a ciascuna area d'intervento e la specificità dei Progetti Obiettivo.

Le finalizzazioni degli interventi definite direttamente dai territori devono condurre all'adozione del Piano sociale di zona come unico piano regolatore del sociale di quell'area territoriale.

In continuità con quanto già sostenuto negli indirizzi regionali degli anni precedenti appare indifferibile far confluire le spese sociali di ciascun Comune nel Piano sociale di zona, evitando logiche di "doppio binario", e considerando lo strumento programmatico oggetto di un finanziamento plurimo.

Va data adeguata centralità alla Carta dei servizi. La Giunta regionale con deliberazione n. 1835 del 20/11/2008 ha approvato lo schema generale della Carta in conformità a quanto previsto dall'art. 8 e dall'art. 26 della l.r. n. 11/2007.

La Carta rappresenta il patto tra istituzioni e cittadini, sul quale si fonda il sistema di welfare comunitario. In questa logica il Piano sociale di zona si configura esso stesso come Carta dei servizi, nella quale risulti trasparente il sistema di offerta di quel territorio in termini di "chi fa che cosa, come e dove". Inoltre al suo interno vanno evidenziate nel dettaglio le modalità della valutazione di qualità come processo di rendicontazione sociale. La rendicontazione sociale si configura quale ampliamento del concetto di *accountability* e della rendicontazione contabile di azienda, esponendo informazioni che non sono oggetto di rilevazione contabile, ma sono molto importanti per la valutazione quali - quantitativa dell'attività e dei risultati. La Carta dei servizi deve costituire, inoltre, una garanzia per la corretta informazione agli utenti sui criteri di compartecipazione alla spesa per i servizi.

Riteniamo che questo processo del “dar conto” nei tre anni di vigenza del Piano sociale regionale vada definitivamente strutturato in ogni Ambito territoriale, legando ad esso elementi di premialità.

2.4 Le azioni di sistema

La pluralità di attori del welfare campano e la necessaria composizione dei contributi di ciascuno in un complesso integrato di interventi e servizi, impone di prestare attenzione per tutti i fattori che facilitano un agire cooperativo orientato all’ottimizzazione delle risorse e alla massimizzazione dei benefici, favorendo lo sviluppo di una *governance* moderna.

Nel triennio di durata del Piano sociale regionale le azioni di sistema perseguiranno la finalità di consolidare l’infrastrutturazione immateriale del welfare campano, generalizzando processi di miglioramento della qualità dei servizi offerti, attraverso la promozione di forme associative stabili, l’istituzione del sistema informativo sociale e l’uso generalizzato della carta dei servizi da parte dei fornitori.

La numerosità degli attori istituzionali e dei soggetti del Terzo Settore impone azioni di consolidamento del lavoro di rete, che si presentano come interventi ad elevata complessità, anche in considerazione delle dimensioni organizzative, gestionali, tecnologiche ed operative implicate. Per tenerne adeguatamente conto, è necessario allora delineare attività in grado di conseguire gli obiettivi prefissati attraverso processi evolutivi incrementali che valorizzino adeguatamente ciascun stato di avanzamento e, come in un gioco a somma positiva, aumentino la probabilità di successo di quello successivo.

2.4.1 Potenziamento delle forme associative

L’attuazione della riforma del welfare locale definita dalla legge quadro n. 328/2000, collocata nel generale processo di modernizzazione della Pubblica Amministrazione, ha generato la crescente necessità di esercitare funzioni e servizi in Ambiti territoriali più “adeguati”. Tale principio è appunto finalizzato a valorizzare l’idoneità organizzativa dell’amministrazione, anche e soprattutto attraverso l’attuazione di forme di decentramento e di cooperazione intercomunale volontaria, con la scelta di una giusta “dimensione di scala” che favorisca un’erogazione di servizi competitiva in termini di qualità e costi. L’art. 6 della l. n. 328/2000, recepisce implicitamente il principio di adeguatezza laddove sancisce che le funzioni dei comuni vengano esercitate “adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione”.

Obiettivo primario è dunque quello di costruire un sistema organico e funzionale di integrazione ed erogazione dei servizi sociali e di rafforzamento istituzionale degli ambiti territoriali. Nella l.r. n. 11/2007 la gestione associata ha carattere di coattività. Tale carattere coattivo si individua all’art. 6 laddove previsto che gli strumenti di programmazione e coordinamento tra Enti locali si traducono nella ripartizione del territorio regionale in Ambiti territoriali di cui all’art. 19, mentre all’art. 10, c. 2 lettera b) viene espressamente sancito l’obbligo di adottare «le forme associative e modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano sociale d’ambito, ai sensi del T.U. n. 267/2000».

L’inottemperanza della richiamata disposizione legislativa comporta l’esercizio del potere sostitutivo ai sensi dell’art. 47 della l.r. n. 11/2007. Pertanto, nel suddetto articolato legislativo viene ovviamente rispettata la titolarità dei Comuni nelle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, per quanto concerne la scelta degli assetti più funzionali alla gestione, ma viene sancita altresì la coattività della gestione in forma associata, lasciando riservata alla competenza regionale la determinazione degli ambiti territoriali.

La legge regionale sancisce espressamente la coincidenza degli Ambiti territoriali con i distretti sanitari e/o i loro multipli, purché rientranti nella medesima Asl. Tale previsione è finalizzata alla formazione di aggregazioni territoriali che garantiscano un'azione socio-sanitaria integrata e capillare e livelli di trattamento omogenei.

La gestione associata non rappresenta l'obiettivo, bensì lo strumento per realizzare una dimensione demografica ed economica adeguata per garantire in modo efficiente ed omogeneo l'erogazione dei servizi attraverso: la razionalizzazione delle risorse, la possibilità di fornire agli utenti prestazioni di servizi sempre più qualificati al minor costo possibile, uniformità, equità e maggiore qualità nella erogazione dei servizi per i comuni aderenti, concentrando in un unico punto la produzione di servizi identici; la garanzia di un'unica gestione del Piano sociale di zona attraverso una maggiore "consistenza" della forma giuridica dell'ambito stesso; l'incremento della capacità organizzativa attraverso una maggiore possibilità di attrarre finanziamenti (statali e regionali – comunitari); la valorizzazione delle professionalità presenti.

Forme associative.

Le forme associative sono quelle disciplinate dal Titolo II, Capo V del T.U.E.L. (D. Lgs. 267/2000 e successive modifiche ed integrazioni).

La Convenzione: è un mero accordo organizzativo I vantaggi offerti da tale forma di cooperazione sono: tempi contenuti, snellezza e flessibilità. E', infatti, sufficiente un accordo, raggiunto tramite l'autorizzazione e l'approvazione da parte dei Consigli degli Enti interessati alla convenzione, in cui siano determinati: i fini, la durata, le forme di consultazione dei soggetti contraenti, nonché i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie. La convenzione intercomunale attraverso la creazione di un ufficio comune consente la coincidenza degli organi che presidiano le funzioni socio-sanitarie con quelli che presidiano le funzioni sociali, evitando la creazione di organi/enti di secondo livello, consentendo inoltre la possibilità di conservare un ruolo politico forte e diretto degli Amministratori comunali.

Unioni di comuni: sono volontariamente costituite per la gestione di una pluralità di funzioni e servizi comunali. I presupposti per scelta di tale strumento associativo sono: una forte volontà politica che crede nella collaborazione intercomunale attraverso la creazione di una sede istituzionale di secondo livello, come mezzo per la realizzazione della maggiore efficienza; ed una struttura che consenta, la realizzazione di sinergie ed economie di scala a lungo termine nella gestione delle funzioni comunali, attraverso l'utilizzo congiunto di mezzi e personale. Rispetto alle altre forme associative, l'Unione presenta delle caratteristiche che consentono di proiettare l'Unione anche in una prospettiva che va oltre la stessa gestione associata di servizi e funzioni comunali. L'atto costitutivo e lo Statuto dell'Unione devono essere approvati dai Consigli dei Comuni partecipanti. E' sempre prevista, la figura del Presidente dell'Unione, per gli altri organi, invece, si rinvia all'autonomia decisionale degli Enti coinvolti. Caratteristica fondamentale di tale forma associativa è la potestà regolamentare nella disciplina nella propria organizzazione, lo svolgimento delle funzioni ad essa affidate ed i rapporti finanziari con i comuni afferenti.

Il consorzio: è caratterizzato, nel tempo, da forme più "strutturate" di funzionamento. Si costituisce attraverso l'approvazione a maggioranza assoluta, di una convenzione da parte dei componenti dei Consigli degli Enti interessati e dello Statuto del Consorzio stesso. La convenzione rappresenta l'atto costitutivo del Consorzio, disciplinando le nomine degli organi sociali e le competenze degli organi consortili, mentre lo Statuto ne regola l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi. E' dunque prevista la definizione di

una struttura politica *ad hoc* attraverso il consiglio di amministrazione ed il collegio dei revisori. Tale forma associativa si caratterizza per: l'esistenza di un divieto di costituire consorzi multipli tra gli stessi Enti locali; la previsione di consorzi obbligatori (ex co 7 dell'art. 31 T.U.E.L.) individuati con legge dello Stato; l'applicazione delle norme previste per le aziende speciali nel caso di gestione di attività economica e imprenditoriale di rilievo e di gestione di servizi sociali, se così previsto nello Statuto. Vantaggi della forma consortile sono l'ampliamento del bacino di utenza e il conseguente raggiungimento di economie di scala, la possibilità di stabilizzazione delle figure professionali e conseguenziale superamento delle problematiche connesse alle carenze qualitative e quantitative del personale.

Al fine di razionalizzare le risorse, superare i limiti fin qui emersi e consolidare le modalità di gestione del sistema del welfare, nel triennio saranno previste forme di premialità per gli Ambiti che si siano forme associative consolidate, nei modi e nelle forme previste dal d.lg.s. 267/2000. L'obiettivo è superare i particolarismi territoriali e garantire che l'offerta dei servizi per i cittadini sia uniforme in tutta la regione.

2.4.2 Il Sistema informativo sociale (Sis)

Per il buon funzionamento del sistema integrato dei servizi sociali è essenziale lo sviluppo di una conoscenza condivisa, e quindi di una rete permanente di informazione e comunicazione sociale, che sfruttando le potenzialità delle Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) orienti e supporti il sistema a:

- leggere i bisogni potenziali ed espressi delle comunità locali;
- pianificare e programmare gli interventi ed i servizi territoriali;
- decodificare e ricodificare la domanda dei cittadini in funzione dell'offerta dei servizi;
- selezionare le prestazioni appropriate e monitorarne l'erogazione;
- valutare l'efficacia degli interventi e le performance per apportare adattamenti migliorativi.

Per il prossimo triennio è quindi necessario sviluppare un'azione di sistema finalizzata ad istituire e generalizzare l'uso del Sis prescritto dall'art. 25 della l.r. n. 11/2007 che, attraverso un'adeguata piattaforma tecnologica, e valorizzando gli investimenti effettuati fino ad oggi dalla Regione Campania, faciliti la condivisione delle informazioni ed accresca l'utilità della partecipazione di tutti gli attori, attraverso la produzione di *output* utili all'assolvimento del debito informativo di ciascuno.

Per la numerosità degli attori, la molteplicità delle funzioni e l'impatto sugli assetti organizzativi e professionali, tale azione di sistema deve articolarsi in più linee di intervento finalizzate a conseguire i seguenti obiettivi generali:

- Promozione tra tutti gli operatori del welfare campano dell'uso di tecnologie della comunicazione e dell'informazione che valorizzino la propria professionalità e perseguano un'ottimizzazione dei processi lavorativi;
- Definizione, attraverso un processo di progettazione partecipata, del set di indicatori necessari affinché ciascun attore assolva i propri debiti informativi e soddisfi il fabbisogno informativo necessario allo sviluppo delle proprie attività, individuando quindi un sistema di produzione di informazioni alimentato dai dati prodotti da ogni soggetto del welfare locale;
- Integrazione degli applicativi esistenti e loro sviluppo in un unico applicativo conforme alla visione strategica dell'amministrazione regionale in termini di servizi, organizzazione e tecnologia;

- Attivazione di stabili canali di comunicazione con cui abbattere le asimmetrie informative e consentire la partecipazione attiva.

A tal fine sarà utile il ruolo della Provincia, chiamata dalla legge reg.le 11/07 ad assicurare, d'intesa con la Regione, la realizzazione del Sis. L'articolo 25, comma 6, prevede che «le province coordinano, su scala provinciale, la rilevazione e la elaborazione dei dati trasmessi dai comuni e, unitamente ad una propria relazione, li trasmettono con cadenza annuale alla Giunta regionale, che redige un rapporto sullo stato delle politiche sociali».

Per capitalizzare gli investimenti fino ad ora effettuati e valorizzare le competenze negli anni acquisite dagli operatori, è necessario che le linee di intervento dell'azione di sistema tengano in debito conto le numerose ed interessanti esperienze che Ambiti territoriali e realtà provinciali hanno realizzato attraverso bandi pubblici di e-government, anche grazie al P.O.R. Campania 2000/2006. Il Sis dovrà raccogliere e fare sintesi delle esperienze che sono state prodotte dai territori, mettendo a sistema le conoscenze ed i saperi che tali sperimentazioni hanno generato e deve inoltre conformarsi al percorso intrapreso dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 1061/2008 per giungere alla definizione di un protocollo di *policy*, quale complesso di regole tecniche ed organizzative, che, tra l'altro, individua i titolari dei dati e di coloro tenuti alla loro certificazione, affinché le azioni amministrative possano avvalersi di informazioni certificate ed acquisibili in modo univoco. E' anche uno strumento di monitoraggio e di analisi dei bisogni e va connesso alla carta dei servizi e, più in generale, di valutazione e monitoraggio della qualità dei servizi. Si prevede anche la definizione di un applicativo web based con il quale gli Ambiti memorizzano gli elementi salienti delle Carte dei Servizi dei propri fornitori. Inoltre l'entrata a regime del Sis consentirà, in prospettiva, di disporre di nuovi elementi conoscitivi e, quindi, di integrare gli indicatori adottati per il riparto delle risorse per le politiche sociali con ulteriori indicatori di bisogno.

A partire da tali vincoli/opportunità le quattro linee di intervento, per innescare e supportare processi di miglioramento della qualità, devono nel triennio essere opportunamente declinate in attività capaci di promuovere adattamenti progressivi che, pur affrontando le contingenze, puntino al miglioramento del sistema nella sua interezza.

La linea di intervento di diffusione dell'uso di strumenti TCI, deve svilupparsi in più momenti finalizzati ad aumentare le competenze, l'utilità e la disponibilità di strumenti informatici e di accesso alla rete. Gli interventi devono tenere adeguatamente conto dell'impatto tecnologico sugli assetti organizzativi e sulle consolidate prassi professionali, prevedendo un allineamento ed una standardizzazione, giacché ciascun attore è responsabile di una certa fase, ed al contempo partecipa alla creazione delle condizioni ottimali per l'intervento di quelli responsabili delle fasi successive¹². Intervento preliminare è quindi una ricerca azione finalizzata a rilevare le risorse umane e strumentali presenti, a sollecitare interesse per il Sis, ed a reclutare negli Uffici di piano i referenti per l'intero triennio con i quali concordare percorsi condivisi a partire dalle specifiche prerogative conferite dalla legge a ciascun attore.

La linea di intervento di definizione di un set minimo condiviso di indicatori del sistema, vede agire, con il coordinamento regionale, tutti gli attori del sistema di servizi, per definire linee di indirizzo e modelli organizzativi, procedure e schemi di rilevazione omogenei. Nell'ottica di

¹² «Esiste quindi una "matrice degli attori" che agisce secondo canoni di sussidiarietà verticale ed orizzontale; esiste, in definitiva, una "matrice di sussidiarietà", dove sussidiarietà significa che ciascun attore partecipa», in Libro Bianco sul Welfare. Proposte per una società dinamica e solidale, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roma, febbraio 2003, pag. 30

una compiuta e matura *governance*, tale azione oltre a focalizzarsi sul debito informativo (gli *input*) deve tener conto anche del fabbisogno di ciascun attore (gli *output*). Essa inoltre deve promuovere la necessaria integrazione con il sistema informativo sanitario e con quello europeo (Eurostat), perseguendo una struttura dei dati essenziale (evitando così l'inflazione di informazioni che può minarne la significatività), flessibile e tempestiva, con flussi informativi chiari e sufficientemente decentrati. La struttura dei dati ed i suoi flussi informativi deve, inoltre, permettere il monitoraggio delle funzionalità del Sistema attraverso l'uso sistematico di indicatori di realizzazione e di risultato, con un'osservazione costante agli standard di qualità pattuiti con i cittadini attraverso lo strumento della Carta dei servizi. La messa a punto di un'architettura con queste caratteristiche deve necessariamente avvalersi della collaborazione di esperti di politiche sociali, statistica e sistemi informativi, privilegiando le professionalità presenti nelle articolazioni della Pubblica Amministrazione.

La linea di intervento di integrazione degli applicativi esistenti in un unico prodotto, prende avvio con l'acquisizione degli applicativi e delle schede tecniche dei software finanziati con i fondi strutturali e per ciò di proprietà della Regione Campania. Tale azione può essere efficacemente sviluppata in collaborazione con la tecnostruttura afferente alla Ricerca Scientifica, con la quale è evidentemente necessario rafforzare rapporti di cooperazione anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro misti. Gli interventi riguardanti tale azione di sistema devono inoltre tenere adeguatamente conto anche degli stati di avanzamento della definizione di un set minimo condiviso di indicatori di sistema.

La linea di intervento di attivazione di stabili canali di comunicazione, è trasversale agli interventi precedentemente delineati, in quanto è uno strumento indispensabile per la condivisione di finalità, obiettivi e modalità di realizzazione partecipate. Essa prevede attività finalizzate ad eliminare le asimmetrie informative tra gli attori istituzionali e sociali ed a garantire flussi informativi continuativi con i cittadini. Gli strumenti *web based* devono essere impiegati per la creazione della *community* degli operatori del welfare campano, affinché attraverso la socializzazione di informazioni e saperi, si generalizzi l'agire comunicativo condiviso, indispensabile per migliorare le relazioni di servizio in un'ottica di miglioramento, personalizzazione e soddisfazione delle aspettative dei fruitori. Un portale dedicato, adeguatamente pubblicizzato, deve fornire ai cittadini tutte le informazioni indispensabili per garantirne la partecipazione ed il coinvolgimento.

Il Sis è, quindi, strumento indispensabile per raccogliere i dati prodotti dalle azioni degli attori del welfare, monitorarne l'erogazione di interventi e servizi, elaborarli in informazioni utili per determinarne efficienza ed efficacia, e condividerle e socializzarle con i beneficiari, per stimolare il miglioramento continuo della loro qualità.

Nella prima annualità si deve avviare l'uso del Sis tra il maggior numero possibile di attori istituzionali, per rendere visibile gli investimenti fino ad oggi effettuati e conquistare la fiducia dei "tecnici", grazie a funzioni gestionali (ed in primis quelle che facilitano gli adempimenti connessi alla presentazione dei Pdz ed all'uso del Progetto Sociale Individualizzato) ed alla valorizzazione di professionalità ancora troppo precarie.

In essa si devono conseguire i seguenti obiettivi specifici:

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Promozione tra gli operatori dell'uso di TIC	Individuazione tra tutti gli attori istituzionali di referenti con i quali strutturare il percorso di adozione del Sis; Ricognizione in ogni livello istituzionale delle modalità di raccolta

	ed elaborazione delle informazioni e della capacità di utilizzo di strumenti TIC;
Definizione del set di indicatori di cui necessita ciascun attore	Condivisione con metodologie di progettazione partecipata degli esiti della sperimentazione già effettuate; Definizione del contributo informativo di ciascun attore orientato all'essenzialità delle informazioni, flessibilità e tempestività; Formalizzazione di eventuali integrazioni/correzioni degli strumenti della sperimentazione;
Sviluppo in un unico applicativo	Acquisizione degli applicativi finanziati ed analisi della documentazione di supporto; Acquisizione delle regole tecniche ed organizzative della Regione Campania in materia di infrastrutture informatiche e sistemi informativi; Individuazioni delle integrazioni/correzioni da apportare;
Attivazione di stabili comunicazione	Progettazione e realizzazione di un portale e di una newsletter

Nella seconda si deve promuovere l'uso del Sis, sia attraverso incentivi premiali che il sostegno all'adeguamento della infrastruttura materiale.

Ecco gli obiettivi da realizzare

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Promozione tra gli operatori dell'uso di TIC	Assicurazione a tutti gli attori di una dotazione adeguata di strumenti TCI; Diffusione tra tutti gli attori delle competenze necessarie all'uso di tecnologie TCI.
Definizione del set di indicatori di cui necessita ciascun attore	Manutenzione/aggiornamento della modulistica e della struttura dei dati.
Sviluppo in un unico applicativo	Manutenzione/aggiornamento degli applicativi
Attivazione di stabili comunicazione	Aggiornamento/manutenzione del portale e gestione della newsletter

Nella terza si deve consolidare l'uso del Sis per evitare penalizzazioni per quegli attori istituzionali che non adempiono al debito informativo che attraverso esso si assolve, e che evidentemente non sono in grado di leggere i bisogni delle proprie comunità, di predisporre i servizi di cui i cittadini hanno diritto, di assicurare efficacia e qualità delle prestazioni offerte. In questa fase si devono conseguire, in continuità con la fase precedente, i seguenti obiettivi:

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Definizione del set di indicatori di cui necessita ciascun attore	Manutenzione/aggiornamento della modulistica e della struttura dei dati.

Sviluppo in un unico applicativo	Manutenzione/aggiornamento degli applicativi
Attivazione di stabili comunicazione	Aggiornamento/manutenzione del portale e gestione della newsletter

Il Progetto “Campania sociale digitale” rappresenta lo strumento operativo per la realizzazione del sistema informativo sociale (SIS).

Attraverso di esso saranno definiti gli indirizzi metodologici unitari, gli strumenti e gli applicativi digitali per la realizzazione del sistema informativo sociale regionale e in particolare gli applicativi per:

1. la definizione della mappa dei bisogni sociali e la rilevazione dei servizi e delle prestazioni offerte dal sistema dei servizi regionale;
2. lo svolgimento periodico della programmazione sociale negoziata territoriale;
3. l'erogazione del servizio di segretariato sociale e di servizio sociale professionale;
4. lo sviluppo della comunicazione e dell'informazione sociale digitale attraverso il portale regionale dei servizi sociali;
5. l'implementazione e la connessione delle reti sociali digitali regionali;
6. la definizione della carta dei servizi
7. l'integrazione con gli altri applicativi digitali sociali di proprietà regionale
8. il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi erogati e della spesa effettuata.

Esso rappresenta uno dei progetti-obiettivo applicativi del piano sociale regionale e avrà pertanto la medesima durata triennale.

2.4.3 Valutazione e monitoraggio della qualità dei servizi

L'art. 46 della l.r. n. 11/2007 prevede l'adozione di strumenti di valutazione e monitoraggio del sistema integrato degli interventi e servizi sociali. La Giunta regionale individua in questo Piano sociale standard e sistemi di valutazione inerenti i risultati da raggiungere, la risposta dei servizi rispetto alla domanda sociale espressa e l'impatto del sistema dei servizi sulla popolazione femminile. La Regione redigerà annualmente un rapporto sullo stato delle politiche sociali, e triennialmente una relazione al Consiglio regionale sullo stato di attuazione del Psr. In questo senso va la stessa organizzazione di questo Piano, che articolato in obiettivi, interventi ed indicatori di risultato consente al termine del triennio una valutazione, qualitativa e quantitativa dei risultati raggiunti.

La conoscenza dei bisogni è, pertanto, indispensabile sia per una adeguata programmazione degli interventi, sia per il monitoraggio e la valutazione delle politiche.

E' certo che se si parla di servizi sociali si parla di conseguenza della qualità dei servizi. Nel campo degli interventi di politica sociale la qualità è da intendersi “multidimensionale”: nessun criterio, infatti, da solo è in grado di rappresentarne compiutamente la complessità. Ogni singolo attore è portatore di un proprio sistema di preferenze ed è quindi indispensabile far esplicitare i diversi criteri di valutazione e permettere un confronto tale da far condividere la dimensione organizzativa, umana e strutturale. La valutazione ed il monitoraggio coinvolgono tutti gli attori del sistema. L'art. 46 della l.r. n. 11/2007 prevede infatti, in coerenza con il principio di decentramento, che i Comuni associati, con il supporto delle Province, assicurino forme costanti e continuative di monitoraggio, verifica e controllo delle prestazioni e dei servizi, anche con la collaborazione delle forze sociali e la partecipazione dei cittadini. Del resto, come la letteratura in materia evidenzia, la valutazione degli interventi e dei servizi sociali, se condotta non come processo sanzionatorio, va considerata come

momento di riconoscimento reciproco e come processo di partecipazione e condivisione degli obiettivi progettuali da parte dei soggetti che a diverso livello operano per realizzare un intervento sociale.

E' necessario, quindi, che i PdZ si dotino di indicatori comparativi e di misurazione affinché si arrivi ad un sistema di analisi basato sul profilo sociale e ad un sistema di monitoraggio e valutazione *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*. La Regione accompagnerà questa fase di monitoraggio, attraverso strumenti di valutazione partecipata della qualità dei servizi. Si suggerisce, inoltre, e questo sarà oggetto di specifica analisi nel triennio di attuazione del Piano, che gli Ambiti e gli attori del sistema integrato si dotino di strumenti di rendicontazione sociale. Come indicato nella Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica del 17 febbraio 2006, «la rendicontazione sociale delle amministrazioni pubbliche risponde alle esigenze conoscitive dei diversi interlocutori, siano essi singoli cittadini, famiglie, imprese, associazioni, altre istituzioni pubbliche o private, consentendo loro di comprendere e valutare gli effetti dell'azione amministrativa. Essa può essere considerata come una risposta al deficit di comprensibilità dei sistemi di rendicontazione pubblici in termini di trasparenza dell'azione e dei risultati delle amministrazioni pubbliche, di esplicitazione delle finalità, delle politiche e delle strategie, di misurazione dei risultati e di comunicazione». In questo senso uno strumento come il *bilancio sociale* può consentire una valutazione di aspetti, come la trasparenza, la partecipazione, la comunicazione, di natura non semplicemente economica. Come del resto evidenzia la letteratura in materia, il *bilancio sociale* offre tanto l'occasione per un'opportunità di riflessione e valutazione partecipata all'interno della propria organizzazione, quanto un momento qualificante di comunicazione con soggetti esterni. Accanto al *bilancio sociale*, si possono individuare altri strumenti come il *bilancio di mandato*, il *bilancio partecipato*, il *bilancio di genere*.

Il *bilancio di mandato* è un documento non obbligatorio predisposto per rendicontare in modo chiaro e trasparente ai diversi interlocutori sociali gli obiettivi ed i risultati dell'azione di governo nel periodo di riferimento o del periodo di programmazione trascorso. Consente quindi una verifica tra gli obiettivi dichiarati e quelli raggiunti e il confronto tra le iniziative adottate e le intenzioni dichiarate.

Il *bilancio partecipato* è definito dalla letteratura come un «processo decisionale che consiste in un'apertura della macchina istituzionale alla partecipazione diretta ed effettiva della popolazione nell'assunzione di decisioni sugli obiettivi e sulla distribuzione degli investimenti pubblici». L'obiettivo finale del bilancio partecipato si realizza attraverso incontri con i cittadini in cui si condividono le scelte in materia di programmazione delle risorse. Questi incontri con la cittadinanza devono essere preventivi, rispetto a quando viene approvato il bilancio definitivo.

Il *bilancio di genere* in ambiente pubblico «rende possibile l'integrazione di una prospettiva di genere nella lettura di documenti di programmazione economica che declinano e sintetizzano le politiche pubbliche. La finalità di tale pratica è duplice: da un lato rendere evidente come alcune politiche, apparentemente neutrali rispetto al genere, possono sortire effetti differenziati sulla condizione economica e sociale della popolazione femminile o maschile, dall'altro persuadere il decisore della necessità di un'attenta analisi dell'impatto di ogni sua decisione sulle condizioni di vita dei due generi».

Nel corso del triennio, la Regione intende promuovere assieme agli Ambiti territoriali e gli attori del Terzo settore, l'adozione di questi strumenti di rendicontazione sociale. Dispositivi di valutazione immediatamente connessi con la Carta dei servizi, che è, a partire da questa programmazione, uno strumento già operativo.

La Carta dei servizi diviene, in questo scenario, indispensabile per qualificare adeguatamente servizi alla persona in cui la maggior parte dei beneficiari è in condizione di forte disagio sociale e quindi con basso potere contrattuale.

La Carta dei servizi, infatti, è strumento essenziale per il sistema del welfare locale di assumere impegni di fronte ai propri fruitori, consentendo il controllo dei fattori di qualità e quindi stimolando il rispetto di standard qualitativi sempre migliori.

Nel corso del triennio gli obiettivi da realizzare per una politica di qualità riguardano quindi l'introduzione generalizzata della Carta dei Servizi, il monitoraggio degli scostamenti tra le diverse articolazioni e la verifica del grado di soddisfazione dell'utenza.

