

Verso il Piano Sociale Regionale

Il sistema di welfare della Regione Campania

Linee guida triennali 2007 - 2009
-VI annualità-

SOMMARIO

Presentazione.....	4
Premessa	6
PARTE I - MODELLO DI WELFARE E STRATEGIE DI SISTEMA	
Capitolo I.1 Dieci mutamenti strutturali e funzionali per il <i>welfare</i> di cittadinanza	9
I.1.1. Il modello generale di <i>welfare</i>	9
I.1.2. L'Ambito Territoriale (il Distretto Sociale)	9
I.1.3. La programmazione sociale triennale.....	10
I.1.4 I Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e Fondo Sociale Regionale (FSR) .	10
I.1.5 La mappa regionale dei bisogni sociali (Ma.R.Bi.S) e Profili di Comunità (PdC).....	10
I.1.6 Il Sistema Informativo Sociale e la Comunicazione Sociale.	11
I.1.7 La Programmazione Partecipata (P.P.)	11
I.1.8 La Valutazione Partecipata di Qualità (VPQ).	12
I.1.9 Gli Accordi di Programma (AdP) e il Piano sociale Individualizzato (Psi).	13
I.1.10 Lo Sviluppo sostenibile	13
Capitolo I.2 La stabilizzazione del sistema di <i>welfare</i>	15
Capitolo I.3 Assetti organizzativi e <i>welfare</i> di accesso.	18
I.3.1 Il Coordinamento Istituzionale	18
I.3.2 L'Ufficio di Piano	19
I.3.3 Il Servizio Sociale Professionale	23
I.3.4 Il Segretariato Sociale e le Antenne Sociali	24
Capitolo I.4 Il Sistema informativo Sociale e la Mappa Regionale dei Bisogni Sociali	26
Capitolo I.5 L'integrazione socio-sanitaria	28
Capitolo I.6 La programmazione P.O.R. e P.S.R. 2007/2013	31
PARTE II - RISORSE FINANZIARIE PER LE POLITICHE SOCIALI	
Capitolo II.1 Le risorse finanziarie e le modalità del riparto	35
Capitolo II.2 Le risorse comunali: il cofinanziamento dei Comuni e la spesa sociale comunale	37
Capitolo II.3 Le modalità di liquidazione delle risorse.....	38
Capitolo II.4 Il riallineamento	40
Capitolo II.5 Altre risorse regionali.	41
PARTE III - LE AREE DI INTERVENTO	
Capitolo III.1 Un approccio metodologico: il progetto sociale individualizzato	43
Capitolo III.2 Le pari Opportunità	46
Capitolo III.3 Responsabilità Familiari e Diritti dei Minori	47
Capitolo III.4 Persone Anziane	50
Capitolo III.5 Contrasto alla Povertà	54
Capitolo III.6 Persone con Disabilità.....	57
Capitolo III.7 Politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell'agio e dell'autonomia delle persone	61

Capitolo III.8 Persone detenute, internate o comunque prive della libertà personale.....	65
Capitolo III.9 Interventi e Servizi per l'Immigrazione	67
Capitolo III.10 Salute mentale	69
Capitolo III.11 Rete di pronto intervento Senza Dimora. Intervento contro la tratta delle donne.	69
Capitolo III.12 Diritti di cittadinanza dei bambini ROM e dei migranti.....	75
Capitolo III.13 Emigrazione	78

PARTE IV - DALLA PROGETTAZIONE ANNUALE ALLA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE: MODALITÀ DI PRESENTAZIONE

Capitolo IV.1 Le Procedure per la presentazione del Piano Sociale di Zona Triennale	81
Capitolo IV.2 L'aggiornamento annuale del Piano triennale.....	83
Appendice al capitolo 4: L'indice del Piano Sociale di Zona triennale.....	84

ALLEGATI

PRESENTAZIONE

L'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Campania ha promosso, con una serie di dispositivi di Giunta Regionale, il processo di progressiva stabilizzazione dei servizi sociali territoriali, ispirando le azioni di sistema richieste agli Ambiti territoriali ad un modello di *welfare* inclusivo e di piena esigibilità dei diritti universali, in coerenza con la Carta Sociale europea che sancisce *l'effettivo esercizio del diritto ad una qualità della vita sostenibile per tutti*.

Non è stata una scelta semplice né di poco conto. Una scelta che è stata fondata su una ridefinizione dei processi organizzativi interni e su un indirizzo politico-programmatico coerente con il disegno di legge ormai in corso di approvazione in Consiglio regionale. Infatti, si tratta di passare **dalla sperimentazione alla stabilizzazione della Rete dei Servizi e degli Interventi sociali** sui nostri territori.

Le qualità più importanti di questo processo di stabilizzazione del sistema di *welfare* campano che desidero segnalare, e che sono state assunte definitivamente con le Linee Guida che approviamo denominate **“verso il Piano Sociale Regionale**, sono le seguenti:

1. la temporalità della programmazione dei Piani Sociali di Zona, **che da annuale diventa triennale**, con la relativa stabilizzazione, a sistema, dei servizi per gli utenti e dei contratti di lavoro per gli operatori;
2. la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza con risorse legate direttamente ai bisogni: 20 milioni di euro per Progetti Sociali individualizzati per disabili ed anziani, 2,4 milioni di euro per dipendenze patologiche, 300 mila euro per giovani sieropositivi, 1 milione di euro per il Pronto Intervento Sociale destinato ai Progetti Sociali Individualizzati per i senza dimora. In questo, l'Assessorato e la Giunta hanno sostanzialmente anticipato il Ministero della Solidarietà che, nella bozza del decreto di riparto del “Fondo per la non autosufficienza” annualità 2007, ha individuato (art. 2) nel piano individualizzato di assistenza per le persone non autosufficienti la strategia elettiva di presa in carico;
3. la **semplificazione amministrativa** sia nelle procedure di approvazione dei Piani Sociali di Zona, dopo 20 gg. dalla presentazione, sia con **assegnazione immediata del 100% delle risorse ai territori** allineati con la programmazione e con l'assegnazione del 60% delle risorse per i territori in ritardo programmatico. A questi ultimi, il successivo 40% sarà assegnato con relazione di monitoraggio e di avvio dei Servizi e degli interventi a cura dell'Ufficio di Piano;
4. i **controlli di qualità ed analitico-economici** che sostituiscono la sola verifica contabile con il superamento del blocco accumulato in questi anni nella assegnazione delle risorse ai territori, grazie ad una pianificazione di accompagnamento che, nei casi di mancata garanzia dei LIVEAS, propone il commissariamento previsto dalla normativa vigente e dal d.d.l. “Sulla dignità e la cittadinanza sociale” in corso di approvazione;
5. **l'integrazione dell'Ambito territoriale con il Distretto sanitario ed il Distretto scolastico** (il che introduce la nozione di **Distretto sociale**) attraverso gli Accordi di programma obbligatori ed i protocolli di intesa fra Direzione scolastica regionale e Sanità.

L'idea programmatica di fondo che accompagna questo approccio sistemico - che vogliamo condividere sempre di più con tutti gli attori della rete integrata dei Servizi territoriali e, segnatamente, con i rappresentanti degli Enti Locali -, si

fonda sul principio che il *welfare* è la condizione dello sviluppo e non di un qualsiasi sviluppo. Un sistema di protezione sociale inclusivo, fondato sui diritti sociali di cittadinanza, da garantire in modo universalistico, infatti, promuove anche uno sviluppo sostenibile fondato sulla legalità. Il sistema integrato di servizi sociali, dunque, è condizione indispensabile per rilanciare l'economia prim'ancora che per costruire solidarietà.

Per costruire una comunità solidale è necessaria anche una stretta integrazione fra interventi sociali e servizi sanitari, politiche abitative e quelle attive per il lavoro, coinvolgendo nella fase di programmazione tanto i soggetti istituzionali quanto i rappresentanti del Terzo Settore, gli organismi sindacali ed altre forme organizzate di cittadinanza attiva. In questo disegno i Comuni sono e saranno sempre di più i titolari della programmazione, della realizzazione e valutazione, a livello locale, degli interventi sociali e socio-sanitari.

Questa strategia di programmazione territoriale rimanda, quindi, ad un'idea di Regione, ad una **"Campania Sociale"**, che può essere costruita su tre assi portanti: il potenziamento della programmazione partecipata, l'individuazione di scelte selettive di *welfare* di comunità - sia come strategia di contrasto all'esclusione sia di promozione dell'agio e della qualità della vita -, una piattaforma programmatica, meridionalista ed europea, di rilancio dello stato sociale. Lo stesso sviluppo del Paese, nell'Europa sociale dei popoli, passa attraverso un nuovo investimento di risorse strutturali e non transitorie e di compensazione nella questione sociale e nel Mezzogiorno. Con questo spirito abbiamo sottoposto anche al confronto ed alla concertazione preventiva dei territori e delle parti sociali la nostra proposta di Linee Guida per l'applicazione della legge quadro 328/2000, per la VI annualità.

L'Assessora alle Politiche Sociali

Rosa D'Amelio

PREMESSA

Il sistema complessivo dei dispositivi messi in atto dalla Regione Campania in applicazione della legge quadro 328/00 ha promosso, su scala regionale, **la prima rete dei servizi sociali integrati** fondata su un modello di *welfare* dei diritti sociali universalistici sanciti dalla Costituzione.

Segnatamente, il complessivo sistema normativo regionale delineato a partire dal maggio 2001, è stato caratterizzato da alcuni fondamentali processi istituzionali ed organizzativi che possiamo, sinteticamente, riassumere nel seguente modo:

1. la prima infrastrutturazione nel deserto di pianificazione sociale dei territori:

prima della l. 328/00 non esisteva alcuna strutturazione dei servizi sociali sui territori. Solo la pressione dei magistrati, talvolta, costringeva le amministrazioni locali a convenzionare qualche assistente sociale dedicato alle pratiche amministrative;

2. il trasferimento di risorse assolutamente inedito anche se insufficiente:

gli Ambiti Territoriali hanno cominciato a ricevere risorse economiche dedicate per Aree di priorità e strettamente finalizzate alla costruzione di un sistema diffuso e locale di *welfare* di accesso: azioni di sistema, ufficio di piano, segretariato sociale;

3. la innovazione della concertazione:

anche in questo caso, con tutti i limiti di una cultura di cittadinanza immatura e diffusa a macchia di leopardo sui territori, non si può non avvertire una crescita assoluta di protagonismo territoriale dell'associazionismo, delle imprese sociali, degli stessi singoli cittadini più consapevoli dei propri diritti;

4. le moderne sinergie istituzionali (Consorti/Coordinamenti/Unioni):

la realizzazione dei primi consorti, delle Unioni di Comuni, dei Coordinamenti istituzionali ha declinato, anche se con gradualità, la maturazione di un processo di maggiore consapevolezza sui bisogni delle comunità locali intese come Ambiti territoriali e, pure a fronte di difficoltà diffuse, si hanno esempi virtuosi ormai consolidati di collaborazione e di integrazione istituzionale.

L'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Campania, a partire dalle Linee Guida per la V annualità approvate con DGRC 838/06, ha avviato un indirizzo politico-programmatico fondato:

- a. sulla conferma, in via prioritaria, delle indicazioni procedurali già contenute nelle annualità precedenti come sedimentazione di una esperienza amministrativa ed organizzativa consolidata e da valorizzare;
- b. sulla definizione di alcune strategie strutturali di politiche sociali, per orientare il passaggio dalla sperimentazione della l. 328/00 alla stabilizzazione del sistema integrato di *welfare* regionale e locale.

In ragione dell'obiettivo strategico della riqualificazione strutturale della programmazione degli Ambiti Territoriali, si forniscono, preliminarmente e in maniera estremamente sintetica, alcune indicazioni ed orientamenti generali già in parte assunti nella DGRC 838/06 e nella DGRC 679/07.

In primo luogo, anticipando alcuni elementi della Legge Regionale sulla "dignità e la cittadinanza sociale", si precisa che la programmazione strategica dei Piani Sociali di Zona su base triennale, dovrà consentire:

- di realizzare una pianificazione dei Servizi integrati territoriali maggiormente legata ai bisogni delle Comunità, che sia meno condizionata dalle richieste effimere e contingenti delle scelte non legate alle esigenze fondamentali dei cittadini;
- il superamento dell'affannoso ritardo programmatorio di molti Ambiti territoriali, nonché l'attivazione di verifiche di qualità dei servizi e sui risultati degli interventi, promuovendo analisi di efficacia e di efficienza sia di livello regionale sia comunale;
- la definizione di gruppi di lavoro e di funzioni dirigenziali locali, riferiti alla programmazione strategica, più fortemente legate a rapporti di lavoro a tempo determinato e indeterminato, superando la estrema instabilità di tante funzioni consulenziali.

Queste Linee guida regionali, dunque, introducono elementi strutturali di stabilizzazione del modello di *welfare* campano.

PARTE I
MODELLO DI *WELFARE* E STRATEGIE DI SISTEMA

CAPITOLO I.1 DIECI MUTAMENTI STRUTTURALI E FUNZIONALI PER IL WELFARE DI CITTADINANZA

La Regione Campania, attraverso l'approvazione del disegno di legge "sulla dignità e la cittadinanza sociale" si doterà del Piano Sociale Regione (PSR).

Queste Linee guida, a partire dal confronto con gli Ambiti Territoriali (Distretti Sociali), le Province, le Parti sociali, il Terzo Settore e tutte le forme locali di cittadinanza attiva, anticipano alcuni elementi strutturali di programmazione strategica di cui i nostri territori hanno estremo bisogno, promuovendo un sistema integrato di servizi più fortemente legato alla integrazione delle politiche e delle risorse e, allo stesso tempo, più fortemente centrato sui bisogni essenziali dei cittadini.

Sembra opportuno definire schematicamente alcune condizioni strutturali del modello di *welfare* campano, alla base della pianificazione strategica da determinare attraverso i Piani Sociali di Zona.

I.1.1. Il modello generale di *welfare*

La Regione Campania promuove un modello di *welfare* dei diritti come forma sociale di garanzia della giustizia in democrazia. Il *welfare* dei diritti di cittadinanza effettivamente esigibili non è una forma risarcitoria di una opportunità non fruita, di un destino individuale e collettivo infelice, non è solo un servizio di compensazione della mancanza di lavoro, della disabilità e della povertà.

Il welfare è la protezione necessaria per le opportunità uguali per tutti, è sancito nella Costituzione repubblicana, è riaffermato come effettivo esercizio dei diritti nella Carta Sociale europea ed è ispirato idealmente alla Carta dei diritti fondamentali dell'uomo. Il welfare è la condizione strutturale per una migliore qualità della vita, per garantire adeguati Indici di Sviluppo Umano nel mondo e per promuovere il patto di giustizia su cui fondare un modello di sviluppo sostenibile.

I.1.2. L'Ambito Territoriale (il Distretto Sociale)

L'Ambito territoriale costituisce l'unità minima di riferimento per monitorare i bisogni, per programmare interventi e servizi, per verificare la qualità e il grado di soddisfazione dei cittadini-utenti in modo integrato con il Distretto sanitario ed il territorio scolastico corrispondente.

Questa coincidenza è condizione indispensabile per politiche di sviluppo locale integrato (S.L.I.) fondate anche su una programmazione sociale che si integri sui territori con le politiche del lavoro, con le politiche urbanistiche e quelle culturali.

La dignità della programmazione sociale, l'analisi dei bisogni, la filiera dei servizi, gli *standard* di risorse umane da definire nel PSR non possono prescindere dall'assunzione della definizione territoriale di Ambito Territoriale.

Ambito Territoriale (Distretto sociale), Distretto Sanitario e Distretto Formativo-Scolastico¹ divengono proprio nei territori a ritardo di sviluppo, presidio integrato di emancipazione, legalità e sviluppo sostenibile.

¹ Cfr. DGRG 2228/06 per ciò che concerne l'integrazione delle funzioni e la coincidenza dei territori. Sull'argomento si veda anche la proposta di d.d.l. sulla "dignità e la cittadinanza sociale", Tit. III, art. 19.

I.1.3. La programmazione sociale triennale

La Regione Campania ritiene superata la prima fase dell'applicazione della l. 328/00 e valuta indispensabile procedere alla stabilizzazione del sistema di *welfare* strutturando pianificazione strategica, attività e fonti di finanziamento su una programmazione triennale. Questa dimensione temporale della programmazione strategica regionale e locale, già assunta dallo stesso disegno di legge sulla "dignità e la cittadinanza sociale", produce una maggiore stabilizzazione del sistema dei servizi, sia rispetto alla fruizione dei cittadini che al superamento della precarietà e instabilità della qualità del lavoro degli operatori sociali.

La dimensione triennale della programmazione deve legarsi, infatti, a una rete dei Servizi che garantisca una qualità al tempo di vita degli utenti ed una maggiore dignità al tempo di lavoro degli operatori.

I.1.4 I Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e Fondo Sociale Regionale (FSR)

Il *welfare* deve essere praticato dai governi nazionali che promuovono più giustizia sociale e più libertà attraverso la definizione dei livelli essenziali, non minimi, di assistenza sociale per tutti e per ognuno. Nel rispetto dell'articolo 117 della Costituzione, lo Stato deve farsi garante, perchè ha competenza legislativa esclusiva, della *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*.

I governi che intendono garantire il *welfare di cittadinanza* devono investire risorse strutturali per la garanzia dei bisogni-diritti sociali in tutte le regioni del Paese. In questo modo si può garantire, costituzionalmente, la priorità della spesa sociale rispetto a quella degli sprechi, degli armamenti e dei privilegi. Il *welfare* è la condizione dello sviluppo; non bisogna aspettare un punto di PIL in più per investire nei servizi sociali, è indispensabile investire nei servizi sociali per guadagnare un punto di PIL ed una prospettiva di sviluppo fondata sulla legalità. La *questione meridionale* è, per questo, indissolubilmente legata alla *questione sociale* del Paese.

La *potestà legislativa primaria* delle Regioni nella costruzione del *Sistema Integrato dei Servizi Sociali del welfare* è una occasione storica per rilanciare anche l'economia dei territori a ritardo di sviluppo. L'applicazione della legge quadro 328/00 deve passare attraverso una legislazione delle Autonomie Locali che garantisca *standard di prestazioni, di personale e di risorse coerenti con la mappa sociale regionale dei bisogni*.

Questi elementi fortemente caratterizzanti la programmazione strategica potranno essere assunti con l'approvazione del d.d.l. sulla dignità e la cittadinanza sociale e la strutturazione del Fondo sociale regionale.

I.1.5 La mappa regionale dei bisogni sociali (Ma.R.Bi.S) e Profili di Comunità (PdC)

La Mappa Sociale dei Bisogni² è un obiettivo strategico del primo anno di programmazione triennale della Regione Campania. Essa è costruita su base geo-referenziata, con indicatori quali-quantitativi, e, attraverso una sistematica attività di *networking*, dovrà produrre un'indispensabile lettura condivisa dei bisogni del territorio. La partecipazione degli Osservatori regionali, degli

² Cfr. Progetto Ma.R.Bi.S elaborato dal gruppo di lavoro integrato del Settore 01 dell'Area 18.

Osservatori provinciali e degli Osservatori distrettuali, attraverso tutte le forme di partecipazione locali e territoriali e la costruzione di un'adeguata piattaforma tecnologica, dovrà contribuire alla costruzione di un rapporto, consultabile e verificabile da tutti, sulla complessità dei bisogni sociali storici e delle nuove povertà. Tanti dati quantitativi e qualitativi, tante osservazioni privilegiate e di sistema, tante dovute forme di ascolto rispettose e partecipate, dovranno rendere in Regione Campania quel Profilo di Comunità indispensabile ad una adeguata programmazione sociale partecipata.

I.1.6 Il Sistema Informativo Sociale e la Comunicazione Sociale.

Il grado di sviluppo del *welfare* campano rende non più procrastinabile la dotazione di un Sistema Informativo sociale.

Bisogna attivare infatti una strategia in grado sia di rilevare i bisogni dei cittadini che l'offerta dei servizi atti a soddisfarli, dotando così il Sistema Integrato di Servizi Sociali di uno strumento essenziale per produrre ad ogni livello territoriale informazioni utili per tutte le tipologie di programmazione e per promuovere una gestione efficiente ed efficace.

L'obiettivo è la realizzazione di una infrastruttura immateriale che, attraverso un'attenta attività di *networking coordination*, attivi e gestisca una Banca Dati dei Servizi e delle Strutture, per fornire notizie sulle tipologie di prestazioni offerte e sulle modalità di accesso.

E' necessario mettere a sistema le competenze ed i saperi degli attori del *welfare*, realizzando compiutamente una *governance* attenta alle esigenze delle comunità campane, che valorizzi pienamente le risorse disponibili, fornisca ai *policy maker* le informazioni necessarie per operare scelte strategiche e doti i cittadini di elementi utili per una loro valutazione critica.

Come in tutte le attività che comportano il trattamento di informazioni, di grande rilevanza è la scelta dell'infrastruttura tecnologica utilizzata, per l'influenza che essa esercita, sia sull'individuazione della struttura dei dati più adeguata, che sulle modalità con le quali essi devono essere trattati, anche alla luce dell'adeguamento tecnologico auspicato per tutta la Pubblica Amministrazione dal Ministro Nicolais³.

A tal fine, impegno del Settore è progettare e realizzare un Sistema Informativo a servizio del *network* del *welfare* campano e dei suoi beneficiari, che supporti la loro attività e favorisca la diffusione di una *e-democracy*, indispensabile per la promozione di migliori condizioni di vita per le donne e gli uomini della Campania.

Il SIS, naturalmente, non può essere disgiunto da una strategia complessiva di comunicazione sociale che deve opportunamente sensibilizzare l'opinione pubblica ed i cittadini su un modello culturale di *welfare* fondato sui diritti di cittadinanza.

A tal fine bisogna saper connettere una strategia regionale di comunicazione, sulle linee guida d'indirizzo e sulla legge regionale in corso di approvazione, con una strategia locale che, su scala territoriale provinciale e di ambito, promuova la conoscenza dei bisogni e la rete dei servizi.

I.1.7 La Programmazione Partecipata (P.P.)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'ONU definiscono la *salute* delle persone e dei popoli come una risultante di più condizioni. Tra queste, oltre alla integrità fisica e funzionale del corpo e alle condizioni territoriali di sviluppo sostenibile

³ Cfr. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per le Riforme e le Innovazioni nella Pubblica Amministrazione, «Verso il Sistema Nazionale di *e-government*. Linee strategiche», Marzo 2007

delle Comunità, individuano la *partecipazione come condizione di salute e di qualità della vita*. Un governo che sostiene il *welfare* promuove, dunque, la partecipazione dei cittadini alla programmazione e alla realizzazione dei servizi, alla verifica della loro qualità e della loro coerenza con i bisogni delle comunità. I bambini, i giovani e gli anziani di un paese e di un quartiere devono poter decidere la qualità sostenibile dei loro spazi urbani, dei loro servizi, delle loro relazioni e il loro futuro di cittadini. Dalla partecipazione a queste scelte di convivenza nella tolleranza e nel rispetto può nascere una nuova società civile.

Si confermano, sulla programmazione partecipata, gli indirizzi programmatici generali della V annualità che assumevano la concertazione con tutti gli attori del processo di programmazione non solo come obbligo formale di prevedere forme di consultazione con il Terzo Settore, gli organismi sindacali rappresentativi e tutte le forme organizzate di cittadinanza attiva ma, soprattutto, come necessità di promuovere un reale confronto sull'analisi dei bisogni territoriali dei cittadini e delle comunità, propedeutico alle scelte di programmazione strategica. Si tratta di superare, quindi, le diffuse pratiche di condivisione solo degli adempimenti formali e burocratici dei Piani Sociali di Zona fra i diversi attori che concorrono alla programmazione partecipata. Per quest'esigenza generale la Regione Campania ha istituito, a livello regionale, con DGRC 788/06 il Tavolo di Consultazione del Terzo Settore regionale.

La Regione Campania intende rafforzare il ruolo delle Amministrazioni Provinciali. La normativa vigente, com'è noto, attribuisce a tali Enti un compito generale di concorso e supporto in ambito conoscitivo, formativo e programmatico rivolto ai Comuni. Si tratta di un ruolo di cosiddetto "service", niente affatto residuale, che va assunto ed esercitato pienamente per toccare tutti gli aspetti, tutti i nodi di un moderno sistema di *welfare*. Il concorso delle Province in tutti gli aspetti della programmazione territoriale contribuisce a realizzare e rafforzare il principio della sussidiarietà verticale in un'ottica di *governance* tra gli Enti territoriali. E' necessario pertanto, partendo dal lavoro svolto in questi anni, individuare *standard* e modalità di lavoro condivise, attraverso un'attività di coordinamento in grado di mettere a sistema le più importanti e significative esperienze realizzate⁴.

Si ribadisce che la programmazione partecipata è uno strumento essenziale della definizione degli interventi e dei servizi territoriali. Non si tratta solo di assolvere ad un obbligo formale di consultazione con gli organismi sindacali, con il Terzo Settore e le forme organizzate di cittadinanza attiva ma di promuovere un reale confronto sull'analisi dei bisogni territoriali dei cittadini e delle comunità propedeutico alle scelte di programmazione strategica.

Si tratta, dunque, di superare sia le pratiche di condivisione solo formale degli adempimenti burocratici dei Piani Sociali di Zona, sia le consultazioni solo salutatorie ed occasionali. La Regione orienta all'adozione di Tavoli di concertazione sistematici e strutturali. Il processo di programmazione partecipata sarà, infatti, uno dei cinque parametri fondamentali per valutare la piena garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociale sui territori.

I.1.8 La Valutazione Partecipata di Qualità (VPQ).

La Regione Campania intende esercitare una funzione di vigilanza e controllo sul sistema integrato dei servizi sociali e territoriali e sulla garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali, promuovendo un processo di

⁴ Cfr. DGRC 838/06 recante l'approvazione delle Linee Guida per la V annualità.

valutazione partecipata di qualità. Il sistema di controllo non si eserciterà più attraverso la sospensione dell'erogazione delle risorse, ma attraverso una valutazione quali-quantitativa degli obiettivi raggiunti nei Piani Sociali di Zona fondati almeno su 5 parametri fondamentali ad indicatori multipli (scale quali-quantitative standardizzate):

1. livelli di programmazione partecipata;
2. procedure di trasparenza amministrativa;
3. grado di soddisfazione delle persone utenti;
4. garanzie delle prestazioni essenziali di assistenza;
5. monitoraggio dei flussi finanziari e della capacità di spesa.

In vista di ciò, al termine del ciclo delle conferenze provinciali, nella conferenza regionale sul *welfare* sarà prodotto un primo rapporto sull'impatto dei Servizi Sociali con una rendicontazione del numero degli operatori pubblici e del Terzo Settore, dell'utenza e delle prese in carico e delle risorse finanziarie per area di priorità.

Ai fini del raggiungimento di questi obiettivi, può anche essere utile predisporre un Osservatorio regionale sulla qualità ed un "numero verde sociale", quale terminale delle rilevazioni dei cittadini per la garanzia dei diritti di cittadinanza, di tutte le forme legittime di partecipazione democratica e del loro grado di soddisfazione.

I.1.9 Gli Accordi di Programma (AdP) e il Piano sociale Individualizzato (Psi).

Gli Accordi di programma socio-sanitari e socio-formativi tra i livelli regionali e territoriali delle istituzioni sociali, sanitarie e scolastiche sono obbligatori. Questo vincolo istituzionale sancito dalla normativa nazionale come approccio unitario ai bisogni complessi dei cittadini non può però diventare strumento di contese conflittuali sulle rispettive prerogative dei servizi e nei casi in cui non si raggiungessero accordi produttivi, gli organismi istituzionali superiori devono intervenire con modalità sostitutive. La *centralità della persona* e della *presa in carico dei suoi bisogni* è la missione di un sistema integrato di servizi. Un *progetto sociale individualizzato* socio-educativo e/o socio-sanitario è la spesa prioritaria indispensabile per le persone più fragili, sulla base della *classificazione funzionale internazionale dei bisogni (ICF⁵)*. E' il modo politico ed operativo per legare risorse ai bisogni veri.

I.1.10 Lo Sviluppo sostenibile

La Regione Campania, nel quadro delle politiche di sostegno dell'UE ai territori in ritardo di sviluppo, assume l'impegno di considerare il *welfare* dei diritti di cittadinanza come strettamente connesso a un modello di sviluppo sostenibile.

Dopo il "*secolo breve*" dello sviluppo industriale e tecnologico bisogna assumere un *modello culturale di crescita sostenibile, rallentando progressivamente e sistematicamente i consumi a vantaggio del riequilibrio delle risorse finite del pianeta*. E' il solo modo per connettere diritti sociali e civili. La Regione Campania si impegna a garantire una democrazia sostanziale, e non solo formale, che non rinuncia ai diritti di terza e quarta generazione: *al diritto alla pace, alla conoscenza, alla comunicazione e ad un mondo sostenibile per tutti gli esseri viventi del pianeta*.

⁵ *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Ed. Erickson, 2000

CAPITOLO I.2 LA STABILIZZAZIONE DEL SISTEMA DI WELFARE

Nel predisporre indirizzi regionali che abbiano, per la conseguente programmazione dei territori, un respiro triennale, non si può prescindere dal considerare, in termini di continuità, quanto già segnalato dalla Regione Campania nelle precedenti annualità.

Più che riprodurre o ripetere pedissequamente le indicazioni riportate nei precedenti 5 documenti Regionali, interessa qui ribadire le scelte operate e i principi ispiratori dell'attività programmatica della Regione Campania in questi anni faticosi di sperimentazione.

Vogliamo ricordare che tali scelte sono riconducibili a concetti fondamentali dei quali, per brevità, ne citiamo solo alcuni:

1. il decentramento e la valorizzazione dei territori;
2. l'uniforme distribuzione dei servizi a garanzia di livelli essenziali di assistenza;
3. il coinvolgimento attivo della cittadinanza, dei sindacati, del volontariato, del terzo settore, dei volontari del servizio civile;
4. l'integrazione fra le politiche sociali, sanitarie, scolastiche e formative;
5. la qualità degli interventi e la professionalizzazione degli operatori;
6. la gestione associata degli interventi e dei servizi;
7. gli assetti organizzativi ed istituzionali più idonei a reggere il nuovo modello di *welfare*.

Questi elementi hanno determinato, seppur a diverse velocità tra le varie zone della Regione, a partire dal maggio del 2001, una infrastrutturazione sociale dei territori che va ormai considerata come punto di partenza acquisito.

Bisogna ora passare alla stabilizzazione del sistema, che vedrà nel Piano Sociale Regionale, previsto dal d.d.l. "legge sulla dignità e sulla cittadinanza sociale", un indispensabile strumento di pianificazione sociale pluriennale.

Il passaggio alla stabilizzazione deve avvenire nella consapevolezza di dover, comunque, far fronte ad oggettive criticità quali:

- la crescente domanda di prestazioni non accompagnata da risorse aggiuntive adeguate o, addirittura, in presenza di una riduzione delle stesse;
- la difficoltà di sostenere le scelte di qualità nelle prestazioni e nei servizi (le caratteristiche delle strutture, la professionalizzazione degli operatori);
- i vincoli di bilancio determinati dai patti di stabilità definiti dalle Leggi finanziarie statali in coerenza con i vincoli alla spesa imposti dalla Commissione Europea;
- gli impedimenti e le lentezze connesse alle scelte di integrazione che pongono a confronto comparti con una storia e un'organizzazione diversi (sanità, sociale, istruzione, lavoro, giustizia ecc.).

Il superamento della fase di sperimentazione è stato già avviato con la delibera di programmazione finanziaria e riparto del FNPS, n° 679 del 18/04/2007.

Le innovazioni strategiche più rilevanti di tale provvedimento della Giunta e, conseguentemente, di questi primi indirizzi triennali sono di seguito riportate:

1. il passaggio dalla **programmazione** annuale a quella **triennale**. Va detto che la necessità di una programmazione triennale era già emersa nelle prime fasi della

sperimentazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; tale consapevolezza è stata frenata esclusivamente dall'esigenza di far crescere i territori, promuovendo la cultura della gestione associata, della progettazione partecipata, delle responsabilità condivise, dell'integrazione a tutti i livelli tra appartenenze e approcci metodologici diversi.

In sostanza andava rafforzata la cultura necessaria, la "veste" indispensabile per avviarsi, anche nel Sud tradizionalmente deprivato, ad un modello di *welfare* locale effettivamente rispondente ai bisogni e ai veloci mutamenti.

Le condizioni e i tempi sembrano più maturi per passare ad una programmazione locale su base triennale che, una volta a regime, consentirà di:

- a. realizzare una pianificazione ed un sistema di offerta maggiormente legati ai bisogni strategici delle comunità, sulla base di un lavoro di lettura e monitoraggio dei territori, ai vari livelli di responsabilità;
- b. superare ritardi programmatori e di spesa derivanti spesso dall'asfittica quanto insufficiente prospettiva annuale;
- c. stabilizzare gli assetti organizzativi definendo gruppi di lavoro e collaborazioni più stabili.

Sono solo alcuni dei vantaggi che l'esperienza di questi anni, i consolidati rapporti di accompagnamento delle realtà locali, hanno dimostrato essere legati ad una programmazione di respiro pluriennale;

2. il finanziamento, oltre ad essere dedicato alle tradizionali Aree d'intervento sociali, è, da questa prima annualità del triennio, vincolato, per anziani e disabili e per una quota del 70% del *budget* complessivo di queste aree, ad interventi definiti attraverso appositi **progetti sociali individualizzati**;

I progetti personalizzati per anziani fragili e per disabili gravi, per il cui approfondimento di dettaglio si rinvia alle pagine successive, o meglio la scelta di queste fasce di popolazione, segnalano nella programmazione strategica regionale, in continuità con quanto indicato nelle Linee Guida degli anni precedenti, una prima individuazione di bisogni essenziali cui vanno date risposte precise, che saranno successivamente definite in maniera formale e congruente con la legge regionale e le determinazioni del governo centrale;

3. i territori che hanno avuto, per molteplici motivi, ritardi nella capacità di spesa hanno, da questa prima annualità del triennio, l'opportunità di un riallineamento utilizzando il volume complessivo delle risorse non spese in maniera graduale nel corso del triennio. A questi territori, a ciascuno secondo le proprie specificità, verrà chiesto di presentare, contestualmente al Piano triennale, un **Piano Straordinario di Riallineamento**. E' questa una soluzione gestionale ed amministrativa che, oltre a permettere ai territori di riallinearsi nel corso del triennio ed in vista dell'ulteriore consolidamento del sistema, evita la penalizzazione di cittadini e di intere comunità che non accedono al sistema dei servizi. Le modalità della presentazione e del funzionamento del Piano di riallineamento e, più in generale, l'intero impianto della programmazione finanziaria e del riparto saranno approfonditi nella Parte II;
4. l'ambito territoriale, articolazione territoriale sede della progettazione locale dei Comuni associati ed elemento strategico fondamentale di novità nella sperimentazione del sistema di *welfare* disegnato dalla legge 328 del 2000, rappresenta sostanzialmente l'Ambito territoriale.

Tale trasformazione, che non ha carattere esclusivamente nominalistico, va nella direzione di una sempre maggiore omogeneità e coincidenza degli Ambiti Territoriali (Distretti Sociali), distretti sanitari e scolastico-formativo. Le Politiche integrate, per rispondere ai bisogni sempre più complessi dei cittadini, necessitano di luoghi integrati ed unitari di ascolto, di presa in carico, di progettazione e di decisione.

Altro sostanziale aspetto innovativo dei presenti indirizzi triennali è legato alle aree di intervento.

A fianco delle tradizionali aree di intervento sociale individuate dalla l. 328/00 e ribadite dal Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001/2003, o meglio al loro interno, viene posta particolare attenzione su alcuni bisogni di fasce di popolazione fin qui abbastanza trascurati.

E' il caso dei diritti di cittadinanza dei bambini ROM e migranti e delle donne vittime della tratta.

Sono fenomeni sociali relativamente nuovi, frutto dei veloci mutamenti socio-economici del mondo globalizzato, che hanno un forte impatto in alcuni territori della nostra regione.

E' opportuno, pertanto, all'interno del sistema di offerta di interventi e servizi sociali, che gli Ambiti territoriali interessati prevedano risposte adeguate al crescente disagio di queste fasce di popolazione.