Nella prima annualità è necessario che tutti gli attori adottino la Carta dei servizi.

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Adozione della Carta dei Servizi	Definizione di un applicativo <i>web based</i> con il quale gli Ambiti memorizzano gli elementi salienti delle Carte dei Servizi dei propri fornitori; <i>Stat-up</i> del monitoraggio dei fattori e degli standard di qualità minimi definiti dall'accreditamento; Adozione della Carta di servizi in ogni Ambito; Diffusione della conoscenza della funzione della Carta dei Servizi.

Nella seconda annualità si deve avviare una sistematica attività di analisi delle *performances* di qualità

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Monitoraggio degli scostamenti	Istituzione dell'Ufficio di Tutela; Analisi dell'efficienza interna di tutti i servizi offerti; Analisi del rispetto degli standard di qualità dell'accesso al sistema e della presa in carico; Diffusione delle buone pratiche.

Nella terza annualità si devono dare inizio ad attività conoscitive della soddisfazione dei cittadini, promuovendo la loro attenzione al rispetto di adeguati standard di qualità

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Verifica della Soddisfazione dei Cittadini	Analisi dei reclami e delle azioni correttive messe in atto; Indagini a campione del grado di soddisfazione degli utenti; Diffusione delle buone pratiche.

2.4.4 L'integrazione tra sociale e sanitario: verso un nuovo paradigma nelle politiche per la salute

La crisi finanziaria che vivono i sistemi sanitari regionali, e in particolare quello della Regione Campania, deve indurre una riflessione profonda sulle ragioni che l'hanno determinata per evitare di risolversi esclusivamente in un mero problema di tagli

indiscriminati alla spesa. Essi che inevitabilmente finiscono per scaricare i loro effetti, direttamente o indirettamente sull'utente che vede aumentare il costo di servizi e prestazioni in un momento di grave crisi economica e finanziaria.

Eppure è di chiara evidenza che la semplice leva finanziaria rappresenta una soluzione di corto respiro che sposta semplicemente nel tempo i problemi ma non li risolve, e perciò nel lungo periodo non può che accentuare il calo di fiducia degli utenti nei confronti dei servizi e, più in generale, nei confronti delle istituzioni pubbliche. Tutte le analisi e le ricerche prodotte negli ultimi anni sul rapporto tra costi e ricavi in sanità e sul tema conseguente del rapporto tra investimenti economici crescenti e risultati in termini di efficacia e qualità calanti, suggeriscono una riforma radicale del modello vigente, eccessivamente centrato sull'approccio ospedaliero e un suo riequilibrio a vantaggio dell'approccio sociale-territoriale. La stessa legge di riforma *ter* del nostro sistema sanitario, attribuendo un ruolo centrale ai distretti sanitari di base (art. 3 e ss. del dlgs 229/1999), rappresenta un indirizzo chiaro in tal senso, anche se esso è a tutt'oggi in buona parte inapplicato.

Il rapporto tra sociale e sanitario nel modo in cui è stato vissuto in una parte del Paese ripropone in pieno sempre e comunque il "paradigma sanitario", l'"approccio clinico", esclusivamente medicalizzante. Ancora non viene colta nella sua innovatività la dimensione dell'integrazione sociosanitaria, quale luogo di uscita dalla fase medicalizzante, occasione per applicare l'approccio sociale al tema della salute. Quest'ultimo si basa sul potenziamento della medicina territoriale e domiciliare e dei servizi sociali e sociosanitari, anche se risulta spesso ridotto a semplice variabile finanziaria che assorbe ulteriori risorse dai bilanci sociali o, anche, direttamente dai redditi degli utenti. Invece, il terreno di massima integrazione tra sociale e sanitario risultano proprio le aree assai delicate della prevenzione, della riabilitazione, della lungo-assistenza e delle patologie psico-sociali dove il "paradigma del sanitario" si rivela, tutt'ora, più inadeguato e dove, invece, risulta determinante l'approccio sociale rivolto al protagonismo della persona nel suo contesto di vita e di relazioni.

Con l'ausilio delle cure sanitarie intensive, la persona che si affranca progressivamente dalla sua condizione di malattia e di dipendenza dal servizio sanitario ha bisogno di recuperare la propria condizione di autonomia e vita sociale. L'intensità della cura sanitaria in questa fase del bisogno assistenziale deve, perciò, decrescere progressivamente per essere sostituita dall'intensità della presa in carico sociale. La relazione tra sociale e sanitario pone perciò con forza, non già la centralità esclusiva del "modello ospedaliero" e del "paradigma sanitario", bensì il tema della continuità assistenziale ospedale/territorio/domicilio, con l'alternarsi dell'approccio ospedaliero e di quello sociale a seconda delle condizioni del paziente. Ma per rendere efficace questo nuovo paradigma, va riequilibrato l'assetto esistente, promuovendo con forza la medicina del territorio e innanzitutto realizzando in modo compiuto il sistema territoriale dei servizi sociali previsto dalla legge regionale n. 11/2007.

Il problema di fondo in questa fase della storia dei servizi è assicurare la continuità del percorso assistenziale dal sanitario al sociale e viceversa in nome della centralità della persona e non della centralità di una parte del sistema dei servizi esistenti.

Dentro questo percorso di continuità assistenziale e di accompagnamento della persona al recupero della salute fisica, dell'autonomia individuale e del benessere sociale non vi sono "padroni del paziente" ma solo titolarità di competenze (finanziarie, organizzative e professionali), autonome nella responsabilità e integrate nella erogazione.

A fronte di una tale nitidezza delle questioni, della presenza di un *corpus* normativo che, pur se con diverse sfumature, ormai già da anni sottolinea la necessità di un cambiamento, e in presenza di una situazione di costante emergenza finanziaria, si pone con forza la domanda del perché non emerge una spinta reale al cambiamento del sistema sociosanitario vigente.

La risposta va cercata nel ritardo culturale che seguita a riportare ogni servizio alla persona entro il "paradigma sanitario". Un paradigma che sicuramente alimenta la pervasività del

sistema sanitario ed inibisce il coinvolgimento attivo dell'utente e che, laddove permane oltre la fase di acuzie, finisce per limitare l'autonomia della persona cronicizzandone la dipendenza.

Un nuovo rapporto tra sociale e sanitario

Lentamente negli anni la medicina si è andata affermando separando progressivamente il corpo dalla persona e astraendo questa dal suo contesto di vita e di relazioni. Da questa sottile ma intensa estraneazione si afferma la concezione biomedica del servizio sanitario, fortemente centrata sulla cura del sintomo e su un approccio prevalentemente prestazionale a scapito della dimensione sociale più orientata alla promozione della persona nel contesto relazionale e reticolare.

La storia della sanità e dell'assistenza nel nostro paese è stata profondamente condizionata da questa iniziale vicenda. La sanità si è progressivamente separata dalla sua dimensione sociale proprio enucleando il corpo dalla persona e in tal modo accreditandosi come servizio "per tutti". La dimensione sociale progressivamente depurata della dimensione sanitaria è, viceversa, scivolata a semplice attività di "assistenza e beneficenza" per le fasce "marginali" della società. E perciò è divenuta essa stessa una mera spesa marginale a fini di sicurezza pubblica. In questa divaricazione è venuto meno il concetto di salute come insieme di più funzioni tra di loro integrate per fare posto a quella tra di esse più immediatamente percepibile che perciò stesso ha finito per oscurare tutte le altre.

Per questi motivi il bisogno di salute inteso come attività di cura del corpo e, successivamente, anche di prevenzione della malattia, ha trovato un riconoscimento più immediato da parte del "comune sentire" di quanto non sia avvenuto per il bisogno di salute intesa come "benessere sociale". La malattia, pur essendo considerata essa stessa, fino all'inizio del secolo scorso, quasi una colpa, si è affrancata relativamente presto da questo complesso, rendendo possibile il riconoscimento del diritto sanitario quale diritto soggettivo tutelato dalla legge.

La malattia, estrapolata dalla sua dimensione sociale, è stata per lo più percepita come universale (colpisce a prescindere dalle condizioni di classe, censo, razza e religione) anche se tutte le ricerche epidemiologiche evidenziano la persistenza di una forte relazione tra condizione sociale e ambientale e insorgenza della malattia e sua capacità di fronteggiamento. Migliori condizioni di vita rappresentano di sicuro un'ottima misura di prevenzione e, in caso di malattia, migliori condizioni di cura. Viceversa, il bisogno sociale e, in particolare, il bisogno di sostegno sociale per le persone a maggior rischio di esclusione a causa di "inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia" ha dovuto attendere ancora a lungo per trovare un suo riconoscimento universalistico e quindi una sua legittimazione normativa. Ancora adesso, infatti, in larghi strati di opinione pubblica, la povertà, la diversità, il disagio sociale sono visti come un'esclusiva colpa della persona piuttosto che come una conseguenza anche di ben definiti e complessi fenomeni sociali.

Tra storie normative e organizzative molto articolate, per dimensioni finanziarie e strumentali, culture e modalità operative, la relazione tra sociale e sanitario ha trovato grandi difficoltà a svolgersi in modo compiuto ed equilibrato senza un preciso e sanzionato obbligo normativo.

Solo con la nota riforma delle politiche sociali promossa dalla legge 328/2000, e consolidata nella Regione Campania con la legge n. 11/2007, si è affermato che la diversità e l'emarginazione sociale costituiscono un problema sociale e non sanitario, che sono la conseguenza o la causa di percorsi di esclusione e che è compito del sistema dei servizi sociali assicurare le condizioni affinché ciascuno, a prescindere dal suo stato economico o di salute, possa recuperare e liberamente esercitare la propria autonomia e i propri diritti di cittadinanza. E' questa la chiave di lettura per un nuovo rapporto tra sociale e sanitario.

Fino ad oggi il sistema sanitario è intervenuto nel campo dei servizi sociali sostituendosi ai Comuni, spesso completamente assenti, in particolare nel Mezzogiorno, sia per limiti culturali di fondo sia per gravi problemi di natura finanziaria. Anche a questa atavica funzione vicariamente va attribuita la responsabilità nell'aver finito per medicalizzare i bisogni sociali, laddove si richiedono percorsi personalizzati e interventi "reticolari".

La legge regionale n. 11/2007 indica finalmente un approccio e un percorso diversi che sarebbe fatale non perseguire.

La promozione delle politiche di benessere

Il concetto di benessere varia con il variare delle condizioni e delle fasi della cultura, e certo non può essere tipizzato in modo definito e non dalla medicina. Quindi il problema della salute è assai più ampio del suo puro ambito medico. D'altra parte la sua realizzazione implica oggi dimensioni organizzative assai rilevanti, cioè scelte economiche, tecniche e formative che vanno ben al di là dell'ambito medico, essendo inerenti a direttive di fondo di tutta la società. La necessità di un allargamento verso politiche ampie e di sistema deriva anche dallo sviluppo di qualsiasi campo strettamente medico: la prevenzione in tutti i suoi aspetti, coinvolge tutta la popolazione, la sua educazione di base, le strutture normali in cui essa si configura e strutture parallele più specificamente sanitarie. Gli incidenti stradali, l'alcolismo, la dipendenza da droga, molte malattie mentali, le malattie "iatrogeniche", costituiscono un esempio di questo intreccio fra problemi medici e assetti sociali.

La salute diventa il prodotto di una costruzione sociale dove la sanità non è più scindibile dal contesto che la produce, dove il corpo si riunisce con la sua storia e la cura non è più separabile dal contesto sociale nel quale si è sviluppata la malattia. In questo nuovo paradigma, la ricerca della salute diventa coesistente dalla ricerca del benessere sociale e/o di una migliore qualità della vita.

Questo salto concettuale recupera al "lavoro sociale" un ruolo strategico nei percorsi di costruzione sociale del benessere individuale e collettivo. Assume un ruolo centrale sia nei percorsi di prevenzione, recupero e mantenimento della salute, sia nelle azioni di prevenzione e di tutela dei rischi sociali. Le azioni riparative assumono una valenza secondaria rispetto a quelle finalizzate alla rimozione delle cause sociali del malessere individuale e collettivo. Le politiche sociali ritornano al centro della cura e assumono una rilevanza strategica nella promozione dei percorsi di governance locale dello sviluppo.

Con l'articolo 128, comma 2, del decreto legislativo 112 del 1998 i servizi sociali smettono definitivamente e formalmente la loro prioritaria funzione riparativa e di contenimento e/o di controllo del cosiddetto "corpo sociale malato", fatto di poveri, malati, emarginati, devianti, diversi, a difesa del cosiddetto "corpo sociale sano", costituito dalle persone cosiddette "normali" per assumere la funzione di traghettatore dei cosiddetti esclusi nel mondo degli inclusi e di rimozione delle cause dell'esclusione. Tale ottica consente di ridefinire la stessa nozione di servizi sociali come l'insieme delle attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita. Così intesi, dunque, i servizi cessano di essere i tutori della stabilità sociale e i guardiani dell'ordine costituito per diventare operatori e facilitatori dei percorsi di rimozione e superamento delle situazioni di bisogno e di difficoltà.

Se la funzione riparativa e/o di contenimento cede il passo a quella reticolare – sistemica orientata alla rimozione delle cause della malattia e dell'esclusione e alla promozione della salute e del benessere sociale, diventano necessarie non solo nuove figure professionali sociali ma anche l'aggiornamento dei contenuti formativi delle figure professionali esistenti.

Di sicuro questo contesto offre l'opportunità per nuovi ruoli e nuovi scenari per tutti gli operatori sociali.

L'uscita dal paradigma bio-medico diventerà realtà solo se accompagnata dalla concreta realizzazione del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali territoriali e dalla contemporanea definizione di nuovi approcci metodologici e operativi e di nuove, più equilibrate e più avanzate forme di integrazione tra sociale e sanitario. Questo complesso lavoro sociale comporta, altresì, la realizzazione di processi di programmazione partecipata molto più attenti alla definizione di percorsi identitari fortemente centrati sulla comunità locale e sulla produzione di "capitale sociale". Se la dimensione bio-medica concentra il suo campo di azione nella relazione tra la persona e il suo corpo, la dimensione sociale proietta la persona nel suo contesto di vita e di relazione e in esso prova a disegnare le condizioni sociali per il conseguimento di maggior salute e benessere. Non è solo sul versante sanitario che si gioca la partita della trasformazione del sistema sanitario e socio-sanitario vigente. Al contrario, il sistema tenderà a riequilibrarsi solo a condizione che crescano adeguati contrappesi sul versante sociale. Più servizi sociali e più politiche sociali non potranno che giovare al sistema sanitario.

La programmazione partecipata dei piani di zona sociali in Regione Campania laddove il coinvolgimento e la partecipazione è stato un fatto reale e non formale, ha rappresentato sicuramente un esempio concreto, pur se non esente da criticità e limiti, di sperimentazione di questo nuovo rapporto tra le due dimensioni che questo Piano evidenzia. Nel nuovo triennio di programmazione, è necessario dare forza e continuità a questa preziosa sperimentazione, rivisitando la relazione tra sociale e sanitario, innanzitutto a partire dai servizi domiciliari e progressivamente per l'area dei servizi diurni e residenziali, recuperando alla titolarità sociale le competenze e le risorse necessarie al riequilibrio del sistema regionale dei servizi alla persona.

2.5 Obiettivi di servizio

La strategia adottata nella programmazione europea 2007-2013 mira 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. Assumono 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).

In questo contesto ed alla luce delle priorità programmatiche, il Quadro Comunitario di Sostegno, con un cambio di rotta rispetto all'impostazione del ciclo 2000-2006, ha fissato un ruolo chiave a specifici obiettivi - Obiettivi di servizio - connessi all'erogazione di servizi in ambiti ritenuti determinanti ai fini dell'innalzamento del grado di attrattività del territorio.

Ciascun obiettivo di servizio è misurato mediante l'utilizzo di un set di indicatori statistici capaci, complessivamente 11, per ciascuno dei quali sono stati fissati puntuali target vincolanti da raggiungere entro il 2013, con una valutazione intermedia al 2009. Al loro raggiungimento è legata una premialità di 661,7 milioni di euro.

L'Obiettivo di servizio coerente con i contenuti programmatici del Piano sociale regionale è il n. 2 «Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro» declinato in tre indicatori di realizzazione, riportati nel prospetto seguente.

Obiettivo	Indicatori	Descrizione indicatore
Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro	S04. Diffusione del servizio di asilo nido	Percentuale dei comuni (sul totale dei comuni della Regione) che hanno attivato servizi per l'infanzia
	S05. Presa in carico dell'utenza per il servizio di asilo nido	Percentuale di bambini fino al compimento dei tre anni che hanno usufruito di servizi per l'infanzia (sul totale della popolazione in età tra zero e tre anni)
	S06. Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)	Percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)

L'obiettivo è teso a favorire l'incremento del livello di benessere del territorio mediante una politica volta a conciliare vita lavorativa e vita familiare, alleggerendo i carichi familiari legati alla cura dell'infanzia e degli anziani. Si tratta di una misura che interviene in modo incisivo sul problema dell'accesso delle donne al mercato del lavoro.

In particolare, gli indicatori adottati contribuiscono all'Obiettivo di servizio attraverso:

- la diffusione degli asili nido e dei servizi similari sul territorio regionale (S.04);
- la popolazione infantile servita dai servizi per l'infanzia (numero di utenti del servizio) (S.05);
- la popolazione anziana servita in ADI (S.06).

Analizzando l'attuale situazione regionale, si evince che la Campania è ancora lontana dai target fissati.

Indicatori	Situazione
S.04: Diffusione dei servizi per l'infanzia Target: Aumentare la percentuale al 35%	Valore Campania: 30,5% - anno 2004. 39,2% - anno 2005. Fonte ISTAT
S.05: Presa in carico degli utenti dei servizi per l'infanzia Target: Aumentare la percentuale al 12%	Valore Campania: 1,5% - anno 2004. 1.9% - anno 2005. Fonte ISTAT
S.06: Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata Target: Aumentare la percentuale al 3.5%	Valore Campania: 1,4% - anno 2005. 1.2% - anno 2006. Fonte: Ministero della salute.

Le considerazioni che hanno portato alla scelta degli Obiettivi di servizio per le Regioni dell'area "Convergenza" assumono particolare rilevanza in Campania, anche alla luce delle difficoltà dell'economia regionale e della scarsa competitività dei servizi di pubblica utilità e del territorio nel suo complesso.

Per tale ragione, l'amministrazione regionale ha adottato scelte importanti in sede di programmazione circa il ruolo ed il peso da attribuire agli Obiettivi di servizio nell'ambito della strategia regionale di sviluppo. Tale scelte si sostanziano nell'uso degli obiettivi di servizio come strumento di raccordo programmatico per aggredire alcuni temi portanti (qualità della vita e servizi al cittadino) della politica unitaria 2007-2013 concentrando su di essi le risorse finanziarie ed organizzative.

Il ruolo di raccordo programmatico attribuito agli obiettivi di servizio consente di conseguire un elevato grado di coerenza nei diversi strumenti di programmazione (FESR, FEASR, FSE, FAS e risorse ordinarie), attraverso l'applicazione dell'approccio integrato secondo diversi aspetti, da quello procedurale a quello operativo e finanziario, quest'ultimo importante per l'integrazione delle fonti di finanziamento. L'applicazione dell'approccio integrato è considerato fattore-chiave per la costruzione di un processo di programmazione unitaria efficace e strategicamente rilevante e consistente.

2.6 Progetti Obiettivo

2.6.1 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale regionale il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) assume la veste di un progetto obiettivo sul quale si misura la governance dei diversi livelli istituzionali regionali, attraverso il quale verrà testata la capacità di imprimere un reale processo di innovazione e di riforma dei sistemi sociale e sanitario della regione in direzione della qualità, del governo della complessità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure.

Si tratta di operare in vista del raggiungimento di più elevati livelli di benessere della popolazione affrontando con una logica preventiva i rischi che le trasformazioni socio-demografiche, economiche ed ambientali evidenziano per gli anni a venire.

L'importanza che riveste tale finalità richiede di mettere in gioco una pianificazione stringente e di medio periodo, una risposta attuativa coerente, un monitoraggio costante capace di imprimere al processo gli aggiustamenti necessari, la convergenza delle azioni da porre in essere sui sistemi e delle azioni che, invece, hanno un impatto diretto sulla popolazione destinataria degli interventi.

Tale scelta è stata effettuata anche in coerenza con il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 che ha definito per le Regioni del Mezzogiorno quattro Obiettivi di Servizio tra cui quello di "Aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e, in tal modo, innalzare anche la partecipazione delle donne al mercato del lavoro." Per il perseguimento di tale obiettivo è necessario incrementare il numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore ai 64 anni) passando da una percentuale di 1,2% di anziani assistiti in ADI nel 2006 al 3,5% che rappresenta il target da raggiungere entro il 2013.

L'Assistenza Domiciliare Integrata rientra tra i livelli essenziali di assistenza così come definiti dalla legislazione statale vigente. Si configura come un servizio finalizzato ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a mantenere nel proprio ambiente di vita le persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, senza sradicarle dalle proprie abitudini di vita e dal proprio nucleo familiare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'assistenza domiciliare come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione". L'Assistenza Domiciliare Integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche domiciliari, di riabilitazione, di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende e di assistenza sociale. In altre parole tale servizio deve

essere inteso come un pacchetto di prestazioni che include sia interventi di tipo materiale sia interventi d'inserimento sociale erogati a favore di soggetti che versano in situazioni di particolare fragilità.

Il Piano sociale regionale, intende investire prioritariamente nella rete dei servizi domiciliari favorendo la de-istituzionalizzazione, la de-ospedalizzazione, e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed in particolare delle persone con più di sessantacinque anni di età.

Le modifiche demografiche, e in particolare l'invecchiamento, sono sfide importanti per la società contemporanea, che deve tener conto dei bisogni dell'anziano e vedere nell'invecchiamento della popolazione non un onere ma una opportunità. Per questo è necessario sviluppare un modello dinamico di integrazione sociosanitaria, caratterizzato da una offerta di interventi rivolti alla persona e alla famiglia lungo tutto il percorso della vita e che sostenga le fragilità, favorendo la promozione e lo sviluppo di capacità individuali e di reti familiari. Da qui la necessità di favorire lo sviluppo della integrazione tra i molteplici servizi presenti sul territorio al fine di favorire il miglioramento della qualità della vita.

Per incrementare e favorire uno sviluppo uniforme sul territorio regionale delle attività di assistenza domiciliare integrata, la Regione Campania declinerà in uno specifico Piano di Azione la serie di azioni e di interventi che devono essere messe in campo e di cui di seguito si delineano i contenuti principali.

Qualificare il sistema di offerta dei servizi di ADI e costruire un sistema specifico di aiuto alle imprese sociali.

Al fine di qualificare il sistema di offerta dei servizi di ADI, la Regione Campania, nel rispetto dei requisiti minimi fissati dallo Stato, attiva il percorso di accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni che operano per conto del pubblico. Ai sensi dell'art. 8 comma d) della l.r. n.11/2007 definisce mediante regolamentazione i criteri e le procedure, per l'accREDITAMENTO delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta degli interventi e dei servizi del sistema integrato. Occorre inoltre promuovere e sostenere l'impresa sociale e il settore della produzione dei servizi alla persona e alla collettività attraverso la costruzione e promozione di un sistema specifico di aiuti alle imprese sociali che offrono servizi di ADI, attraverso l'analisi di fattibilità e di *benchmark*.

Istituire un sistema di monitoraggio del Piano d'Azione QSN 2007/2013 e predisporre Linee Guida delle Cure Domiciliari.

Governare il processo di attuazione del Piano d'Azione per il conseguimento dell'Obiettivo 2 del Quadro Strategico Nazionale 2007/2013 "Incremento dei servizi di cura alla persona", con riferimento all'indicatore costituito dall'incremento della percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare, attraverso la costituzione di una struttura tecnica di monitoraggio.

Definizione ed adozione di un sistema di classificazione delle cure domiciliari e redazioni di linee guida specifiche in materia.

Implementare il Sistema informativo sociale con un'area sociosanitaria.

Istituire un'area sociosanitaria del Sis, attraverso l'integrazione e l'implementazione dei software e delle piattaforme in uso nei servizi sociali e nei servizi sanitari, mettendo a regime e raccordando i sistemi informativi esistenti.

Tale area deve rafforzare l'azione unitaria di rilevazione dei bisogni e di lettura dei dati disponibili, in modo da diventare punto di riferimento generale di tutte le informazioni socio-

demografiche, amministrative, organizzative, valutative e finanziarie relative alle politiche sociosanitarie regionali. Ciò consente di:

- potenziare i sistemi informativi già esistenti nei servizi sociali e sanitari per renderli integrati, connessi ed orientati al cittadino, al fine di contribuire a migliorare l'efficacia dei servizi sociosanitari erogati dagli ambiti territoriali e dai distretti sanitari;
- raccogliere, classificare, analizzare, archiviare tutte le informazioni necessarie per l'assunzione di decisioni politiche e tecniche, basate sulla conoscenza e relative al sistema dei servizi e degli interventi sociosanitari a livello regionale, provinciale e locale;
- sviluppare la capacità di gestione delle informazioni sociosanitarie a livello di singolo servizio, di Ambito sociale e di distretto sanitario.

Riorganizzare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari.

Bisogna prioritariamente avviare un discorso di riorganizzazione complessiva del sistema di offerta dei servizi sociosanitari, attivando in ogni Ambito territoriale, la funzione della Porta Unica di Accesso (PUA) all'interno dei servizi di Segretariato sociale in collegamento gli URP ed i CUP per una più elevata integrazione con gli altri servizi della rete. E' necessario attivare la PUA, al fine di garantire a familiari e *care-givers* servizi di sostegno omogenei in tutto il territorio regionale, attraverso percorsi e strategie informative efficaci ed integrati che consentano di superare una volta per tutte la separazione storica dei punti di accesso alle prestazioni.

La Porta Unitaria di Accesso, com'è oramai noto, rappresenta una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, attraverso la quale è possibile individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e sociosanitario, in modo unitario ed integrato. La modalità organizzativa, le funzioni ed il personale di *front-office* e di *back-office* saranno definite di comune intesa tra il Distretto Sanitario e l'Ambito territoriale, al fine di garantire unitarietà di accesso. L'equipe della PUA dovrà essere in grado di discriminare il bisogno espresso, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari di risposta, dove solo per le risposte sociosanitarie viene richiesto il coinvolgimento della Unità di Valutazione Integrata (UVI). Dovrà essere, inoltre, definita una modulistica ed una documentazione professionale comune e condivisa nell'ottica di una valutazione multidimensionale.

Dovranno essere approntati e condivisi idonei protocolli operativi con gli altri servizi, sia sanitari che sociali, e condivisi con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire l'attuazione dei progetti personalizzati intesi come risposta integrata a bisogni complessi che, ponendo al centro dell'intervento l'utente e la sua famiglia, tessano intorno a loro una rete di sostegno e di supporto nel breve, medio e lungo periodo, a seconda della natura, dell'intensità e della durata del bisogno.

Bisogna garantire la presa in carico globale dei soggetti fragili, attraverso una organizzazione a rete dei servizi e l'adozione di strumenti tecnici che consentano di presidiare la reale copertura dei servizi dell'intero sistema sociosanitario.

L'obiettivo da perseguire nel prossimo triennio è la realizzazione di un processo teso a fornire un elevato livello di integrazione tra prestazioni sociali e sanitarie, l'attivazione di percorsi assistenziali integrati e la continuità assistenziale della presa in carico dell'utente/paziente nei passaggi tra i diversi servizi operativi, per evitare che il paziente e la famiglia si trovino da soli a ricercare le soluzioni possibili per i problemi da risolvere.

La continuità assistenziale va garantita a tutti e prioritariamente ai soggetti cosiddetti fragili che spesso, per motivi prevalentemente di natura socio-economica, incontrano maggiori difficoltà a districarsi all'interno del sistema dell'offerta. Attraverso la garanzia della continuità assistenziale è possibile ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri inutili o inappropriati, le dimissioni non programmate, e il consumo di prestazioni

ambulatoriali specialistiche svincolate da percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.

Sarà inoltre necessario vincolare le cure domiciliari alla valutazione multidimensionale (UVM) del bisogno definita in sede di Unità di Valutazione Integrata ed alla predisposizione del progetto personalizzato o piano assistenziale individualizzato del soggetto.

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per la predisposizione del progetto personalizzato o piano assistenziale individualizzato del soggetto con bisogno socio-sanitario, deve essere prevista nel Distretto Sanitario di Base ed è composta secondo quanto previsto nelle DGRC n. 6467/2002 e n.2006/2004.

L'Unità di Valutazione Integrata, costituita da un gruppo altamente qualificato di persone ed eventualmente integrata dalle ulteriori professionalità ritenute necessarie ai fini valutativi, ai sensi di quanto disposto dal DPCM del 14 febbraio 2001, in rapporto alle condizioni sociosanitarie dell'utente, definisce la natura del bisogno, l'intensità e la durata delle prestazioni necessarie e fissa tempi e modalità di valutazione dei risultati e, in base a ciò, predisporre il progetto personalizzato e individua il *car-giver* familiare e quello istituzionale (di norma nell'assistente sociale comunale).