CAPITOLO I.3 ASSETTI ORGANIZZATIVI E WELFARE DI ACCESSO.

La Regione Campania, in attesa dell'approvazione della legge sulla "dignità e la cittadinanza sociale", ribadisce il suggerimento di prestare una forte attenzione ad un adeguato funzionamento del Coordinamento Istituzionale e dell'Ufficio di Piano, così come proposto nelle linee guida delle precedenti annualità. Nei territori in cui questi due organismi, considerati come fondamentali per la realizzazione del sistema integrato dei servizi, non abbiano goduto della necessaria importanza è opportuno potenziarne la gestione. In particolare per l'Ufficio di Piano, si raccomanda di dotarsi di un organico sempre più stabile, anche in relazione alla programmazione triennale, in grado di presidiare con professionalità adeguate le funzioni previste. Anche per il Servizio Sociale ed il Segretariato Sociale è indispensabile dedicare un'adeguata attenzione per il loro potenziamento così come si suggerisce nei paragrafi ad essi dedicati.

I.3.1 Il Coordinamento Istituzionale

Per gli ambiti che non hanno ancora attivato forme giuridiche associative di gestione, in cui sia prevista la rappresentanza istituzionale di tutti i comuni dell'ambito (artt. 30-31-32 D.Lgs. 267/00), permangono, come riferimenti temporanei fino all'approvazione della legge sulla cittadinanza, il Coordinamento Istituzionale e l'Ufficio di Piano. A questi due organismi, indispensabili nell'attuazione dell'approccio concertativo proprio della riforma, è richiesto un equilibrio complementare sia di integrazione fra dimensione politica e tecnico amministrativa, sia tra flessibilità e stabilità, che è proprio dei sistemi di *governance* territoriali. Questi due organismi, pur rappresentando interlocutori territoriali ormai riconosciuti, non ovunque manifestano condizioni di stabilità organizzativa ed operativa per cui si suggeriscono gli stessi orientamenti diffusi nella scorsa annualità.

Il Coordinamento Istituzionale (o l'organo politico di indirizzo e programmazione della forma associativa prescelta) stabilisce gli orientamenti e le decisioni per la programmazione e gestione delle politiche sociali dell'Ambito territoriale. E' costituito dai referenti dei soggetti pubblici firmatari dell'Accordo di programma. Per la realizzazione di tali politiche il Coordinamento Istituzionale deve avvalersi dell'Ufficio di Piano, quale organismo tecnico che ha il compito di attuare la programmazione e svolgere le funzioni di gestione, amministrazione e valutazione del Piano di Zona territoriale.

Si ricorda, quindi, che le responsabilità del Coordinamento istituzionale sono connesse a:

- definizione e stipula dell'Accordo di Programma;
- individuazione degli orientamenti programmatici per l'elaborazione del Piano di Zona dell'Ambito 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 d'Ambito, con preferenza di istituzione e attivazione di compiti di "centrale di committenza" in capo all'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 1, comma 158, della Legge n. 266 del 2005, nonché dell'art. 2, comma 30 della L.R. n. 3 del 2007 e degli artt. 3, comma 33 e 34 del D.Lgs. n. 163/06;

- 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;
- individuazione di modalità per la realizzazione di coordinamenti con organi periferici delle amministrazioni statali;
- 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 dall'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 socio-sanitaria;
- promozione dei servizi sociali professionali territoriali o, laddove già esistenti, il loro potenziamento.

I.3.2 L'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano riveste un ruolo estremamente delicato in quanto ha il compito di elaborare e attuare la programmazione, svolgere le funzioni di gestione, amministrazione e valutazione del Piano Sociale di Zona Territoriale, preferibilmente nella sua qualità di centrale di committenza. A tale organismo, proprio per il ruolo strategico di programmazione e controllo, vanno garantite tutte le prerogative istituzionali e tecniche di autonomia gestionale nel rispetto dell'indirizzo programmatico.

Le Funzioni prevedono la seguente articolazione di attività:

per la 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 una reale, non riduttiva e frammentata, attuazione del processo di riforma del *welfare*, che comprenda, dunque, tutta la spesa sociale programmata nei singoli bilanci dei Comuni;
- individuazione di centri di costi e di responsabilità unitari (gestione associata);

- 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, laddove esistenti, e il Servizio di Segretariato Sociale;
- predisposizione dell'organizzazione necessaria a realizzare le funzioni unitarie di accesso ai servizi PUA e UVI;
- programmazione socio-sanitaria;
- predisposizioni di piani di comunicazione sociale;
- aggiornamento in materia di normativa regionale, nazionale, europea anche al fine di intercettare nuove e differenti risorse economiche;

per la gestione tecnica e amministrativa

- definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie, preferibilmente con compiti di centrale di committenza unitaria per l'ambito o parti di esso;
- definizione delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane;
- organizzazione e affidamento dei servizi ai soggetti operatori economici del terzo settore previsti dal Piano Sociale di Zona (definizione di bandi, gare d'appalto, procedure per l'autorizzazione e accreditamento ecc);
- definizione dei regolamenti d'accesso e di compartecipazione degli utenti;

per il monitoraggio e la valutazione

- 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 nell'erogazione dei servizi.

L'Ufficio di Piano non ricopre un ruolo puramente esecutivo e nemmeno rappresenta la riproposizione standardizzata di modalità di gestione importate dall'uno o l'altro Comune dell'Ambito.

Ad esso 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.

In un sistema di gestione dei servizi in forma associata, con convenzione *ex art. 30* del TUEL, l'Ufficio di Piano può nascere in attuazione del cd. Ufficio comune che opera con personale distaccato dagli enti partecipanti, al quale viene affidato l'esercizio delle funzioni relative alla Legge n. 328\2000 in luogo degli enti partecipanti all'accordo, oppure può nascere attraverso una mera delega di funzioni da parte degli enti partecipanti all'accordo a favore di uno di essi, che opera in luogo e per conto degli enti deleganti.

Le forme associative possono poi avere una integrazione superiore con la creazione di un ente autonomo rispetto ai Comuni, che può portare alla istituzione del Consorzio *ex art. 31* del TUEL o dell'Unione dei Comuni *ex art.32* del TUEL, che avrà al proprio interno l'Ufficio di Piano, nella sua qualità di ufficio-organo con compiti e funzioni di evidenziazione funzionale esterna.

La Regione, ai sensi dell'art. 8, comma 3, lettera a), della Legge n. 328\2000, e nello spirito della detta Legge incentiva con forza l'esercizio fortemente associato delle funzioni sociali.

L'Ufficio di Piano continua ad essere, dunque, uno degli organi principali per favorire l'implementazione e lo sviluppo della riforma dell'assistenza nella Regione Campania e 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;
- 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.

Le indicazioni regionali, nel sollecitare un approccio concertativo all'attuazione della riforma, suggeriscono un assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano in grado di fornire risposte flessibili per far fronte alle difficoltà citate e agli imprevisti che possono manifestarsi durante la gestione delle attività. Un assetto flessibile va previsto sia nell'integrazione delle professionalità dei componenti sia nell'ubicazione stessa dell'Ufficio di Piano.

Anche rispetto alla relazione con i Comuni, le ASL ed altri Enti dell'Ambito, 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 rappresentazioni condivise dei problemi da affrontare;
- superare le logiche caratterizzate da eccessive centralizzazioni;
- sviluppare servizi e interventi dinamici fondati su metodologie dialogiche.

In particolare per l'Ufficio di Piano, in relazione alla programmazione triennale si raccomanda di dotarsi di un organico sempre più stabile, in grado di presidiare con professionalità adeguate le funzioni previste, con preferenza per rapporti di lavoro a tempo determinato e indeterminato, superando la estrema instabilità di tante funzioni consulenziali.

Rispetto ai componenti, fatto salvo quanto sopra detto in riferimento alle forme associative organizzative degli Ambiti, va sottolineato che le funzioni previste per l'Ufficio di Piano rendono indispensabile la presenza al suo interno di 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 o nella ASL, oppure, in assenza di professionalità coerenti, con le modalità previste dalla normativa vigente, con assunzioni a tempo determinato o con rapporti convenzionali.

Va comunque garantita una forma di rapporto in grado di assicurare stabilità, sia in termini di durata dell'incarico (a lungo termine) che di ore di impegno settimanali. A tal fine per quanto riguarda il ricorso a personale a tempo determinato o a contratti di collaborazione le amministrazioni dovranno orientare la scelta della tipologia lavorativa in relazione alla specifica necessità cui debbono dare soluzione. Infatti laddove si debba rispondere ad una esigenza quantificabile e definita nel tempo sarà necessario un effettivo inserimento nell'organizzazione lavorativa e l'esercizio del potere direttivo del datore di lavoro. Pertanto l'amministrazione stipulerà preferibilmente contratti di lavoro a tempo determinato nel rispetto della normativa vigente (vedasi D.Lgs. 368/2001, C.c.n.l. 14/9/2000), forma questa, peraltro, coerente, anche nella durata con la nuova triennialità della programmazione sociale.

Qualora invece ci si trovi in circostanze cui non si possa far fronte con le risorse in dotazione si ricorrerà, nel rispetto della normativa vigente, ai contratti di collaborazione (vedansi, a tal fine, tra le altre, la Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica Ufficio per il personale delle pubbliche amministrazioni Servizio per il trattamento del personale Roma, 15 marzo 2005, Circolare n. 4 del 2004 del medesimo Dipartimento, Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale n. 17 del 2006, Circolare INPDAP n. 5 del 2005).

Rispetto ai componenti va sottolineato che le funzioni previste per l'Ufficio di Piano rendono indispensabile 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 o nella ASL, oppure possono essere individuati, con le modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni.

Di particolare importanza, rispetto ad una sempre maggiore integrazione delle politiche sociali nell'intero territorio, è opportuno che, in rappresentanza di ogni singolo comune dell'Ambito Territoriale (Distretto Sociale), siano presenti alle riunioni dell'Udp anche i dirigenti o, in assenza, i responsabili delle Politiche Sociali. Tale presenza, anche se periodica, può garantire sia una maggiore integrazione fra servizi attivati con finanziamenti nazionali e regionali con quelli dei singoli comuni sia una maggiore flessibilità nell'espletamento delle funzioni e responsabilità amministrative.

Proprio per gli aspetti relativi alle funzioni e alle responsabilità amministrative è indispensabile che nell'organico dell'Ufficio di Piano sia presente, in maniera continuativa, il dirigente o, in assenza, il responsabile delle Politiche Sociali del comune capofila.

Inoltre, per i necessari collegamenti con i servizi dedicati all'accesso nel sistema dei servizi dell'Ambito, è opportuno prevedere la presenza nell'Udp dei dirigenti o responsabili dei servizi sociali professionali.

L'Ufficio di Piano deve dotarsi di una struttura, di risorse, di competenze, di professionalità e di una metodologia di lavoro che rappresenti un riferimento per tutti i comuni dell'ambito territoriale nella pratica delle sue funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione. L'Ufficio di Piano, nell'ottica della piena integrazione dei servizi e della omogeneità ed efficacia ed efficienza degli stessi, dovrà preferibilmente garantire compiti di centrale di committenza.

E' opportuno precisare che, per garantirne la continuità, il Coordinatore sia individuato in maniera professionalmente coerente con le funzioni che dovrà esercitare e con modalità che possano assicurare stabilità, sia in termini di durata dell'incarico (a lungo termine) sia di ore di impegno settimanali (vedasi quanto riportato più sopra). Risulta evidente che nei casi di Coordinatore cui vengano assegnati compiti di organo con funzioni e competenze in grado di impegnare il Piano di Zona all'esterno (atti di gestione di risorse e procedure), e dunque di coincidenza con i compiti di Dirigente o funzionario responsabile dei servizi sociali, questi dovrà avere un rapporto di incardinazione nell'Ente (contratti a tempo determinato o indeterminato) e non potrà avere un mero rapporto di collaborazione.

In tutti gli Uffici di Piano i Comuni garantiscono che il personale incardinato nelle dotazioni organiche possieda le professionalità idonee per le funzioni da svolgere (vedasi anche Circolare Dipartimento Funzione Pubblica Ufficio per il personale delle pubbliche amministrazioni n. 4 del 2005).

1.3.3 Il Servizio Sociale Professionale

Il luogo dell'accoglienza dei cittadini, delle sue problematiche complesse e non, sono i servizi sociali territoriali. Per l'importanza ricoperta dalle sue funzioni, si suggerisce la creazione di un servizio sociale professionale laddove non ancora esistente. Il Servizio Sociale Professionale è, infatti, finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a ridurre e/o rimuovere situazioni problematiche o di bisogno sociale dei cittadini. Sono servizi che agiscono per la prevenzione, con interventi immediati in situazioni di forte disagio.

E', infatti, al servizio sociale comunale o dell'Ambito Territoriale 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.

Oltre all'importanza che tale servizio riveste nei confronti del cittadino esso ricopre un ruolo fondamentale anche nei confronti dell'Ufficio di Piano. Sono gli assistenti sociali di questo servizio che, determinando l'accesso nel sistema

integrato dei servizi, operano a costante contatto con i bisogni dei cittadini. Per questa particolare specificità è opportuno che i responsabili o i dirigenti di questo servizio facciano parte dell'organico dell'Ufficio di Piano, per facilitare la trasmissione delle informazioni sui bisogni, per contribuire alla programmazione e alla valutazione dei servizi, anche per definire le modalità di partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata.

E' opportuno, dunque, che Comuni, singoli o associati, in cui non sono presenti Servizi Sociali Professionali provvedano alla loro costituzione, formalizzando al loro interno il ruolo e la responsabilità istituzionale del mandato da affidare agli Assistenti Sociali. 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 a carico di figure professionali istituzionali che hanno la responsabilità sia della qualità del processo sia della sostenibilità dei costi. E' indispensabile, quindi, che i Comuni al fine di assumersi funzioni e responsabilità istituzionali specifiche, programmino i Servizi Sociali territoriali internalizzando le funzioni che non possono essere esternalizzate.

A titolo d'esempio si ricordano alcune specificità dei Servizi Sociali Professionali Istituzionali:

- rapporti con il Tribunale e/o Ministero di giustizia;
- partecipazione all'Unità di Valutazione Integrata (UVI);
- orientamenti e/o scelte in materia di integrazione socio-sanitaria;
- riconoscimento dell'idoneità alle famiglie nei casi di affido o adozione;
- procedimenti di allontanamento di un minore dal nucleo familiare;
- la destinazione a strutture residenziali.

Molti Ambiti territoriali hanno previsto anche funzioni integrate di accoglienza di domande socio-sanitarie, la Porta Unitaria d'Accesso (PUA), e di valutazione di tali domande con relativa progettazione individualizzata, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI).

Potrebbe essere opportuno, per facilitare le attività delle Unità di Valutazione (UV) e delle Unità di Valutazione Integrata UVI, laddove possibile, organizzare i Servizi Sociali di Ambito o di singolo Comune come Dipartimento di Servizi Sociali, articolando quest'ultimo secondo le aree tematiche di intervento previste dalla Legge.

I.3.4 Il Segretariato Sociale e le Antenne Sociali

Per sostenerne e potenziare l'efficacia servizi sociali territoriali, si prevede il potenziamento o, laddove non presente, la costituzione del **Servizio di Segretariato Sociale**, collocato nel Comune capofila, con eventuali **Antenne Sociali**, che fungono da sue "succursali", decentrate nei Comuni dell'Ambito Territoriale quando necessario (particolarmente in quelli estesi e con una popolazione numerosa).

Per cui in un Ambito Territoriale è possibile avere un unico servizio denominato Segretariato Sociale con più sedi dislocate nei vari comuni. La sede centrale, allocata nel comune capofila, sarà denominata segretariato sociale e le sedi allocate negli altri comuni saranno denominate antenne sociali che opereranno in maniera coordinata con la sede centrale come unico servizio.

In questa prospettiva il Segretariato Sociale rientra fra i livelli essenziali di assistenza ed è strettamente collegato con i **Servizi Sociali Professionali**. Il Servizio di Segretariato Sociale, in territori dove sono presenti Servizi Sociali Professionali, non può operare in maniera scollegata da essi.

Il Servizio di Segretariato Sociale deve caratterizzarsi per l'elevata prossimità al cittadino e, nella sua localizzazione e strutturazione, deve innanzitutto considerare questa sua primaria caratteristica. Ha **funzioni** informative e di orientamento ed è finalizzato a garantire capacità di ascolto, orientamento, accompagnamento, filtro, osservatorio e monitoraggio dei problemi e dei bisogni a partire dalle singole domande degli utenti, trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi⁶.

L'organizzazione del Servizio di Segretariato Sociale va pensata considerando le diverse fasi che sono proprie dell'erogazione dei servizi sociali e risultano centrali nella relazione operatore-utente che è il fulcro del sistema. Si tratta di un servizio che i Comuni possono gestire direttamente o esternalizzare a soggetti terzi, presidiando con idonei strumenti di valutazione e controllo il suo funzionamento.

E' opportuno, da questa annualità evitare che la funzione di presa in carico⁷ sia ancora praticata nel Segretariato Sociale. Per l'importanza di tale funzione, che, si ribadisce, è ad esclusiva responsabilità istituzionale e praticabile solo con mandato istituzionale, si suggerisce di costituire i Servizi Sociali Territoriali.

⁶ Rispetto alle suddette funzioni il Segretariato Sociale svolge le seguenti attività: avvicinamento dei servizi ai cittadini, accoglienza del cittadino e ascolto; analisi della domanda, selezione/filtro della domanda e invio ai Servizi Sociali dell'Ambito; pubblicizzazione dei servizi e interventi sociali, socio-sanitari e sanitari; individuazione di domande inesprese; raccolta dati sui problemi, sulla domanda e sulle risposte erogate; costruzione di banca dati sull'utenza; produzione di strumenti condivisi; informatizzazione di strumenti e schede; attivazione scambi e confronti con enti e organizzazioni di cittadini. Le figure professionali suggerite, per svolgere le attività del Servizio di Segretariato Sociale possono essere: assistente sociale, sociologo, educatore professionale, psicologo, tecnico dell'accoglienza, mediatore culturale, operatore di strada, operatore informatico.

⁷ Alla funzione di presa in carico sono collegati: la Porta Unitaria di Accesso (PUA), l'accesso al sistema integrato dei servizi sociali, l'accesso ai servizi socio-sanitari. Le attività connesse alla presa in carico sono, invece: colloquio di primo livello, ridefinizione domanda, accompagnamento nei servizi previsti dal piano di zona; istruttoria del caso per l'Unità di Valutazione Integrata, accompagnamento a servizi socio-sanitari e sanitari, *case management*, concertazione con ASL, elaborazione di strumenti integrati tra Servizi Sociali e ASL.

CAPITOLO I.4 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE E LA MAPPA REGIONALE DEI BISOGNI SOCIALI

Nel quadro dell'intenso e complesso processo di consolidamento del Sistema Integrato dei Servizi Sociali del territorio campano, assume senz'altro grande valenza strategica la realizzazione del Sistema Informativo Sociale (SIS), strumento indispensabile per programmare gli interventi in base ai bisogni dei cittadini e per verificare l'adeguatezza e la congruità dei servizi predisposti per soddisfarli.

La L. 328/2000, in quanto legge quadro, prescrive che tutti gli attori della filiera istituzionale (Stato, Regione, Provincia e Comuni) istituiscano un sistema informativo dei servizi sociali per soddisfare molteplici necessità, quali «una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione»⁸.

Il Disegno di Legge Regionale per la dignità e la cittadinanza sociale (D.G.R.C. n.° 109 del 26/01/2006), approvata dalla VI commissione Consiliare permanente in data 21/11/2006 (Reg. Gen. n.° 63/I), ed in attesa di essere approvato dal Consiglio, è ovviamente molto più dettagliato, e delinea le caratteristiche del Sistema Informativo sia sul piano organizzativo che dei contenuti.

Gli Attori del SIS, secondo la proposta di L.R., sono:

- ❑ la Regione che esercita, con il concorso degli Enti Locali e delle formazioni sociali, le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento e disciplina l'integrazione tra gli interventi in materia di sanità, istruzione, cultura e lavoro con le attività di valorizzazione e sviluppo del territorio (art. 8, c. 1), deve:
 - istituire e coordinare il SIS, di intesa con le Province e con la collaborazione dei Comuni (art. 25, c. 1);
 - definirne linee di indirizzo e modelli organizzativi, individuando procedure e schemi di rilevazione omogenei, per garantire una compiuta analisi dei bisogni sociali per la formulazione del sistema di offerta e fornire informazioni adeguate e tempestive sulla spesa, programmazione, gestione e valutazione delle politiche e dei servizi sociali presenti sul territorio (art. 25, c. 2);
 - redigere un rapporto annuale sullo stato delle politiche sociali (art. 25, c. 6).
- ❑ la Provincia che, partecipando alla definizione del Piano Sociale Regionale e i Piani di Zona, deve:
 - concorrere alla realizzazione del SIS (art. 9, c. 1 lett. a), coordinando la rilevazione e la elaborazione dei dati trasmessi dai Comuni e, con propria relazione, trasmetterli con cadenza annuale alla Giunta Regionale (art. 25, c. 6);
 - istituire Osservatori Provinciali (art. 9, c. 1 lett. d).
- ❑ i Comuni che, titolari della programmazione e della realizzazione e valutazione, a livello locale, degli interventi sociali e, insieme alle ASL., degli interventi socio-sanitari (art. 10, c. 1), devono:
 - raccogliere i dati relativi al sistema di offerta dei servizi territoriali ed ai bisogni rilevati del territorio e di trasmetterli, con cadenza semestrale, alle Province ed al SIS (art. 25, c. 5);

⁸ L. 328/2000 art. 21, c.1.

- garantire, in base alle indicazioni del SIS, il raggiungimento di obiettivi di qualità anche attraverso la redazione di un rapporto annuale sul sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari locali(art. 10, c. 3).

Sul piano dei **contenuti**, il Sistema, in raccordo con quello socio-sanitario e con ogni altro sistema informativo attivato (art. 25, c. 3), deve:

- ⇒ favorire (art. 25 c. 4) la rilevazione e l'elaborazione dei dati, in un'ottica di genere, relativi alle aree di intervento individuate dall'articolo 27, c. 3;
- ⇒ arricchirsi di ricerche (promosse dalla Regione) sulle dimensioni dei bisogni e dell'emarginazione e le relative cause scatenanti (art. 8, c. 1 lett. h);
- ⇒ includere analisi di approfondimento (promosse dalle Province) su specifici fenomeni sociali a rilevanza provinciale, in particolare sul disagio giovanile (art. 9, c. 1 lett. e).

Così delineato, il SIS è, quindi, un prodotto, l'*output* di una serie di attività ed azioni, ma è anche e soprattutto un processo di costruzione di senso, attraverso la cooperazione nella produzione di informazioni condivise che sviluppi "capitale sociale", quale cultura organizzativa e gestionale fondata su reciproca fiducia e cooperazione tra attori del sistema, in grado di produrre conoscenza sociale, ovvero diffusione di saperi, informazione, saper fare, capacità di apprendimento individuale e collettiva, dibattito e confronto sociale, contraddittorio secondo regole condivise.

Le politiche di sviluppo locale, ed ancor più le politiche sociali, per la molteplicità dei livelli e degli attori, non possono infatti che essere gestite in un'ottica di *governance*⁹ moderna, di progettazione e programmazione partecipata, in cui ciascuno degli attori è responsabile di una certa fase, ed al contempo prende parte alla creazione delle condizioni ottimali per l'intervento degli attori responsabili delle fasi successive¹⁰.

Nel corso del triennio 2007/2009 è necessario, quindi, dotare il sistema di *welfare* campano di un Sistema Informativo in grado di realizzare una mappatura dei bisogni sociali, che rappresenti la domanda di servizi dei cittadini e delle comunità campane e, al contempo, consenta di presentare in tutta la sua articolazione l'offerta che gli attori del sistema integrato dei servizi sociali attivano per il loro soddisfacimento. Un SIS che, nel quadro delle relazioni e procedure del sistema integrato dei servizi sociali esistente, concorra a rafforzare la rete dei suoi attori, metta a sistema le più importanti e significative esperienze presenti sul territorio campano e individui *standard* e modalità di lavoro condivise.

⁹ Cfr. Commissione Europea, «*La Governance Europea. Un Libro Bianco*», Bruxelles 2001.

¹⁰ «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». Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in *Libro Bianco sul welfare. Proposte per una società dinamica e solidale*, Roma, febbraio 2003, p. 30.

CAPITOLO I.5 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il principio dell'integrazione degli interventi sociali e sanitari (ai sensi del D.lgs. 229/99, art. 3 *septies*, della L. 328/2000, art. 3, del D.P.C.M. 14/02/2001 e del D.P.C.M. 29.11.01, All. 1C) non può essere disatteso in quello che costituisce, in sede locale, il vero contesto di programmazione integrata, ossia il "Piano Sociale di Zona", per la localizzazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari ed i livelli di integrazione tra risorse sanitarie e sociali.

Si conferma pertanto la disposizione secondo la quale la **programmazione socio-sanitaria deve necessariamente essere parte integrante del Piano sociale di Zona.**

L'attenzione dedicata all'integrazione socio-sanitaria oltre che un effetto del dettato normativo nazionale scaturisce anche dal convincimento che la integrazione rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione dell'offerta dei servizi e delle prestazioni sociali e sanitarie, perché consente di affrontare e dare risposta a bisogni multiformi e complessi attraverso la costruzione di processi assistenziali connotati da interdisciplinarietà e multiprofessionalità, favorisce un uso più efficiente delle risorse, riduce il disagio dei cittadini che si verifica generalmente quando l'utente e la sua famiglia hanno, come interlocutori, singole figure professionali (sanitarie e sociali) appartenenti a servizi e ad amministrazioni diverse, con cui interagiscono distintamente, in tempi differenziati e sulla base di modalità relazionali difforni.

La integrazione deve, invece, assicurare un "gruppo" di operatori che agiscono, concordemente, in una logica di erogazione unitaria e coordinata, con un accesso facilitato dalla realizzazione di "sportelli unici integrati socio-sanitari e sociali".

Con tale impostazione di sfondo, vengono pertanto confermate, con riferimento alla programmazione socio-sanitaria, le indicazioni contenute sia nelle delibere che nelle Linee Guida succedutesi dal 2001 ad oggi, sottolineando l'importanza di proseguire e rafforzare il percorso delineato con la circolare **prot. 3648/sp del 26/09/06**, sottoscritta congiuntamente dagli Assessori alle Politiche Sociali e alla Sanità.

Alla luce dell'esperienza maturata dal 2003 ad oggi, gli Ambiti Territoriali devono prioritariamente impegnarsi per rispondere ai bisogni complessi dei cittadini che necessitano di **servizi di lungo assistenza a carattere socio-assistenziale**, che sono ancora oggi impropriamente in carico al sistema sanitario.

E' in tal senso che i Comuni hanno il dovere di concordare, a livello di Ambito territoriale, una scelta politico-strategica, da assumere per i prossimi tre anni e sottoscrivere in sede di Accordo di Programma, in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini più fragili che non possono essere ulteriormente disattesi.

Tale scelta politica, purché offra garanzie omogenee a tutti i cittadini dell'Ambito, potrà operativamente articolarsi a seconda dei servizi da programmare includendo le seguenti possibilità:

- a. costruzione e rafforzamento di una rete di Servizi Sociali in grado di offrire ai cittadini risposte alternative a quelle offerte dal Sistema Sanitario e più adeguate ai reali bisogni di carattere socio-assistenziale;
- b. programmazione congiunta con l'ASL e conseguente condivisione delle spese per i servizi socio-sanitari e le prese in carico che si programmano attraverso le UVI;

Pur ribadendo l'importanza dell'implementazione dei servizi socio-sanitari integrati di cui al DPCM 29.11.2001, sub Allegato 1C, bisogna precisare che si tratta di Livelli Essenziali di Assistenza, il cui finanziamento, e quindi la loro piena attuazione, richiedono l'individuazione di apposite e adeguate risorse finanziarie da parte del livello centrale di governo, soprattutto per garantire la componente sociale delle prestazioni. Lo stesso d.d.l "sulla dignità sociale" definisce, coerentemente con questo approccio, un capitolo di bilancio dedicato alle prestazioni socio-sanitarie.

In assenza di tali risorse congrue e certe, Ambiti e ASL possono certo attivare congiuntamente tutti gli strumenti utili alla conoscenza del bisogno di prestazioni integrate, senza che questo comporti immediatamente un obbligo alla compartecipazione ai costi da parte dei Comuni.

La Giunta Regionale, proprio per garantire un intervento mirato a sostituire le prestazioni sanitarie improprie con prestazioni sociali, ha previsto, nel riparto del FNPS, lo stanziamento di risorse significative (€ 20 mln) da destinare alla realizzazione di progetti personalizzati di assistenza tutelare per rispondere ad un livello essenziale di bisogno di anziani fragili e disabili gravi¹¹.

La programmazione socio-sanitaria deve, dunque, essere indirizzata verso un processo equilibrato di compartecipazione fondato su un progressivo e coerente investimento di risorse proprio per evitare, come raccomanda la Conferenza Permanente Stato-Regioni, uno squilibrio a sfavore della parte sociale. Gli stessi Accordi di programma territoriali, pur nella loro obbligatorietà, non possono trasformarsi in dinamiche conflittuali ostative della regolare valutazione e approvazione dei Piani Sociali di Zona con ritardo inaccettabile nella garanzia delle prestazioni essenziali per i cittadini.

Nella stesura dei piani di zona, la scheda finanziaria 3.7, sottoscritta congiuntamente dal Coordinatore dell'Ufficio di Piano e dal Direttore del Distretto Sanitario, va intesa come voce di dettaglio della scheda finanziaria 3.1 e le risorse previste nella 3.7 devono corrispondere a schede di progetti sociosanitari congiuntamente definiti all'interno del Piano di Zona e del PAT.

La quota di spesa individuata nei bilanci aziendali ASL come "debiti da pubblico" ex DGR 38/2006, prevista come quota di compartecipazione dei Comuni e che tuttavia non trova corrispondenza nell'attuale programmazione del Piano di Zona, non deve essere riportata nella scheda riassuntiva 3.7, ma deve essere evidenziata in una relazione allegata al Piano sulla stima del fabbisogno finanziario dei Comuni in ottemperanza al DPCM 29/11/01.

Si ricorda che nel caso si utilizzino le risorse sociali vincolate alla redazione di progetti personalizzati per anziani e disabili, quando questi assumono la natura di progetti socio-sanitari integrati, di concerto con le ASL, gli stessi dovranno essere redatti dalle Unità di Valutazione Integrata e le corrispondenti cifre saranno naturalmente rendicontate anche attraverso la scheda generale "progetti personalizzati".

Si fa presente, inoltre, che le schede progetto devono contenere informazioni chiare su: accordi specifici sottoscritti con l'ASL, nome e sede di eventuale struttura, quota di spesa a carico dell'ASL e corretto codice del nomenclatore.

Vista la dinamicità e la sperimentalità di questo processo i Settori Politiche Sociali e Fasce Deboli, d'intesa, hanno convenuto di assicurare ogni doverosa assistenza tecnica ed istituzionale ai livelli territoriali, sia per procedure e attività innovative che per monitorare i processi integrati già pianificati.

¹¹ Cfr. DGRC n. 679 pubblicata sul BURC n. 28 del maggio 2007.

CAPITOLO I.6 LA PROGRAMMAZIONE P.O.R. E P.S.R. 2007/2013

La Giunta Regionale con deliberazione n. 453 del 16 marzo 2007 ha approvato le proposte dei Programmi Operativi FSE e FESR per la attuazione della Politica Regionale di Coesione 2007/2013 ed il Piano di Sviluppo Rurale della Regione (PSR) Campania 2007/2013 relativo al FEASR.

L'orientamento strategico assunto dalla Regione Campania, nel quadro delle nuove modalità di gestione dei fondi comunitari, è fondato sulla promozione delle politiche sociali quale condizione imprescindibile per lo sviluppo economico delle comunità e per il benessere dei cittadini.

Nel **POR- FSE, l'Asse III** "Inclusione Sociale" si propone di "garantire un sostegno a tutti i cittadini in ogni fase del ciclo di vita e, in particolare, ai più poveri, con una forte attenzione all'integrazione con le politiche attive del lavoro".

I singoli obiettivi specifici intendono affrontare e risolvere le problematiche relative ai *target* considerati e, allo stesso tempo, alle condizioni di contesto che determinano i rischi di esclusione e marginalità, soprattutto attraverso l'agire congiunto di più forme di intervento per rendere gli esiti dell'azione del FSE efficace e, possibilmente, duratura con il mantenimento al lavoro dei soggetti coinvolti nelle diverse attività.

Inoltre, particolare attenzione viene dedicata a tutte quelle azioni volte all'ampliamento di attività afferenti alla partecipazione, all'istruzione e formazione dei soggetti in condizioni di disagio.

Tra i principali obiettivi operativi viene proposto di:

- *sviluppare l'inserimento lavorativo e sociale delle categorie in condizioni di svantaggio occupazionale anche migliorando l'integrazione tra scuola, formazione, lavoro e cura;*
- *sostenere l'uscita da condizioni di vecchie e nuove povertà;*
- *favorire l'inserimento lavorativo dei detenuti e degli ex detenuti per ridurre il rischio di rientro nel circuito dell'illegalità;*
- *contrastare ogni forma di discriminazione verso la popolazione immigrata;*
- *rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro, nell'accesso e nella permanenza nella scuola e nei percorsi formativi dei figli dei migranti;*
- *promuovere forme di cittadinanza consapevole e partecipativa;*
- *sostenere e promuovere servizi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza dei cittadini e per il ripristino della legalità;*
- *promuovere l'inclusione sociale dei giovani attraverso azioni di diffusione culturale anche facilitando ed ampliando l'accesso ai servizi regionali e territoriali;*
- *sostenere i processi di miglioramento della qualità della vita attraverso azioni di supporto all'integrazione sociosanitaria e all'azione dei sistemi di protezione sanitaria¹².*

Per quel che concerne gli effetti attesi dall'Asse III, vi è, inoltre, anche il rafforzamento del sistema di *welfare* e di inclusione sociale della Regione, il potenziamento delle Reti, il consolidamento degli assetti istituzionali ed organizzativi, il rafforzamento dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per le diverse tipologie di bisogno, dei servizi di sostegno alle responsabilità familiari, delle azioni di contrasto alla povertà in integrazione, in linea con i

¹² Cfr. DGRC 453 del 16 marzo 2007, Allegato n. 2, pp. 58-63.

risultati già conseguiti in materia attraverso l'istituzione del Reddito di Cittadinanza.

Nel **P.O.R. FESR, l'Asse 3**¹³ “Benessere sociale e qualità della vita” tra le priorità propone l'inclusione sociale e il potenziamento di servizi per l'innalzamento della qualità della vita, attraverso il miglioramento dell'offerta di infrastrutture e servizi sociali, nonché la qualificazione del sistema delle imprese per il *welfare* operanti sul territorio e interventi per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie.

L'obiettivo specifico sul *welfare* “una Regione per tutti” prevede la massima integrazione fra gli interventi in materia di infrastrutture e quelli volti ad agire sui modelli di gestione, per migliorare complessivamente la qualità dei servizi erogati, promuovendo al contempo azioni di diffusione dei principi di etica e di responsabilità sociale presso i soggetti economici.

Un evoluto modello di *welfare* inclusivo deve essere perseguito, infatti, a partire dall'incremento e dalla qualificazione delle strutture destinate all'erogazione dei servizi alle persone, principale interfaccia tra la Pubblica Amministrazione ed il cittadino, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi e le pari opportunità per tutti i cittadini, con particolare riguardo alle persone più esposte al rischio di marginalità sociale.

Nel **Piano di Sviluppo Rurale P.S.R. 2007/2013**¹⁴ è prevista la misura 3.4 “Servizi essenziali alle persone che vivono nei territori rurali”, che ha lo scopo di incrementare i servizi essenziali per migliorare la qualità della vita della popolazione rurale e favorire lo sviluppo di attività economiche - sociali nelle aree rurali/marginali.