Detta attività di valutazione consiste, cioè, nell'effettuare l'analisi e la valutazione multidimensionale del bisogno, nell'individuare il *setting* operativo dove indirizzare la persona (domicilio, strutture semiresidenziali e residenziali), nell'elaborare il progetto personalizzato di assistenza in cui vengono definiti le persone coinvolte, i risultati attesi e le attività, ed infine verificare e valutare il progetto personalizzato del bisogno a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria. Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato.

Nei progetti personalizzati viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno. La stessa viene definita sulla base della quantità e qualità delle risorse (professionali e di altra natura) impiegate per l'attuazione del progetto personalizzato. Una volta definite le specifiche tecniche, professionali e organizzative del progetto assistenziale, le stesse sono articolate in termini di processo assistenziale e organizzativo (sociosanitario).

E' utile precisare che anche nel caso di presa in carico del bisogno di esclusiva natura sociale, la valutazione deve egualmente essere effettuata mediante un approccio concertativo o partecipato che preveda, cioè, il coinvolgimento di altre istituzioni (Tribunale, Scuola) o di altri soggetti appartenenti alla rete sociale del Terzo settore. E' necessario, a tal fine, collegare stabilmente tra loro le varie fasi dell'intervento: accesso, valutazione della domanda, definizione del bisogno, predisposizione del progetto personalizzato di assistenza, attuazione e valutazione al fine di non compromettere la qualità dell'assistenza. I protocolli unitari e gli applicativi digitali per l'accesso la valutazione e la presa in carico, l'elaborazione e l'adozione di carte dei servizi saranno definiti con atti di indirizzo regionale nell'ambito del progetto-obiettivo "Campania sociale digitale".

Incrementare l'offerta di ADI.

L'incremento dell'offerta di ADI sull'intero territorio regionale, passa attraverso il parallelo incremento dell'offerta di prestazioni sociali e sanitarie integrate. A tal fine va superato lo schema di una erogazione dei servizi domiciliari per via esclusivamente sanitaria (prestazioni infermieristiche e riabilitative, e, in alcuni casi anche specialistiche). Quasi mai, infatti, esse

vengono integrate in un unico progetto terapeutico. L'obiettivo di questo Piano Sociale Regionale è il sostegno di una presa in carico attraverso le UVI, ma anche attraverso forme di erogazione delle prestazioni più adeguate e innovative (es. introduzione del sistema di erogazione dei servizi di *voucher* e assegni di cura alle famiglie).

Va nel contempo reso effettivo il coinvolgimento attivo sociosanitario, non unicamente sanitario o sociale, del Medico di Medicina Generale (MMG) e dell'Assistente sociale nella qualità di "team case manager" degli utenti in ADI. A partire dal 2009 l'implementazione dei servizi domiciliari integrati dovrà avvenire assicurando, a carico del fondo sanitario ordinario la copertura della quota di spesa della componente sanitaria e a carico del fondo di Ambito la quota di spesa della componente sociale delle prestazioni integrate. Va fissata, altresì, con apposito regolamento di Ambito (definito su schema di indirizzo regionale) la quota di compartecipazione dei cittadini al costo della componente sociale delle prestazioni integrate. L'introduzione nel sistema di erogazione dei servizi di *voucher* (buoni servizio) e assegni di cura alle famiglie dovrà realizzarsi attraverso l'individuazione mediante apposito indirizzo regionale, dei criteri per l'assegnazione delle risorse agli Ambiti territoriali e per l'assegnazione dei voucher ai destinatari.

Potenziare servizi di telesoccorso, teleassistenza e di trasporto sociale.

Per fronteggiare la crescente richiesta di assistenza che l'anziano con la sua disabilità fisica e funzionale tende ad attivare sempre più, la Regione intende consolidare i servizi di telesoccorso e di teleassistenza che rappresentano un ulteriore strumento di contatto e di ascolto di bisogni di quella parte della popolazione anziana oggi non sempre ascoltata. Il telesoccorso e la teleassistenza sono attività finalizzate ad assicurare una "tutela a distanza" e a favorire l'autonomia possibile, sia con la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni degli utenti in caso di emergenza, sia con contatti programmati con gli assistiti. Si realizza attraverso l'attivazione di un servizio di assistenza telematica e/o telefonica a domicilio e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso. Sviluppare servizi di telesoccorso e teleassistenza attivando un numero di postazioni presso le Asl in funzione del fabbisogno infrastrutturale effettivo.

Per sviluppare un connubio virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, è necessario potenziare il trasporto sociale attraverso l'assegnazione agli Ambiti territoriali di mezzi di trasporto attrezzati per il target in funzione del fabbisogno infrastrutturale effettivo.

Accrescere le competenze degli addetti ai lavori.

Attraverso la pianificazione e realizzazione di azioni di formazione calibrate sia sulle priorità individuate dalla Regione, che sulla base delle esigenze rilevate sul territorio e avvertite come tali dagli operatori e dagli Enti, è possibile accrescere le competenze degli addetti ai lavori, con il concorso e la collaborazione delle Province. La Regione riconosce la formazione degli operatori come un elemento fondamentale per la qualità del sistema integrato di servizi alla persona e per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate e ne promuove lo sviluppo. La Regione promuove un'offerta formativa in quantità e qualità tale da coprire il fabbisogno dei servizi esistenti e mirata anche agli operatori privi di qualifica con la certificazione delle competenze acquisite nel lavoro. La definizione dei percorsi formativi deve tener conto della forte dinamicità e complessità degli aspetti fondamentali che determinano l'esigenza di qualificare le risorse umane chiamate ad operare nel sistema dei servizi.

Più specificamente attraverso percorsi formativi:

- rivolti al personale con posizione apicale nelle Asl e negli Ambiti territoriali che hanno la finalità di sviluppare competenze in ambito di organizzazione e gestione integrata dei servizi sociosanitari;
- rivolti a medici, assistenti sociali, operatori formati che mirano a sviluppare competenze in ambito di valutazione multidimensionale, programmazione integrata degli interventi, presa in carico e verifica sulla realizzazione delle prestazioni integrate sociosanitarie;
- mirati allo sviluppo di competenze nell'ambito delle professioni sociali impegnate nel lavoro di cura alle persone destinato ad almeno 1000 operatori, tra OSA, OSS , assistenti sociali ed altre figure professionali.

Promuovere l'emersione del lavoro nero di cura domiciliare

Il fenomeno delle badanti in nero è ormai dilagante in tutta Italia e in costante crescita nella nostra Regione. L'obiettivo di questo Piano è quello di ricondurre all'area della legalità questa dinamica perversa, la quale trova la sua ragione di crescita da una parte negli interessi delle famiglie sempre più gravate da carichi assistenziali a costi privati crescenti, dall'altra nell'interesse delle donne immigrate. Questo difficile ma ineludibile percorso di emersione dal lavoro nero, comporterà la crescita del "mercato sociale legale" dei servizi di cura, in quanto potrà avvalersi dei fondi privati delle famiglie e di quelli pubblici del fondo sanitario, nonché del fondo sociale, secondo il metodo integrato qui proposto:

- erogazione degli assegni di cura alle famiglie
- procedure di accreditamento dei soggetti erogatori delle prestazioni
- formazione e/o l'aggiornamento professionale degli operatori con il conseguimento della relativa qualifica professionale.

La messa a sistema di questa metodologia recupera esperienze già messe in campo nella precedente programmazione dei fondi strutturali.

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

Il Piano sociale regionale, recependo le priorità fissate dal QSN 2007 -2013, fa proprie le azioni previste per il raggiungimento dei target S04 ed S05, intendendo il tema della presenza delle donne nel mercato del lavoro quale prioritario per uno sviluppo, non solo sociale, armonico del tessuto produttivo locale.

L'adozione di una politica di *workfare* si fonda su una gestione innovativa delle dinamiche sociali, familiari e culturali strettamente interconnesse con quelle economiche, territoriali, ambientali. In questa prospettiva, il tema dell'affido dei bambini da 0 a 3 – ovvero quello più esteso della conciliazione e dell'equilibrio tra i diversi ambiti della vita – esce dalla riduttiva ottica di ricercare soluzioni per le esigenze personali delle donne, divenendo, invece, condizione ineludibile per il miglioramento delle condizioni di vita di tutti e per la crescita competitiva del territorio.

Le decisioni interne alla famiglia – più o meno forzate – su chi, quando, a che condizioni deve o può presentarsi sul mercato del lavoro, incidono negativamente sulla domanda di lavoro retroagendo sulle opportunità occupazionali delle donne e confermando l'interdipendenza tra organizzazione familiare e mercato del lavoro. Infatti, la scelta di internalizzare le attività di cura e assistenza affidandole alle donne, se da un lato consente alla famiglia di economizzare dall'altro, non solo indebolisce la capacità di produzione e di protezione del reddito delle donne e della famiglia nel suo complesso, ma riduce anche la domanda e l'offerta di lavoro della filiera.

Secondo uno studio di Bankitalia pubblicato a luglio 2008, infatti, se l'occupazione femminile al Sud salisse ai valori del Nord si registrerebbe immediatamente un incremento del PIL del 5.8% ed una crescita di 15 posti di lavoro nel settore dei servizi di cura e assistenza per ogni 100 nuove occupate.

Il Piano d'Azione per gli Obiettivi di servizio, in relazione agli indicatori S04 e S05 prevede cinque azioni, che si pongono l'obiettivo di affrontare in maniera sistemica sia il versante della domanda che dell'offerta di servizi per la prima infanzia.

Le Azioni da attuarsi sono:

1. azione di sistema per la ricognizione ed il monitoraggio dei servizi per l'infanzia in età pre-scolare;
2. accreditamento di servizi per l'infanzia e acquisto di posti/servizio;
3. erogazione di contributi per la costruzione, la ristrutturazione, l'arredamento e la gestione di strutture per l'infanzia (asili nido comunali e micro-nidi aziendali);
4. differenziazione dell'offerta attraverso la creazione di servizi integrativi e innovativi, anche a carattere sperimentale;
5. azione di sistema per l'assistenza tecnica ai Piani sociali di zona e ai Comuni singoli e associati per l'attivazione e il potenziamento di servizi per l'infanzia.

L'azione di sistema per la ricognizione ed il monitoraggio dei servizi per l'infanzia in età pre-scolare si propone di affrontare uno dei punti critici emersi in fase di definizione degli Obiettivi di Servizio, ovvero la scarsa disponibilità di dati omogenei, completi ed aggiornati rappresentativi della situazione regionale, mediante la costruzione di un sistema integrato di rilevazione di tutte le tipologie di servizi per l'infanzia in età pre-scolare. Le azioni da avviare per consentire la ricognizione, il monitoraggio e la classificazione dell'offerta di servizi per l'infanzia in età pre-scolare, sono declinabili nel modo seguente:

- individuazione degli *stakeholder* da coinvolgere nel processo di ridefinizione dell'analisi domanda-offerta;
- individuazione degli Enti istituzionalmente preposti alla rilevazione, analisi e/o elaborazione dei dati e definizione delle modalità di raccordo operativo (es. Servizio statistica della Regione Campania, CISIS, ISTAT, Osservatori per l'infanzia, Servizi di monitoraggio degli Uffici di piano, ecc.);
- coinvolgimento Enti territoriali per le attività di *data-mining* (es. Comuni, Ambiti territoriali);
- definizione delle unità statistiche di riferimento da censire, costruzione degli strumenti di rilevazione dei dati e definizione del set di variabili (es. utenza reale di strutture comunali per l'infanzia vs. quella potenziale; quota mobile di utenti; strutture pubbliche e strutture private; strutture scolastiche e altri servizi per l'infanzia);
- costruzione di una piattaforma informatica per l'inserimento, l'integrazione e l'aggiornamento dei dati *on the fly* ed estrazione automatica delle informazioni anche mediante un geo-referenziale;
- strutturazione di una rete telematica in *open sourcing* per la condivisione delle informazioni tra tutti gli *stakeholder*.

L'azione di accreditamento di servizi per l'infanzia ed acquisto di posti/servizio concorrere ad innalzare il numero di servizi per l'infanzia e ad ampliare la presa in carico di bambini nella fascia di età prescolare (0-3 anni), realizzando sistema integrato dei servizi socio-educativi. Attraverso la messa in rete, accanto ai servizi a titolarità pubblica, di ulteriori servizi autorizzati di cui sono titolari e gestori soggetti privati, si mira ad espandere l'offerta, con un sistema di garanzia della qualità educativa che al tempo stesso, consenta pluralità e diversificazione dell'offerta.

L'azione prevede l'attuazione di due interventi tra loro conseguenti e interconnessi:

- l'accREDITAMENTO delle strutture private per i servizi all'infanzia;

- acquisto di posti servizio: trasferimento di risorse ai Comuni singoli ed associati finalizzato alla stipula di rapporti convenzionali con i servizi privati accreditati attivi sul territorio di riferimento. Lo strumento della convenzione definirà: 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.

L'erogazione di contributi per la costruzione, la ristrutturazione, l'arredamento e la gestione di strutture per l'infanzia (asili nido comunali e micro-nidi aziendali) ha quale obiettivo quello di innalzare la percentuale di presenza di strutture per l'infanzia sul territorio regionale sono rappresentate dalla concessione di contributi ad enti pubblici e privati per le seguenti attività:

- costruzione di nuove strutture;
- completamento delle opere in corso di esecuzione;
- ristrutturazione di immobili;
- arredamento di immobili;
- gestione di strutture già funzionanti.

Le suddette azioni saranno destinate alle strutture per l'infanzia previste dalla vigente normativa sopra citata, e dunque asili nido e nidi aziendali.

La quarta azione prevede la differenziazione dell'offerta attraverso la creazione di servizi integrativi e innovativi, anche a carattere sperimentale. La riflessione sui servizi per l'infanzia oltre ai servizi tradizionali, come l'asilo nido, va ampliata ai cosiddetti "servizi integrativi", indicati dalla normativa nazionale e locale come strumenti volti a differenziare l'offerta di servizi sociali ed educativi rivolta alle famiglie. Essi si contraddistinguono per la grande variabilità e flessibilità, sia del modello organizzativo, sia degli specifici obiettivi che ogni servizio vuol conseguire, presentando caratteristiche educative, ludiche, culturali e di aggregazione sociale. Dal punto di vista dell'impatto dei servizi sulla dimensione territoriale, va sottolineato che i servizi integrativi e innovativi possono essere particolarmente adeguati a rispondere alle esigenze di quelle aree rurali e soprattutto montane, che per la scarsa densità abitativa, rischiano di non essere serviti dai servizi tradizionali, a discapito delle popolazioni rimaste. Carezza che incide negativamente sulla qualità della vita degli abitanti, e particolarmente delle donne, dei comuni rurali, inficiando quello che dovrebbe essere il raggiungimento del "livello minimo di civiltà" di ogni territorio, indipendentemente dalla collocazione fisica.

Le azioni che si intendono promuovere per raggiungere l'obiettivo sono:

- creazione di servizi flessibili e innovativi di cura dell'infanzia: spazi bambini, centri gioco, centri per la prima infanzia, centri per bambini e genitori o adulti accompagnatori, nonché ogni altra tipologia di servizio innovativo e sperimentale che assolva alla funzione di conciliazione vita/lavoro, progettati anche in continuità con le strutture degli asili nido e/o scuole materne;
- creazione di servizi "ponte" nei periodi di vacanze scolastiche: centri estivi, centri gioco, spazi laboratoriali, ludoteche, ecc.;
- attivazione di un adeguato programma di interventi nelle aree rurali e montane;
- attivazione di servizi di trasporto sociale per l'infanzia, per favorire la frequenza agli asili nido, ai servizi integrativi dei minori e alle attività socializzanti per l'infanzia del territorio.

Infine il Pda prevede l'azione di sistema per l'assistenza tecnica ai Piani sociali di zona ed i Comuni singoli e associati per l'attivazione e il potenziamento di servizi per l'infanzia destinata sia ai Piani sociali di zona, sia ad altri soggetti istituzionalmente preposti a gestire i

servizi per l'infanzia, al fine di qualificarne l'offerta e la capacità gestionale degli stessi in un sistema di concorrenza di qualità. L'azione di accompagnamento sarà anche finalizzata all'intercettazione ed alla canalizzazione di tutte le possibili fonti finanziarie ordinarie e sussidiarie, funzionali al perseguimento degli obiettivi S04 e S05 ed allo snellimento delle procedure.

Le azioni da avviare sono le seguenti:

- rafforzamento delle competenze di coloro che operano o che opereranno nel settore del sistema dei servizi all'infanzia. Il rafforzamento delle competenze può avvenire attraverso modalità differenti a seconda della tipologia di utenza. La formazione è sempre "situata" mai astratta e parte dalle specifiche esigenze di coloro che entrano in formazione (attraverso bilanci di competenza in ingresso e in uscita) e l'analisi dei profili di ruolo che devono essere ricoperti;
- accompagnamento specialistico al fine di facilitare la trasferibilità delle competenze apprese nel contesto di lavoro e a migliorare i processi lavorativi interni;

Modalità di attuazione e gestione delle Azioni

La gamma di strumenti di concertazione decentrata e di partenariato locale forniscono alla gestione degli interventi una serie di modalità attuative sperimentate ed efficaci.

Il tema della concorrenza tra soggetti, per l'attuazione delle misure di politica sociale, appare poco efficiente e rischia di non garantire il principio di concentrazione delle risorse finanziarie.

Per tale motivo l'amministrazione regionale intende potenziare lo strumento della delega, mediante convenzione e/o accordo di programma con gli organismi intermedi direttamente deputati alla realizzazione delle operazioni, e patrimonializzare le buoni prassi attuative della precedente programmazione.

2.6.3 Sperimentazione di modalità innovative nel campo delle tossicodipendenze e della salute mentale

La programmazione regionale è chiamata a considerare il rapporto tra bisogni e sistema di offerta per comprendere quali interventi sono necessari, per riorientare l'offerta non adeguata, per rendere più capace il sistema regionale di welfare di interpretare la domanda sociale e insieme con essa, il disagio inespresso, quello che sovente caratterizza le condizioni di vita delle persone più deboli e meno capaci di far valere i propri bisogni e diritti.

Sulla scorta del dettato costituzionale, è necessario rimuovere gli ostacoli all'effettiva partecipazione sociale delle persone più vulnerabili e creare le condizioni adeguate all'elaborazione di risposte efficaci nei confronti delle persone in situazioni di marginalità ed esclusione sociale.

Ciò costituisce la premessa per un welfare di comunità che segue un modello di politica sociale tale da recuperare la prospettiva di una società che si prende cura delle persone in condizioni di disagio, mantenendo e sviluppando meccanismi di appartenenza e alimentando processi di autonomia sostenuti dalla rete di servizi pubblici e del privato sociale.

In tale contesto, nel triennio di vigenza del Piano sociale, al fine di individuare e sperimentare modalità innovative di intervento in alcuni settori di particolare importanza e innovazione, l'Assessorato alle Politiche Sociali può predisporre e attuare direttamente progetti-obiettivo, finalizzati alla realizzazione di indagini a campione mirate alla individuazione dei nuovi bisogni sociali e alla elaborazione di nuovi indicatori da utilizzare nella rilevazione e

valutazione delle situazioni di nuove povertà ed emarginazione sociale, in grado di monitorare il fenomeno e di favorire l'elaborazione di risposte più efficaci.

Gli interventi diretti, oltre a rappresentare la risposta all'esigenza di effettuare attività strumentali rispetto alle funzioni più propriamente regionali, trovano anche giustificazione in caso di problematiche di carattere eccezionale, per le quali è opportuno il coinvolgimento della Regione, ovvero quando si rende necessario un intervento diretto per la straordinarietà oggettiva degli eventi e delle situazioni di riferimento che possono incidere, direttamente o indirettamente, sul sistema regionale dei servizi.

Nel dettaglio gli interventi diretti regionali possono riguardare:

- l'attuazione diretta o sostegno a progetti-obiettivo ritenuti prioritari per la programmazione, l'innovazione e il migliore funzionamento del sistema dei servizi;
- l'attuazione diretta o il sostegno a programmi di prevenzione che contengano obiettivi di informazione a livello comunitario (scuola, Enti locali territoriali, ecc.) per il riconoscimento di fattori di rischio mirati a specifici gruppi (adolescenti di ambo i sessi e donne della fascia 15-44 anni)
- il cofinanziamento di progetti nazionali o comunitari, anche elaborati e proposti da altri soggetti pubblici e organizzazioni del terzo settore;
- l'attività di comunicazione sociale a livello regionale, finalizzata in particolare a migliorare l'accesso al sistema dei servizi sociali, la partecipazione e la promozione della cittadinanza attiva;
- le azioni di promozione e supporto ai soggetti pubblici e del privato sociale, operanti nell'ambito del sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali (sperimentazione, ricerca, aggiornamento);
- gli interventi eccezionali, caratterizzati dalla straordinarietà oggettiva degli eventi e delle problematiche di riferimento, come ad esempio la comorbilità psichiatrica o "doppia diagnosi", interconnessioni tra "Salute mentale e Carcere", oppure "Tossicodipendenze e Carcere".

Gli interventi diretti regionali sono individuati e programmati annualmente dalla Giunta regionale con apposito atto di indirizzo e sono attuati con l'impiego delle risorse provenienti dalla quota del Fondo sociale regionale appositamente stanziata.

La sperimentazione una volta avviata è soggetta ad attività di monitoraggio con modalità definite dall'atto di approvazione. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa e l'efficacia del modello posto in essere.

I risultati della sperimentazione sono acquisiti dagli Uffici della Giunta Regionale che esercita la funzione di controllo e valutazione delle sperimentazioni.

3 GLI OBIETTIVI DELLE AREE DI INTERVENTO DELLA L.R. N. 11/2007

La l.r. n. 11/2007, articoli 27-36, individua le aree di intervento delle politiche sociali. Ciascuna area costituisce parte di un sistema integrato di interventi e servizi sociali e risponde ai bisogni delle singole persone anche attraverso progetti individualizzati e di presa in carico. Per ciascuna area sono individuati gli obiettivi e le tipologie di intervento che saranno attuati nel triennio di vigenza del Piano.

3.1 Sostegno alle responsabilità delle famiglie e per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

Analisi del Contesto

La condizione familiare in Campania, secondo i dati ISTAT è così caratterizzata: un tasso di fecondità e natalità maggiore rispetto alla media nazionale; un elevato numero di componenti familiari, di cui molti minori; elevata incidenza della popolazione sfornita di titolo di studio o con titolo basso, soprattutto tra le generazioni più anziane ma anche tra le giovani donne; fenomeni non trascurabili di devianza in età adulta che finiscono per modificare costantemente gli assetti familiari e per avere forti implicazioni sulla identificazione delle persone responsabili del mantenimento e della sopravvivenza della famiglia; un numero consistente di nuclei familiari costituiti da neogenitori con bassa scolarità, o da madri *single* con bassa scolarità, o di recente immigrazione.

Inoltre dai dati relativi al monitoraggio regionale dei minori nelle strutture residenziali si evince un tempo di permanenza superiore ai 24 mesi previsti dalla l. n. 149/2001.

Tabella n. Minori presenti nelle strutture residenziali della Campania -2008 (Fonte: Settore Assistenza Sociale)							
	Prov. Napoli	Prov. Salerno	Prov. Avellino	Prov. Benevento	Prov. Caserta	Altra regione	Totale
N	820	228	47	32	226	59	1412
%	58,1%	16,1%	3,3%	2,3%	16,0%	4,2%	100,0%

Tali dati, denotano uno scarso utilizzo sul territorio della pratica di "presa in carico della famiglia". Le azioni, gli interventi ed i servizi, classificati come centrati sulla famiglia, evidentemente non lo sono; spesso i singoli individui che vivono situazioni di disagio e di difficoltà (portatori di handicap, malattie mentali, tossicodipendenti, anziani non autosufficienti) sono considerati in modo astratto, per così dire "estratti" dalle interazioni che caratterizzano la loro quotidianità e quindi la famiglia nel suo insieme e nei suoi rapporti con l'ambiente in cui vive non è riconosciuta come sistema.

E' necessario, quindi, ridefinire una politica di sostegno alle responsabilità familiari, che si raccordi e si armonizzi con le politiche lavorative, abitative, formative ecc. per evitare interventi settoriali, con il rischio di fallimento nonostante l'impegno economico consistente messo in campo. Questo approccio alla famiglia esige ovviamente una rinnovata organizzazione, con caratteristiche di duttilità ed elasticità, che richiede:

- una programmazione dei servizi e degli interventi che tenga conto, in funzione della propria realtà territoriale, delle difficoltà che la famiglia vive nelle varie fasi del ciclo vitale;
- la cognizione, da parte dei servizi sociali, dell'intero "paniere" degli interventi e dei servizi disponibili sul proprio territorio, affinché possa coscientemente orientare le famiglie verso quelli maggiormente adeguati alle proprie necessità;

- una gestione che sappia coniugare sia le diverse competenze istituzionali con l'unicità della presa in carico, sia le "decisioni sociali" con quelle finanziarie per l'erogazione effettiva dei servizi.

Dobbiamo, quindi superare visioni riduttive e settoriali, a favore di un approccio integrato tra le diverse politiche di settore e affermare il valore delle esperienze pregresse.

Riguardo alle esperienze pregresse la Regione Campania intende consolidare e qualificare una serie di politiche che si caratterizzano per un approccio globale ai bisogni e alle funzioni familiari e genitoriali, nonché ai minori dell'area penale:

- Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo (vedi deliberazione regionale n. 2063/2006) che si contraddistingue per la pluralità di interventi rivolti alle famiglie, soprattutto in aree territoriali a maggiore concentrazione del disagio, tese a migliorare le competenze genitoriali, la promozione dei diritti per l'infanzia, come servizi con la doppia valenza di opportunità educative qualificate per i bambini e di facilitazione dell'inserimento/permanenza delle donne al lavoro.
- Azioni regionali volte al sostegno dell'inserimento sociale e dell'emancipazione dei minori dell'area penale. "Presa in carico terapeutico - formativo e sociale in ambito territoriale-comunitario" (vedi deliberazione regionale n. 1710/2007), realizzate per 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

Nell'ambito della strategia complessiva sopra descritta il progetto sociale individualizzato costituisce strumento elettivo per la presa in carico globale ed integrata del minore in situazione di rischio, ancorché all'interno dei circuiti penali;

Obiettivi generali.

Nell'area del sostegno alle responsabilità familiari ed i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, l'obiettivo generale è quello di prevenire e contrastare quelle condizioni che possono pregiudicare lo sviluppo e la crescita del minore, attraverso risposte (servizi/interventi) globali, anziché frammentarie, ai bisogni complessi della famiglia e del minore. Nell'ambito di tale obiettivo, particolare attenzione viene posta alle donne sole con figli ed a tutti quei servizi ed interventi volti ad alleggerire i carichi familiari, in linea con le politiche regionali per le pari opportunità. L'obiettivo generale per quest'area è strettamente correlato all'obiettivo di servizio del QSN, di aumentare i servizi per l'infanzia [...] per favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Nel perseguire tale obiettivo, ciascun Ambito territoriale dovrà programmare i servizi e gli interventi tenendo conto, in funzione della propria realtà territoriale, delle difficoltà che la famiglia vive nelle varie fasi del ciclo vitale, anche favorendo le diverse forme di associazionismo ed auto aiuto. A tale programmazione dovrà seguire una gestione che sappia coniugare le diverse competenze istituzionali con l'unicità della presa in carico. Ciò affinché i servizi sociali, così come anche in precedenza affermato, possano agire nella piena cognizione dell'intero "paniere" degli interventi e dei servizi disponibili sul proprio territorio, e possa coscientemente orientare le famiglie verso quelli maggiormente adeguati alle proprie necessità.

Particolare attenzione va pertanto posta verso i servizi e gli interventi afferenti ad altre aree di intervento, nonché ad altre realtà istituzionali, sanitarie (vedi nello specifico quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 Area Materno Infantile), scolastiche e formative, nonché ai Centri per l'impiego, e al Ministero della Giustizia (sia ordinaria che minorile). La Regione

Campania avvierà essa stessa una serie di azioni volte, tanto ad alimentare tali reti interistituzionali, quanto ad evitare inefficienti sovrapposizioni tra interventi e servizi posti in essere da diverse realtà.

La programmazione degli interventi per il sostegno alle responsabilità familiari ed i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, tiene inevitabilmente conto di alcuni elementi di contesto, quali:

- gli interventi prioritari individuati dall'articolo 28 della l.r. n. 11/2007;
- la capitalizzazione delle esperienze pregresse, sia per quanto concerne gli interventi programmati e posti in essere dagli Ambiti Territoriali, sia quelli a regia e titolarità regionale;
- il quadro di riferimento della programmazione, tanto a livello nazionale che sovra nazionale.

Interventi e modalità di attuazione.