La misura, in particolare, si prefigge di:

- migliorare la qualità delle condizioni di vita delle popolazioni residenti nelle zone rurali e periurbane evitandone l'isolamento;
- sviluppare e potenziare le possibilità di impiego, anche attraverso la creazione di servizi per i giovani, le donne ed i soggetti svantaggiati;
- recuperare le aree dall'abbandono;
- contenere lo spopolamento;
- garantire il presidio del territorio;
- agevolare l'aggregazione della popolazione con la creazione di strutture per il tempo libero e lo sport, con particolare riferimento ai giovani ed agli anziani.

A tal fine sono previsti l'attivazione ed il potenziamento di servizi alla popolazione, quali ad esempio servizi di comunicazione, di trasporto collettivo, servizi a distanza, servizi per gli anziani e/o per l'infanzia, telemedicina, servizi di assistenza e di inclusione per fasce svantaggiate e portatori di handicap, iniziative culturali e sociali, ecc.

Tra le tipologie di intervento risulta particolarmente rilevante, per il grado di innovazione, la “fattoria sociale”¹⁵ quale impresa sociale conduttrice di un fondo agricolo nella quale spazi e/o coltivazioni vengono dedicati a persone svantaggiate (portatori di handicap, tossicodipendenti, detenuti, anziani, bambini e adolescenti, ecc) con l'esplicito proposito di coinvolgere soggetti con bisogni speciali, anche attraverso lo svolgimento di programmi di inclusione individualizzati.

¹³ *Ibidem*, Allegato n. 1, pp. 134-146.

¹⁴ *Ibidem*, Allegato n. 3, pp. 288-298.

¹⁵ DGRC n. 1210 del 06.07.2007 in corso di pubblicazione dal BURC.

Rispetto alle attività della programmazione 2007/2013, il Settore 01, anche sulla base della precedente esperienza riferita al periodo 2000/2006, attuerà una **organizzazione dei gruppi di lavoro dedicati** in considerazione dell'assoluta necessità di attivare una forte integrazione tecnica ed istituzionale, in ragione di processi decisionali complessi ed unitari da pianificare. A tal fine:

1. saranno promossi incontri congiunti tra i responsabili dell'attuazione degli obiettivi ed i propri *team* di lavoro, sotto la direzione integrata dell'Area di coordinamento e dello staff dell'Assessorato;
2. si darà luogo ad una sistematica attività di *reporting* per facilitare la lettura delle criticità dello stato di avanzamento delle attività poste in essere e delle certificazioni di spesa;
3. saranno promossi *audit* territoriali, e presso le nostre sedi istituzionali, con la supervisione congiunta del livello tecnico-amministrativo e del livello politico, ai fini di un costante accompagnamento e della verifica *in itinere* delle capacità di spesa dei soggetti beneficiari.

PARTE II

RISORSE FINANZIARIE PER LE POLITICHE SOCIALI

CAPITOLO II.1 LE RISORSE FINANZIARIE E LE MODALITÀ DEL RIPARTO

Così come sottolineato in premessa, a partire dalla sesta annualità di applicazione della L. 328/00, la programmazione territoriale avrà carattere triennale.

La Legge Regionale n. 2/2007 con la quale è stato approvato il Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007 e il Bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009, ha previsto tra le spese correnti per l'intero periodo 2007/2009 l'importo complessivo di euro 295.198.661,36 in quanto il Ministero delle Politiche sociali ha confermato per gli anni 2007 e 2008 la stessa somma del 2006 del Fondo Nazionale, così come previsto nel Decreto Legge n. 223 pubblicato sulla G.U. n. 153 del 4/07/06.

Con la D.G.R.C. n. 679 del 18/04/07 è stato dunque ripartito il Fondo nazionale delle politiche sociali FNPS - annualità 2006 - per complessivi euro 77.367.581,12 relativo alla sesta annualità di attuazione della L. 328/00, coincidente con la prima annualità della programmazione triennale.

Il Piano di riparto prevede il trasferimento:

- a. del 77,16% delle risorse complessive del fondo da destinare a tutti gli Ambiti Territoriali (Distretti Sociali) ed ai Comuni non associati per la quota di euro 59.700.000,00.= e per le aree di priorità indicate dall'allegato "A" della DGRC n. 679/07;
- b. del 5,95% delle risorse del fondo finalizzati ai bisogni essenziali di assistenza contraddistinti dal numero 1R-2R e 3R dell'allegato "B" del sopraccitato atto deliberativo, da destinare a quegli Ambiti Territoriali (Distretti Sociali) sul cui territorio risulta la presenza di un forte impatto immigratorio o di persone senza fissa dimora o richiedenti assistenza socio-formativa.
- c. del 16,89% delle risorse del fondo per Interventi a titolarità regionale per €. 13.067.581,12 da destinare:
 - ai LIVEAS o bisogni essenziali di assistenza (previsti n. 8 interventi per l'importo di €. 8.917.581,12);
 - ad azioni di monitoraggio, consolidamento, supporto tecnico e comunicazione del sistema degli interventi e servizi sociali per l'importo di €. 3.150.000,00;
 - al Settore Regionale delle Politiche Migratorie per la quota di €. 1.000.000,00.

I trasferimenti del FNPS agli Ambiti territoriali concorrono alla determinazione del Fondo di Ambito Territoriale (Distretto Sociale) insieme alle risorse proprie regionali collegate alle leggi di settore, alle risorse dei singoli Comuni e alle risorse europee.

Le risorse del FNPS sono state ripartite tra gli Ambiti secondo gli indicatori riportati nell'allegato A della D.G.R.C. n. 679/07 e sono state destinate alle seguenti aree prioritarie sociali:

- a. responsabilità familiari;
- b. diritti dei minori;
- c. persone anziane;
- d. contrasto alla povertà e senza fissa dimora;
- e. persone diversamente abili;

- f. azioni di sistema;
- g. servizi per il *welfare* d'accesso.

In continuità con le precedenti annualità ed al fine di consentire ai territori di programmare azioni che tengano conto delle peculiarità locali e che garantiscano il livello dei servizi già avviato nei territori per ciascuna area di intervento, si è individuata una quota non destinata a specifiche aree di intervento denominata "Fondo non finalizzato" pari ad € 7.200.000,00.

Pertanto, le risorse di tale Fondo assegnate a ciascun Ambito Territoriale potranno essere destinate alle finalizzazioni autonomamente determinate relativamente a tutte le aree, ad esclusione dell'area "Azioni di Sistema" che è stata tuttavia incrementata rispetto alla scorsa annualità.

In questa annualità, come già nella precedente, è dunque possibile destinare risorse del fondo non finalizzato anche ai servizi e interventi previsti nell'Area *welfare* d'accesso per potenziare i segretariati sociali, le antenne ed i servizi sociali territoriali.

Per le indicazioni sui servizi e interventi da attivare in ciascuna delle 7 aree sociali prioritarie si rinvia a quanto previsto nella Parte III del presente documento.

Inoltre, gli interventi a titolarità regionale indicati nell' "allegato B" della delibera 679/07 sono aggiuntivi non solo alle tradizionali aree prioritarie sociali, ma anche a quelle indicate dal d.d.l. sulla "dignità e la cittadinanza sociale" in corso di approvazione in Consiglio Regionale. Per essi si precisa che il percorso amministrativo concernente modalità degli impegni da assumere e riparto dei fondi, sarà definito successivamente con appositi provvedimenti del Dirigente di Settore, mirati alla specificità di ciascun intervento (bandi, protocolli, avvisi, convenzioni, contratti).

CAPITOLO II.2 LE RISORSE COMUNALI: IL COFINANZIAMENTO DEI COMUNI E LA SPESA SOCIALE COMUNALE

Come già nelle scorse annualità, la D.G.R.C. n. 679 del 18/04/2007 ha previsto la compartecipazione al costo complessivo degli interventi programmati nel Piano di zona da parte di tutti i Comuni, stabilendo una somma non inferiore a 5 euro per abitante.

Tale impegno dovrà risultare dal bilancio di previsione dei singoli Comuni dell'Ambito relativo a ciascuna annualità, a partire dall'esercizio finanziario 2007. Relativamente al piano finanziario della VI annualità, si ribadisce in questa sede che tale compartecipazione è stabilita nella misura di 5 euro per abitante e che riguardi esclusivamente gli interventi previsti nel Piano di Zona dell'Ambito a cofinanziamento del FNPS; inoltre detta quota costituisce un livello minimo di compartecipazione finanziaria. Pertanto, si chiede che la spesa sociale, programmata nei bilanci comunali per l'anno 2007, sia dichiarata interamente e riportata nella colonna 9 della scheda 3.3, anche se inclusa nel Fondo di Ambito, al fine di avere un quadro completo della programmazione delle politiche sociali a livello territoriale.

Al fine di favorire un graduale avvicinamento di tutti i Comuni verso la costruzione di un piano regolatore dei servizi sociali, è opportuno che gli interventi ed i servizi sociali previsti sul proprio territorio confluiscono nel Piano Sociale di Zona che deve contenere, pertanto, tutti i servizi e gli interventi che sul territorio comunale - e quindi di Ambito - vengono attivati.

CAPITOLO II.3 LE MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DELLE RISORSE.

L'erogazione delle risorse relative alla prima annualità del triennio del FNPS trasferito dalla Regione Campania avverrà dopo l'espletamento della procedura di valutazione di congruità e legittimità dei Piani di zona, volta a verificare: 1) la conformità formale del Piano rispetto alle specifiche richieste; 2) la coerenza con le priorità di programmazione sociale individuate dalla Regione. Al verificarsi di tali requisiti, si procederà all'erogazione del fondo spettante all'Ambito liquidando:

- a. **il 100% delle risorse assegnate** con decreto dirigenziale n° 277 del 07/06/2007 **agli Ambiti allineati**. S'intendono allineati gli Ambiti che hanno ricevuto dal Settore 01 dell'Area 18 almeno l'acconto relativo al FNPS spettante per la V annualità.

A seguito di tale erogazione, il Comune Capofila dovrà produrre la comunicazione di inizio delle attività dei servizi correlati alle rispettive aree di priorità, nonché tutti i dati necessari al monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, gli interventi, i trasferimenti effettuati ed i progetti finanziati dal fondo stesso;

- b. **il 60% delle risorse assegnate** con il decreto dirigenziale sopracitato **agli Ambiti non allineati**. Si intendono per Ambiti non allineati quelli che risultano in ritardo programmatico di una sola annualità oppure, se il ritardo risulta superiore ad una annualità, sono definiti ai sensi della DGRC n. 679/07, in forte ritardo programmatico. Ad avvenuta erogazione il Comune Capofila sarà tenuto a comunicare l'inizio delle attività nonché i dati necessari al monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, gli interventi, i trasferimenti effettuati ed i progetti finanziati dal fondo stesso.

Il saldo del 40% verrà erogato, invece, successivamente alla trasmissione, da parte del Comune capofila dell'Ambito, di apposita relazione tecnica concernente l'avvio ed il monitoraggio degli interventi e dei servizi sociali, che dimostri la necessità dell'ulteriore erogazione per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza dei cittadini.

In ogni caso va precisato che, sia per i territori in regola con l'attuazione delle annualità (cd. allineati) sia per quelli in fase di "riallineamento", saranno disposte **strategie strutturate di verifica di qualità** fondata su indicatori riferiti sostanzialmente alle seguenti dimensioni:

- livelli di programmazione partecipata;
- procedure di trasparenza amministrativa;
- grado di soddisfazione delle persone utenti;
- garanzie delle prestazioni essenziali di assistenza;
- monitoraggio dei flussi finanziari e della capacità di spesa.

In relazione alle indicate dimensioni, ed in misura delle risorse assegnate, in caso di accertate e persistenti inadempienze degli Ambiti, con conseguente pregiudizio per la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali, la Regione attiverà ogni possibile azione e/o intervento di garanzia, fino alla proposta di esercitare il potere sostitutivo nei modi e nelle forme previste dalla proposta di d.d.l. regionale "sulla dignità e la cittadinanza sociale" in corso di approvazione e dalla normativa vigente in materia.

Sarà cura del Comune Capofila, inoltre, trasmettere l'aggiornamento dello stato di attuazione della spesa fino al raggiungimento del completo importo trasferito (acconto e saldo).

Per la liquidazione delle successive annualità si procederà in modo analogo.

Tali modalità di liquidazione differiscono da quelle previste per le precedenti annualità in quanto l'erogazione delle risorse finanziarie relative all'acconto ed al saldo dipendono da situazioni riferite all'annualità di riferimento e non ad annualità pregresse.

CAPITOLO II.4 IL RIALLINEAMENTO

La D.G.R.C. n. 679/07 ha previsto per gli Ambiti che non hanno ancora iniziato o concluso la quarta o quinta annualità un periodo temporale per attivare i servizi programmati e non ancora iniziati. A tal proposito, l'atto deliberativo ha voluto classificare gli Ambiti in due tipologie: quelli che rientrano in un c.d. "ritardo programmatico" e quelli che invece sono in "forte ritardo programmatico".

La distinzione deriva dal fatto che i primi risultano nella fase di iniziare o concludere, al massimo, una sola annualità (mancata erogazione dell'acconto e/o del saldo della V annualità), mentre per gli altri Ambiti il mancato trasferimento di risorse interessa più di una annualità. Per i primi la delibera dispone che i servizi potranno essere programmati e svolti in un periodo di 32 mesi, mentre per gli altri in un periodo massimo di 44 mesi. Alla presentazione del Piano di Zona triennale sarà possibile presentare, contestualmente, un "piano straordinario di riallineamento" in cui evidenziare l'allocazione, nel periodo temporale sopra considerato (32 o 44 mesi), delle risorse riferite alle precedenti annualità rispettando il riparto relativo alle aree d'intervento, specificando i servizi che si prevede di potenziare o da integrare con tali risorse. Si fa presente, a tale proposito, che la procedura del riallineamento è volta a far sì che tutti i territori siano allineati e garantiscano un'omogenea offerta di servizi ai cittadini nel rispetto delle priorità strategiche regionali.

In altre parole, in aggiunta alla programmazione triennale, attraverso un cronoprogramma opportunamente motivato (cfr. mod. **Allegato 20**), gli Ambiti presenteranno le modalità con cui utilizzeranno le risorse relative alle precedenti annualità rispettando le priorità strategiche contenute nelle presenti linee guida triennali.

L'erogazione delle risorse non spese sarà collegata, pertanto, al piano di riallineamento sopraccitato, in deroga a quanto stabilito nelle precedenti linee guida della Regione Campania.

A seguito del piano di riallineamento presentato saranno disposte modalità di liquidazioni sulla base di stati di avanzamento della spesa.

CAPITOLO II.5 ALTRE RISORSE REGIONALI.

Alle risorse finanziarie precedentemente illustrate si aggiungono, come di consueto, le risorse finanziarie regionali che risultano quantificate in €. 3.800.000,00 (rappresentano circa il 5% del F.N.P.S. calcolate al netto delle risorse destinate al reddito di cittadinanza per le finalità della L.R. 2/04) riguardanti le seguenti leggi regionali:

- a. L.R. 11/84 (diversamente abili) = €. 800.000,00 (quota parte del Capitolo dello stato di previsione della spesa n. 7854 del bilancio gestionale 2006); impegno assunto con D.D. n. 1046 del 28.12.2006;
- b. L.R. 21/89 (Anziani) = €. 1.875.000,00; impegno assunto con D.D. n. 1038 del 22.12.2006 sul capitolo dello stato di previsione della spesa del bilancio gestionale 2006;
- c. L.R. 8/04 (Assistenza domiciliare) = €. 1.125.000,00; impegno assunto con D.D. n. 1056 del 29.12.2006 sul capitolo n. 7805 del bilancio gestionale 2006.

Le risorse relative alle leggi regionali sopraccitate, ad avvenuta approvazione della legge regionale sulla “dignità e la cittadinanza sociale”, dovranno confluire nel Fondo Sociale Regionale (art. 50 d.d.l.). L’entità dello stanziamento regionale viene determinato con la legge di bilancio annuale. Sarà cura dello scrivente Settore comunicare in tempo utile le dotazioni finanziarie del Fondo regionale, al fine di consentire il completamento della programmazione triennale.

In coerenza con quanto fin qui espresso e tenendo conto della esigenza di andare verso un consolidamento degli strumenti di lavoro introdotti negli anni precedenti per la programmazione finanziaria dei Comuni, per la sesta annualità sono state riprese le schede di programmazione finanziaria già adottate in precedenza con le opportune coerenti modifiche legate alla triennialità.

PARTE III

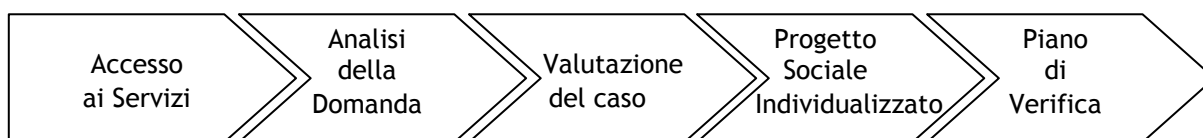
LE AREE DI INTERVENTO

CAPITOLO III.1 UN APPROCCIO METODOLOGICO: IL PROGETTO SOCIALE INDIVIDUALIZZATO

Prima di procedere alla rappresentazione per aree tematiche degli interventi e dei servizi prioritari per il prossimo triennio di attuazione della L. 328/00, è doveroso soffermare l'attenzione sull'approccio metodologico da seguire nell'elaborazione del Progetto Sociale Individualizzato, che si configura come lo strumento fondamentale del percorso della presa in carico dei cittadini.

Il Progetto Sociale Individualizzato si configura sia come uno strumento tecnico sia come modalità operativa, utile a realizzare efficaci politiche di *welfare* locale, in quanto permette di individuare e valutare - attraverso procedure e strumenti validati ed omogenei - i bisogni e le risorse da mettere a disposizione della persona.

La stesura del Progetto Sociale Individualizzato rappresenta la fase conclusiva o terminale dell'intero processo di valutazione del caso, che, com'è noto, prende avvio sin dal primo contatto del cittadino/utente con i servizi sociali territoriali e si articola nelle seguenti fasi:



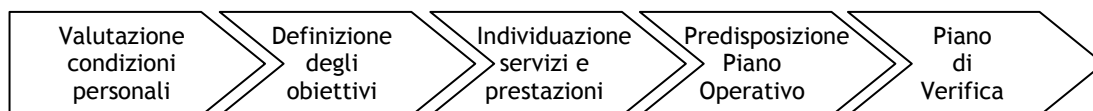
Subito dopo l'accesso ai servizi sociali territoriali (che può avvenire mediante richiesta diretta, oppure attraverso la segnalazione da parte di un familiare, o di altri enti appartenenti alla rete dei servizi presenti sul territorio), l'operatore sociale competente, effettuando l'analisi della domanda durante la quale procede ad una prima valutazione del bisogno, comprende se si tratta di un bisogno semplice o complesso.