Nell'ambito di tale scenario, la Regione Campania ha inteso definire cinque categorie di interventi per il sostegno alle responsabilità familiari ed i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, cui riferire ciascuna programmazione d'Ambito, in funzione delle proprie specificità territoriali. Tale categorizzazione parte dal presupposto che i fattori di rischio sociale insistenti in una famiglia, vanno inevitabilmente letti come condizioni che possono pregiudicare lo sviluppo e la crescita dei figli. Tali condizioni richiedono interventi in grado di generare diversi "impatti" familiari. La programmazione e l'individuazione di ciascun intervento, va pertanto fatta in funzione del livello dei rischi rilevati, nonché sulla scorta delle difficoltà e delle risorse familiari, sociali e territoriali, nonché rifacendosi, in termini di metodo, a quella che è la logica del progetto sociale individualizzato.

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

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 Comuni¹⁴.

Indicatori: n. ragazze madri residenti; n. richieste; n. contributi erogati; totale risorse erogate.

- Interventi domiciliari

Consistono in attività di tutoraggio, prevalentemente rivolto al minore con problemi relazionali, di socializzazione e comportamentali, con lo scopo di rafforzare i legami del minore nel sistema delle relazioni significative (famiglia, scuola, gruppo dei pari) e, al contempo di fornire al minore e alla sua famiglia un'opportunità di sostegno nel processo di crescita. L'attività del tutor può inoltre essere volta a sostenere, valorizzare e/o attivare le competenze genitoriali, appoggiando la carriera e lo sviluppo del rapporto genitori-figli. Il tutoraggio ha pertanto tra i suoi obiettivi quello di supportare gli utenti nella tutela dei propri interessi materiali e funzionali alla propria salute, alla sicurezza sociale ed economica. Per quanto concerne gli interventi di prevenzione primaria, la Regione Campania intende implementare, sull'intero territorio campano, il modello di "Adozione

¹⁴ 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).

Sociale” di cui al Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo (deliberazione regionale n. 2063/2006).

Indicatori: n. nuclei familiari; minori assistiti; n. operatori impegnati; n. hh. Erogate; costo del servizio; n. progetti conclusi.

- Interventi territoriali

Si riferiscono ad una serie di interventi offerti alla collettività da servizi, pubblici o privati, che offrono possibilità di aggregazione finalizzata alla prevenzione di situazioni di disagio, attraverso proposte di socializzazione tra minori e di identificazione con figure adulte significative, offrendo sostegno e supporto alle famiglie, organizzando attività sportive, ricreative, culturali, di supporto scolastico, momenti di informazione, vacanze invernali ed estive. Si collocano in questa categoria di interventi, tanto i Centri diurni polifunzionali (Regolamento regionale n. 6/2006), tanto tutti quei servizi volti alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. La Regione Campania intende mettere in campo una serie di azioni volte ad incrementare il numero dei Centri Polifunzionali sul territorio, nonché a favorire la crescita ed il miglioramento del sistema produttivo dei servizi territoriali.

Indicatori: n. richieste; n. utenti beneficiari; n. operatori impegnati; gg. apertura del servizio; costo del servizio; n. riduzioni abbandono scolastico; n. iniziative attivate.

- Interventi per l'affido

Rientrano in questa categoria una serie di funzioni trasversali degli Ambiti territoriali, così come descritti dalla deliberazione regionale n. 644/2004, alla luce di quanto previsto dal DPCM 14/02/2001. Ciò per quanto concerne l'abbinamento affidatario/i – minore, l'adozione dei provvedimenti di affidamento, il sostegno e supporto continuo alla famiglia affidataria ed a quella d'origine, al fine di risolvere i problemi che hanno determinato la necessità dell'affido. La Regione Campania intende mettere in campo una serie di azioni affinché gli Ambiti territoriali realizzino attività volte a potenziare il “sistema affido”, quali promuovere la cultura dell'affidamento familiare all'interno di una più complessiva politica di sostegno alla famiglia e alla genitorialità; individuare, selezionare e formare le coppie e/o le persone disponibili all'affidamento, istituendo la cosiddetta “Anagrafe degli Affidatari”.

Indicatori: n. minori da affidare; n. minori affidati; n. famiglie affidatarie; n. nuclei familiari seguiti; costo del servizio; durata dell'affido.

- Interventi residenziali

Si riferiscono ad una serie di interventi offerti alla collettività da servizi (Regolamento regionale n. 6/2006), pubblici o privati, che offrono accoglienza residenziale a minori e/o donne, con lo scopo di dare risposta ad una pluralità di bisogni degli utenti e, ove possibile, al rientro dei minori nei propri contesti familiari, ovvero alla realizzazione di programmi di affido o di adozione. A tal fine e nel rispetto del principio di “temporaneità” dell'accoglienza residenziale, tali interventi dovrebbero accompagnarsi (e non sostituire) agli interventi di cui alle altre categorie. In applicazione di quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento regionale n. 6/2006, in ordine al sostegno delle attività dei servizi rivolti ai minori, la Regione Campania intende mettere in campo una serie di azioni volte a favorire la crescita ed il miglioramento del sistema produttivo dei servizi residenziali.

Indicatori: n. donne segnalate ai servizi sociali; n. minori segnalati ai servizi sociali; n. donne accolte; n. minori accolti; gg. di permanenza; costo del servizio; n. donne dimesse; n. minori rientrati in famiglia

3.2 Sostegno alle donne in difficoltà

Analisi del contesto

Nell'affrontare l'ambito relativo a "donne in difficoltà" si è posto l'accento su due aree di fragilità: l'accesso e la permanenza nel mercato del lavoro delle donne in situazione di disagio, il fenomeno della violenza sulle donne e l'induzione alla prostituzione, presumendo, però, che ogni area di intervento del Psr preveda una prospettiva di genere nella lettura dei fenomeni e nella definizione delle azioni e degli strumenti per la riduzione/rimozione del disagio.

Il tema della femminilizzazione della povertà è sempre più evidente, sia a livello internazionale che locale, così che il progressivo processo di impoverimento di strati significativi della popolazione ha reso alcune categorie particolarmente esposte al rischio di disagio economico e socio-relazionale. I casi di multiproblematicità sono particolarmente diffusi tra le donne: le salariate a basso reddito, le vedove, le madri sole, le percettrici di pensioni sociali sono tra le casistiche più frequenti. L'incidenza della povertà relativa, molto più elevata rispetto alla media nazionale, interessa il 21,2% della famiglie campane (ISTAT 2006). Il divario tra la regione ed il resto del Paese è legato a elementi specifici, tra i quali si segnalano la composizione del nucleo familiare ed il livello di istruzione.

In un contesto regionale nel quale i nuclei monoparentali risultano sotto la sostanziale responsabilità di una donna (82%), le separate, le divorziate, le madri nubili sperimentano una situazione più critica soprattutto da un punto di vista economico, mostrando livelli di povertà più elevati e condizioni abitative peggiori. Le situazioni di "disagio estremo" vengono, inoltre, segnalate come a maggior esposizione al rischio socio-sanitario, ovvero i gruppi bambini, donne sole ed anziani vengono individuati come quelli a più alta frequenza di fenomeni epidemiologici e/o di cronicizzazione delle malattie.

Il secondo elemento di attenzione, dettato dall'art.29 e recepito tra le priorità del Psr, è la tutela ed il sostegno alle donne che subiscono violenza o sono oggetto di tratta e prostituzione. Il tema della violenza (fisica e psicologica), oltre a rappresentare un'emergenza dal punto di vista della sicurezza sociale, è lo specchio evidente di un contesto nel quale la violenza viene vissuta come "privata ed inconfessabile".

I valori per la Campania, (solo il 5.7% denuncia la violenza subita dal partner, mentre il 2.4% denuncia la violenza subita da uno sconosciuto) inducono a pensare che siano ancora fortemente diffusi modelli culturali e pregiudiziali che da un lato tendono a giustificare i maltrattamenti, dall'altro a criminalizzare le donne che decidono di denunciare.

In tal senso, il dato rilevato evidenzia la difficoltà a riconoscere, ammettere, comunicare la violenza.

La violenza e gli abusi sessuali sono, purtroppo, spesso collegate all'induzione ed allo sfruttamento della prostituzione. Le straniere extracomunitarie presenti illegalmente in regione sono spesso oggetto di traffico a scopo di sfruttamento sessuale, di tratta e riduzione in schiavitù.¹⁵

La morfologia della prostituzione, quale epilogo della tratta, è andata modificandosi ed attualmente gli aspetti che la contraddistinguono sono la presenza crescente di prostituzione maschile e minorile e l'espansione della prostituzione al chiuso¹⁶.

15 Deliberazione regionale n. 480/2008 - Promozione progetto "Fuori Tratta: azione di protezione sociale e promozione delle opportunità rivolte alle vittime di tratta o grave sfruttamento in ambito sessuale, lavorativo e nello svolgimento di attività di accattonaggio sul territorio della Regione Campania".

16 Si stima che, nella città di Napoli, il fenomeno coinvolga circa 400 persone (donne, uomini e minori) e nella provincia di Caserta circa 300 persone. I minori stranieri, maschi e femmine, coinvolti nel circuito della prostituzione nella sola città di Napoli sono oltre 95.

Il legislatore regionale, per far fronte all'emergenza violenza, ha varato nel 2005 la legge regionale n. 11 «Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza alle donne maltrattate» con la quale si è inteso dare una prima risposta per offrire assistenza ed accoglienza alle donne vittime di violenza ed avviare un percorso di regolamentazione delle strutture e dei servizi dedicati alle donne abusate.

Obiettivi generali

La riduzione del disagio, o meglio “la diffusione dell’agio” sono gli obiettivi prioritari e generali definiti per entrambe le tipologie di fragilità.

L’assunzione del tema del lavoro e della riduzione significativa degli squilibri per migliorare la condizione delle donne in situazioni di svantaggio, passa attraverso la definizione di strategie di intervento basate sulla corretta rilevazione dei bisogni, ma soprattutto sull’individuazione di obiettivi specifici quali:

- tutelare il diritto all’istruzione e le pari opportunità di accesso alla formazione;
- favorire la riduzione della segregazione orizzontale e verticale, l’inserimento ed il reinserimento lavorativo;
- potenziare e razionalizzare i servizi di supporto alla partecipazione attiva al mercato del lavoro;
- valorizzare le propensioni all’autoimpiego e all’imprenditorialità;
- promuovere la *flexicurity* nei contesti lavorativi, incentivando le forme di stabilizzazione dei posti di lavoro;
- favorire l’emersione del lavoro sommerso.

Per le azioni contro la violenza sulle donne, la Regione Campania intende promuovere un approccio che individui un complesso di misure sociali di riduzione del danno e di promozione del reinserimento socio-lavorativo delle donne vittime di tratta, prostitute o prostituite.

Per tale motivo gli obiettivi specifici posti dal Psr sono:

- prevenire i fenomeni connessi alla violenza, prostituzione, abuso e tratta di esseri umani, indipendentemente dal genere, orientamento sessuale e identità di genere delle vittime;
- adottare strategie di intervento che favoriscano il passaggio da una logica di progetti ad una logica di servizi per garantire la reale tutela dei diritti delle persone che hanno subito forme di violenza;
- promuovere azioni di assistenza e tutela rivolte alle persone vittime di violenza, abuso e maltrattamento che favoriscano il processo di recupero psico-fisico e il progressivo reinserimento sociale;
- favorire azioni e interventi tesi a far emergere il fenomeno della violenza, della prostituzione e dei maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia;
- favorire lo sviluppo sul territorio regionale di una rete articolata di cura, assistenza e accoglienza caratterizzata dalla collaborazione tra le istituzioni, il terzo settore e il volontariato;
- promuovere interventi di formazione, anche integrata, per gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché per le figure che intervengono nel percorso di contrasto delle varie forme di violenza e sfruttamento.
- promuovere attività di formazione, anche congiunta, degli operatori impegnati nella prevenzione, tutela, contrasto e cura del fenomeno della violenza, al fine di fornire strumenti formativi specifici e adeguati per la rilevazione, accertamento, protezione e cura della problematica della violenza.

Interventi

Le azioni proposte per il *target* specifico costituiscono un intervento destinato alle donne che si trovano in particolari situazioni di disagio e puntano, da un lato, a prevenire il radicamento dello svantaggio e, dall'altro, a ridurre il rischio di una totale esclusione sociale:

- sperimentazione di azioni di prevenzione e di riduzione del rischio di esclusione sociale per le bambine/ragazze residenti in contesti svantaggiati e di degrado (es. voucher di cittadinanza);
- costruzione di percorsi di emersione rivolti principalmente alle figure professionali operanti nei settori dei servizi alla persona, di cura e di prossimità;
- adozione di forme di incentivi per l'attivazione di progetti *life-long training* finalizzati alla valorizzazione, all'adeguamento ed al potenziamento delle competenze professionali femminili;
- diffusione dei servizi per l'occupabilità e l'occupazione, attraverso l'adozione di protocolli e/o forme di raccordo e l'integrazione con le altre politiche del lavoro.

La diretta connessione tra la violenza e i problemi di salute pubblica evidenzia la necessità di un approccio al fenomeno che pone in interazione gli aspetti della prevenzione, informazione, cura, riduzione del danno e del reinserimento.

Ogni intervento in questa direzione deve basarsi sulla considerazione della necessità di un approccio preventivo ai fenomeni di violenza quale metodo di lavoro in grado di contribuire a contrastare e a ridurre il fenomeno stesso.

La Regione opera in quest'ambito favorendo la realizzazione di interventi di rete che possano offrire risposte adeguate ed appropriate alle varie forme di violenza e che sostengano i percorsi di uscita dalla prostituzione e dalle situazioni di violenza e abuso, attraverso:

- programmazione di iniziative di sensibilizzazione e informazione – rivolte agli operatori sia pubblici che del privato sociale ed alla cittadinanza – per favorire l'emersione e la conoscenza del fenomeno, nonché per diffondere la conoscenza degli interventi e dei servizi presenti sul territorio (tali iniziative dovranno interessare anche gli ambiti della scuola, dello sport, dell'ordine pubblico e giudiziario);
- coinvolgimento ed integrazione di tutti quegli attori che sul territorio intervengono nei confronti dei soggetti vittime di violenza, prostituzione, abuso e tratta anche attraverso la stipula di protocolli di intesa o l'attivazione di tavoli di lavoro;
- realizzazione di progetti individuali di intervento per la tutela e la cura di donne e minori che hanno subito violenza;
- attivazione di servizi di mediazione linguistico - culturale per facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi;
- sostegno all'attività svolta dai Centri antiviolenza e dalle case rifugio quali servizi in grado di fornire risposte mirate alle donne vittime di violenza, prostituzione e abuso;
- promozione di processi di qualità per le strutture deputate all'accoglienza di donne e minori;
- attivazione di un "gruppo di pronto intervento" costituito da operatori sociali e dei servizi specialistici con il compito di agire nella fase immediatamente successiva al primo contatto delle vittime con i servizi (pubblici, di bassa soglia, di sicurezza) al fine di favorire l'accesso al percorso di elaborazione e superamento del danno subito, di assistenza e di reinserimento;
- sostegno allo sviluppo, all'implementazione e alla qualificazione del sistema complessivo dei presidi deputati all'accoglienza, alla cura e alla protezione delle vittime di violenza e tratta;

- promozione di iniziative di comunicazione volte a sensibilizzare i giovani sulla cultura dei diversi stili di vita e di comportamento al fine di prevenire situazioni di rischio derivanti anche da diverse concezioni del rapporto uomo-donna;
- realizzazione di interventi sperimentali a carattere regionale a favore di giovani con problemi di identità di genere, vittime di violenza familiare, attraverso specifico percorso da attuare con operatori appositamente aggiornati;
- attivazione di un sistema organico di raccolta di dati e di informazioni sui fenomeni di violenza, abuso e tratta di esseri umani al fine di realizzare il relativo monitoraggio.

Gli indicatori di impatto

Le politiche di programmazione e di progettazione di interventi, le metodologie di azione, utilizzano l'indicatore come uno strumento che, rispetto alle singole fasi di sviluppo della *policy* attivata, tende a visualizzare e conoscere i livelli di efficacia ed efficienza delle attività programmate e realizzate.

In relazione agli obiettivi specifici da raggiungere per il target di riferimento, è stato individuato un set di indicatori, non esaustivo, da poter utilizzare per valutare l'impatto degli interventi realizzati:

- Variazione del tasso di attività femminile nel territorio di riferimento;
- Variazione del numero di nuove occupate per posizione lavorativa e tipologia contrattuale nel territorio di riferimento;
- Variazione del numero delle lavoratrici con figli nel territorio di riferimento;
- Variazione del numero di Centri anti violenza e Case rifugio nel territorio di riferimento;
- Variazione del numero di iniziative di sensibilizzazione/informazione contro la violenza sulle donne;
- Variazione nel numero delle denunce rese presso PPSS e Pronto Soccorso.

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

Analisi del contesto

Il panorama regionale campano presenta grande disomogeneità sia in termini di attenzione alle dipendenze e alla presenza di servizi più o meno qualificati, sia in relazione alle tipologie di consumo che all'incidenza del fenomeno.

Dai dati relativi al 2007, forniti dall'Osservatorio per le dipendenze dell'Assessorato alla Sanità – Servizio Tossicodipendenze e Alcolismo - risultano: in carico ai 46 Sert n. 23.863 utenti (22.161 maschi e 1.702 femmine) dei quali n. 4.536 (4.227 maschi e 309 femmine) sono nuovi utenti; in carico alle n. 18 comunità dislocate in 30 sedi (n. 21 residenziali e n.9 semiresidenziali) n. 2179. L'eroina resta ancora la sostanza d'abuso primaria (n. 14.878) seguita dalla cocaina (n. 3.668), dai cannabinoidi (n. 2.442), altro (n. 1.960). I morti per droga ammontano a n. 112 unità, distribuiti tra le province di Avellino n. 6, Benevento n. 5, Caserta n. 16, Napoli n. 69 e Salerno n. 16 (Fonte Prefettura anno 2007).

Asl	Nuovi utenti 2007		In carico e/o rientrati 2007		Totale		
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Totale
Av 1	72	6	308	24	380	30	410
Av 2	222	16	804	64	1.026	80	1.106
Bn 1	102	7	421	32	523	39	562
Ce 1	174	20	1.586	109	1.760	129	1.889
Ce 2	150	16	1.232	73	1.382	89	1.471
Na 1	1.793	82	4.765	331	6.558	413	6.971
Na 2	224	18	1.000	96	1.224	114	1.338
Na 3	147	13	1.699	56	1.846	69	1.915
Na 4	335	34	1.395	90	1.730	124	1.854
Na 5	256	15	1.396	84	1.652	99	1.751
Sa 1	254	16	775	90	1.029	106	1.135
Sa 2	232	43	2.129	297	2.361	340	2.701
Sa 3	266	23	424	47	690	70	760
Totali	4.227	309	17.934	1.393	22.161	1.702	23.863
	4.536		19.327				

Inoltre, dai dati forniti dal CEARC (Coordinamento degli Enti Ausiliari Regione Campania), la presenza media delle persone tossicodipendenti, in possesso di impegnativa dell'Asl nelle proprie strutture di accoglienza, per l'anno 2006, è stata la seguente: residenziale n. 414 persone; semiresidenziale n. 98 persone.

L'attenzione al contesto non può in ogni caso prescindere dal considerare, al di là dei dati ufficiali, la realtà dei nuovi consumi e quanto negli ultimi anni sta accadendo nella regione Campania, particolarmente nella periferia nord di Napoli. Lo scenario del consumo di sostanze è mutato e con esso si sono trasformati i significati e la percezione del termine "comportamento a rischio".

Gli indicatori provenienti dall'universo delle tossicodipendenze sono di fatto: la natura sempre più "polivalente" del consumatore e la crescita esponenziale del mercato della cocaina, spesso usata come "droga secondaria", considerata fino a qualche anno fa lo "sballo dei ricchi", oggi è venduta a prezzi accessibili, secondo una precisa strategia di vendita: intercettare nuovi consumatori per attrarre l'interesse dei giovani. Il diffondersi delle *smart drugs*, cioè le droghe furbe, intelligenti perché in grado di sottrarsi alle maglie dell'illegalità, costituiscono poi, anche nella realtà campana, l'ultima frontiera delle sostanze in grado di modificare lo stato di coscienza. Non ne è proibito né il consumo né la vendita, perché non rientrano ancora nelle classificazioni del Ministero della Salute, ma le *smart drugs* sono capaci di dare effetti del tutto simili a quello dei composti comunemente considerati stupefacenti: allucinazioni, percezioni distorte del reale, stimolazione sessuale e intellettuale. Quello che preoccupa è il meccanismo che tende ad indurre il giovane ad un'assunzione non consapevole di composti potenzialmente in grado di sconvolgerlo come quelle che siamo abituati a chiamare droghe (fonte: Bollettino dell'Osservatorio sulla camorra e sull'illegalità dell' 11.1.2005).

In sintesi, si registra in Campania un costante aumento dell'uso/abuso di sostanze psicoattive, legali ed illegali, da parte dei giovani minorenni e tra le nuove categorie di soggetti marginali. I dati disponibili e gli elementi di conoscenza che derivano dalle numerose esperienze di lavoro rivolte al mondo giovanile indicano: l'incremento di forme di consumo ricreazionale di sostanze, in particolare nei luoghi del divertimento; l'abbassamento dell'età in cui avviene l'incontro con le sostanze; la trasversalità del fenomeno, per questo occorre assumere la

consapevolezza che non esistono ambienti esenti da un possibile contatto con le droghe; un orientamento verso il consumo e il consumismo che va oltre il problema delle sostanze.

Nello scenario appena descritto, la Regione Campania ha affrontato il fenomeno attraverso uno specifico percorso metodologico avviato con i *focus group* e sviluppato nella “Commissione multidisciplinare di studio e programmazione in materia di lotta alle dipendenze”, istituita con deliberazione regionale n. 64/2004, che ha messo in campo una intelligenza collettiva, rappresentata da testimoni privilegiati e da soggetti istituzionali, con l’obiettivo di impattare concretamente il *target* di popolazione e i contesti di riferimento. Questo lavoro è proseguito attraverso il confronto con altre Regioni, approfondimenti teorici sul fenomeno e giornate di studio/confronto tra referenti regionali e gli operatori impegnati nella sperimentazione di modelli di intervento socio-sanitari, svoltesi presso le sedi dei servizi pubblici, del terzo settore e degli istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti.

Questo lavoro propedeutico ha permesso all’ Assessorato alle Politiche Sociali, a partire dal 2005:

- di organizzare, presso la Fondazione IDIS-Città della Scienza dal 14 gennaio al 15 febbraio 2005, una mostra multimediale interattiva sulla prevenzione del tabagismo negli adolescenti. Tale rassegna, promossa attraverso un protocollo d’intesa con la Regione Emilia-Romagna e la Lega Tumori di Reggio Emilia, è stata preceduta da quattro giornate di formazione rivolte agli operatori sociali, sanitari e docenti;
- di emanare le Linee guida, nell’area di riferimento, relative alla quarta annualità di applicazione della l. n. 328/2000;
- di emanare un avviso pubblico, finalizzato alla costruzione di percorsi volti a contrastare le dipendenze, privilegiando un approccio integrato capace di mettere in rete gli attori del welfare locale ed ottimizzare gli interventi di recupero e reinserimento socio-lavorativo. A tale scopo, gli Ambiti territoriali (soggetti beneficiari) hanno presentato i progetti in Associazione Temporanea di Scopo (ATS) con uno o più soggetti del Terzo Settore e, per le azioni a forte integrazione socio-sanitaria, hanno costituito un partenariato obbligatorio con l’Asl di riferimento;
- di sostenere, la promozione di progetti personalizzati di sostegno socio-assistenziale, di attività socio-educative e di reinserimento socio-lavorativo in favore delle persone affette da Hiv/Aids, ospiti nelle Case Famiglia/Alloggio della Campania (cfr. Atto di indirizzo approvato con deliberazioni regionali n. 2036/2006 e n.1365/2008);
- di assumere negli indirizzi strategici triennali 2007-2009, approvati con deliberazione regionale n. 1403/2007, il progetto sociale personalizzato, quale approccio metodologico elettivo e strumento fondamentale del percorso della presa in carico dei cittadini. Con tale finalità sono stati attivati circa n. 600 progetti socio-formativi individualizzati per le persone tossicodipendenti, in carico alle strutture residenziali e semiresidenziali, gestite dal pubblico e dal privato sociale;
- di aderire, in analogia agli interventi già attivati ed in collaborazione con l’Assessorato alla Sanità, al Progetto nazionale, promosso dal Ministero della Solidarietà Sociale, denominato “Budget per l’inclusione sociale di persone tossicodipendenti in trattamento o da attrarre in trattamento, ad elevata emarginazione”, con l’obiettivo di promuovere n. 100 progetti individualizzati finalizzati all’inclusione sociale delle persone tossicodipendenti a forte rischio di esclusione sociale (cfr. deliberazione regionale n. 1015/2008).

Obiettivi

Gli Obiettivi generali per le politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell’agio e dell’autonomia delle persone sono:

- promuovere e sostenere comunità solidali;

- prevenire l'uso/abuso di droghe legali ed illegali e promuovere l'agio e l'autonomia delle persone;
- contrastare la marginalità e l'esclusione sociale;
- promuovere la sussidiarietà orizzontale.

Costituiscono, invece, Obiettivi specifici:

- sviluppare azioni progettuali diversificate in relazione all'evolversi del fenomeno;
- promozione di iniziative integrate di prevenzione, frutto del lavoro congiunto dei servizi sociali e sanitari, scolastici, educativi ed aggregativi, pubblici e del privato sociale, con un maggior coinvolgimento della cittadinanza e valorizzando i giovani come protagonisti;
- favorire l'inclusione sociale e lavorativa delle persone tossico-alcoldipendenti;
- promuovere campagne di informazione e di sensibilizzazione mirate in particolare alla popolazione giovanile attraverso il coinvolgimento diretto dei giovani, della scuola, delle famiglie, degli Enti locali, dei servizi pubblici e privati per le dipendenze, dell'associazionismo e del volontariato, da realizzarsi all'interno delle scuole, nei luoghi del *loisir* giovanile, nelle discoteche, negli ambienti sportivi e ricreativi;
- estendere su tutto il territorio regionale le iniziative già avviate per la prevenzione e il contrasto del consumo di droghe legali, in particolare alcol, ed illegali nei luoghi del divertimento giovanile (discoteche, pub) anche attraverso protocolli d'intesa con i gestori dei locali;
- promuovere iniziative dirette al potenziamento e all'integrazione della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, con particolare attenzione alle nuove forme di dipendenza senza sostanze (gioco d'azzardo patologico...) e alla notevole diffusione del consumo (cocaina, droghe sintetiche, droghe ricreazionali);
- consolidamento delle prassi operative integrate tra Ambiti Territoriali, Dipartimenti per le Dipendenze e/o Sert e Dipartimenti di salute mentale;
- sviluppare nuove ipotesi organizzative, di ricerca e di sperimentazione;
- valorizzare il mondo del volontariato e dell'associazionismo (utenti e loro famiglie) che ha precedentemente vissuto esperienze di dipendenze da sostanze stupefacenti e alcol, attraverso programmi di auto-aiuto finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
- sostenere, potenziare e stabilizzare gli interventi rivolti a fasce di popolazione in stato di grave marginalità e a forte rischio di esclusione sociale (senza dimora, ex detenuti, sofferenti psichici, ...);
- promuovere iniziative di recupero e protezione sociale per la tossicodipendenza femminile, la maternità e la tutela di minori figli di tossico/alcoldipendenti attraverso la diffusione delle informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze in gravidanza;
- definire le modalità assistenziali attente alla specificità femminile, il recupero della dimensione materna, il monitoraggio delle situazioni problematiche e a rischio per l'integrità della salute psicopatologica dei minori;
- estendere la rete di protezione socio-sanitaria di facile accessibilità in grado di intervenire in modo coordinato;
- elaborazione di nuovi modelli di intervento tra Ambiti territoriali, i servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche, nonché di coordinamento di quelli esistenti, relativamente alla comorbilità psichiatrica o "doppia diagnosi" delle persone tossicodipendenti;
- prevedere modalità di valutazione, indicatori (di processo e di esito) e diffusione dei risultati.

I tempi di attuazione degli obiettivi nel prossimo triennio terranno prioritariamente conto della continuità con i percorsi già attivati sul territorio e della valorizzazione dei sistemi di

governance che hanno prefigurato e intendono realizzare processi di inclusione. Nel breve/medio periodo (entro il primo e secondo anno di validità del Psr) dovranno essere realizzati quegli obiettivi che pongono al centro azioni riferibili ai temi della prevenzione ed alla prima assistenza; nel lungo termine (entro il terzo anno di validità del Piano) saranno prefigurate e/o attivate quelle azioni che richiedono percorsi di inserimento lavorativo e di apposite forme di finanziamento.

Gli interventi e i servizi.

Sulla base di una lettura delle tendenze e delle modificazioni del fenomeno, in Italia e in Europa, il Piano traccia le linee su cui si costruiranno le politiche regionali dei prossimi anni e dà indicazioni ai territori per l'aggiornamento delle politiche locali in tema di prevenzione, di reinserimento socio-lavorativo e di costruzione del sistema di intervento a rete.