Nel caso del bisogno complesso multi-dimensionale, la valutazione deve necessariamente essere effettuata in forma integrata mediante l'adozione di un approccio concertativo o partecipato che preveda, cioè, il coinvolgimento di altre istituzioni (ASL, Tribunale, Scuola, ecc.), di equipe già riconosciute e regolamentate (es. le UVI) o di altri soggetti appartenenti alla rete sociale (cooperative sociali, associazioni di volontariato, altre organizzazioni del Terzo Settore, parrocchie, ecc.).

Alla base dell'approccio concertativo/partecipato v'è la convinzione che le problematiche sociali non siano caratterizzate da causalità lineare ma che esistano più letture dei bisogni e più ipotesi interpretative, le quali, poste a confronto, mettono gli operatori sociali e i servizi in condizione di promuovere *empowerment* a livello individuale e di comunità. Scambiare le reciproche percezioni del "problema", confrontare i dati in possesso sulla cui base gli operatori esprimono dei giudizi e definire con chiarezza i ruoli e le funzioni di diversi soggetti coinvolti, sono passaggi indispensabili per un corretto approccio valutativo.

Il processo di valutazione del bisogno, si conclude con la predisposizione di un Progetto Sociale Individualizzato che ha l'obiettivo di valorizzare al meglio le abilità delle persone, favorendo l'integrazione nella propria comunità di appartenenza.

Il Progetto Sociale Individualizzato, si articola, nelle seguenti fasi:



Il Progetto sociale Individualizzato deve indicare:

- la natura del bisogno rilevato;
- gli obiettivi che si intendono raggiungere, sia riguardo all'utente che ai suoi familiari, definendo gli obiettivi di autonomia personale e sociale e quelli di integrazione scolastica, lavorativa e sociale ;
- i risultati attesi;
- le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, la modalità, la frequenza e la durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. ore giornaliere e settimanali di assistenza, ecc.);
- la durata complessiva del piano (episodica; breve; lunga);
- le risorse necessarie.

Tutte queste indicazioni, devono essere inserite in un Piano operativo così strutturato:

- ⇒ **documento unico:** predisporre un unico documento sulla persona/utente, da conservare presso il responsabile del Progetto e da aggiornare a cura di tutti gli operatori coinvolti con l'inserimento di tutte le informazioni, le azioni e gli eventi che hanno pertinenza con gli obiettivi e le risorse indicate nel Progetto. Il Documento deve essere consultabile dalla persona interessata e/o da chi la rappresenta;
- ⇒ **programmazione interventi:** azioni/durata/frequenza/operatori;
- ⇒ **previsione:** dei tempi, delle fasi, delle modalità di verifica e aggiornamento del Piano sociale Individualizzato.

Il servizio competente individua un responsabile del Progetto Sociale Individualizzato che, generalmente, coincide con il responsabile anche della sua presa in carico. Egli rappresenta il principale riferimento organizzativo per l'assistito e la sua famiglia e, se necessario, sarà chiamato, quale componente, a far parte dell'equipe assistenziale multi-professionale. Cura, in ragione di ciò, il rapporto con l'utente e la sua famiglia, fornendo la più ampia informazione sul programma assistenziale che deve essere pienamente condiviso, al fine di attivare la massima collaborazione e raccogliere tutte le indicazioni utili o le richieste di aiuto e di supporto (informazioni relative agli orari e al tipo di prestazioni di cui il soggetto ha maggiormente bisogno).

L'interessato e/o la sua famiglia firmano l'autorizzazione per la realizzazione del progetto individualizzato e, a seconda dei casi, vengono convocati a partecipare alle riunioni dell'equipe multi-disciplinare.

Il progetto sociale personalizzato, che stabilisce la tipologia delle prestazioni e il numero di ore da erogare in relazione al bisogno rilevato, si conclude con la individuazione dei servizi/interventi da attivare, tra quelli presenti nella rete dei servizi territoriali (Centri di orientamento professionale, servizi per l'affido dei minori, servizi di sostegno alla genitorialità, assistenza tutelare e aiuto domestico,

Assistenza infermieristica e riabilitativa, ecc.). Esso, viene realizzato mediante il coinvolgimento attivo di più servizi (servizi sociali, servizi di salute mentale, distretti sanitari) e di tutte le risorse della comunità (volontariato, cooperazione sociale, associazionismo, famiglie), collegandoli quanto più è possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona.

Infine, si procede alla definizione del **Piano di Verifica**. Esso consiste nell'individuazione degli strumenti, delle scadenze e dei metodi della verifica del Progetto Sociale Individualizzato da realizzare, *in itinere* ed *ex-post*, con particolare attenzione alla valutazione periodica dei risultati e alla congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati.

Il responsabile del Progetto sociale Individualizzato, assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, efficace ed efficiente (senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti assistenziali) e, infine, verifica costantemente la congruità tra i risultati raggiunti, le risorse impiegate e il conseguimento del livello di qualità prefissato.

CAPITOLO III.2 LE PARI OPPORTUNITÀ

La Repubblica Italiana assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali per garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, che previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e/o familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, da difficoltà sociali e condizioni di non autonomia (articoli 2, 3 e 38 della Costituzione). E' in coerenza con tali principi che, nella realizzazione del nuovo *welfare*, la Regione Campania è attivamente impegnata nella produzione di regole e nella realizzazione di attività volte a favorire l'integrazione tra i servizi territoriali nella ricerca di risposte articolate ai bisogni complessi di tutte le persone con l'obiettivo di garantire le pari per ognuno.

L'innovazione culturale e strategica che accompagnerà la programmazione locale su base triennale è l'integrazione della dimensione delle pari opportunità in tutte le Aree d'intervento sociali e i progetti sociali individualizzati.

L'approccio di genere, riconosciuto dall'Unione Europea¹⁶ come trasversale a tutte le politiche, assume un'importanza fondamentale per le questioni di rilevanza sociale.

Nel sistema sanitario e in quello di protezione sociale, e nei processi di accessibilità ai servizi e alle opportunità create dalla crescita economica, permangono discriminazioni tra donne e uomini.

La povertà infatti, è spesso più diffusa tra le donne, in particolare tra le persone anziane o tra le famiglie monoparentali. Le donne costituiscono anche la maggioranza delle persone non attive e sono quindi particolarmente vulnerabili per quanto riguarda il rischio di povertà.

Inoltre, le persone con disabilità possono trovarsi a far fronte ad una duplice forma di discriminazione: la prima più specificamente connessa al genere, risultato di fattori sociali; la seconda connessa più strettamente alla condizione di disabilità.

In una logica di integrazione delle politiche e della prassi, l'Ambito territoriale rappresenta, il luogo di ascolto unitario dei bisogni della popolazione, uno spazio d'azione in grado di assicurare la realizzazione del *mainstreaming* di genere all'interno delle diverse aree prioritarie in cui vengono sviluppati gli interventi. Le scelte operative riconducibili ad obiettivi di equità e di crescita socio-economica del territorio sono:

una lettura dei bisogni differenziati della comunità con un approccio inclusivo che tenga conto che il genere spesso rinforza alcuni stati di vulnerabilità assimilabili anche a condizioni di disabilità, a differenze di razza, di religione, di classe sociale;

una pianificazione di interventi e di servizi che tengano conto dei bisogni differenziati per genere;

la previsione di criteri premiali e di selezione a favore delle pari opportunità nell'attuazione degli interventi;

¹⁶ Nel corso del 2006, l'Unione europea ha conosciuto due importanti avvenimenti: l'adozione da parte della Commissione di una Tabella di marcia per la parità per il periodo 2006-2010 e l'adozione da parte del Consiglio europeo del Patto per la parità di genere. Entrambe promuovono la trasversalità dell'approccio di genere in tutti i settori e interventi di sviluppo. Anche l'art. 4 della decisione n. 771/2006 di istituzione dell'Anno europeo riconosce la trasversalità del principio della parità tra i generi nell'ambito di tutte le politiche antidiscriminazione.

l'applicazione di modelli metodologici per la valutazione degli effetti diretti ed indiretti degli interventi, sulla parità di genere e sulla non discriminazione.

Infine, il potenziamento dell'offerta dei servizi di cura, che si è realizzato attraverso l'attribuzione agli Ambiti di risorse del POR Campania 2000-2006, ha prodotto il trasferimento *know-how* sulle politiche di conciliazione tra gli Ambiti territoriali, generando una domanda sociale di servizi in grado di far conciliare, a uomini e donne, i tempi di vita lavorativa con i tempi di vita familiare e personale.

Considerato che le politiche di conciliazione sono politiche inclusive di soggetti che altrimenti rischierebbero di uscire dal mercato del lavoro, quest'esperienza andrebbe capitalizzata in una prospettiva di medio e lungo termine.

CAPITOLO III.3 RESPONSABILITÀ FAMILIARI E DIRITTI DEI MINORI

“Nella definizione dei principi generali e finalità della legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge 328/00) sanciti all'articolo 1, uno degli obiettivi generali e programmatici della normativa consiste nella promozione di interventi atti a garantire la riduzione del disagio familiare anche derivante da difficoltà *sociali e condizioni di autonomia* dei componenti del nucleo familiare. La problematica delle responsabilità familiari riveste un ruolo centrale nel nuovo impianto normativo in quanto essa, per certi versi, include, le altre aree tematiche

dei settori di intervento delle politiche sociali (minori, anziani, poveri, immigrati, disabili, tossicodipendenti, etc.) nei quali si articola il complesso disegno normativo di integrazione degli interventi e dei servizi del piano sociale e sanitario. Tra i gli obiettivi più specifici indicati nella legge quadro, ritroviamo l'attivazione di un sistema di interventi che riconosce e sostiene le famiglie nella cura e nella formazione dei suoi componenti nel corso delle azioni quotidiane in contesti di normalità, così come di disagio sociale (articolo 16 comma 1). In questa prospettiva la normativa, nell'indicare i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogate a livello nazionale (art. 16 comma 2), segnala che queste devono essere strutturate in modo da promuovere le relazioni sociali, rendere corresponsabili e solidali gli attori sociali e sostenere le responsabilità genitoriali, promuovendo le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra uomo e donna, pur riconoscendo l'autonomia di ciascun componente familiare, come confermato recentemente dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni. L'articolo 1 della Legge n. 184/1983, così come modificata dalla Legge n. 149/2001, al comma 3 prevede più specificatamente che le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, sostengono, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia”¹⁷.

L'analisi dei bisogni territoriali

“La condizione familiare nella regione Campania rispetto allo scenario nazionale, si caratterizza per:

- un tasso di fecondità e natalità ancora elevato rispetto alla media nazionale ed un numero mediamente più elevato di componenti familiari, spesso minori;
- una elevata incidenza della popolazione sfornita di titolo di studio o con titolo basso, specie 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 ecc. (dati ISTAT).

“Dall'ultimo rapporto 2004 del Sistema di sorveglianza della natalità con il CeDAP realizzato dall'Università Federico II in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, emerge inoltre quanto sia consistente il disagio sociale nella nostra regione, anche nella famiglie di nuova formazione. Infatti l'8,9% di tutte le neo-mamme ha un livello di istruzione uguale o inferiore alla licenza elementare, con punte del 21,3% nell'area nord della provincia di Napoli e del 10,5% nei comuni della provincia di Caserta. Le neomamme con un'età inferiore a 20 anni ammontano al 3%, con una punta, anche in questo caso, del 4,6% nell'area a Nord di Napoli, del 4,1% nell'area vesuviana e del 2,3% nei comuni della provincia di Caserta. Così come tra i neo-padri si è avuto una percentuale di disoccupazione in Campania del 19% con i livelli più alti all'interno della regione nella città di Napoli con il 27,4%, l'area nord della provincia di Napoli con il 27,5%, il 22,8% dei

17 Cfr. *Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo*, ex DGRC 2063/06 pubblicata sul BURC n. 4 del gennaio 2007.

comuni ad ovest di Napoli, il 20,3% nei comuni della provincia di Caserta. Da tale analisi, è possibile stimare che nelle aree a rischio, la concentrazione del disagio delle famiglie di nuova costituzione, e dunque dei neonati, sia all'incirca pari al 20%, e che dunque circa un quarto delle bambine e dei bambini che ogni anno nascono sul territorio regionale è da considerarsi a rischio sociale. È tuttavia oramai noto da tempo che le disuguaglianze sociali ed economiche costituiscono gravi fattori di rischio per la salute, in particolare per la salute delle madri e dei bambini che sembrano essere i più vulnerabili.

I tassi di ospedalizzazione, ad esempio, mostrano come gli appartenenti a livelli socio-economici più bassi abbiano più ospedalizzazioni rispetto a coloro che appartengono ai livelli più alti. Vi è pertanto una maggior vulnerabilità rispetto a prestazioni spesso inefficaci, inappropriate e potenzialmente rischiose come tutti gli interventi chirurgici. Ma questi dati mostrano anche che, nel caso dei ricoveri per bronchite e asma, polmonite e pleurite, nonché immaturi/prematuri, la morbilità colpisce più frequentemente i bambini in condizioni socio-economiche più disagiate.

Concludendo, la mortalità infantile, la morbilità, i ricoveri appropriati o meno, i fattori di rischio per le *chance* di benessere psico-fisico come abbandono scolastico e obesità infantile, incidono tutti nelle aree più svantaggiate del paese. La rete dei servizi territoriali riesce solo in parte ad assicurare risposte concrete a tali bisogni, spesso inespressi, che richiedono una multidisciplinarietà di interventi in rete tra le varie istituzioni del pubblico, del privato sociale e del volontariato. Tale realtà richiede interventi strategici dedicati, volti anche a rafforzare e perfezionare le risorse e le reti esistenti¹⁸. L'offerta attiva di sostegno e valorizzazione del ruolo e delle funzioni genitoriali, deve rappresentare una scelta strategica della Regione Campania, tra l'altro già anticipata dalla l. 285/97. Il percorso di adozione sociale/sostegno genitoriale precoce è stato già promosso nella progettazione strategica regionale come programma europeo triennale di prevenzione precoce dei processi di esclusione delle bambine e dei bambini nei territori e nelle comunità a ritardo di sviluppo”.

Nel confermare i principali indirizzi operativi già contenuti nelle Linee Guida della V annualità, la programmazione regionale e di ambito per le responsabilità familiari e per i diritti dei minori deve necessariamente tener conto delle criticità emerse in questi anni, nonché delle previsioni dell'approvanda legge per la “dignità e la cittadinanza sociale” e del Documento Strategico Regionale.

Va, pertanto, in tal senso la decisione di utilizzare questa programmazione triennale per definire assetti organizzativi e istituzionali cui gli Ambiti sono chiamati prioritariamente ad impegnarsi. Nella definizione di tali assetti si è tenuto conto del fatto che la Regione Campania ha emanato, negli anni passati, una serie di indirizzi e regolamentazioni, la cui implementazione sul territorio, ad oggi, non ha dato tutti i risultati attesi. Pertanto gli Ambiti del territorio campano devono, nella loro programmazione, necessariamente prevedere quanto segue:

- servizi di sostegno alla genitorialità;
- servizi di assistenza domiciliare a sostegno della famiglia e di supporto alla genitorialità;
- centri polifunzionali;
- educativa territoriale;

¹⁸ *Ibidem.*

- istituzione e funzionamento del S.A.T. (D.G.R.C. n. 644/2004 convalidata dal Consiglio Regionale con Regolamento n. 3/2005).
- istituzione e funzionamento dell'Equipe adozioni nazionali ed internazionali (D.G.R.C. n. 1666/2002 convalidata dal Consiglio Regionale con Regolamento n. 3/2005).
- istituzione e funzionamento dell'Equipe abuso e maltrattamento (D.G.R.C. n. 1164/2005).
- coordinamento con gli organi periferici della giustizia minorile (Legge 328/2000, art. 19, comma e) e con il Distretto formativo-scolastico.

Per la strategia dei minori a rischio sociale è già stato varato il **programma di adozione sociale**, di cui alla DGRC 2063/06. Si tratta di un'idea fondata su un principio fondamentale: affrontare il disagio sociale *alla nascita*. Un'idea realizzata con tre azioni strategiche, ossia:

- *individuare*, con una serie di *indicatori di rischio* ben identificati (istruzione ed età materna, qualità abitativa, esperienze di detenzione attuali e pregresse degli adulti del nucleo, famiglia monoparentale, condizioni di emarginazione da immigrazione, dipendenza patologica, ecc.), i *bambini a rischio sociale* di un quartiere;
- *segnalare* la condizione di rischio ad una *rete territoriale di accoglienza e di presa in carico dedicata* (medico di famiglia, pediatra di comunità, Assistente sociale, Operatore sociale del terzo Settore...).
- *produrre azioni di accompagnamento e di contrasto* dei processi di esclusione (dal sostegno genitoriale all'accompagnamento scolastico, dall'orientamento al lavoro dei genitori alla presa in carico diurno presso operatori e maestri di strada) orientando la crescita del bambino nel suo progetto di vita, nel suo spazio vitale e sociale.

CAPITOLO III.4 PERSONE ANZIANE

Coerentemente con le politiche attuate, ed in via di implementazione, a livello nazionale in favore delle persone anziane, nonché conformemente a quanto già indicato nelle precedenti Linee guida, la Regione Campania intende tutelare e promuovere i diritti degli anziani, assicurarne la permanenza attiva nel tessuto sociale delle comunità e garantirne la dignità e la qualità della vita. A tal fine, promuove una cultura diffusa, volta a valorizzare il ruolo delle persone anziane, a rafforzare le reti sociali e le opportunità di aggregazione e di relazione, a sviluppare i rapporti intergenerazionali favorendo, in particolare, stili di vita sani, solidali e ricchi di relazione nel corso di tutta la vita. Occorre, pertanto, sostenere le forme aggregative e puntare ad una prevenzione attiva delle conseguenze sociali e relazionali legate alla condizione di solitudine, fragilità e di non autosufficienza.

Com'è noto, la vecchiaia si sta allungando sempre più e gli anziani sono sempre più longevi, tanto da raggiungere con facilità la soglia degli 85 anni di età. Questa nuova prospettiva di vita pone la popolazione anziana in una condizione di maggiore fragilità rispetto al passato, soprattutto nel momento in cui viene superata la soglia del settantacinquesimo anno di età. Da uno studio illustrato dal Comitato di Coordinamento per le Ricerche sull'Invecchiamento, è emerso che l'aspettativa di vita per gli anziani che hanno superato i 75 anni di età è in media di 11,1 anni; di questi appena 1,8 vengono trascorsi in buona salute. L'assistenza tutelare agli anziani fragili è un obiettivo prioritario da perseguire, incrementando,

in particolare, il sistema di protezione sociale e cura per le persone non autosufficienti.

La programmazione degli interventi va necessariamente definita a partire dall'analisi dei bisogni dei cittadini con ridotto livello di autonomia e dalla ricognizione del sistema di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari ad oggi presenti sul territorio.

Alla luce della rilevante attenzione posta dalla Regione all'area della non autosufficienza in termini di stanziamento di risorse finalizzate, per il prossimo triennio, è indispensabile che gli Ambiti operino scelte programmatiche miranti all'incremento ed al miglioramento qualitativo di servizi già avviati nei precedenti 5 anni, nonché alla costituzione *ex novo* di servizi che rispondano a bisogni fino ad oggi non considerati. Tutto ciò deve tendere a completare il sistema di offerta almeno per i servizi considerati prioritari, in linea di continuità con le precedenti Linee Guida.

Per servizi prioritari si intendono quei servizi volti a favorire l'autonomia delle persone e l'integrazione sociale erogati in regime **domiciliare, semi-residenziale e residenziale**.

Andranno prioritariamente considerati i livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti, stabilendo un apposito piano di intervento e favorendo, in particolare, lo sviluppo uniforme sul territorio delle attività di **assistenza domiciliare integrata**.

Tale scelta è coerente anche con gli obiettivi strategici fissati dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 per i quali sono stati identificati indicatori misurabili di servizi resi ai cittadini e definito un *target* da sostenere con il ricorso a meccanismi di incentivazione. Nell'ambito dei quattro obiettivi strategici individuati dal QSN, infatti, al fine 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, si è scelto di incrementare il numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni), elevando l'incidenza percentuale della spesa prevista per tale servizio sul totale della spesa sanitaria regionale destinata all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per un approfondimento sull'ADI si richiama il documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" della Commissione nazionale LEA, che fornisce indicazioni utili a classificare e confrontare le diverse tipologie di servizio fornite sul territorio e a determinare la remunerazione degli erogatori.

Per quanto concerne l'**Assistenza Domiciliare**, si richiamano le indicazioni specifiche già fornite con le Linee Guida IV annualità (D.G.R.C. 204/05) e si ricorda che esso deve essere inteso come un pacchetto di prestazioni che includono sia interventi di tipo materiale (aiuto per l'igiene della casa e della persona, ecc...), sia interventi di inserimento sociale Segretariato sociale, accompagnamento, ecc..).

L'attenzione deve essere posta in particolare sul miglioramento della qualità dell'offerta in termini di: 1) gestione associata tra i Comuni con appalto unificato; 2) accurata individuazione dei soggetti erogatori; 3) diversificazione delle tipologie di prestazioni; 4) numero di ore di prestazioni commisurate al bisogno; 5) trasparenza dei criteri di accesso, pubblicizzazione etc..

I requisiti delle **Strutture a carattere socio-assistenziale** sono stati disciplinati dal recente Regolamento n. ° 6, approvato dal Consiglio Regionale della Campania nella

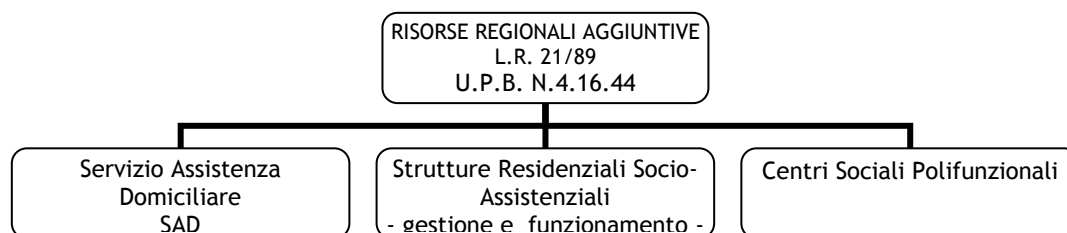
seduta del 18/12/2006, pubblicato nel BURC n. 1 del 2 Gennaio 2007, mediante il quale vengono dettate ai Comuni le direttive per l'espletamento delle funzioni inerenti all'autorizzazione, al funzionamento e all'attività di vigilanza e controllo delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale.

L'allocazione delle risorse sui diversi servizi programmati deve avvenire sulla base di una mappatura del sistema di offerta e, soprattutto, su una valutazione del bisogno dei cittadini con la redazione di progetti personalizzati. In ogni caso, è **fatto obbligo** che almeno il 70% delle risorse assegnate complessivamente sulle aree tematiche anziani, disabili e progetti personalizzati, sia vincolato alla redazione di progetti personalizzati. Pertanto, la rendicontazione dovrà essere riportata su un scheda sintetica, secondo la modulistica che il Settore Assistenza Sociale fornirà successivamente a tale scopo, dei progetti personalizzati attivati. La trasmissione di tale scheda è condizione necessaria per l'assegnazione dei fondi a ciò dedicati per le annualità successive.

E' possibile, tuttavia, considerato che si tratta di una programmazione a lungo termine, rimodulare i progetti nell'arco del triennio, spostando le risorse da un servizio all'altro, sulla base di una lettura più ponderata ed analitica del bisogno. In tal senso sarà, ad esempio, possibile scegliere di incrementare un servizio per esaurire una graduatoria di aventi diritto che in fase di programmazione era stata sottostimata.

Per la programmazione dei servizi in favore degli anziani, oltre alle risorse del riparto del Fondo Nazionale, è possibile avvalersi delle seguenti risorse aggiuntive a titolarità regionale:

- a. **L.R.8/04**, finalizzata alla promozione di iniziative volte a consentire alle persone prive di autonomia fisica o psichica, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero e nei centri di riabilitazione, di continuare a vivere nel proprio domicilio o presso il nucleo familiare di appartenenza. In particolare, tali risorse possono essere destinate all'Assistenza Domiciliare in favore dei cittadini non autosufficienti.
- b. **L.R.21/89**, per il potenziamento ed il miglioramento degli specifici interventi a favore degli anziani. In particolare, tali risorse possono essere destinate all'attuazione dei seguenti interventi (art.17, comma 1):
 - di Assistenza Domiciliare;
 - di gestione e funzionamento delle strutture residenziali socio-assistenziali di proprietà o di piena disponibilità comunale;
 - di gestione e funzionamento dei centri sociali polifunzionali istituiti regolarmente ed autorizzati dai singoli comuni.



Tali risorse, aggiuntive a quelle del Fondo Nazionale Politiche Sociali, vengono assegnate mediante valutazione della congruenza dei progetti indicati nelle schede progettuali di dettaglio inserite nei Piani Sociali di Zona.

CAPITOLO III.5 CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Secondo gli ultimi dati ISTAT (ottobre 2006) in Campania, l'incidenza della povertà relativa (rapporto tra il numero di famiglie con spesa mensile per consumi pari o al di sotto della soglia della povertà e numero di famiglie residenti), pari al 27% è più che doppia rispetto al dato nazionale che pure, si attesta intorno all' 11%. Anche l'intensità della povertà è più forte in Campania ed in generale nel Mezzogiorno rispetto a quella che si registra nel Nord e nel Centro.

L'attuazione della misura sperimentale del Reddito di cittadinanza (RdC) ha mostrato che oltre il 7% delle famiglie campane dichiara un reddito inferiore ai 5000 euro l'anno, con un reddito medio stimato di 2.000 € per la generalità dei richiedenti che si abbassa fino a toccare una media di 250 €, se si considerano i soli beneficiari.

Permane nella strategia di intervento perseguita dalla Regione Campania l'intento di porre in essere un complesso sistema di **azioni per il contrasto alla povertà e per favorire l'inclusione sociale**.

La **legge 2/04** ha rappresentato un momento qualificante della strategia regionale di contrasto alla povertà e rimane un fondamentale punto di partenza nella prospettiva di ridefinizione degli strumenti finalizzati all'innalzamento dei livelli di coesione sociale.

La durata della sperimentazione è stata prorogata di un ulteriore anno dall'articolo 38 della legge regionale n. 1 del 19/01/2007, occorre, quindi, **proseguire con coerenza e determinazione la sperimentazione avviata**, intensificando, in particolare, sia l'inserimento dei soggetti appartenenti ai nuclei familiari beneficiari o ammessi in graduatoria del RdC nella rete dei servizi sociali dell'Ambito territoriale, sia la progettazione dell'intervento complessivo (un vero e proprio **progetto individualizzato**) comprensivo delle ulteriori misure volte ***all'inserimento scolastico, formativo e lavorativo***.

Con le Linee Guida per la IV e per la V annualità sono state fornite le indicazioni agli Ambiti territoriali per organizzare e attivare **il sistema dei servizi e il sistema di accompagnamento e presa in carico dei beneficiari**; pertanto, si rinvia a quanto già proposto al fine di potenziare la progettazione degli interventi mirati, volendo qui semplicemente richiamare l'attenzione sul fatto che la sola erogazione del reddito di cittadinanza non realizza inclusione sociale e non consegue gli obiettivi perseguiti dalla Legge, per la quale il beneficio economico è intrinsecamente connesso al pacchetto delle ulteriori misure collegate.

Si deve anche sottolineare che per i soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito (Legge 328/00, art. 2 c. 3) deve essere garantito un accesso prioritario ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi.

Ricordiamo che la legge regionale attribuisce ai Comuni il compito di provvedere alla progettazione degli interventi specifici per il nucleo familiare e per ciascun componente del nucleo stesso (L.R. 2/04, art. 6, c. 1) e richiede che tali progetti trovino riscontro nella progettazione dei piani sociali di zona (L.R. 2/04, artt. 4 e 7 del Regolamento Consiliare).

E' necessario, pertanto, potenziare la capacità del sistema di presa in carico, pervenire al disegno di un'offerta di rete ed integrare interventi e servizi, tutti compiti propri del sistema di *welfare* locale.

Al fine di consentire agli operatori sociali l'acquisizione di conoscenze ed informazioni sulle iniziative e sulle opportunità esistenti a livello regionale e

locale, la Regione ha affidato al soggetto incaricato della assistenza tecnica (Sviluppo Italia) il compito di elaborare una **mappa delle opportunità sociali** che sarà disponibile in una apposita sezione del sito web dedicato al Reddito di Cittadinanza e che fornirà dati riguardanti i soggetti titolari delle iniziative, i destinatari, le risorse stanziare, la durata delle attività, le modalità di partecipazione, gli indirizzi ed i contatti utili.

La Regione, sempre nell'ambito del programma di assistenza tecnica volto alla migliore riuscita della sperimentazione, ha previsto di dotare il portale gestionale di funzionalità anche in relazione al sistema di presa in carico.

Saranno progettati moduli per inserire ed aggiornare una scheda sintetica di rilevazione del fabbisogno ed una scheda degli interventi e servizi offerti, in modo che sia possibile gestire e condividere un insieme di dati completo e coerente sui beneficiari del reddito e sui percorsi attivati, arricchendo il patrimonio di dati sulla povertà in Campania, già reso disponibile con la banca dati delle domande di reddito di cittadinanza presente sul portale ed accessibile ai Comuni ed ai Comuni Capofila.

Ai fini del **monitoraggio**, con particolare riferimento a quella che può essere definita la parte qualificante del processo di attuazione delle legge sul reddito di cittadinanza, gli Ambiti dovranno inviare alla Regione Campania una breve relazione nella quale descriveranno:

- a. le caratteristiche della rete locale, specificando le istituzioni e gli altri soggetti coinvolti e le reciproche relazioni.
- b. il modello organizzativo adottato per il processo di presa in carico, con indicazione dei ruoli e dei compiti degli attori e dei collegamenti con gli altri attori di riferimento per la gestione del reddito di cittadinanza, producendo gli atti di seguito indicati:
 - Allegato 13: scheda referenti;
 - Allegato 14: Reddito di Cittadinanza - Indicatori di presa in carico dei beneficiari e dei soggetti che non percepiscono il contributo economico, ma sono risultati ammessi in graduatoria;
 - Allegato 15: Reddito di Cittadinanza - Monitoraggio art. 6, L.R. n. 2/04;
 - Allegato 16: Reddito di Cittadinanza - Interventi con accesso gratuito ai servizi sociali e socio-sanitari.

La relazione e le schede devono essere inviate entro e non oltre il termine previsto dall'art. 10 del Regolamento attuativo n. 1/04.

Si fa presente che la presentazione degli allegati 15 e 16 sarà utile anche ai fini della liquidazione del saldo dell'importo assegnato a ciascun Ambito per l'attivazione delle misure di accompagnamento ex art. 6, comma 2, lettera c della L.R. n. 2/04 programmate nei Piani di Zona della V annualità.

Nel corso del 2007, i Comuni ed i Comuni Capofila di Ambito daranno anche seguito alle **procedure di verifica del mantenimento dei requisiti per la III annualità**.

Potranno ancora avvalersi, per l'anno in corso, dell'assistenza tecnica messa a disposizione della Regione, che, così come da disciplinare tecnico per la III annualità, concentrerà la propria *task force* in particolare dove sono state rilevate le maggiori criticità.

Saranno apportate alcune modifiche al portale gestionale in modo da supportare non solo tutte le operazioni del procedimento di verifica dei requisiti ma per gestire anche le diverse fasi delle procedure di **controllo** che, fino a questo

momento, i Comuni hanno implementato in maniera autonoma, all'interno della previsione operata dalla normativa.

La disponibilità di tale funzionalità nell'applicativo web dovrà conseguire diversi risultati e, in particolare, si auspica una maggiore celerità dei procedimenti di verifica e controllo, per non frapporte soluzioni di continuità nelle erogazioni dei contributi economici in favore dei nuclei familiari aventi diritto, confermati nel possesso dei requisiti.

Dal monitoraggio procedurale attuato, oltre che dalle diverse comunicazioni ricevute da Comuni e Comuni Capofila, è, infatti, risultato frequente il verificarsi di sospensioni e ritardi nelle erogazioni dovute al dilatarsi dei tempi impiegati per chiudere i procedimenti aperti a seguito dell'avvio dei controlli. Per quanto non di poco conto siano le difficoltà rappresentate, la certezza dei tempi di risposta rimane un preciso compito delle Amministrazioni Pubbliche.

Inoltre, la disponibilità di dati puntuali sui controlli effettuati e sui relativi esiti costituirà un elemento conoscitivo di enorme valore ai fini della valutazione della sperimentazione, non solo nella sua portata più generale ma anche in riferimento a caratteristiche più analitiche del dispositivo adottato, il che permetterà gli opportuni correttivi.

Per quanto attiene, più in generale, al **sistema di offerta per l'area Contrasto alla Povertà** si ribadisce l'importanza di programmare servizi e interventi a favore **delle povertà estreme** in modo da rafforzare la rete di protezione nei confronti delle persone estremamente fragili. Si richiama l'attenzione, ad esempio, sull'importanza del servizio di pronto intervento sociale e dell'unità mobile di strada, nonché della costituzione di reti con altri soggetti istituzionali e del privato sociale. Si può fare riferimento a tutti i servizi semiresidenziali, residenziali, domiciliari e territoriali classificati e descritti dal nomenclatore per l'area Contrasto alla Povertà. Per un maggiore approfondimento vedasi la sezione dedicata ai senza fissa dimora.

CAPITOLO III.6 PERSONE CON DISABILITÀ

In base ai dati del censimento ISTAT 2001, in Campania, su di una popolazione di quasi 5.800.000 abitanti, il **numero delle persone con disabilità è pari ad almeno 320.000 unità** pari al 5,5%.

La tutela e l'integrazione sociale delle persone con disabilità è oggi riconosciuta da un ordinamento normativo, per molti aspetti d'avanguardia, che ha definito un articolato quadro di diritti di cittadinanza. Purtroppo, però, il rinnovato quadro normativo e l'affermarsi di una cultura che postula nei confronti dei disabili una vera e propria politica di pari opportunità richiedono, per essere attuati, un ulteriore sforzo a livello normativo, amministrativo ed operativo ed una progressiva, contestuale, responsabilizzazione delle istituzioni, dell'associazionismo e del privato sociale.

Il processo di decentramento e la territorializzazione degli interventi, pur avendo favorito un'ampia espressione delle potenzialità della comunità locali, di ricerca delle risorse e di programmazioni mirate, non sono riusciti ad evitare ed a superare completamente fenomeni di frammentazione e forme di separazione degli interventi, tanto da rendere prioritari azioni e strumenti operativi di coordinamento tra i servizi per una maggiore integrazione tra sanitario, sociale ed educativo/formativo.

Le persone con disabilità hanno bisogni estremamente eterogenei per tipologia di deficit, livelli di autonomia e di non autosufficienza. Le azioni che la Regione Campania intende sostenere per l'integrazione sociale delle persone con disabilità sono finalizzate alla costruzione di un sistema di servizi ed interventi capace di fornire risposte ai bisogni della persona in termini unitari, globali, integrati e flessibili; si tratta di politiche ancora ispirate ai principi della legge quadro n. 104/92 che ha promosso un'attenzione complessiva all'intero progetto di vita della persona, proponendo una visione unitaria dei suoi bisogni e promuovendone la piena partecipazione nei principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro e società).

Sia il progetto di **riabilitazione** che quello **educativo** per l'integrazione scolastica, sia il progetto per l'**integrazione lavorativa** che il progetto **assistenziale** individuale, in presenza di bisogni complessi, devono necessariamente svilupparsi prevedendo:

- 1) l'intervento di diversi servizi o soggetti;
- 2) l'attivazione di strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale;
- 3) la predisposizione del programma assistenziale individualizzato.

La presenza di bisogni complessi e la conseguente necessità di assicurare percorsi integrati di natura socio-sanitaria, comportano l'introduzione di una logica di sistema e l'avvio di un processo di qualificazione della rete dei servizi.