Il fenomeno delle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcol, tabacco, farmaci) e delle nuove forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, per la sua vastità e problematicità, per la rapidità e mutevolezza delle forme di approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, richiede uno sforzo di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e le metodologie di intervento già collaudate.

Il consumo di cocaina e delle droghe sintetiche e il notevole abbassamento dell'età del consumo, nonché la maggiore diffusione di cocaina, alcol e dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico, disturbi alimentari, videogiochi, internet) fanno emergere la necessità di puntare su iniziative organiche, coraggiose e innovative di prevenzione e di informazione che rappresentano i mezzi più efficaci di contrasto al consumo, considerata la loro capillare diffusione e la difficoltà di controllarne l'uso.

L'Unione Europea ritiene che un'efficace politica sulle droghe debba poggiarsi sui cosiddetti "quattro pilastri": lotta al narcotraffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno: strategie ed interventi tutti necessari, che si integrano e si rinforzano vicendevolmente se vengono attuati contemporaneamente. La Regione Campania, attraverso gli Assessorati regionali alle Politiche Sociali e alla Sanità, ha condiviso questa impostazione e nel corso degli anni ha basato le proprie politiche sui "tre pilastri" che rientrano fra le sue competenze: prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno.

Abbiamo di fronte a noi uno scenario complesso. Non possono essere messe in campo scorciatoie o interpretazioni e soluzioni semplicistiche o soltanto coercitive. Occorre, come sempre, costruire politiche ed interventi che abbiano attenzione per le comunità locali nel loro insieme: i giovani, i consumatori, che sono in gran parte giovani e le persone che hanno problemi legati all'abuso ed alle dipendenze, le famiglie ed i contesti di vita, con offerte appropriate e qualificate, basate sul rispetto, la condivisione, il supporto e l'accompagnamento.

I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze contribuiscono alla crescita della percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali e alla richiesta di "controllo del territorio" e di ripristino della legalità, delle regole di convivenza nell'uso degli spazi urbani. Gli elementi di conoscenza sul consumo di sostanze psicotrope evidenziano il fatto che, rispetto ai molti consumatori, i soggetti dipendenti sono una minoranza. Esiste invece una continuità fra il consumo ed il consumo problematico, anche in situazioni episodiche che non si legano alla parabola classica della dipendenza. Per questi motivi si può affermare che la scena del consumo è diversa da quella della tossicodipendenza e che l'attenzione va perciò rivolta a gruppi di popolazione, persone, comportamenti e conseguenze dei comportamenti piuttosto che ai tipi di sostanze.

La Relazione annuale al Parlamento 2007 sullo stato delle tossicodipendenze evidenzia un incremento esponenziale dell'uso di cocaina. In realtà, la variabile più significativa è rappresentata da giovani policonsumatori tra i 15 e i 24 anni, che assumono cocaina ed altri psicostimolanti in associazione con i cannabinoidi. Muta anche la percezione soggettiva e collettiva del consumo di sostanze, vissuto spesso come socializzante ed anche come *marker* di successo. Alla figura nota del "tossico" emarginato, fenomeno ancora presente, si affianca la figura del policonsumatore, che utilizza le sostanze in contesti socializzanti per finalità ricreative e prestazionali, spesso con scarsa percezione del rischio e dell'illegalità.

L'abbassamento dell'età dei consumatori, l'articolarsi delle dinamiche e delle modalità di consumo, la ramificazione e la capillarizzazione del mercato delle sostanze richiedono percorsi di contatto e presa in carico specifici, adeguati ad una realtà complessa, multiforme e non codificabile attraverso i modelli interpretativi dei servizi tradizionali.

Occorre individuare per i giovani specifici modelli culturali di responsabilizzazione al rispetto della qualità della vita, di valorizzazione della creatività e del talento. A tal fine risulta indispensabile coinvolgere sempre più le famiglie, la scuola, gli Enti locali, il volontariato, l'ambiente di lavoro e di svago, il mondo dell'informazione.

Una particolare attenzione va rivolta a quelle esperienze che, negli ultimi anni, sono maturate nell'ambito delle azioni di contrasto alle sostanze psicoattive legali (soprattutto alcol). Tale fenomeno presenta rilevanti analogie con quello delle sostanze illegali, per l'aumento dell'abuso alcolico nei giovani e nella popolazione femminile e, soprattutto, per i forti risvolti sociali (abuso/maltrattamento, esclusione/nuove povertà) e sanitari (patologie alcol-correlate: cirrosi epatiche e malattie croniche del fegato).

In occasione della prima Conferenza nazionale sull'alcol svoltasi in Roma nell'ottobre 2008, è emerso un dato inquietante. E' l'Italia, in Europa, a detenere il record negativo dell'età più bassa del primo contatto con le bevande alcoliche: iniziano a bere vino, birra e liquori a soli 11 anni, tra la quinta elementare e la prima media. Tra gli 11 e i 15 anni, un ragazzino su cinque inizia a bere, mentre tra i 16 e i 17 anni questa abitudine riguarda un adolescente su due. Ma è fra le ragazze che, negli ultimi anni, si è registrato il maggior incremento di abuso di alcol: la percentuale di bevitrice adolescenti, fra il 1994 e il 2006, è più che raddoppiata, passando dall'8 al 16,8%. Un *trend* preoccupante anche fra i coetanei maschi passati dal 13,4% al 24,2%. Complessivamente, i minori considerati dalle statistiche "consumatori a rischio", quelli che praticano l'*extreme drinking* (bere per ubriacarsi), sono oltre 740 mila: 470 mila ragazzi e 270 mila ragazze. Non a caso sono più di 61 mila le persone in cura presso i servizi pubblici per l'alcoldipendenza, soprattutto giovani sotto i 30 anni, con un aumento del 9,6% rispetto al 2005 (fonte Ministero della Salute).

Un'altra attenzione va posta alla condizione di tossicodipendenza delle donne, che ha spesso effetti maggiormente devastanti che nell'uomo per la contemporanea presenza di problematiche connesse con la violenza, la prostituzione. La situazione diventa più complicata in presenza di eventi collegati con la maternità, con effetti negativi anche sulla competenza genitoriale: si tratta di promuovere e verificare l'efficacia di modelli operativi di rete di facile accessibilità volti alla tutela del benessere psico-fisico della donna, del minore, della famiglia, in grado di intervenire in modo coordinato sin dal momento in cui si manifesta la gravidanza.

Un'altra sfera d'interesse fortemente avvertita riguarda la comorbilità psichiatrica o "doppia diagnosi" delle persone tossicodipendenti che determina l'esigenza di un'accelerazione dei processi di confronto tra Ambiti territoriali, i servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche, di elaborazione di nuovi modelli di intervento e di coordinamento di quelli esistenti.

La corresponsabilizzazione dei servizi pubblici in questo settore rispetto ai percorsi di presa in carico dei cittadini con problemi psichici ed abuso di sostanze è necessaria affinché essi non avvertano fratture, dissonanze o contraddizioni tra i singoli interventi o strutture. Gli

strumenti teorici e pratici di derivazione psicologica, educativa e biomedica non sono oggi più visti come antagonisti, così come il privato sociale ed imprenditoriale non riveste più un ruolo alternativo, ma integrativo della pubblica offerta. In questa ottica percorsi di formazione comune, condivisione di problematiche che mettono in difficoltà i singoli servizi presi isolatamente, contaminazioni tra codici relazionali dei diversi livelli istituzionali sono un passaggio necessario per l'evoluzione professionale. Tale collaborazione potrà trovare forme diverse a seconda delle realtà territoriali, dai protocolli congiunti, alla formazione di *équipe* miste e sarà importante standardizzare le esperienze di successo maturate all'interno dei diversi modelli adottati.

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni di prevenzione e di reinserimento socio-lavorativo ed in continuità con la precedente programmazione e le strategie ad essa connesse gli interventi ed i servizi da attivare sono:

- progetti personalizzati finalizzati al reinserimento socio-lavorativo delle persone con problemi di dipendenza;
- servizi di pre-accoglienza, accoglienza e di forme di auto-aiuto;
- assistenza domiciliare integrata per situazione cronicizzate per le quali risulta necessario un accompagnamento;
- centri di ascolto, unità di strada, servizi a bassa soglia e servizi di consulenza e orientamento;
- programmi di prevenzione nelle scuole di ogni ordine e grado;
- campagne informative di sensibilizzazione differenziate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette (scuola, strada, discoteca, pub, luoghi di lavoro, gruppi informali, adulti significativi...).

Ferma restando l'autonomia progettuale e operativa degli Ambiti è preferibile il coinvolgimento, in fase di programmazione e attuazione degli interventi a forte integrazione sociosanitaria, delle Asl di riferimento (Dipartimenti per le Tossicodipendenze, Sert, ...) e degli Enti Ausiliari iscritti all'Albo Regionale di cui alle deliberazioni regionali n. 6245/1992 e 842/1994, nonché di quanti operano nel settore a vario titolo. Per gli interventi sociosanitari va comunque, sempre, attivata l'Unità di valutazione integrata (UVI).

3.4 Le politiche per le persone anziane

Analisi del contesto

Ripercorrendo gli interventi fino ad oggi posti in essere è possibile individuare numerosi punti di forza. Con l'applicazione delle linee guida regionali ex l. n. 328/2000 si è provveduto a realizzare una rete di servizi di supporto alla vita degli anziani, raggiungendo territori fino ad allora sprovvisti. In particolare si è dato risalto ai servizi domiciliari sia con finanziamenti dedicati, sia con una definizione dei principi di programmazione e realizzazione. (Linee Guida IV anno deliberazione regionale n. 204/2005). Il principio che ha ispirato una politica della domiciliarità è stato innanzitutto quello 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. Inoltre la domiciliarità rappresenta la risposta più pertinente ed adeguata per conservare il tessuto sociale dei territori e per garantire risposte più rapide e convenienti anche in termini economici, oltre che per favorire lo sviluppo dell'imprenditoria sociale con conseguenti benefiche ricadute sul tessuto economico dei territori.

Sul fronte dei servizi residenziali e semiresidenziali, con l'approvazione del Regolamento n. 6 del 18/12/2006 sui requisiti e i criteri di autorizzazione delle strutture socioassistenziali, si è

provveduto a mettere ordine in un mercato lasciato alla libera iniziativa dei singoli, definendo cinque tipologie di strutture atte ad erogare prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani autonomi e semiautonomi: casa albergo, comunità alloggio, casa sociale, centro sociale polifunzionale. E' stata avviata inoltre, ai sensi del Regolamento che ne prevedeva l'istituzione, l'"Anagrafe Regionale dei Servizi", consultabile sul portale regionale e aggiornabile in tempo reale. In tal modo si dispone di una prima traccia di una futura mappa delle strutture socioassistenziali. Essa diventerà operativa con il progetto – obiettivo "*Campania sociale digitale*" (vedi infra 2.4.2).

In tale quadro persistono ancora alcune criticità. L'offerta di strutture sul territorio si presenta, infatti, ancora disomogenea sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. In particolare, si registrano difficoltà da parte degli Enti gestori a provvedere ai necessari adeguamenti strutturali, organizzativi e funzionali, e c'è un ritardo da parte dei Comuni nell'assolvere quelle funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture, ma anche di accompagnamento agli enti gestori, conferite loro dalla normativa vigente. Inoltre nell'ambito dell'offerta dei servizi sociosanitari per gli anziani non autonomi, una criticità rilevante è rappresentata da una certa disarmonia tra gli atti che disciplinano il comparto sociale e quello sanitario, con conseguenti ambiguità interpretative e problemi irrisolti che creano difficoltà di programmazione congiunta tra Comuni e Asl, e che si ripercuote sulla capacità degli operatori preposti a realizzare una appropriata presa in carico degli anziani più fragili.

Obiettivi

- La Regione intende innanzitutto promuovere una cultura regionale che rivaluti il ruolo degli anziani nella società, come risorsa preziosa capace di trasmettere valori e ridefinirne le priorità in una prospettiva etica.

Declinare una politica a favore degli anziani significa nel contempo sviluppare una politica a favore delle famiglie. La Regione infatti riconosce il ruolo "socialmente prezioso" svolto dagli anziani autonomi all'interno delle famiglie, nella cura dei bambini e dei familiari disabili, nel favorire le pari opportunità di lavoro per le donne, nel supporto finanziario o abitativo delle giovani coppie. Allo stesso tempo, in considerazione dei dati sull'invecchiamento della popolazione e sul progressivo aumento delle malattie cronico-degenerative, la Regione riconosce che troppo spesso è proprio sulla famiglie che ricade il carico di cura e assistenza degli anziani non più autonomi, con un aggravio di oneri organizzativi e finanziari che inficiano sia la stabilità delle famiglie che le stesse opportunità di lavoro delle componenti femminili. A tale scopo è necessario un passaggio dal paradigma del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento.

- Per il triennio di vigenza del Piano è assunto come obiettivo prioritario 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, fino alla promozione di interventi di inclusione sociale che esulano dai livelli essenziali ma 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.
- Per realizzare un efficace sistema di offerta, e garantire pari opportunità di accesso ai servizi, si intende innanzitutto promuovere il principio "della presa in carico" attraverso la validazione di strumenti, quanto più semplici possibili che rendano omogenee a livello

territoriale le funzioni di valutazione, definizione di progetti personalizzati, informatizzazione e monitoraggio degli stessi.

- E' inoltre necessario promuovere un sistema di qualità dell'offerta attraverso la diffusione di buoni spendibili per l'acquisto di servizi accreditati per superare una visione dell'anziano come utente passivo e restituirgli il riconoscimento della dignità di soggetto attivo capace di autodeterminarsi, quindi di scegliere tra più servizi o più enti erogatori in base ad una valutazione del rapporto costi/benefici.

Interventi da realizzare

Per realizzare l'obiettivo di dotare la Campania di una infrastrutturazione minima di servizi/interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, idonei a garantire i livelli essenziali di assistenza, è necessario che il prossimo triennio veda una programmazione regionale e locale articolata sui seguenti interventi, volti a garantire, nell'ambito di un percorso di continuità assistenziale, risposte alle diverse esigenze delle persone anziane e delle loro famiglie attraverso modalità organizzative flessibili ed innovative:

- incremento degli interventi domiciliari (in termini di utenti e di ore di assistenza pro-capite) come risposta prioritaria al bisogno assistenziale, anche in abbinamento ad altri interventi che facilitino la permanenza a domicilio ed offrano un supporto alle famiglie (esempio il telesoccorso);
- realizzazione di una rete essenziale di strutture socio-assistenziali, previste dal regolamento regionale n. 6/2006 che sopperisca alla carenza del sistema di offerta sociale e sociosanitario per gli anziani impossibilitati ad essere assistiti adeguatamente a domicilio;
- messa a regime dell'Anagrafe Regionale delle strutture, intesa sia come completamento del processo di adeguamento e autorizzazione delle strutture esistenti, sia come mappa dell'offerta assistenziale e base imprescindibile di una corretta programmazione territoriale;
- miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale attraverso l'accreditamento dei soggetti gestori, la realizzazione di albi dei soggetti accreditati, la promozione su base locale dell'emissione di buoni per l'acquisto di servizi;
- sistema di monitoraggio finalizzato a verificare il corretto ed appropriato utilizzo dei servizi acquistati;

E' inoltre opportuno che al di là di una infrastrutturazione minima del sistema di offerta per gli anziani più fragili, si realizzi una politica di più ampio respiro attraverso interventi di inclusione sociale finalizzati a promuovere il ruolo degli anziani nel contesto della vita sociale, a sostenerne la partecipazione alla vita pubblica, ed a favorire la costruzione di reti di solidarietà sociale e scambi intergenerazionali, avvalendosi anche delle associazioni di tutela e del volontariato degli anziani. E' auspicabile che l'Ambito svolga in tal senso anche un ruolo di agenzia organizzativa sia per Interventi a costo zero, basati sulla reciprocità delle relazioni umane (mutuo-aiuto) sia per offrire servizi a totale carico degli utenti che offrano opportunità di partecipazione, apprendimento continuo, scambi intergenerazionali (eventi culturali, etc..).

Indicatori: incremento annuale del n. utenti anziani assistiti a domicilio, rispetto alla VII annualità, incremento annuale del n. ore settimanali per utente già in carico, n. strutture autorizzate/accreditate (residenziali e semiresidenziali), n. strutture convenzionate con gli Ambiti o a gestione pubblica. Indicatori di qualità: gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi.

3.5 Le politiche per le persone con disabilità

Analisi del contesto

L'attuale assenza di un sistema informativo rende difficile operare un'analisi del bisogno nel campo della disabilità. Ci si può però rifare ai dati raccolti dall'ISTAT nell'ambito dell'Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005, dalla quale emerge per la Campania il seguente quadro. Le persone con disabilità sono 252.000, pari al 4,70% della popolazione residente.

Nel dettaglio, 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 vi sono 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%. Dall'analisi dei dati risulta è evidente che la disabilità è un fenomeno complesso, multi-sfaccettato, per cui non si può parlare genericamente di bisogni delle persone con disabilità, come se queste costituissero un insieme omogeneo.

Già la legge 104/1992 poneva una prima distinzione tra disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. L'ISTAT ha adottato una classificazione in parte, ma non del tutto, sovrapponibile. E' importante tenere in considerazione i diversi tipi di disabilità perché a diversi tipi corrispondono diversi bisogni. Non si può pensare che un servizio di assistenza domiciliare sia da offrire indifferentemente e nello stesso modo a tutte le persone cui è stato certificato uno stato di disabilità, perché ad esempio saranno diversi i bisogni di una persona cieca da quelli di una persona con difficoltà motorie. Il servizio, pertanto, pur portando lo stesso nome, va personalizzato a seconda del "profilo di bisogno" riscontrato nella persona cui è rivolto.

Un'altra variabile da tenere in considerazione è l'età, in quanto anche qui i bisogni di un bambino saranno diversi da quelli di un adulto. Ad esempio un bambino cieco potrebbe aver bisogno di assistenza specialistica a scuola ed eventualmente a domicilio per apprendere codici comunicativi adatti alla sua disabilità, mentre un adulto cieco potrebbe necessitare di un aiuto per l'autonomia sia in casa che per le uscite all'esterno. La possibilità di tenere conto delle specificità di ogni condizione dovrebbe essere assicurata dalla valutazione propedeutica al progetto personalizzato, ma tale strumento, oltre a non essere ancora applicato su tutto il territorio, soffre di due mali:

- una ridotta standardizzazione e pochi strumenti condivisi per la valutazione;
- una gamma di servizi predefinita e poco adattabile/adattata per la risposta ai bisogni.

Gli interventi realizzati negli Ambiti territoriali evidenziano un forte ricorso da parte di tutto il territorio ai centri diurni (centri socio-educativi e centri sociali polifunzionali) e all'assistenza domiciliare (sia in forma sociale che integrata con il sanitario), che sono pressoché presenti su tutti gli Ambiti. Vi è una certa presenza anche dei servizi di assistenza scolastica e di trasporto per persone disabili. Scarsa è invece l'offerta residenziale in particolare per il disabile fragile privo del sostegno familiare. Rispetto ai servizi evidenziati, che in parte costituiscono l'esito di precedenti linee di programmazione regionale e in parte una necessaria risposta al bisogno rilevato, si può operare nel senso di favorirne una maggiore qualificazione. A tal proposito, alcune delle criticità che sono state rilevate dalla struttura regionale sono le seguenti: qualità disomogenea dei servizi; scarsa specializzazione/personalizzazione; retribuzione del personale impiegato nei servizi.

Agli interventi per la disabilità realizzati dal territorio, si aggiungono alcuni interventi organizzati da altri enti, in particolare dalla Regione e dalle Province.

A livello regionale vengono attualmente erogati alcuni servizi al fine di rispondere a specifici bisogni territoriali. Il carattere sperimentale di tali servizi oppure la necessità di garantirne una fruizione omogenea a tutto il territorio hanno finora portato a prevederne la realizzazione da parte della Regione, in gran parte sono riconducibili alla programmazione definita con la deliberazione regionale n. 679/2007:

- servizio di ponte telefonico per superare le barriere comunicative delle persone sorde attraverso l'ENS (Ente Nazionale Sordomuti);
- fruizione del mare e della montagna da parte delle persone con disabilità attraverso il co-finanziamento di progetti di enti del terzo settore;
- *start-up* di strutture rivolte a persone con disabilità grave prive del supporto familiare (ai sensi dell'art. 81 legge 388/2000);
- sostegno al diritto allo studio degli studenti universitari con disabilità attraverso un protocollo d'intesa con l'Università Federico II;
- contributi per la trasformazione tecnica di centralini telefonici al fine di adattarli alle caratteristiche dei lavoratori con disabilità visiva (l. 113/1985);
- interventi rivolti alle famiglie di persone con autismo;
- fornitura di assistenza tiflodidattica e testi in braille o a caratteri ingranditi agli alunni disabili visivi della regione Campania, attraverso un protocollo d'intesa con la Biblioteca per i Ciechi Regina Margherita di Monza, ad integrazione dei bisogni già coperti dalle Province.

Riguardo all'ultimo servizio elencato, va specificato che esso costituisce solo una risposta parziale e settoriale al problema dell'integrazione scolastica delle persone con disabilità, problema che non ha trovato ancora una risoluzione soddisfacente. Al riguardo infatti si evidenzia la poca chiarezza sulla titolarità della competenza tra i diversi Enti locali (Province e Comuni) sul trasporto scolastico, sull'assistenza specialistica, sulla fornitura di sussidi e ausili alle scuole e agli alunni (tra i quali i già nominati testi in codice braille), che fa sì che i relativi bisogni spesso non ricevano adeguata risposta.

Obiettivi generali

Chiarito che i servizi devono essere quanto più possibile una risposta adeguata ai bisogni rilevati caso per caso, la Regione può e deve fornire degli orientamenti strategici per il proprio territorio. Tali orientamenti possono essere definiti in forma di priorità del livello di assistenza da realizzare. La Regione vuole promuovere in primo luogo, in ogni caso in cui sia possibile, servizi legati alla domiciliarità. Questi infatti, oltre a richiedere un minore impegno economico, consentono alla persona con disabilità di rimanere a contatto con il proprio ambiente di vita, inteso come famiglia di appartenenza ed ambiente domestico.

Come seconda risposta, laddove la domiciliarità non sia possibile, in ragione dell'alto livello di insufficienza, è possibile adottare una risposta residenziale. Particolare problema da prendere in carico è quello delle persone con disabilità grave che siano prive di supporto familiare (cui ci si riferisce spesso col termine "dopo di noi"). In tali situazioni infatti è notevolmente difficile che una risposta domiciliare possa garantire il livello di assistenza necessario per rendere la persona autonoma, e quindi anche in questo caso la risposta adatta è quella residenziale.

Si vuole ribadire che la residenzialità di tipo sociale è adatta a persone che non abbiano necessità di assistenza sanitaria continuativa. In tale ultimo caso, infatti, la risposta adatta è quella delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), di gestione sanitaria. Allo stesso modo si sottolinea la necessità di favorire invece la rivalutazione del bisogno nelle Unità di

Valutazione Integrata, al fine di fornire l'appropriata risposta sociale e persone che siano ospitate nelle RSA o in strutture ospedaliere, pur non richiedendo assistenza sanitaria.

Va da sé che alcuni tipi di bisogno non richiedono risposte né a livello domiciliare, né residenziale, in quanto possono essere gestite con servizi territoriali o semi-residenziali (livello intermedio), ad esempio attraverso la partecipazione alle attività presso centri semi-residenziali.

Gli obiettivi specifici che si intendono raggiungere per la disabilità nell'arco di tempo coperto dal Piano sociale regionale sono i seguenti:

Obiettivo: favorire l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità

L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità è un problema ancora aperto, su cui più volte l'amministrazione regionale ha cercato di incidere. Alle linee guida per la IV annualità dei Piani di Zona era allegato uno schema di protocollo d'intesa da adottare a livello territoriale tra tutti i soggetti coinvolti nell'integrazione: scuole, Comuni, Asl e Province. Nelle linee guida V annualità la stipula degli accordi è stata legata all'erogazione delle risorse per la premialità e, infine, nelle linee guida VI annualità, tali accordi sono stati resi obbligatori. Pur avendo il territorio fornito una risposta a tali stimoli, non si può dire che oggi vi siano su tutti gli Ambiti degli accordi per l'integrazione scolastica né che questa, laddove realizzata, metta davvero in rete tutti i soggetti istituzionali coinvolti.

A livello regionale è già attivo un tavolo di concertazione con le Province e l'Ufficio scolastico regionale in particolare sui bisogni delle persone con disabilità visiva. Se ne vuole allargare il tema per includere il diritto allo studio per gli alunni disabili in generale ed estenderlo anche ai settori regionali dell'istruzione e della sanità, nonché a forme di rappresentanza degli Ambiti, al fine di promuovere un sistema di *governance* che risolva l'annosa questione dell'integrazione scolastica delle persone con disabilità, affrontando le problematiche relative a trasporto, assistenza specialistica e fornitura di sussidi. Un nuovo impulso arriva anche dall'approvazione, nella seduta del 20 marzo 2008 della conferenza Stato-Regioni, di un'intesa sui "criteri di accoglienza e di presa in carico degli alunni con disabilità". Il fulcro dell'integrazione degli interventi dovrà essere il PEI (Piano Educativo Individualizzato), inteso come parte del più globale progetto personalizzato sulla persona disabile. In generale, infatti, come per altri tipi di interventi, si ritiene che la competenza generale sulla presa in carico sia del livello territoriale più vicino al cittadino (ossia dell'Ambito), ma con un intervento, sia in termini finanziari che di servizi messi a disposizione, di tutti gli altri soggetti istituzionali. Alcuni interventi potranno ad esempio essere garantiti da misure provinciali o regionali, quali la fornitura di testi in braille o a caratteri ingranditi per gli alunni con disabilità visiva. Si dovrà tenere conto, nella scelta degli interventi, anche della possibilità di prevedere forme di assistenza scolastica a domicilio, in particolare quando queste servano, oltre che di supporto all'alunno, anche al miglioramento della sua interazione con il contesto familiare (come capita, ad esempio, nelle caso delle disabilità sensoriali e dell'autismo, in cui i genitori non conoscono i codici di comunicazione che il bambino sta apprendendo). Inoltre, ulteriori disponibilità economiche di Comuni e Province rispetto a quelle legate ai PEI, potranno essere spese per dotare le scuole di ausili didattici e/o informatici, dopo aver verificato che tali ausili non siano già disponibili presso i Centri Risorse Territoriali o scuole "polo" individuati dall'Ufficio scolastico regionale. Tale tavolo potrà servire inoltre a porre le basi per una proposta di legge per la definizione delle competenze tra i diversi Enti locali.

Interventi

- tavolo regionale di concertazione tra gli enti istituzionalmente preposti all'integrazione scolastica degli alunni con disabilità (a titolarità regionale);
- accordi di programma a livello territoriale (a regia regionale);

- servizi di assistenza scolastica nei Pdz (a regia regionale);
- sostegno al diritto allo studio degli studenti universitari (a titolarità regionale);
- fornitura di libri in braille agli alunni con disabilità visiva (a titolarità regionale in collaborazione con le province).

Indicatori: n. alunni con disabilità per tipo di scuola; n. alunni con disabilità visiva per tipo di scuola; grado di copertura territoriale degli accordi di programma sull'integrazione scolastica (numero AdP stipulati rispetto a quelli stipulabili); tipo di assistenza scolastica fornita (materiale o specialistica, e in quest'ultimo caso specificare quale tipo); n. alunni assistiti; n. gg. uomo lavorate; n. alunni disabili per cui si è partecipato alla redazione del PEI (Piano Educativo Individualizzato); n. alunni disabili a cui viene garantito il trasporto scolastico; tipo di sussidi/ausili forniti alle scuole (es. libri in braille, ingranditori di testi, Pc adattati alle persone con disabilità, display braille, ecc.).

Obiettivo: qualificare i servizi di accesso per renderli fruibili da persone con tipi diversi di disabilità

I servizi di accesso al welfare, che forniscono la prima interfaccia tra l'utente e i servizi sociali, devono essere adattati alle persone con disabilità sensoriali che possono trovare ostacolo nelle forme di comunicazione abitualmente adottate. Il caso particolare è ad esempio quello delle persone sorde che, non potendo comunicare attraverso il canale uditivo, necessitano dell'attivazione di forme alternative di comunicazione quali la lingua dei segni. A tal scopo si dovrà porre attenzione al fatto che una parte del personale impiegato presso il segretariato e/o le antenne sociali sia in grado di comunicare attraverso essa. Al fine di favorire l'individuazione di tale tipo di personale la Regione Campania definirà un modello di certificazione della competenze in lingua dei segni e attiverà una *short list*, da cui potranno essere selezionati i candidati secondo le forme individuate da ciascun Ambito. Allo stesso modo le indicazioni scritte devono essere espresse anche in braille per poter essere lette dalle persone non vedenti.

Interventi

- definizione delle competenze dell'operatore sociale esperto in lingua dei segni (a titolarità regionale);
- attivazione di una *short list* regionale di operatori sociali esperti in lingua dei segni;
- accompagnamento e consulenza da parte delle strutture regionali per la trascrizione dei testi in codice *braille*;
- qualificazione dei servizi di Segretariato sociale nei Pdz con l'inserimento di figure esperte in lingua dei segni (a regia regionale);

Indicatori: n. figure professionali in possesso di competenze nella lingua dei segni all'interno del segretariato e/o antenne sociali; n. ore settimanali lavorate dalle figure professionali;

Obiettivo: personalizzare l'assistenza domiciliare attraverso un rafforzamento della progettualità

L'assistenza domiciliare si compone di una serie di prestazioni: assistenza tutelare, aiuto domestico, cura delle relazioni. L'offerta del profilo di assistenza domiciliare va personalizzata di caso in caso a seconda dei bisogni rilevati nell'utente, e va formalizzata nel progetto personalizzato. Il progetto personalizzato costituisce un vero e proprio punto di snodo per garantire la presa in carico della persona con disabilità. Esso è da sempre stato promosso dall'amministrazione regionale sulla scorta di quanto previsto dall'art. 14 della legge 328/2000 ed è divenuto con le linee guida regionali per il triennio 2007-2009, in cui tra l'altro si sono date alcune indicazioni sulla relativa stesura, un elemento essenziale, considerando che ad essi si è legato il rendiconto del 70% delle risorse assegnate agli anziani, disabili e all'assistenza tutelare. Il progetto personalizzato diviene il punto di incontro tra i

diversi servizi programmati dall'Ambito, che trovano in esso una ideale combinazione tarata sugli specifici bisogni individuali. Si prevede di realizzare degli interventi formativi a livello regionale rivolti ai componenti dell'Ufficio di piano, delle Uvi e dei servizi sociali professionali per promuovere delle linee comuni di valutazione e di redazione dei progetti individuali.

Interventi

- potenziamento e personalizzazione del servizio di assistenza domiciliare nei Pdz (a regia regionale)
- interventi formativi sul progetto personalizzato organizzati dalla Regione Campania e rivolti ai componenti dell'Ufficio di piano, dell'Uvi e dei servizi sociali professionali (a titolarità regionale)

Indicatori: n. gg. uomo lavorate; n. utenti assistiti; media del numero di ore settimanali erogate per utente; tipologia delle figure professionali impiegate; durata del servizio;

Obiettivo: sperimentazione e implementazione dei cosiddetti Servizi di sollievo in favore dei nuclei familiari di persone con disabilità.

Esistono alcuni particolari tipi di disabilità (per lo più, ma non solo, di natura psichica come per esempio l'autismo o la schizofrenia, ma anche gravi forme di ritardo mentale o condizioni che implicano l'allettamento della persona e sue continue cure) che determinano un gravoso carico assistenziale per la famiglia sia dal punto di vista materiale che emotivo, oltre che economico. Ciò significa che alla presenza di uno o più soggetti disabili nel nucleo familiare spesso corrisponde un processo di decadimento della qualità di vita, e quindi del benessere, di ciascuno dei suoi componenti dal momento che le necessità quotidiane della persona con disabilità possono richiedere una presenza pressoché continua di *caregiver*.

Il costo personale e sociale di un tale carico assistenziale per i congiunti di una persona con disabilità (genitori, partner, fratelli e sorelle, parenti), in mancanza di servizi di sollievo che diano loro la possibilità di "staccare", di recuperare tempo ed energie necessarie al loro benessere e, di riflesso, a quello della persona di cui si prendono cura, può accrescersi sino al punto di schiacciare la naturale capacità del sistema famiglia di fronteggiare le situazioni critiche e/o di adattarsi costruttivamente con conseguenti e persistenti livelli di disagio e di sofferenza generalizzati.

I servizi di sollievo da realizzare nei territorio dovranno essere realizzati tenendo conto delle seguenti indicazioni: non sovrapporsi o replicare altri tipi di servizi già esistenti e collaudati (per es., assistenza domiciliare); essere erogati in orari flessibili, anche serali o di primo mattino, e possibilmente in giorni prefestivi e festivi per rispondere ai bisogni espressi dalla famiglia; essere indirizzati, prioritariamente, ai nuclei familiari poco numerosi, con presenza di minori e/o anziani e/o ammalati; consistere in attività di inclusione sociale/sviluppo/agio per la persona disabile.

Interventi

- sperimentazione di servizi di sollievo da erogare, in particolare, in orari e giorni confacenti ai bisogni dei nuclei familiari con persone disabili

Indicatori: n° servizi di sollievo attivati (domiciliari, territoriali, semiresidenziali, residenziali); n° utenti/nuclei familiari coinvolti; n° gg/uomo lavorate.

Obiettivo: potenziamento di strutture per il "Dopo di noi"

Nell'ultimo quinquennio la Regione Campania, attraverso fondi stanziati dalla legge finanziaria 2001 (L. 388/00), ha dato impulso ad un processo di realizzazione di nuove strutture residenziali per disabili gravi, a carattere familiare, per il "Dopo di noi" attraverso l'erogazione di contributi, mediante avvisi pubblici, in favore di soggetti del Terzo Settore. La problematica del "dopo di noi" è destinata a crescere in ragione di vari fattori (aumento

dell'età media delle persone, diffusione di nuclei monoparentali, ecc.) e rappresenta, nei fatti, un bisogno assistenziale fondamentale delle persone con disabilità. Pertanto, oltre ad arricchire il sistema di offerta dei servizi e delle strutture sociali territoriali attraverso l'inclusione dei centri per il "dopo di noi" realizzati attraverso i contributi della l. 388/2000, è opportuno che gli attori dell'Ambito sociale territoriale si attivino per il potenziamento, in termini quantitativi e qualitativi, di tali strutture in relazione alle esigenze attuali e del futuro prossimo dell'utenza. In tal senso si potrebbe collocare anche un allargamento dell'offerta che includa, presso simili strutture, i servizi di pronta accoglienza e di assistenza programmata che per le loro caratteristiche si connotano come una particolare tipologia di servizi di sollievo precedentemente descritti.

La pronta accoglienza è una tipologia di offerta residenziale – della durata massima di 2-3 mesi – che assicura la tempestiva accoglienza della persona con disabilità, al verificarsi di situazioni di emergenza, dovute alla momentanea impossibilità di assistenza da parte dei familiari o di altre strutture di servizio.

L'accoglienza programmata è una tipologia di offerta che dà la possibilità alla persona con disabilità e alla sua famiglia di programmare uno o più periodi di accoglienza temporanea, per un periodo non superiore a 2-3 mesi cumulativi annui, in un centro residenziale, garantendo così un periodo di sollievo alle famiglie con elevati carichi assistenziali e un percorso di acquisizione di autonomia alla persona con disabilità.

Interventi

- realizzazione di un adeguato numero di strutture per il "dopo di noi" in relazione al fabbisogno territoriale anche prevedendo un ampliamento dell'offerta di servizi temporanei come la pronta accoglienza e l'accoglienza programmata;
- qualificazione delle strutture "dopo di noi" esistenti, soprattutto a carattere comunitario, al fine di superare il carattere abituale di luoghi destinati prevalentemente all'accoglienza e ricovero del disabile in favore di una visione più inclusiva e integrata dal punto di vista sociale.

Indicatori: n° strutture esistenti/di nuova realizzazione; n° utenti ospitati; varietà figure coinvolte; gg. uomo lavorate presso i centri sociali polifunzionali.

Obiettivo: promozione e affermazione di una "cultura" in cui la disabilità/diversabilità è fattore di qualità di sviluppo e di benessere

La disabilità soffre ancor oggi di un retaggio storico, sociale e culturale pesante ed anacronistico in cui purtroppo è considerata un problema, se non una vera e propria condanna, per chi – persona, gruppo, comunità – si trovi a viverla, direttamente o indirettamente. Questa deformazione di base si riverbera su più livelli – personali, collettivi, istituzionali e societari – determinando una visione comunque negativa della disabilità nonostante gli sforzi compiuti in senso contrario e per affermare il principio delle pari opportunità. E' pertanto necessario che i responsabili a livello decisionale, i diretti interessati (individui, famiglia, operatori) gli altri attori del territorio (come la scuola e gli uffici di piano, per esempio) si impegnino nell'affermazione di una cultura e di un significato nuovi della disabilità qui intesa come *diversa abilità*, un fattore la cui presenza nella e considerazione da parte della società significa benessere e garanzia di inclusione sociale per tutti. Basti pensare, per esempio, al fatto che un edificio o un'area pienamente accessibile (abitazione, piazza, scuola, aree verdi, teatro, palestra, ecc.) piuttosto che un mezzo di trasporto (bus, treno, taxi, aereo) progettato per consentire la mobilità anche ai non deambulanti oppure un luogo di lavoro pienamente confortevole e funzionale significa garanzia dei diritti di cittadinanza.

Interventi

- attività di Comunicazione Sociale a livello di ambito e di agenzie territoriali sull'apporto positivo della considerazione delle diverse abilità.

Obiettivo: migliorare la fruizione del tempo libero e del turismo da parte delle persone con disabilità.

Per migliorare le condizioni di vita delle persone con disabilità è importante realizzare non solo servizi che affrontano il disagio, ma anche servizi che promuovono l'agio. La possibilità di godere di pari opportunità a questo livello viene spesso percepita come condizionata ad un adattamento dell'ambiente esterno alle caratteristiche delle diverse disabilità. E così l'adeguamento di impianti sportivi e di siti turistici può consentirne l'accessibilità anche da parte di persone con disabilità. Ma l'adeguamento delle strutture costituisce solo una parte del problema. Spesso le barriere sono immateriali e fanno parte sia della persona con disabilità che dell'ambiente sociale che la circonda. In questo senso sono necessari programmi mirati che aiutino la persona con disabilità ad uscire dal suo ambiente abituale e proiettarsi all'esterno in condizioni protette, per poi fare successivamente il salto verso una maggiore autonomia. La Regione Campania ha già sperimentato la realizzazione di progetti di fruizione del mare e della montagna che, attraverso il pieno coinvolgimento del privato sociale, hanno consentito ad un notevole numero di persone con disabilità di avere delle esperienze in cui il contatto con i beni naturali ha costituito un aspetto importante, facilitando al contempo le esperienze di socializzazione che alla condivisione in gruppo di tale contatto si accompagnano. Tali servizi vanno proseguiti nell'arco del triennio, favorendo allo stesso tempo una riappropriazione del territorio da parte degli Ambiti attraverso un adeguamento materiale dei siti di fruizione.

Interventi

- avviso pubblico rivolto agli Ambiti tra loro associati per la presentazione di programmi di fruizione del mare e/o della montagna da parte di persone con disabilità (a titolarità regionale)

Indicatori: n. utenti dei centri sociali polifunzionali presenti sul territorio dell'ambito; gg. uomo lavorate presso i centri sociali polifunzionali.

Obiettivo: migliorare l'inclusione lavorativa

Con l'obiettivo operativo "Rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro" dell'Asse III – Inclusione Sociale – del POR FSE 2007-2013 (Cfr. paragrafo 4.2) si vuole sostenere questo cambiamento attraverso interventi sia di promozione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro per le persone con disabilità che di accompagnamento al lavoro delle stesse. Su tali interventi si prevede di investire durante l'arco di tempo coperto dal Piano sociale regionale almeno il 60% delle risorse complessivamente previste per l'obiettivo operativo, pari a € 10.000.000. Tale obiettivo richiederà una necessaria integrazione con i competenti settori regionali che curano il tema del lavoro, favorendo la promozione delle imprese sociali di inserimento lavorativo e delle cooperative sociali di tipo B quale strumento delle politiche attive del lavoro per persone in condizione di disagio.

Interventi

- informazione e creazione di reti sociali tra istituzioni, imprese e sistema formativo a livello locale (a titolarità regionale);
- percorsi di integrazione al lavoro per persone disabili con azioni di formazione personalizzata, informazione e sensibilizzazione dei datori e colleghi di lavoro, accompagnamento e tutoraggio al lavoro (a titolarità regionale).

Indicatori: n. disabili residenti iscritti al collocamento mirato (l. 68/1999); n. disabili occupati.

Obiettivo: favorire la valutazione dei servizi anche attraverso una diretta partecipazione degli utenti.

Un motto che spesso caratterizza le posizioni delle associazioni di tutela delle persone con disabilità è “nulla su di noi senza di noi”. In tale ottica si vuole favorire la valutazione dei servizi, oltre che attraverso sistemi di valutazione formale adottati dagli stessi Ambiti e dalla struttura regionale, anche attraverso una reale integrazione degli utenti nel processo di valutazione. Le carte dei servizi da realizzare nell’ambito sono lo strumento adatto in cui prevedere le forme e i modi di tale partecipazione, considerando altresì le misure da adottare per il miglioramento del servizio in caso di valutazione negativa.

Interventi

- definizione di un sistema di indicatori per la valutazione della qualità dei servizi;
- promozione dell’inserimento nelle carte dei servizi territoriali di una reale partecipazione degli utenti al processo di valutazione e di un reale peso di tale valutazione.

Indicatori: n. reclami relativi a servizi per persone con disabilità; n. servizi che prevedono la valutazione della soddisfazione con il coinvolgimento degli utenti rispetto al numero totale dei servizi rivolti a persone con disabilità; frequenza delle valutazioni previste; n. valutazioni realizzate.

3.6 Le politiche di contrasto alla povertà

Le dimensioni della povertà in Campania

Secondo i più recenti dati forniti dall’ ISTAT l’incidenza della povertà relativa in Italia (media nazionale 11,1% corrispondente a 2 milioni 653 mila famiglie) è rimasta sostanzialmente stabile e immutate sono le caratteristiche delle famiglie povere. Si conferma, quindi, con l’ultima rilevazione la diversa diffusione della povertà sul territorio nazionale e la sua particolare concentrazione nelle regioni del Mezzogiorno (incidenza del 22,5 pari a 1 milione e 725 mila famiglie) La Campania registra un’incidenza nel 2007 del 21,3%. Tenuto conto che si tratta di un valore calcolato su un campione di famiglie, nell’intervallo di confidenza del 95%, significa che all’interno della popolazione campana un numero compreso tra le 350.834 e le 523.174 famiglie vive con una spesa media inferiore a quella sostenuta da una famiglia di 2 componenti pari nel 2007 a 986,35 euro mensili.

Secondo l’indagine Eu Silc il 41,2% delle famiglie che vive in Campania non è riuscita a sostenere spese impreviste. Oltre all’incidenza anche la intensità della povertà - che misura di quanto in percentuale la spesa media delle famiglie definite povere è al di sotto della soglia di povertà - presenta un valore più grave nel mezzogiorno, superiore alla media italiana. E ancora, considerata l’ulteriore articolazione della condizione di povertà, nel 2007 risultano residenti nel mezzogiorno i due terzi delle famiglie sicuramente povere, quelle che fanno registrare un livello di consumi inferiori all’80% della linea della povertà.

Possiamo stimare che circa 200.000 famiglie sicuramente povere vivono in Campania.

La possibilità di essere poveri aumenta nelle famiglie numerose, in quelle con bambini e in quelle con due o più anziani, il livello di istruzione della persona di riferimento della famiglia è inversamente correlato alla situazione di povertà dell’intero nucleo, un titolo di studio inesistente o pari alla sola licenza elementare determina con più alta probabilità una situazione di disagio economico, così come è determinante la ridotta partecipazione al mercato del lavoro, ed in particolare la difficoltà di accesso.

Nel complesso l'Italia si distingue dagli altri paesi europei per l'elevata incidenza della povertà tra i bambini. Secondo quanto risulta nel Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale, novembre 2006, fatto 100 il rischio di povertà della popolazione complessiva, quello dei minori di 15 anni è 137. Della totalità dei minori poveri ancora una volta i 2/3 vivono nel Sud Italia.

Altri dati significativi

Considerata l'importanza del legame tra povertà e partecipazione al mercato del lavoro, è utile un confronto tra gli indicatori socio economici che evidenziano la situazione a livello regionale con il corrispondente dato nazionale.

Con riferimento ai dati 2007 si registra in Campania un tasso di attività del 49,3 di contro a quello italiano del 65,2 un tasso di occupazione pari al 43,7 di contro al dato nazionale del 58,7 un tasso di disoccupazione che è ancora dell'11,2 di contro al valore nazionale assestato al 6,1.

Di particolare incidenza sulla povertà risultano anche i dati relativi alla partecipazione femminile al mercato del lavoro (l'inattività femminile è particolarmente elevata nel Mezzogiorno, dove è sempre superiore al 50 per cento, con il picco del 67,3 in Campania) e le forti barriere all'ingresso che persistono nei confronti dei giovani (il tasso di disoccupazione giovanile - pop. 15-24 anni - in Campania è del 32,5%, ancora dati 2007).

Ed il divario regionale si evidenzia anche nei dati relativi all'istruzione, con una percentuale di popolazione adulta, in età 25-64 che ha conseguito come titolo di studio più elevato la licenza media inferiore, pari nel 2007 al 56,8 superiore al dato medio italiano del 48,2 e nei più alti tassi di abbandono al primo anno delle scuole superiori, oltre che nel disomogeneo sviluppo dei servizi sociali, sanitari e per l'occupazione. Le statistiche sulla spesa socio-assistenziale amministrata dagli Enti locali, fornite dall'ISTAT segnalano variazioni tali per cui si va dai 146 euro per abitante del Nord-Est ai 40 euro del Sud.

Nel rapporto 2008 su povertà ed esclusione sociale in Italia, curato dalla Caritas e dalla Fondazione Zancan sono stati applicati a titolo esemplificativo ai contesti regionali italiani gli indicatori di Laeken, individuati a livello comunitario per rilevare il raggiungimento delle priorità in tema di inclusione sociale. Le performance regionali sono state confrontate tra due periodi (biennio 2000-2001 e 2005-2006) in ordine a modernizzazione dei sistemi di protezione sociale, eliminazione della povertà infantile e garanzia di un alloggio dignitoso.

Gli indici sintetici individuati al fine di analizzare la situazione delle regioni italiane confermano il forte divario tra le regioni del centro nord rispetto a quelle del sud e mostrano per la Campania valori costantemente rappresentativi di una situazione di maggiore disagio.

Le politiche di welfare per il contrasto alla povertà.

Di fronte allo scenario brevemente delineato con il ricorso ai dati che mostrano i volti ufficiali della povertà, risulta evidente che la partita non può riguardare soltanto il sistema di welfare regionale e locale e non solo il campo degli interventi e dei servizi sociali. Una politica pubblica a livello nazionale è comunque chiamata ad incidere sui meccanismi redistributivi e coerenti politiche intersettoriali costituiscono un presupposto dello sviluppo in vista del superamento dei divari territoriali. Nei confronti internazionali si evidenzia la coesistenza nel nostro paese di un livello medio alto di PIL pro capite e di un alto tasso di povertà, e sulle forti differenziazioni tra realtà regionali ci si è già soffermati.

E, tuttavia, la competenza regionale in tema di interventi di contrasto alla povertà, come è noto, si è notevolmente allargata dopo il 2001 ed il primo Piano sociale regionale non può esimersi dall'affrontare il tema, proponendo una strategia di azione che individui gli obiettivi di medio periodo intorno ai quali fare convergere il complesso degli interventi che verranno programmati ed attuati nell'ambito delle politiche sociali, nelle politiche sanitarie, nelle

politiche per la abitazione, nelle politiche per il lavoro e l'occupazione, nelle politiche formative.

Non si parte da zero perché una importante sperimentazione di durata triennale avviata con legge regionale nel corso della passata legislatura (l.r. n. 2/2004) ha inteso mantenere in vita, pur con alcune modificazioni, l'istituto introdotto sperimentalmente a livello statale del reddito minimo di inserimento.

Senza entrare nel merito del dibattito politico e scientifico a favore o contro di una misura di "minimo vitale" (Rmi) o schema di reddito minimo per chi è totalmente sprovvisto di mezzi, o sulla valutazione dei risultati conseguiti con la sperimentazione del Rmi introdotta dal Governo Prodi sulla base delle indicazioni della Commissione Onofri, (rinviando per una disamina approfondita dei limiti e delle indicazioni offerte al contributo di Emanuele Ranci Ortigosa in «La riforma del welfare- Dieci anni dopo la "Commissione Onofri"» a cura di Luciano Guerzoni), è qui il caso di sottolineare che, almeno al momento, sembra sancita la fine di un intervento di contrasto della povertà generalizzato a livello nazionale.

Illuminante a tale proposito la domanda contenuta nel Libro Verde sul futuro del modello sociale del ministero del welfare laddove si sostiene che «In Italia, il dibattito è stato tradizionalmente rivolto alla necessità di varare uno strumento universalistico di reddito minimo. Ma l'esperienza è stata fallimentare. Quali strumenti possono oggi caratterizzare una politica di contrasto alla povertà assoluta?»¹⁷

L'abbandono di una prospettiva di riforma delle politiche sociali, nella direzione della istituzione di una misura universalistica offerta a tutto il paese, rende senza dubbio più difficile per la Regione Campania, l'assestamento sul territorio della misura del reddito di cittadinanza e non solo per la mera mancanza di un eventuale co-finanziamento statale.

Di particolare interesse al riguardo risulta la dichiarazione di illegittimità, per violazione del riparto di competenze esistente, della Corte Costituzionale della disposizione contenuta nella finanziaria per il 2004 che prevedeva un intervento finanziario a favore delle Regioni che avessero introdotto il reddito di ultima istanza. La fissazione di una prestazione garantita a tutti sull'intero territorio nazionale, nel rispetto delle procedure di determinazione e di finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, avrebbe evitato probabilmente la censura di costituzionalità e avrebbe costituito un preciso obbligo di attuazione per Regioni ed Enti locali.

Non è un caso che la legge regionale n. 11/2007 premetta, articolo 5, che la Regione riconosce quali diritti individuali le prestazioni sociali relative ai livelli essenziali di assistenza così come definiti dalla legislazione statale vigente. E affinché tale riconoscimento sia garantito si preoccupa di assicurare in ogni Ambito territoriale la disponibilità certa di servizi di cui elenca puntualmente le tipologie. Si tratta di una importante riaffermazione della missione fondamentale della Regione e degli altri enti decentrati volta prioritariamente alla creazione di infrastrutture di cittadinanza ed alla erogazione di servizi ai cittadini.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale regionale ricostituire la capacità degli enti territoriali nella programmazione e nella realizzazione di servizi alla persona costituisce una priorità strategica anche sul fronte delle azioni di contrasto alla povertà. La natura multidimensionale della povertà, non limitata solo ai fattori di tipo economico, il suo situarsi in concomitanza con altre situazioni di disagio e di bisogno, che radicano una più generale condizione di esclusione, la ricorrenza nelle famiglie più numerose ed in quelle monogenitoriali, l'associazione con i bassi livelli di istruzione e di formazione del capofamiglia e con la mancanza di lavori regolari e sicuri, la povertà dei bambini, richiedono che si operi con un approccio aperto, flessibile e trasversale.

¹⁷ *La vita buona nella società attiva. Libro Verde sul futuro del modello sociale*, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma, 2008, pag. 14.

La integrazione e la trasversalità non dovranno riguardare solo il sistema di servizi ed interventi sociali propriamente inteso, nella dovuta consapevolezza che in tutti gli ambiti di intervento previsti dalla legge n. 11/2007, possono realizzarsi le condizioni per una efficace azione di contrasto alla povertà, ma dovranno necessariamente coinvolgere e connettere i servizi e le misure che vengono attivate nelle politiche attive del lavoro, per l'inserimento lavorativo, in materia di formazione professionale, di orientamento, di lotta alla dispersione scolastica, di apprendimento permanente, di servizi di conciliazione vita lavoro, di servizi sanitari e socio-sanitari, di interventi per consentire di usufruire di abitazioni dignitose a prezzi bassi. Gli strumenti della connessione risiedono nelle citate infrastrutture di cittadinanza, ed in particolare nel servizio di Segretariato sociale che deve riuscire a favorire per i soggetti e le famiglie in condizioni di povertà un accesso prioritario alle risposte, risposte fornite dai servizi pubblici, ma anche dalle associazioni del terzo settore e dalle altre organizzazioni sociali.

Un obiettivo da perseguire con determinazione nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale regionale é la definizione chiara delle procedure e dei criteri di accesso ai servizi ed alle risposte immettendo elementi di coerenza tra le diverse forme di regolazione. La chiarezza e la coerenza dei criteri di accesso contribuiranno a facilitare il compito degli operatori sociali che dovranno poter attivare i diversi tipi di servizio in relazione alle diverse fasi del ciclo di vita di una famiglia anche in considerazione dell'impatto che essi possono esercitare sui determinanti di povertà.

L'accesso a seguito di valutazione professionale, con indicatori adeguati, deve via via sostituire l'accesso basato su una istruttoria di tipo amministrativo ed un approccio per progetti personalizzati con un forte accento sul tutoraggio e l'accompagnamento oltre che sulla valutazione di efficacia degli interventi deve impegnare le energie degli operatori in misura maggiore degli accertamenti connessi alla cosiddetta prova dei mezzi. Accanto all'area della valutazione della situazione economica deve essere approfondita l'area della situazione personale in cui assumono rilievo le condizioni di disabilità e di fragilità e quella della situazione familiare e sociale nel contesto di vita.

Gli interventi che vanno ad attuarsi nel periodo per effetto della programmazione 2007-2013 dei fondi strutturali ed in particolare del FSE, sono potenzialmente in grado di incidere sulla diffusione e sulla intensità della povertà in Campania, purché la necessaria selezione sia effettuata anche con riferimento ai determinanti territoriali e sociali di caduta in povertà, e si riesca a prevederne un impiego mirato e concentrato nei luoghi in cui la povertà si presenta con maggiore diffusione e drammaticità e più strettamente correlata alle altre dimensioni di svantaggio, tali da implicare quasi una predestinazione per gli individui che li abitano.

Obiettivo della Regione é quello di avviare una azione conoscitiva ulteriore del fenomeno povertà all'interno del territorio regionale in modo da promuovere interventi perequativi territoriali nella assegnazione delle risorse a favore degli Enti locali.

L'azione conoscitiva deve essere effettuata partendo da una analisi approfondita dei dati relativi ai 146.753 nuclei familiari che hanno richiesto l'accesso alla misura del reddito di cittadinanza, dati che offrono un profilo delle famiglie povere e che costituiscono un patrimonio di conoscenza ricco ed articolato sia per la Regione che per gli Ambiti territoriali, già in grado di orientare la progettazione di interventi e servizi, e di tararne il peso e l'ampiezza in riferimento a questa popolazione obiettivo, nei diversi territori.

In ogni caso sarà opportuno tracciare un bilancio della sperimentazione attuata con il reddito di cittadinanza, che illumini sui punti di forza e le linee d'ombra, anche ai fini di una valutazione dei risultati conseguiti. Sono diverse le piste di indagine che possono fornire indicazioni per una riformulazione della politica regionale di contrasto alla povertà. Alcune possono riguardare più nello specifico la misura per come era stata disegnata, consistente in

una erogazione monetaria di 350,00 euro mensili per nucleo familiare, oltre il dispositivo di calcolo del reddito familiare necessario per poter accedere alla misura, e la sua capacità di discriminare le situazioni di maggior bisogno, la eventuale presenza di comportamenti opportunistici ed i correttivi adottati, la onerosità delle procedure di accertamento, la diffusione dei controlli sui requisiti di accesso, la capacità di cooperazione tra i Comuni e tra questi e gli altri enti coinvolti a vario titolo nelle procedure attuative della sperimentazione, la bontà degli indicatori per la distribuzione delle risorse ai territori da parte della Regione, la capacità degli Ambiti territoriali e della stessa Regione di progettare e realizzare per i beneficiari delle erogazioni monetarie le ulteriori misure di accompagnamento, pure previste dalla legge e soprattutto di intrecciare e finalizzare il lavoro burocratico volto alla individuazione degli aventi diritto con percorsi personalizzati mirati alla fuoriuscita dalla condizione di povertà.

3.7 Le politiche per persone detenute, internate e prive della libertà personale

Analisi di contesto

La Campania presenta un'alta concentrazione di istituti penitenziari e ne accoglie più tipologie. Le case circondariali (che accolgono detenuti in attesa di giudizio) sono 14, di cui due a custodia attenuata per il trattamento delle tossicodipendenze, 1 casa di reclusione (per detenuti che hanno già avuto una condanna definitiva) e 2 istituti per minorenni (IPM). Sono, inoltre, presenti due Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Al febbraio 2008 risulta che hanno beneficiato dello sconto di pena previsto dal provvedimento di indulto, complessivamente, 4.162 persone residenti in Campania, delle quali 3.680 italiane e 482 straniere. Al 30 giugno 2008 i detenuti presenti negli istituti campani sono complessivamente n. 6.934 di cui n. 211 donne, a fronte di una capienza regolamentare di n. 5.324 persone (fonte: dati DAP – Ministero della Giustizia). Tali dati sembrano indicare che il provvedimento di indulto abbia esaurito in pochi mesi i suoi effetti sulla popolazione detenuta, aumentata di nuovo oltre il limite della capienza degli istituti. L'indulto è un provvedimento che incide sulla esecuzione della pena, ma che non estingue il reato. Ciò vuol dire che se una persona, nell'arco dei cinque anni successivi, commette un nuovo reato torna in carcere e sconta la pena sospesa. Come è noto il sovraffollamento condiziona la qualità della vita all'interno degli istituti determinando tensioni, conflitti, rischio di malattie, suicidi ed episodi di autolesionismo. Nel 2004, all'interno dell'OPG di Aversa è stato registrato un suicidio. Da settembre 2006 al marzo 2008 vi sono stati altri sei suicidi ed un tentativo di suicidio. Molti studi e ricerche dimostrano che la detenzione, in particolare, colpisce le fasce deboli della popolazione, persone con problemi di dipendenza, con livelli bassi di reddito e basso tasso di scolarizzazione e che la mortalità per suicidio è molto più alta in carcere che nella popolazione normale.

Dai dati del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) dell'ottobre 2008 risulta che, in Campania, quasi 5 mila dei 7.000 detenuti sono in attesa di giudizio. Solo un terzo della popolazione carceraria, invece, si trova recluso in forza di una sentenza di condanna. Il 16% sono immigrati, il 23% tossicodipendenti, 300 le donne, 375 gli internati (cfr. "La Repubblica" del 21.10.2008). Mentre sono 87 i minori presenti negli Istituti Penali Minorili di Nisida ed Airola.

Nella fase che ha preceduto l'approvazione della l.r. n.11/2007, l'Assessorato alle Politiche Sociali, a partire dal 2005:

- ha previsto, all'interno di un avviso pubblico, attività intra-murarie ed extra-murarie in favore di detenuti tossicodipendenti o in misura alternativa;
- di concerto con l'Assessorato alla Sanità (deliberazione regionale n. 965/2006) ha costituito un fondo congiunto Sanità/Politiche Sociali che, simbolicamente, è stato definito "Fondo Carcere" per interventi di sostegno alla popolazione tossicodipendente detenuta e ai minori ristretti negli IPM di Airola e Nisida;
- ha lavorato di concerto con la VI Commissione Consiliare per far inserire nella l.r. n. 11/2007 l'area delle "persone detenute, internate e prive della libertà personale";
- nella deliberazione regionale di programmazione economica n. 679/2007, ha destinato risorse, a titolarità regionale, per finanziare interventi in favore degli internati negli OPG e delle donne in carcere;
- ha finanziato un progetto di inclusione sociale e lavorativa rivolto alle donne detenute nella Casa circondariale femminile di Pozzuoli, denominato «Il chicco solidale»;
- negli indirizzi strategici triennali 2007-2009, approvati con deliberazione regionale n.1403/2007, ha richiesto agli Ambiti territoriali di individuare, all'interno dell'Ufficio di piano, un responsabile per l'area carcere, referente della Regione e interlocutore degli Istituti di pena e dell'Ufficio esecuzione penale esterna.

L'attuale quadro istituzionale assegna nuove competenze e responsabilità al sistema degli Enti locali. La funzione rieducativa della pena e la condizione in cui vivono i detenuti nelle carceri in stato di sovraffollamento evidenziano la necessità di utilizzare misure alternative alla detenzione previste dall'Ordinamento Penitenziario (lavori di pubblica utilità, affidamento ai servizi sociali...). Una forte attenzione occorre dedicare a percorsi di reinserimento sociale successivi alla scarcerazione.

La fuoriuscita dal carcere, contrariamente a quanto si è portati a credere, è per la maggior parte di detenuti il percorso più difficile da affrontare e paradossalmente è anche quello più importante, in grado di determinare le scelte future. Coloro che hanno avuto la possibilità e le condizioni di mantenere dei buoni rapporti affettivi e dei legami significativi all'esterno del carcere trovano alla fine dell'espiazione della pena un ambiente favorevole, capace di accoglienza e di proposta positiva, ma una parte consistente di persone, che non è riuscita per vari motivi a costruire intorno a sé una tale rete di relazioni, si ritrova dopo anni di detenzione a dover ricominciare tutto da capo: ricerca di una casa, di un lavoro e di relazioni sociali positive. Quest'ultima condizione è sicuramente una delle cause maggiori di esposizione al rischio di recidiva.

Le motivazioni soggettive di coloro che escono dal carcere sono normalmente buone, piene di propositi e di intendimenti costruttivi, ma all'esterno dell'istituto l'accesso al mondo del lavoro risulta difficile, sia perché si sono trasformate alcune tipologie di lavori che comportano un aggiornamento delle competenze professionali pregresse, sia perché vi è da parte del potenziale datore di lavoro una maggiore diffidenza, per certi aspetti anche giustificata, nei confronti di coloro che provengono da un percorso giudiziario. Per trovare una casa, inoltre, occorre normalmente offrire delle garanzie di cui non si dispone e, pertanto, è più facile riprendere i rapporti con persone già "conosciute" che tentare di costruire relazioni nuove. In questo contesto è, pertanto, di fondamentale importanza che la Regione, di concerto con il Ministero della Giustizia e con i suoi uffici periferici e con gli Enti locali, promuova un ampliamento, un coordinamento e una razionalizzazione degli interventi, sia all'interno che all'esterno degli istituti di pena.

Obiettivi

Gli Obiettivi generali delle politiche per le persone detenute, internate e prive della libertà personale sono:

- promuovere l'autonomia delle persone;
- contrastare la marginalità e l'esclusione sociale;
- promuovere la sussidiarietà orizzontale.

Gli Obiettivi specifici sono:

- promozione dei diritti di cittadinanza e miglioramento della qualità della vita all'interno del carcere;
- promozione del benessere psicologico e inclusione sociale delle persone migranti in carcere;
- coinvolgimento della rete familiare e sociale esterna al carcere, in particolare per gli interventi rivolti ai minori;
- promozione di interventi in favore di donne detenute con figli in carcere;
- sostegno alle famiglie delle persone detenute;
- potenziare gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo degli ex detenuti e delle persone sottoposte a misure alternative;
- sviluppare una cultura basata sui valori della solidarietà e dell'auto-aiuto;
- rafforzare la rete degli attori locali;
- promozione di interventi di sensibilizzazione sui problemi della detenzione rivolti alla comunità locale;
- individuazione di un referente all'interno degli Uffici di piano.

Gli interventi e i servizi

L'aumento della popolazione detenuta, oltre i limiti della capienza tollerabile, e la limitatezza delle risorse, umane ed economiche, destinate al sistema penitenziario rende le condizioni di vita all'interno degli istituti di pena molto complesse. Il carcere, come tutti gli altri ambiti della società, ha vissuto un mutamento di natura antropologica con l'arrivo dei migranti. Per queste persone la limitazione della libertà amplifica l'effetto di smarrimento, aggravato dalla non conoscenza della lingua e da dimensioni culturali completamente diverse dalle nostre che, spesso, danno adito ad incomprensioni, con conseguenti reazioni violente e rapporti disciplinari. La contenuta presenza femminile in carcere, inoltre, merita una particolare attenzione in quanto presenta specifiche problematiche che si aggiungono alle sofferenze e ai disagi che il carcere di per sé comporta. Penalizzate dalla ricerca storica, la realtà delle donne "dietro le sbarre" e le loro storie diventano un panorama nuovo da esplorare e comprendere: i numeri della criminalità e quelli della detenzione differiscono sensibilmente fra uomini e donne, sia per la tipologia dei delitti sia per le modalità di somministrazione ed espiazione della pena. In Italia, nel corso degli anni che vanno dalla fine della seconda guerra mondiale al 2006, la percentuale di donne detenute è rimasta pressoché immutata, rappresentando il 5% sul totale della popolazione detenuta e sono sparse nelle sezioni femminili delle carceri maschili ed in 7 carceri femminili: Pozzuoli, Trani, Rebibbia, Perugia, Empoli, Genova e Venezia.

Un fenomeno particolare è la detenzione delle donne straniere che – tra rom, rumene, africane e sud centro america – costituiscono ben il 43% di tutta la popolazione carceraria.

Essere una minoranza nella minoranza, essere uguali ma differenti, essere dimenticate perché ininfluenti ai fini delle statistiche: è questa la condizione delle poche donne rinchiusi in carcere, costrette a scontare insieme alla pena comminata, il disagio derivante dall'essere una minoranza, in un universo pensato ed organizzato sui bisogni e le caratteristiche del detenuto medio, di sesso maschile. Le detenute, private degli affetti, della propria femminilità, di uno spazio vitale dignitoso, faticano a scrollarsi di dosso il marchio di pregiudicate e a ritrovare un "posto" nel contesto sociale. La percentuale di recidiva è infatti molto alta, specie fra le donne colpevoli di reati legati alle droghe, il crimine più comune insieme ai reati contro il

patrimonio. La maggior parte delle reclusi sconta pene lievi, che non superano i cinque anni, ma esce ed entra dal carcere con estrema facilità.

Il carcere non deve essere solo un luogo di reclusione e di espiatione della pena anche se questa impostazione ancor oggi, spesso, prevale rispetto agli obiettivi di rieducazione e di reinserimento sociale dei detenuti, così come riconosciuti dalla Carta Costituzionale. Se la vita di troppe persone in carcere è lasciata al caso non si fa altro che allontanarle dalla legalità, dalla fiducia nella giustizia e nelle istituzioni. La sfida è interrompere il nesso che esiste tra reclusione ed esclusione, contrapponendo a quest'ultima un processo di azioni e interventi di inclusione sociale, di cui può farsi carico soprattutto la comunità locale nel suo complesso, in uno spirito collaborativo e responsabile.

Nell'ambito delle finalità complessive, ed in continuità con la precedente programmazione, per il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati, gli interventi e i servizi da promuovere sono:

- interventi sperimentali di reinserimento sociale e lavorativo di detenuti ed ex detenuti;
- attività intra-murarie per migliorare le condizioni di vita all'interno degli istituti di pena;
- servizi di mediazione culturale per persone migranti;
- interventi di sostegno alle famiglie e di mediazione fra vittime e autori di reato;
- interventi mirati a rispondere a bisogni specifici delle donne con figli, degli immigrati non comunitari, delle persone con problemi di dipendenza.

Indicatori: n. di iniziative attivate; n. di interventi realizzati; n. inserimenti lavorativi.

3.8 Le politiche per gli immigrati

Analisi di contesto

La presenza straniera in Campania costituisce una dimensione della realtà regionale. Gli stranieri regolarmente residenti sul territorio campano sono 114.792 con una forte connotazione "napolicentrica"; nel capoluogo e nella sua provincia, infatti, si concentra il 46,8% degli immigrati, vale a dire oltre 53.725 persone di cui il 39,3% uomini e ben il 60,7% donne. Oltre 23.252 stranieri risiedono poi regolarmente nella provincia di Caserta, 25.432 nel Salernitano, rispettivamente 8.375 e 4.008 presenze regolari si registrano nelle province di Avellino e Benevento (fonte ISTAT 2008).

Cittadini stranieri residenti per sesso e provincia, al 1° gennaio 2008

Province	Maschi	Femmine	Totale	% Su Pop. Straniera	% Su Pop Residente
Caserta	10.856	12.396	23.252	20,26%	2,60%
Benevento	1.559	2.449	4.008	3,49%	1,40%
Napoli	21.120	32.605	53.725	46,80%	1,70%
Avellino	3.279	5.096	8.375	7,30%	1,90%
Salerno	10.957	14.475	25.432	22,15%	2,30%
Campania	47.771	67.021	114.792	100,00%	2%

Fonte: Istat, 2008.

L'evoluzione della presenza immigrata in Campania ne ha modificato le principali caratteristiche: geografia dei flussi, la loro composizione demografica, i progetti migratori di coloro che si spostano. Per quanto attiene ai paesi di provenienza, una delle novità più evidenti è costituita dalla tendenza alla modifica della composizione etnico-nazionale dell'universo della popolazione immigrata, con un incremento sistematico delle nazionalità

provenienti dai paesi dell'est europeo. Secondo i dati Istat al 1 gennaio 2008, i flussi dall'Europa centro orientale rappresentano ad oggi la fetta più significativa della recente immigrazione in Campania, con un'incidenza sul totale del 58,8%, di cui la maggioranza donne. Gli immigrati provenienti dall'Africa sono il 19,8% del totale e fra questi, l'incidenza della partecipazione femminile ai flussi è la più bassa. Nell'immigrazione africana si conferma rilevante il flusso proveniente dall'Africa Settentrionale che pesa per il 69,1%. Provengono dall'Asia il 15,2% degli immigrati stranieri della Campania. Una fotografia sulle comunità nazionali più numerose mostra che quella ucraina è la più presente in tutte e cinque le province campane.

Sul fronte della composizione demografica dei flussi, due sono le principali evidenze che emergono dalle statistiche ufficiali: innanzitutto una spiccata connotazione femminile dell'immigrazione straniera in Campania; in secondo luogo, la giovinezza della popolazione straniera.

Rispetto al primo punto, da un confronto svolto tra i dati del Ministero degli Interni al 31/12/2005 e i dati ISTAT al 1/1/2006, si rileva un'incidenza femminile compresa tra il 61,7% della prima fonte e il 57,4% della seconda. La maggiore presenza femminile è indubbiamente legata alla specializzazione occupazionale nel mercato del lavoro del paese ospite, che individua nell'offerta di lavoro femminile straniera una risposta conveniente alle inefficienze di un sistema di protezione sociale, che male s'interfaccia con una popolazione locale sempre più anziana e più povera. Difatti, il settore del lavoro domestico, e particolarmente quello della cura e dell'assistenza costituiscono i bacini di inserimento lavorativo principali per le immigrate. Sul fronte della presenza di minori, i dati ISTAT al 1° gennaio 2008 riferiscono di una presenza di minori pari a quasi 18.000 unità, vale a dire al 15,4% della popolazione straniera regolarmente residente in regione. Secondo dati raccolti dal Ministero della Pubblica Istruzione, gli alunni di cittadinanza non italiana iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado in Campania sono distribuiti come segue sul territorio regionale e provengono da 125 diverse nazioni e precisamente nel 63,7% dall'Europa, nel 15,2% dall'Africa, nel 10% dall'Asia, nel 9,4% dalle Americhe e nello 0,2% dall'Oceania.

Essendo la presenza straniera regionale composta principalmente da donne e bambini, è necessario attivare politiche di accoglienza ed integrazione che richiedono risposte idonee al soddisfacimento delle istanze di cui queste fasce della popolazione si fanno portavoce. Sul fronte dei progetti migratori, sia l'ammontare dei ricongiungimenti, sia l'incremento delle seconde generazioni, nonché la diffusione di insediamenti abitativi e anche di attività imprenditoriali sono chiare dimostrazioni che la Campania non è più, come lo fu in passato, una tappa del progetto migratorio finalizzato all'insediamento nelle regioni dell'Italia settentrionale ma, per talune comunità, rappresenta anche il luogo del trasferimento definitivo, dove avviare processi di stabilizzazione.

Il motivo principale del soggiorno è legato al lavoro principalmente di tipo subordinato (54,6%), sebbene vi sia un incremento di rilasci di soggiorno legati al lavoro autonomo (6,5%). Seguono ragioni di tipo familiare.

Permessi di soggiorno per provincia e motivo della presenza, al 1° gennaio 2007.

PROVINCE	PERMESSI DI SOGGIORNO PER MOTIVO DELLA PRESENZA									TOTALE
	Lavoro	Famiglia	Religione	Residenza elettiva	Studio	Asilo	Richiesta asilo	Umanitari	Altro	
Caserta	12.449	3.074	291	87	187	15	99	542	171	16.915
Benevento	1.739	856	58	47	55	6	1	-	29	2.791
Napoli	31.621	13.180	729	511	679	34	100	143	631	47.628
Avellino	3.198	2.145	155	53	103	12	3	16	46	5.731
Salerno	11.110	4.332	133	337	226	9	8	13	461	16.629
Campania	60.117	23.587	1.366	1.035	1.250	76	211	714	1.338	89.694

ITALIA	1.463.058	763.744	32.081	44.847	51.625	8.613	7.466	13.447	30.091	2.414.972
Nord-ovest	521.415	276.030	2.353	12.589	14.509	2.290	2.249	2.656	12.465	846.556
Nord-est	416.812	223.391	1.323	7.924	12.051	2.274	2.193	2.283	7.483	675.734
Centro	357.567	173.628	24.697	17.845	19.806	2.526	1.759	2.454	5.851	606.133
Sud	124.237	65.495	2.751	2.793	4.045	1.030	837	4.155	3.235	208.578
Isole	43.027	25.200	957	3.696	1.214	493	428	1.899	1.057	77.971

Fonte: elaborazione Istat su dati del Ministero dell'Interno, 2007.

Tuttavia, è tristemente noto che non tutta la manodopera straniera trova nella regione ospite un'occupazione regolare e questo è più che mai vero in una regione come la Campania in cui il mercato del lavoro sommerso e irregolare costituisce un'ampia fetta della struttura produttiva locale. Da un'indagine Censis ("Rapporto sulla situazione sociale del paese 2007") risulta infatti che la Campania ha la maggior concentrazione di immigrati che lavorano irregolarmente, con il 58,6% sul totale degli immigrati occupati, otto punti percentuali in più rispetto all'intero Mezzogiorno (50,6%) e contro una media nazionale del 36,7%. Rispetto ai settori occupazionali, i lavori domestici sono il principale bacino di inserimento; il commercio rappresenta il secondo sbocco occupazionale. Tra il 1999 e il 2001 cresce anche l'occupazione regolare nell'industria: qui il settore tessile rappresenta il comparto più rappresentativo con quasi 10% dell'occupazione totale per l'anno 2001, mentre il settore metalmeccanico - pur crescendo in termini quantitativi - mostra un'incidenza costante di poco inferiore al 7%.

Nel complesso, ciò che continua a caratterizzare l'inserimento lavorativo degli immigrati nella Regione è il fatto che, trasversalmente ai settori occupazionali, risulta caratterizzato dall'alta flessibilità, dal carattere provvisorio e precario, sia dal punto di vista economico che contrattuale, delle occupazioni intercettate dalla manodopera immigrata. Tali tratti si estendono poi purtroppo dalle attività lavorative anche ad altri ambiti, come quello abitativo o di accesso ai servizi e quindi configurano in termini ancora negativi l'inserimento sociale degli immigrati nel suo insieme.

Gli Obiettivi generali e le aree prioritarie di intervento

La Regione nel promuovere l'integrazione sociale dei cittadini stranieri individua tre finalità di ordine generale sulle quali ispirare l'insieme delle politiche regionali:

la valorizzazione delle identità culturali, religiose e linguistiche;

la rimozione degli ostacoli di ordine economico, linguistico, sociale e culturale;

la garanzia di pari opportunità di accesso ai servizi pubblici e del pieno riconoscimento dei propri diritti civili.

In funzione dell'individuazione di tali obiettivi strategici, la nuova programmazione punta prioritariamente ad aggredire alcune importanti variabili di rottura che afferiscono a cinque aree prioritarie di intervento: accoglienza e disagio abitativo; integrazione scolastica e formazione; inserimento lavorativo; salute e sicurezza; partecipazione attiva.

La strategia di intervento sottesa a tali scelte programmatiche è puntualmente declinata nel Programma Strategico Triennale per l'integrazione dei cittadini migranti.

3.9 Sostegno alle persone con disagio psichico

Il contesto sociale regionale attuale

La legge regionale n. 11/2007 prevede il sostegno alle persone con disagio psichico, promosso e garantito dai comuni, i cui servizi sono rivolti ai singoli, alle famiglie o alle formazioni sociali di cittadini, rispondendo ai bisogni delle singole persone anche attraverso progetti individualizzati e metodologie unitarie di ascolto e di presa in carico.

Già prima dell'approvazione della l.r. n. 11/2007 l'Assessorato alle Politiche Sociali, a partire dal 2006:

- ha avviato una collaborazione con l'Assessorato alla Sanità con l'obiettivo di ricercare possibili percorsi di integrazione tra sociale e sanitario;
- ha lavorato di concerto con la VI Commissione Consiliare per far inserire nella l.r. n. 11/2007 l'area della "salute mentale";
- negli indirizzi strategici triennali 2007-2009, approvati con deliberazione regionale n. 1403/2007, ha destinato risorse, a titolarità regionale, per promuovere e sostenere progetti innovativi con riferimento a persone con storie di istituzionalizzazione e con scarsa rete familiare e sociale, in una prospettiva di welfare comunitario. Emblematico il caso degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) che, scoperti sul fronte del reinserimento, sociale e/o lavorativo, sono sempre più popolati da persone "in proroga delle misure di sicurezza", che generano l'increscioso fenomeno dei cosiddetti "ergastoli bianchi";
- nella deliberazione regionale n. 679/2007, ha destinato risorse, a titolarità regionale, per finanziare azioni di intervento, sostegno ed inclusione sociale delle persone affette da autismo. L'interesse all'autismo, che ha un impatto devastante nella qualità di vita di individui e dei loro nuclei familiari, si è manifestato verso la metà del 2007, sulla scorta della sensibilizzazione al fenomeno, promossa da alcune associazioni di genitori.

La *vision* strategica è rivolta a consolidare un sistema organizzativo basato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti alle persone, ai loro bisogni e attese, orientato al miglioramento continuo, rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda crescente di socializzazione e assistenziali per la persona affetta da autismo e per il suo contesto familiare/scolastico/sociale. L'autismo rappresenta uno dei disturbi neuropsichiatrici più gravi e più invalidanti dell'età evolutiva che mantiene la sua gravità, se non specificamente trattato, anche in età adulta. Inoltre, esso determina una grave condizione di disagio per i componenti dell'intero nucleo familiare investito così da un carico assistenziale che, in mancanza di un'adeguata rete di protezione sociale, si fronteggia con costi materiali e immateriali elevati. Significativa, in tal senso, è la disposizione dell'art. 32 della l.r. n. 11/2007 che prevede, fra l'altro, particolare priorità agli interventi volti al sostegno delle famiglie che hanno al proprio interno persone con gravi disabilità. La complessità dei bisogni delle persone con disagio mentale e l'aumento complessivo delle problematiche psichiche anche nell'area della popolazione giovanile, collegati con altre povertà immateriali, impone sempre più un approccio di rete sociosanitaria della presa in carico.

L'orientamento verso la promozione di strutture intermedie sociali, capaci di sostenere le famiglie e le persone, è sicuramente prioritario nelle strategie di programmazione. E' da sottolineare che alcuni Piani di zona, a partire dalla quarta annualità di applicazione della l. n. 328/2000, avevano già previsto l'area della "disabilità e salute mentale" programmando centri diurni integrati tra servizi sociali e dipartimenti di salute mentale delle Asl, tirocini formativi e/o borse lavoro, gruppi appartamento e comunità alloggio.

La Regione non è impegnata solo nell'obiettivo di sostenere le persone che hanno già sviluppato un disturbo e sono in carico ai servizi sanitari. L'impegno è anche quello di promuovere la salute psico-fisica delle persone, agendo, prima che la malattia si sviluppi, sui

gruppi più esposti e sui fattori di rischio, riconosciuti come maggiormente implicati nella produzione di un disturbo psichico. Bisogna raccogliere la sfida principale dei sistemi sanitari: sviluppare una prevenzione che sia riconoscimento ed allontanamento degli agenti patogeni che si producono nella vita quotidiana e una promozione della salute come rafforzamento delle normali protezioni individuali e sociali. La battaglia per la prevenzione dei disturbi psichici nella popolazione, ed in particolare nei gruppi più esposti, è centrale per una politica sanitaria efficace ed efficiente e anche dai costi contenuti, perché solo operando sui fattori di rischio presenti nella vita quotidiana delle persone si abbassano i tassi di malattia nella popolazione. E quanto ciò sia assolutamente necessario lo si desume dall'allarme lanciato dall'Oms, che valuta come la depressione, malattia emergente con *trend* in ascesa in tutti i paesi e con elevatissimi costi sociali, possa divenire nel 2020 la seconda causa di carico di malattia e disabilità nel mondo. La prevenzione e la promozione della salute si raggiungono attraverso l'interazione tra le politiche sociali e sanitarie, lavorando: alla informazione corretta dei fattori di rischio e alla loro più ampia diffusione, specie tra i gruppi maggiormente esposti; alla formazione degli operatori socio-sanitari per mettere in campo azioni di prevenzione condivise; alla costituzione di servizi integrati a bassa soglia per l'intercettazione del disagio prima che si configuri come malattia e tenda alla cronicità.

Obiettivi

Obiettivi generali:

- promuovere la salute mentale contrastando i fattori psico-sociali di rischio;
- promuovere l'autonomia ed i diritti delle persone nei vari campi del sociale;
- focalizzare gli interventi di prevenzione sui principali soggetti a rischio, quali le donne della fascia di età giovanile (15-44 anni);
- contrastare la marginalità e l'esclusione sociale;
- promuovere la sussidiarietà verticale e orizzontale.

Obiettivi specifici:

- sperimentare approcci innovativi per la promozione della salute e l'individuazione precoce degli indicatori di disagio;
- sviluppare l'informazione, la formazione, e servizi integrati a bassa soglia, per raggiungere i gruppi maggiormente a rischio, con particolare riguardo alla popolazione femminile che, nella fascia di età 15-44, risulta essere la più esposta a più tipi di disturbo psichico, quali la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi dell'alimentazione;
- realizzare un sistema di *governance* capace di mantenere e sviluppare meccanismi di appartenenza e processi di autonomia e inclusione all'interno della comunità;
- sviluppare programmazioni integrate tra le politiche abitative, formative, lavorative;
- sviluppare interventi a bassa soglia (informazione e consulenza) nelle scuole per intercettare il disagio psichico delle fasce giovanili, assicurare la presa in carico dei minori e degli adolescenti con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici;
- sviluppare interventi a bassa soglia (informazione e consulenza) nelle aziende di lavoro, ma anche sportelli per la famiglia, per intercettare il disagio psichico degli adulti ed assicurare la presa in carico degli adulti con disturbi psichici;
- sostenere le giovani-madri con problemi di disagio;
- favorire la deistituzionalizzazione delle persone internate negli OPG;
- promuovere forme di accompagnamento sociale e di integrazione personalizzate e finalizzate, ove possibile, all'autonomia ed all'affermazione dei diritti;
- favorire la crescita delle associazioni e dei gruppi di auto-mutuo-aiuto e la sperimentazione di servizi con modalità di partecipazione attiva delle persone utenti della salute mentale per consolidare e rafforzare il processo già avviato in alcuni Ambiti territoriali;

- sviluppare una cultura basata sui valori della solidarietà e dell'auto-mutuo-aiuto.

Gli interventi e i servizi.

La salute mentale si configura come ambito ad elevata criticità, condizionato da retaggi storici non ancora del tutto superati. Sono trascorsi quasi trent'anni dall'approvazione della legge di riforma dei servizi psichiatrici, ma tuttora sono presenti nelle "comunità" atteggiamenti che non riconoscono la natura sanitaria della patologia mentale e contribuiscono allo stigma sociale dei malati di mente che ne riproduce e moltiplica le difficoltà di inserimento sociale. Malgrado ritardi e disomogeneità si è prodotto un cambiamento che ha chiuso i manicomi pubblici, ha riconosciuto il diritto di cittadinanza alle persone con disturbo mentale, ha mutato il vecchio rapporto tra psichiatria e giustizia, ha dato avvio alla formazione di un sistema di servizi, ha mutato il destino di migliaia di persone con l'esperienza del disturbo mentale e dei loro familiari, ha avviato un cambiamento di atteggiamento culturale nei confronti di ogni forma di diversità, evidenziandone l'illibertà, la disuguaglianza e l'esclusione sociale troppe volte a questa connessa.

L'aumento del numero di persone con disturbi mentali e la complessità del fenomeno richiede un'alta capacità dei soggetti istituzionali di farsi carico in maniera adeguata delle problematiche della salute mentale. L'adeguatezza e la qualità delle risposte è strettamente connessa alla capacità di elaborare programmi comuni pienamente condivisi e di promuovere azioni nelle quali convergono risorse diverse e si armonizzano competenze e professionalità.

La complessità dei bisogni delle persone con disagio mentale e l'aumento di questi disagi nell'area della popolazione giovanile, anziani e migranti, collegati con altre povertà immateriali, impone sempre di più il rafforzamento dell'approccio integrato, finalizzato ad una gestione sinergica di risorse finanziarie e umane tese ad attivare progetti in rete, che valorizzino le specifiche competenze dei partner coinvolti, nel rispetto della pari dignità.

L'orientamento verso la promozione di strutture intermedie sociali, capaci di sostenere le famiglie e le persone, è sicuramente prioritario nelle strategie di programmazione. In linea con i precedenti indirizzi strategici triennali 2007-2009, con gli obiettivi della l.r. n. 11/2007 e del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, è necessario rafforzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la sinergia delle risorse, in un'azione coordinata e condivisa tra Enti locali ed Aziende Sanitarie Locali, con il contributo degli organismi *no profit*.

La Regione Campania, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici, incoraggia e sostiene nel territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto-aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi ad un settore così delicato ed importante per l'intera collettività. Per il triennio di validità del presente Piano, la Regione si propone, pertanto, di consolidare il processo di integrazione tra servizi sociali e sanitari e di favorire la programmazione unitaria pubblica delle azioni con l'obiettivo di garantire qualità e appropriatezza dei percorsi e delle prestazioni assistenziali per una più efficace azione di tutela della salute mentale.

Vi è la necessità di collaborare con i Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione delle problematiche sociali e sanitarie di riferimento. Coerentemente con il dettato della l.r. n. 11/2007, il Piano sociale regionale individua come sfere di intervento le situazioni culturali e di contesto su cui concentrare la propria attenzione, in collaborazione con tutti gli attori territoriali; in particolare si intendono promuovere tutte le azioni che, dopo debita valutazione delle abilità delle persone in uscita da situazioni di disturbo psichico, siano mirate all'inserimento socio-lavorativo e relazionale dei soggetti di volta in volta presi in carico. Allo stesso modo, devono essere sostenute quelle azioni di sensibilizzazione territoriale volte a superare le barriere culturali rispetto a tali situazioni di disagio, per facilitare l'integrazione nel tessuto socio-lavorativo. Vanno perciò sostenute non solo le attività di integrazione socio-sanitaria, 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.

Sostegno alle politiche di prevenzione

Se molto si è fatto finora, o per lo meno si è discusso, nel campo della riduzione dell'esclusione e della messa in atto di politiche di inclusione sociale per i malati psichici, politiche che andranno ancor più sviluppate; molto ancora si deve fare per quanto riguarda gli obiettivi della prevenzione e della promozione della salute. Su questo terreno, le politiche regionali sull'integrazione socio-sanitaria devono, in particolare, mirare alla promozione della salute mentale e alla prevenzione e individuazione precoce del disturbo attraverso l'informazione e la realizzazione di iniziative socio-culturali e di gruppo.

Come vi è una complessità nell'assistenza sanitaria così vi è una complessità nel mettere in campo politiche di prevenzione. Queste non hanno come riferimento gli utenti dei servizi sanitari ma la popolazione in generale. I piani di prevenzione mirata sono poi quelli che hanno come bersaglio non tutta la popolazione, ma le categorie individuate come gruppi sociali più esposti al rischio.

E nel campo della malattia mentale vi sono almeno due categorie segnalate come principalmente a rischio: gli adolescenti (di ambo i sessi) e le donne complessivamente per un'ampia fascia di età, quella compresa tra i 15 ed i 44 anni.¹⁸

Le azioni da promuovere per il raggiungimento degli obiettivi.

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni a sostegno delle persone con disagio mentale gli interventi e i servizi da promuovere sono:

Interventi finalizzati a realizzare nuove soluzioni residenziali abitative per favorire i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale delle persone con patologie mentali:

- attivare e sostenere dei progetti sperimentali diretti a potenziare il diritto ad abitare delle persone con disturbi mentali anche attraverso azioni integrate con le famiglie ed i gruppi di auto aiuto degli utenti;
- garantire la riserva di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica per le persone utenti dei servizi di salute mentale;
- favorire la realizzazione di progetti di inserimenti etero-familiari assistiti.

Attivazione di percorsi lavorativi delle persone con disturbi mentali:

- sviluppare tirocini di formazione in situazione lavorativa con borse lavoro;
- realizzare accordi di programma e convenzioni con le Amministrazioni Provinciali per la gestione della Legge 68/99;
- attivare nuove esperienze di lavoro nel campo del turismo sociale, delle fattorie sociali, dell'agricoltura, dell'artigianato, della ricerca e della comunicazione e di ogni altra forma di impresa sociale;
- consolidare e rafforzare le cooperative sociali di tipo B già attive nel territorio.

Salute mentale e carcere:

¹⁸ In particolare in Italia, lo studio dell'Istituto Superiore della Sanità, del progetto europeo Esemmed (European Study of Epidemiology of Mental Disorders) ha coinvolto 4.712 persone e indagato la prevalenza dei principali disturbi mentali tra il 2001 ed il 2003 con i seguenti risultati: una percentuale molto più elevata nel sesso femminile (13,9%) che in quello maschile (4,1%) ha sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi; le donne hanno registrato un rischio tre volte maggiore di aver sofferto di un disturbo mentale nell'ultimo anno; in particolare nella prevalenza sempre su 12 mesi della depressione maggiore le donne sono rappresentate al 5,2% e gli uomini all'1,1%; le donne hanno tassi di comorbidità più elevati degli uomini; l'ansia in comorbidità con la depressione, in particolare, è risultata cinque volte più frequente nelle donne che negli uomini; il rischio di ideazione, pianificazione, o tentativi di suicidio è risultato più elevato nelle donne. Infine nel totale dei ricoveri per malattie psichiatriche, secondo i dati rilevati dalle schede di dimissione ospedaliera per l'anno 2005 (SDO) prevalgono il sesso femminile (51,6%) e la classe di età 25-44 (33,8%).

- sostenere i percorsi socio-assistenziali delle persone affette da disagio mentale detenute o internate negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari campani con particolare attenzione all'attivazione di nuovi programmi di inserimento al lavoro e favorire i progetti diretti alla loro deistituzionalizzazione.

Infanzia e adolescenza:

- favorire la conoscenza dei servizi e dei percorsi assistenziali per persone affette da disturbi del comportamento alimentare nell'ambito della comunità di riferimento;
- favorire percorsi assistenziali per persone con disturbi dello spettro autistico.

Nel campo delle patologie psichiche due categorie sono più a rischio ed ambedue riguardano età giovanili: gli adolescenti di ambo i sessi, sebbene vi sia statisticamente una prevalenza delle adolescenti sugli adolescenti, e la popolazione femminile nella fascia di età che va dai 15 ai 44 anni, fascia che coincide con il massimo impegno della donna nella vita produttiva e riproduttiva.

Nell'ambito di queste finalità complessive della prevenzione, gli interventi da promuovere, mirati ad adolescenti e donne, sono:

Infanzia e adolescenza:

- sviluppare progetti di prevenzione e favorire l'individuazione precoce del disturbo mentale con particolare riferimento alla prevenzione primaria anche attraverso progetti che coinvolgano le scuole, i servizi rivolti ai giovani e ogni agenzia territoriale interessata alle problematiche giovanili;

Donne nella fascia di età 15-44 anni:

Adolescenti:

sviluppare progetti di prevenzione nell'ambito scolastico per:

- favorire la relazione paritarie tra allievi ed allieve;
- evitare discriminazioni legate al sesso per lo sviluppo di attività specifiche;
- sviluppare la conoscenza di un concetto salutare di dieta equilibrata ed esercizio fisico moderato;
- intercettare e combattere fenomeni di violenza ed abuso sia a scuola che in famiglia;
- rinforzare la socializzazione nel gruppo classe;
- rinforzare la progettualità dell'adolescente combattendo i pregiudizi legati al sesso.

Donne adulte:

sviluppare progetti di prevenzione, in strutture di comunità, con creazione di servizi informativi, servizi a bassa soglia, gruppi di mutuo-auto-aiuto e campagne di sensibilizzazione, per:

- il sostegno alla maternità ed al lavoro di cura:
 - a) evitare lo stress da sovraccarico di lavoro e responsabilità (fattore di rischio individuato dall'OMS, insieme al lavoro di cura ed alla violenza);
 - b) ridurre le aspettative della maternità, evitando la sindrome del *burn-out* (sindrome da stress, tipica delle professioni di aiuto) e aiutare la donna a mantenere il proprio stile di vita e la progettualità personale anche nella maternità;
 - c) potenziare la conoscenza dei propri diritti sia nei luoghi di lavoro che in famiglia, combattere la violenza ed il maltrattamento in tutte le forme in cui possono incidere sulla riduzione dell'autostima (denominatore comune di molte patologie psichiche, ed in particolare della depressione).
- sviluppare reti di sostegno al carico di lavoro ed opportunità di inserimento socio-lavorativo per l'autonomia delle donne:
 - a) sviluppare tirocini di formazione in situazione lavorativa con borse lavoro;
 - b) accompagnare le donne in esperienze lavorative, dopo un'assenza dal mondo del lavoro legato alla maternità,

- c) sostenere le donne nel carico di lavoro domestico, con la condivisione/socializzazione del lavoro di cura (baby care, assistenza anziani, assistenza malati) .
- sviluppare reti di sostegno alla donna in situazione di maltrattamento, in sinergia con altri progetti regionali finalizzati alla lotta alla violenza contro le donne.

Indicatori: n. ricoveri in strutture residenziali; n. riduzione ricoveri ospedalieri; n. utenti dimessi; n. inserimenti socio-lavorativi realizzati.

3.10 Le politiche per la sicurezza (sociale)

Le politiche sociali producono sicurezza perché offrono sostegno a chi è in difficoltà, creano relazioni positive tra persone, costruiscono reti di reciprocità e di solidarietà, aiutano lo svolgimento dei processi sociali. Rappresentano perciò il cuore delle politiche di sicurezza pubblica e non il loro residuo marginale, come sembra emergere da una quotidianità dove sempre più la relazione con la diversità e la differenza viene rappresentata solo come un problema di ordine pubblico e di controllo repressivo.

E', invece, proprio la profonda crisi in cui versano i sistemi di welfare che produce l'insicurezza delle persone e spinge i territori a cercare la sicurezza individuale al posto della sicurezza sociale. In altre parole soluzioni individuali a problemi collettivi e non soluzioni collettive a problemi individuali.

L'insicurezza sociale si affronta mettendo in campo più politiche sociali e migliori servizi, con la crescita delle reti di solidarietà e di protezione collettiva, con più identità territoriale e più socialità, con la crescita dello scambio relazionale di fiducia e non con la trasmissione della diffidenza.

E' come dire che il trattare i singoli problemi non deve più prescindere dal trattare il contesto. Il tema della sicurezza urbana riguarda i luoghi dell'abitare e la qualità e le modalità dell'abitare, le persone e le relazioni tra le persone che li abitano e quelle che li attraversano, la capacità di accoglienza e il grado di coesione sociale delle comunità.

Il degrado degli spazi urbani che fa da sfondo alla percezione dell'insicurezza individuale è la rappresentazione palmare della disarticolazione e dell'impoverimento delle relazioni sociali e delle identità territoriali. Il tema della sicurezza urbana è prioritariamente un tema di coesione sociale e di identità locali.

Tutto ciò impone un ripensamento delle politiche pubbliche in tema di sicurezza urbana e impone un ripensamento delle politiche sociali in termini di presa in carico dei territori nella loro interezza. La sicurezza urbana è, ovviamente, anche un problema di ordine pubblico e di contrasto dell'illegalità. Ma le misure di sicurezza pubblica e di controllo digitale del territorio vanno considerate integrative e non sostitutive delle politiche di promozione della coesione sociale.

Con la nuova triennialità la Regione Campania intende avviare un progetto obiettivo sicurezza- sociale avviando una sperimentazione di attivazione di comunità a partire dalle aree a maggior degrado sociale del contesto regionale in stretta integrazione con gli Ambiti territoriali.

4 ASPETTI FINANZIARI, ALLOCAZIONE E CRITERI DI RIPARTO DELLE RISORSE

4.1. Il Fondo Sociale Regionale

La l.r. n. 11/2007 prevede un sistema plurimo di finanziamento delle politiche sociali che coinvolge i diversi livelli istituzionali. Definisce un “sistema di governance multilivello” di politiche coordinate e integrate dell’Unione Europea, dello Stato, della Regione e delle autonomie locali (Province e Comuni). Lo strumento individuato dalla legge 11/2007 per il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il Fondo sociale regionale (Fsr) che rappresenta il principale strumento finanziario per l’attuazione e lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale del sistema. Le fonti di finanziamento che confluiscono nel fondo sociale regionale sono descritte nell’art. 50 della l.r. n. 11/2007 e si distinguono in vari livelli: risorse statali (Fondo nazionale per le politiche sociali ed altri fondi nazionali finalizzati); risorse regionali; risorse provenienti da organismi dell’Unione europea. Al finanziamento del sistema integrato contribuiscono, inoltre, anche i Comuni e le Province. Il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano sociale regionale è strettamente collegato alle risorse finanziarie disponibili per la loro realizzazione. Relativamente alle risorse finanziarie la Regione si muove dunque in un’ottica che è insieme di: integrazione e miglioramento organizzativo delle risorse disponibili nella comunità locale, risorse finanziarie strutturali e umane; non sostituzione delle risorse già destinate dai singoli Comuni alle politiche sociali con le risorse trasferite agli Ambiti. Il Fondo sociale regionale finanzia il sistema articolato dei Piani sociali di zona.

Resta, in ogni caso, l’obbligo di provvedere, comunque, alla copertura finanziaria delle prestazioni connesse ai livelli essenziali di assistenza sociale.

4.2 Le criticità del processo di attuazione della 328/2000 in Campania

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla programmazione e gestione delle risorse finanziarie, la Regione Campania ha promosso una gestione unitaria delle risorse finanziarie destinate al Piano di zona attraverso le indicazioni contenute nelle linee guida annuali. Dal punto di vista finanziario, è stato chiesto agli Ambiti territoriali:

- di istituire il Fondo di ambito in cui far confluire oltre alle risorse trasferite dalla Regione, risorse dedicate dei Comuni, risorse Asl per l’integrazione socio-sanitaria, risorse provenienti dalle misure del POR attraverso l’adozione di accordi di programma tra gli enti;
- che ciascun Comune contribuisse al Fondo di ambito con un ammontare di risorse pari, in un primo momento ad almeno 3 euro per abitante dell’ambito per poi passare a 5 euro pro capite nelle successive annualità

La risposta territoriale in questi sette anni di sperimentazione del sistema di welfare è stata molto diversificata ed ha chiaramente risentito di una serie di variabili legate agli andamenti gestionali, politici ed amministrativi propri degli enti locali e alle difficoltà di avviare un processo del tutto nuovo e sperimentale che comportava innanzitutto il superamento del concetto di municipalità, una modifica degli assetti organizzativi interni agli enti e l’adozione di una serie di regolamenti che disciplinassero una nuova gestione finanziaria demandata al Comune capofila ed all’Ufficio di piano. Quello che è importante sottolineare è la differenza di orientamenti e propensioni degli Enti locali sulla partecipazione ai Piani sociali di

zona. Una differenza che è strettamente legata alle scelte che gli Ambiti hanno fatto relativamente alla programmazione e alla gestione delle politiche sociali territoriali. Nel caso in cui i Comuni hanno previsto di far confluire nella programmazione del Piano di zona tutti gli interventi ed i servizi sociali previsti nell'Ambito con il corrispondente apporto di risorse, la compartecipazione è stata molto elevata e il processo di riforma del welfare e di gestione unitaria del Piano di zona è stato avviato con decisione. Al contrario laddove ha prevalso una logica di gestione delle politiche sociali ancora prevalentemente comunale e, soprattutto, fuori dalla programmazione dei Piani di zona sociali, la compartecipazione si è attestata al livello minimo dei 5 euro, perché le risorse di bilancio dovevano continuare a coprire servizi e interventi del solo Comune. In questi ultimi casi la propensione a continuare a gestire fuori dalla programmazione di ambito una parte di servizi, ha evidenziato un'interpretazione riduttiva del significato della legge 328/2000 che più che essere legge di riforma del welfare è stata interpretata con la logica delle vecchie leggi di settore nazionali e regionali in cui si programmavano e si cofinanziavano solo alcuni servizi.

In particolare, analizzando i diversi Ambiti territoriali, relativamente agli aspetti legati alla programmazione e alla gestione delle risorse finanziarie del "Fondo di ambito", si è registrata in questi anni una forte difformità territoriale nell'adeguare le vecchie logiche di gestione e amministrazione degli interventi sociali alla nuova cultura della programmazione e della gestione previste dalla legge 328/2000. Infatti, in alcuni territori si è avviato e si va consolidando un governo delle politiche sociali orientato a favorire una programmazione e una gestione delle risorse pubbliche che consenta una maggior efficienza ed efficacia degli interventi finanziati ed una maggior integrazione tra i servizi e tra gli enti pubblici afferenti ad un ambito territoriale. Ma, in altri contesti, prevale ancora un governo ispirato alle vecchie logiche ben lontane dall'ottica dell'integrazione e della razionalizzazione delle risorse. Inoltre, come è logico, le scelte gestionali hanno avuto un forte impatto anche sulla dimensione organizzativa dell'Ufficio di piano. Infatti, l'Ufficio di piano, relativamente alle sue funzioni di programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione e rendicontazione, sembra risentire di queste scelte gestionali.

Per rimediare a queste criticità, obiettivi del Piano sociale regionale sono, dunque: a) far convergere tutta la spesa sociale comunale nel Fondo di ambito; b) favorire una programmazione unica all'interno del Piano di zona di tutti i servizi di welfare previsti e finanziati nell'Ambito territoriale con diverse fonti (nazionali, regionali, comunitarie, comunali).

4.3 Gli indicatori di riparto del Fondo sociale regionale.

Nel redigere questo Piano si è tenuto conto dei risultati sin qui ottenuti in materia di politiche sociali

e delle criticità rilevate, a partire dalla legge 328/2000 ad oggi. Nel corso di questi anni la Giunta regionale ha emanato linee di indirizzo in materia e provveduto al riparto delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali. Con l'approvazione della legge regionale n. 11/2007 e la disponibilità di nuove e diverse fonti di finanziamento (risorse europee, nazionali e regionali) si è posto il problema di procedere ad una revisione dei criteri di riparto nei confronti degli Ambiti territoriali (anche sulla scorta di diverse richieste giunte, nel corso degli anni, da parte degli stessi Ambiti).

Sino ad oggi, i criteri di riparto del Fondo nazionale politiche sociali (Fnps) si sono basati su due indicatori: il numero della popolazione e l'estensione territoriale. Il secondo criterio ha avuto, negli anni passati, un valore compreso tra il 30 e il 50%. L'analisi dei dati dimostra

che con l'adozione di tali pesi si è creata, negli anni di sperimentazione della legge 328/2000, una forte disparità tra cittadini della Regione, in quanto ci sono Ambiti territoriali in cui la quota pro capite per le politiche sociali è di 31,93 euro per abitante mentre in altri casi la quota è di 6,53 euro per abitante, con una forbice di 25,40 euro. Capita, dunque, che Ambiti con poca densità abitativa, ma molto estesi, ricevano molte più risorse di Ambiti con maggiore densità di popolazione ma con minore estensione, ciò indipendentemente dai livelli di bisogno. Va altresì rilevato che il criterio dell'estensione territoriale non è adottato da nessun'altra regione. Sono stati dunque valutati diversi scenari con differenti indicatori di riparto per garantire una maggiore perequazione nella distribuzione delle risorse. Dal confronto con le parti sociali e con gli attori istituzionali è emersa l'esigenza, peraltro condivisa, di evitare che l'adozione di criteri di riparto più equi determinasse, però, bruschi cambiamenti per i territori, anche a fronte del taglio delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali 2008, di oltre il 30%. In tal senso, sono stati presi in esame diverse ipotesi (bilanciando l'esigenza della perequazione con quella della stabilizzazione dei servizi).

Lo scenario qui proposto è di adottare criteri di riparto basati per l'85% sulla popolazione residente e il 15% sull'estensione territoriale. Con tale scenario la forbice della quota pro capite scenderebbe a 10 euro circa. Per evitare però penalizzazioni per ambiti che hanno programmato i servizi su base triennale nel 2007 (in base alle indicazioni contenute nella DGRC n. 1407/07) e garantire continuità di intervento, con risorse regionali proprie (pari a circa 9 milioni di euro) saranno compensati gli effetti della redistribuzione. Pertanto gli Ambiti, nel primo anno di vigenza del Piano, riceveranno una quota di risorse non vincolate non inferiore a quella dell'anno precedente. Caratteristica di queste risorse è che non sono vincolate, è cioè lasciato alla autonomia dei comuni associati la loro ripartizione per le singole aree di intervento previste dalla legge 11/2007. Ciò al fine di tenere conto delle differenze territoriali e delle diverse tipologie di domanda sociale in ciascun Ambito.

In base ai criteri così definiti, la quota definita sulla base della popolazione residente è così calcolata: 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). La formula di questa quota è quindi $[Q/N * n]$. La quota calcolata sulla base dell'estensione territoriale è data da il 15% della parte del Fondo da trasferire agli Ambiti (V) diviso l'estensione territoriale della regione (T) moltiplicato l'estensione del territorio dell'Ambito. La quota è quindi il risultato della formula $[V/T*t]$. La combinazione di questi due criteri è stata scelta sulla base dell'esperienza di quanto avvenuto a partire dall'approvazione della legge 328/2000 e alla luce dei dati ad oggi disponibili. Il 90% delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali saranno, nel triennio, trasferite nel Fondo di ambito, attraverso i Piani sociali di zona. Il restante 10% sarà destinato ad azioni a titolarità regionale.

Dopo il primo anno di applicazione, questi criteri saranno sottoposti ad una verifica ed ad una nuova concertazione con le parti sociali. Nel corso del triennio di vigenza del Piano, sulla base dei dati forniti dal Sistema informativo sociale, sarà possibile elaborare criteri di riparto che possano tenere conto di ulteriori variabili e degli indicatori di bisogno di ciascun territorio.

Oltre a quelle del Fnps sono parte del Fondo Sociale Regionale anche le risorse del cd. "Fondo per le non autosufficienze", istituito con la legge n. 296, articolo 1, comma 1264, del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria 2007) al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti. Il decreto 6 agosto 2008 del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, destina alla Regione Campania per l'annualità 2008 €25.149.260,16 e per l'annualità 2009 €33.560.383,96. Tali risorse vincolate saranno integralmente trasferite

agli Ambiti in ragione per il 50% della popolazione con 65 e più anni e per il 50% della popolazione totale e dovranno essere adeguatamente rendicontate con particolare riguardo ai punti unici di accesso, la domiciliarità e la presa in carico individualizzata.

Pertanto le risorse del Fondo nazionale politiche sociali che quelle del Fondo non autosufficienza saranno trasferite agli Ambiti territoriali contestualmente alla presentazione dei Piani sociali di zona. La differenza che le risorse del Fnps non sono vincolate, mentre quelle del Fna saranno vincolate per l'obiettivo di servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) il cui raggiungimento prevede risorse premiali da parte dell'Unione europea.

Quindi, la fase di transizione tra la precedente programmazione e la nuova prevista da questo Piano è regolata in modo da garantire, pur con l'adozione di nuovi criteri di riparto, eguali risorse per i territori per la parte non vincolata. Se a ciò aggiungiamo il trasferimento di risorse vincolate per la non autosufficienza con l'entrata in vigore del Piano sociale regionale la somma trasferita direttamente agli Ambiti territoriali sarà di circa 92 milioni di euro.

<i>Risorse trasferite direttamente agli Ambiti territoriali – La transizione</i>				
Anno	Fnps (indistinto)	Fna (vincolato)	Risorse regionali (indistinte)	Totale
2009	65 mln	8,3 mln	-	73,3 mln
2010	58 mln	25 mln	9 mln	92 mln

4.4 Dalla compartecipazione degli Enti locali al Fondo sociale di ambito

Il sistema di finanziamento delle politiche sociali è un sistema plurimo che coinvolge i diversi livelli istituzionali. In particolare i Comuni, contribuiscono con risorse proprie alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Essi inoltre, così come previsto dall'art. 10 ,comma 2, lett. d) della legge regionale n. 11/2007, assicurano che il Fondo di ambito per l'implementazione del piano di zona contenga tutti i servizi e gli interventi di welfare realizzati dagli enti associati per le finalità sociali

Ciò nell'ottica di favorire un superamento di una logica che ha prevalso in molti territori che potremmo definire del "doppio binario" in cui cioè le politiche sociali nei territori hanno seguito due binari paralleli: quello comunale e quello di ambito. Per favorire una programmazione unica all'interno del piano di zona di tutti i servizi di welfare previsti e realizzati nell'Ambito territoriale è necessario far convergere tutta la spesa sociale comunale nel Fondo di ambito superando la logica della compartecipazione di una parte delle risorse (i "5 euro"). I Comuni sono tenuti a far confluire nel Fondo di ambito sociale le risorse che gli stessi stanziavano nei rispettivi bilanci annuali di previsione per la realizzazione delle politiche sociali necessarie per l'attuazione dei Piani di zona. Per la prossima annualità di attuazione, esercizio finanziario 2009, ciascun Ente associato in Ambito territoriale deve iscrivere nel proprio Fondo di ambito interventi almeno pari alla media degli stanziamenti destinati alle politiche sociali negli esercizi finanziari 2006-2007-2008 e comunque non inferiori a 7 € per abitante .

Il Fondo di ambito diventa quindi il bilancio preventivo dell'Ambito territoriale, l'espressione quantitativa del Piano di zona sociale riferito ad una annualità e articolato per area

d'intervento in cui si definisce la corresponsione tra fonti di finanziamento ed impieghi di risorse.

I servizi programmati nel Piano di zona sono gestiti in maniera associata secondo le forme previste dall'Ambito territoriale (Cfr. par. 2.4.1) in coerenza con il TUEL.

4.5 La transizione

L'adozione di un piano sociale regionale richiede senz'altro una disciplina della fase di transizione cui gli strumenti di programmazione zonale andranno incontro in conseguenza del passaggio dai tempi e dalle annualità di programmazione regionale precedenti, attuati con linee guida ex legge n. 328/2000, ai tempi e alle disposizioni contenute nel presente Piano nonché nelle disposizioni di attuazione operativa che verranno successivamente emanate. Occorre infatti operare una sincronizzazione tra i diversi Piani di zona in maniera che la loro attuazione coincida in maniera uniforme con il periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale. Questa esigenza, oltre ad essere necessitata formalmente, è ancora più necessaria operativamente in quanto consentirà di monitorare la messa in atto delle azioni previste dal Piano alle stesse scadenze per tutti, garantirà un coordinamento nelle misure di interesse generale e nella valutazione che prelude all'emanazione della successiva programmazione triennale.

Un tentativo di sincronizzazione è già stato operato con le disposizioni contenute nella Delibera 679/2007 e nelle Linee Guida per la VI annualità dei Piani di Zona attraverso il cosiddetto "riallineamento". Tale misura non ha ottenuto però il successo sperato in quanto non è stata adottata da tutti gli Ambiti, né è stata rispettata da tutti quelli che l'anno adottata nelle procedure e nei tempi previsti, di modo che l'obiettivo di arrivare entro l'anno 2010 ad un effettivo azzeramento delle risorse da spendere relative alle annualità precedenti è di fatto già in diversi casi da ritenersi fallito.

Il quadro generale delle politiche di contenimento della spesa che hanno portato ai Patti di stabilità interna per le Regioni e gli Enti Locali impone d'altro canto di tenere conto, già nella fase di programmazione e di riparto delle risorse, di quanto sarà effettivamente possibile impegnare o liquidare nell'annualità di riferimento. Le considerazioni sopra esposte necessitano di una presa d'atto che non può che avvenire già, in via preliminare e nei suoi principi fondamentali, nella fase di approvazione della presente programmazione regionale triennale, rinviando a successivi atti il dettaglio delle disposizioni attuative.

Il recupero dei ritardi, che si vuole questa volta preliminare all'attuazione dei nuovi Piani di zona non può che attuarsi attraverso un recupero da parte della Regione dei fondi non spesi e che, sulla base dello stato di attuazione dei Piani di zona delle annualità precedenti, non riusciranno ad essere spesi entro quello che verrà posto come termine per l'avvio dei nuovi Piani di zona triennali. Del resto, tale recupero di risorse non costituisce affatto una sottrazione di fondi ai cittadini, che non potranno avvertire alcuna interruzione nei servizi laddove, come si vuole, le precedenti annualità ex legge 328/2000 proseguano senza soluzione di continuità nella prima annualità dei nuovi Piani di zona triennali.

I principi guida che si vogliono seguire nell'andare a determinare una sincronizzazione concomitante all'avvio dell'attuazione dei Piani sociali di zona conformi al Piano sociale regionale, sono:

- previsione di una revoca o/o rideterminazione del riparto di fondi delle annualità precedenti agli Ambiti che, trovandosi in ritardo, non potranno completare l'attuazione delle annualità precedenti prima dell'uniforme avvio di attuazione dei nuovi Piani di zona triennali;

- previsione di una graduazione, sulla base dei dati in possesso date di presentazione dei Piani di Zona, certificazione della spesa, monitoraggio dei servizi) nella determinazione del periodo di ritardo e conseguentemente dell'entità dei fondi da revocare e/o rideterminare;
- previsione di un destino analogo dei fondi da riallineare in base alla Delibera 679/2007 e Linee Guida VI annualità rispetto ai fondi delle annualità ordinarie;
- garanzia di prosecuzione dei servizi fino alla partenza dei nuovi Piani di zona anche attraverso una proroga dei servizi già in essere da parte degli ambiti sociali;
- garanzia agli ambiti virtuosi che sono in linea con i tempi di presentazione dei Piani di zona e che sono addirittura in anticipo con l'attuazione degli stessi di una compensazione di risorse che vada a coprire i servizi fino all'avvio di quelli previsti nei nuovi Piani di Zona;
- impiego del recupero di risorse netto che verrà a determinarsi anche ai fini della riduzione dell'impatto negativo che si potrebbe determinare in seguito alla notevole diminuzione delle risorse nazionali ripartite nell'anno 2008.