Nella programmazione della rete dei servizi per disabili, gli Ambiti territoriali dovranno generalmente privilegiare **lo sviluppo di servizi di carattere comunitario a media o bassa intensità assistenziale** rispetto ai tradizionali centri socio-riabilitativi diurni e residenziali. Dovrà essere, comunque, sostenuto il lavoro sociale di rete e bisognerà promuovere le risorse della comunità locale valorizzando il ruolo non solo del Terzo settore, ma anche quello delle famiglie e di chi assume compiti di cura.

Al fine di favorire l'autonomia e la vita indipendente delle persone con disabilità occorrerà sviluppare servizi diurni e residenziali per interventi di sollievo o

emergenza, per necessità familiari temporanee o imprevedibili, in modo da consentire al disabile, anche grave, una vita relazionale e sociale il più possibile piena e indipendente, promuovendo programmi di accesso ai servizi per il tempo libero e valorizzando il ruolo dell'associazionismo e del volontariato.

Bisognerà, inoltre, incrementare e **qualificare gli interventi per i minori con disabilità**, concorrendo alla formulazione di un progetto assistenziale individuale di carattere sociale, educativo e sanitario finalizzato a sostenere il lavoro di cura svolto dalla famiglia e a favorire la partecipazione sociale del minore con disabilità, anche attraverso servizi educativi e per il tempo libero.

Occorre, pertanto, sostenere il coordinamento e l'integrazione - a cura dell'Ambito Territoriale - dei servizi sanitari, sociali ed educativi finalizzati ai minori in situazione di handicap, anche attraverso specifici piani territoriali di intervento ed accordi di programma.

Bisognerà avviare programmi territoriali per il "**dopo di noi**" - per i quali, peraltro, la Regione sta predisponendo un nuovo avviso rivolto ai soggetti del Terzo Settore, che potranno parteciparvi se inseriti a pieno titolo nella rete dei Servizi territoriali previsti dai Piani di Zona - sperimentando soluzioni abitative autonome e progetti di vita indipendente, in particolare per le persone con le disabilità più lievi e con sufficienti livelli di autonomia.

Anche l'**inserimento lavorativo** rappresenta il naturale completamento di un progetto assistenziale finalizzato all'autonomia personale e alla vita indipendente. E', dunque, necessario promuovere, in ogni Ambito, una programmazione unitaria, anche attraverso appositi accordi, tavoli di coordinamento, collaborazioni interistituzionali ed equipe territoriali integrate, di tutte le risorse e dei percorsi oggi disponibili per accompagnare la persona disabile al lavoro e, in particolare, ponendo attenzione alle opportunità di lavoro protetto e formativo, offerte dalla cooperazione di tipo B, ai percorsi di formazione e addestramento assicurati dal sistema della formazione professionale, anche attraverso il Fondo Sociale Europeo, e ai servizi e alle opportunità offerte dai Centri per l'impiego ai sensi della normativa regionale e nazionale sul collocamento mirato (Legge 68/99).

Bisognerà garantire la **mobilità**, l'**accessibilità** e la **vita indipendente**. Un altro bisogno rilevante è quello della mobilità, intesa come accessibilità e vivibilità complessiva degli spazi pubblici, e, soprattutto, come necessità di poter disporre, almeno in ambito zonale, di un vero e proprio sistema per la mobilità locale articolato in mezzi pubblici accessibili, con agevolazioni tariffarie (autobus e taxi), di un servizio di trasporto "porta a porta" con pulmini attrezzati per le situazioni di maggiore gravità ed, infine, agevolazioni e contributi sulla mobilità privata, anche attraverso le agevolazioni previste dalla normativa in materia.

Emerge, dunque, la necessità di promuovere una visione di sistema di tutte queste opportunità attraverso una accurata pianificazione di livello territoriale.

La Regione Campania, per la programmazione dei servizi alle persone non autosufficienti da realizzare nel prossimo triennio, prevede lo stanziamento di una quota significativa di risorse, integrativa rispetto a quelle delle aree anziani e disabili, dedicate ad interventi essenziali di assistenza tutelare per diversamente abili gravi ed anziani fragili. La somma di tali risorse è vincolata, per il 70%, alla realizzazione dei progetti sociali individualizzati.

Per la 6^a annualità di attuazione della L. 328/00 - inizio della programmazione triennale del nuovo sistema di *welfare* campano - l'obiettivo strategico di *mainstreaming* riguarda la garanzia e l'effettivo esercizio dei diritti di cittadinanza

delle persone con disabilità, in particolare attraverso il potenziamento dei servizi di **assistenza tutelare** per i casi di disabilità grave e l'obbligatorietà degli **accordi di programma per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità**.

E' indispensabile che gli Ambiti Territoriali operino scelte programmatiche che mirino all'incremento ed al miglioramento qualitativo di servizi già avviati nei precedenti cinque anni, oltre alla costituzione *ex novo* di servizi rispondenti a bisogni fino ad oggi scoperti. Tutto ciò deve servire a completare il sistema di offerta almeno per i servizi considerati prioritari in linea di continuità con le precedenti Linee Guida.

Per servizi prioritari si intendono:

1. quelli indirizzati a favorire l'autonomia delle persone e l'integrazione sociale erogati in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
2. quelli indirizzati a favorire la partecipazione dei soggetti disabili nei percorsi scolastici.

Tra i servizi prioritari del punto 1 si sottolinea l'attenzione da prestare alla programmazione dell'Assistenza Domiciliare e si ricorda che come indicato nel dettaglio nelle Linee Guida 2005, esso deve essere inteso come un pacchetto di prestazioni che includono sia interventi di tipo materiale (aiuto per l'igiene della casa e della persona, ecc...) sia interventi di inserimento sociale (segretariato sociale, accompagnamento, ecc..).

L'attenzione deve essere posta, in particolare, sul miglioramento della qualità dell'offerta in termini di gestione associata tra i Comuni con appalto unificato; accurata individuazione dei soggetti erogatori; diversificazione delle tipologie di prestazioni; numero di ore di prestazioni commisurato al bisogno; trasparenza dei criteri di accesso; pubblicizzazione, ecc.

Per i servizi del punto 2 si ribadisce l'importanza assegnata all'integrazione scolastica quale strategia per garantire processi di inclusione sociale. Nelle Linee Guida relative alla 4^a annualità di attuazione della L. 328/00, fu allegato uno schema-tipo di **Accordo di Programma (AdP) sull'integrazione scolastica degli alunni con disabilità**. Questa azione - partita nel 2005 e frutto del lavoro condotto dall'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali (allora comprendente anche il settore Istruzione) in raccordo con gli Enti locali, l'ASL, la Direzione Scolastica regionale e le associazioni di categoria -, pur essendo stata recepita dai territori e in alcuni casi già formalmente adottata, ha rilevato forti difficoltà nell'individuazione di referenti-scuola precisi per ognuno dei soggetti firmatari. Oggi, grazie a sinergie innescate con la Direzione Scolastica Regionale, tali difficoltà possono dirsi superate grazie all'individuazione di referenti scolastici territoriali, che saranno formalizzati ai referenti di Ambito con atto successivo, d'intesa con la Direzione Scolastica Regionale.

L'allocazione delle risorse sui diversi servizi programmati deve avvenire sulla base di una mappatura del sistema di offerta e, soprattutto, sulla valutazione del bisogno dei cittadini con la redazione di progetti individualizzati. In ogni caso, **almeno il 70% delle risorse, assegnate complessivamente sulle aree tematiche anziani, disabili e progetti individualizzati**, è vincolato alla redazione di progetti individualizzati. Pertanto, la rendicontazione dovrà essere riportata su una scheda sintetica, secondo la modulistica che il Settore Assistenza Sociale fornirà a tale scopo, dei progetti personalizzati attivati. La trasmissione di tale scheda è condizione necessaria per l'assegnazione dei fondi a ciò dedicati, per le annualità successive.

Considerato che si tratta di una programmazione a lungo termine è possibile rimodulare i progetti nell'arco del triennio spostando le risorse da un servizio all'altro, sempre sulla base di una lettura del bisogno. In tal senso sarà, ad esempio, possibile scegliere di incrementare un servizio per esaudire una graduatoria di aventi diritto che, in fase di programmazione, era stata sottostimata.

Per la programmazione dei servizi in favore dei cittadini con disabilità, oltre alle risorse del riparto del Fondo Nazionale, è possibile avvalersi delle risorse aggiuntive a titolarità regionale: L.R. 8/04 per **l'assistenza domiciliare ai cittadini non autosufficienti** e la L.R. 11/84 per l'accoglienza di disabili adulti nei **centri socio-educativi (CSE) diurni per disabili** che vengono assegnate mediante valutazione della congruenza dei progetti indicati nelle schede progettuali di dettaglio inserite nei Piani di Zona.

Si ribadisce che i CSE di cui alla L.R. 11/84 rientrano nella tipologia denominata "Centro Sociale Polifunzionale" (CSP, identificata nel nomenclatore con codice D2) e che devono essere autorizzati al funzionamento in base al Regolamento Regionale n. 6 del 18/12/2006 pubblicato sul B.U.R.C. n. 1 del 02/01/07. E' opportuno ricordare altresì che le attività dei CSE, **complementari** ad altri tipi di intervento (sanitari, educativi, formativi, ecc...), riguardano prestazioni di natura socio-assistenziale, laboratoriale e ricreativa rivolte a persone con disabilità, fuori dall'obbligo scolastico (dai 16 ai 65 anni), autonome e semi-autonome che non necessitano di assistenza sanitario-riabilitativa continuativa.

CAPITOLO III.7 POLITICHE DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE E DI PROMOZIONE DELL'AGIO E DELL'AUTONOMIA DELLE PERSONE.

Il contesto attuale

Il Settore Assistenza Sociale, con Decreto Dirigenziale (D.D.) n. 901 del 23.11.2006, pubblicato sul *BURC* n. 56 del 4.12.2006, ha approvato la graduatoria dei progetti innovativi e sperimentali di contrasto alle dipendenze, in conformità alla Delibera di Giunta Regionale Campania (D.G.R.C.) n. 1429/2005, ammettendo al finanziamento, in funzione delle risorse disponibili, n. 29 progetti distinti per tipologia di iniziativa.

Con D.G.R.C. n. 2006 del 30.11.2006, pubblicata sul *BURC* n. 1 del 2.01.2007, al fine di garantire la prosecuzione degli interventi integrati e ridurre i tempi di risposta dei sistemi di offerta in termini di efficacia ed efficienza, la Giunta Regionale ha autorizzato il Settore Assistenza Sociale all'adozione degli atti necessari per lo scorrimento della graduatoria.

Con D.D. n. 1026 del 12.12.2006, pubblicato sul *BURC* n. 1 del 2.01.2007, si è proceduto al predetto scorrimento ed all'assegnazione del finanziamento di ulteriori n. 33 progetti, utilmente classificati per tipologia d'iniziativa ed in funzione delle risorse rese disponibili.

In sintesi sono stati approvati n. 62 progetti per un totale complessivo pari ad euro 6.200.000,00.

Il Settore Assistenza Sociale ha individuato, con gli Ambiti Territoriali interessati, indicatori specifici per il monitoraggio e la verifica di qualità dei n. 62 progetti approvati.

Infine, dal monitoraggio dei Piani di Zona, presentati per la quinta annualità della L. 328/2000, è emersa la seguente situazione: alcuni Ambiti Territoriali hanno riportato nella loro programmazione i progetti approvati con i sopra indicati provvedimenti, altri hanno destinato risorse non finalizzate per progetti di prevenzione e di reinserimento socio-lavorativo, così come raccomandato nelle precedenti Linee di programmazione regionale.

L'Assessorato alle Politiche Sociali ha, poi, inteso impegnare risorse finanziarie, a titolarità regionale, per offrire risposte a particolari bisogni essenziali volti a:

1. programmi di inclusione sociale particolarmente attenti alle problematiche della popolazione detenuta - rappresentata per i due terzi da tossicodipendenti e immigrati -, costituendo un fondo congiunto Sanità/Politiche Sociali che, simbolicamente, è stato chiamato "Fondo Carcere" ed al quale sono state destinate risorse per 500.000,00 euro per interventi a sostegno delle persone tossicodipendenti detenute (D.G.R.C. n. 965 del 14.7.2006, pubblicata sul *BURC* n. 34 del 31.7.2006 e D.D. n. 552 del 25.7.2006, pubblicato sul *BURC* n. 43 del 18.9.2006);
2. programmi individualizzati per le persone affette da Hiv-Aids, ospiti nelle strutture residenziali del privato sociale, in convenzione con le ASL della regione Campania, per un importo di € 300.000,00 (D.G.R.C. n. 2036 del 13.12.2006, pubblicata sul *BURC* n. 4 del 15.1.2007 e D.D. n. 1032 del 21.12.2006, pubblicato sul *BURC* n. 3 del 5.2.2007).

Le nuove strategie di welfare regionale per le dipendenze patologiche.

Il panorama regionale 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 2005, forniti dall'Osservatorio per le dipendenze dell'Assessorato alla Sanità - Servizio Tossicodipendenze e Alcolismo - risultano:

- in carico ai 48 SERT n. 23.068 utenti (21.230 maschi e 1.838 femmine) dei quali n. 5.028 (4601 maschi e 427 femmine) sono nuovi utenti;
- in carico alle n. 22 comunità dislocate in 36 sedi (n. 24 residenziali e n. 12 semiresidenziali) n. 2054, di cui n. 1908 maschi e n. 146 femmine;
- soggetti appoggiati ai SERT (cioè temporaneamente trattati presso essi, pur risultando in carico altrove) n. 1030, di cui 908 maschi e 122 femmine.

L'eroina resta ancora la sostanza d'abuso primaria (n. 11.847) seguita dalla cocaina (n. 2557), dai cannabinoidi (n. 1238), altro (n. 824).

	Nuovi Utenti 2005			In carico e/o rientrati 2005			ANNO 2005		
	Maschi	Femmine	Tot.	Maschi	Femmine	Tot.	Maschi	Femmine	Tot.
Avellino	268	26	294	849	61	910	1.117	87	1.204
Benevento	130	7	137	418	30	448	548	37	585
Caserta	389	49	438	2.201	131	2.332	2.590	180	2.770
Napoli	2.898	151	3.049	10.123	687	10.810	13.021	838	13.859
Salerno	916	194	1.110	3.038	502	3.540	3.954	696	4.650
Totali	4.601	427	5.028	16.629	1.411	18.040	21.230	1.838	23.068

Inoltre, dai dati forniti dal CEAR (Coordinamento degli Enti Ausiliari Regione Campania), la presenza media delle persone tossicodipendenti, in possesso di regolare impegnativa dell'ASL nelle proprie strutture di accoglienza, per l'anno 2006, è stata la seguente:

- accoglienza residenziale n. 414 persone;
- accoglienza semiresidenziale n. 98 persone.

A fronte di questi dati, l'Assessorato alle Politiche Sociali, con l'obiettivo di giungere ad una gestione programmata e consapevole delle risorse che permetta la verifica ed il monitoraggio dei risultati raggiunti e al fine di uscire da una fase di continua emergenza, ha previsto, nel riparto del FNPS per la sesta annualità della L. 328/2000, una quota pari ad € 2.400.000,00 finalizzata a sostenere la garanzia dei bisogni essenziali di assistenza socio-formativi per le persone tossicodipendenti, anche se sottoposte a misure alternative alla detenzione, ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali, gestite dal pubblico e dal privato sociale, tramite l'elaborazione di programmi individualizzati integrati tra Ambiti Territoriali, Enti Ausiliari (iscritti all'Albo regionale dell'Assessorato alla Sanità) e altri referenti istituzionali disponibili (ASL, Distretto scolastico, etc.).

Appare importante poter continuare le sperimentazioni locali del modello di rete integrata fra i servizi, in modo tale da avere sul territorio regionale una rete locale di equipe multidisciplinari, afferenti ai diversi servizi, in grado di svolgere delle valutazioni psico-sociali e di re-inserimento delle persone con problemi di abuso di sostanze stupefacenti ed offrire, a questo specifico *target*, un adeguato supporto per prevenire il rischio del ricostituirsi di situazioni di emarginazione e di conseguenti ricadute nel problema della tossicodipendenza

Si conferma, dunque, l'indirizzo sostenuto nelle precedenti linee di programmazione regionale, secondo il quale per la costruzione di una azione

preventiva, terapeutica e socio-riabilitativa congruente, è indispensabile l'incontro di più discipline, metodologie ed organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse, che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti pubblici e del privato sociale abbiano una effettiva pari dignità e possano concorrere in maniera integrata, a partire da collocazioni e responsabilità differenti, al raggiungimento degli obiettivi di salute della fascia di popolazione interessata.

Varietà di offerta, rigore scientifico e programmi individualizzati caratterizzano così un sistema complesso che prevede l'interazione tra vari soggetti, all'interno di protocolli che contemplino una serie di trattamenti integrabili ed integrati, tra loro coordinati.

Il coordinamento e l'integrazione vanno considerati come un vero valore aggiunto indispensabile alla tenuta del sistema.

Il re-inserimento sociale stabile di persone tossicodipendenti rappresenta per essi una risorsa fondamentale: una possibilità concreta per aggiornare un cambiamento possibile attraverso un percorso riabilitativo/inclusivo e renderlo duraturo nel tempo.

D'altra parte, l'allargamento delle possibilità di inserimento sociale per persone che provengono da esperienze di disagio sociale rappresenta una risorsa anche per il contesto di riferimento che, re-integrandole, garantisce loro una possibilità di protezione e tutela che si estende alla stessa comunità sociale.

Modalità per l'erogazione delle risorse agli Ambiti Territoriali

La programmazione degli Ambiti Territoriali, per la prima annualità del triennio, dovrà essere mirata al sostegno dei progetti socio-formativi individualizzati delle persone in carico alle strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali del pubblico e del privato sociale.

Le modalità per accedere, in questa fase sperimentale e innovativa, alle risorse disponibili che saranno erogate successivamente con decreto dirigenziale del Settore Assistenza Sociale, sulla base delle richieste pervenute al medesimo Settore - Servizio 07 "Prevenzione del Rischio e Disagio", sono le seguenti:

- il numero dei progetti socio-formativi individualizzati da realizzare;
- la denominazione e la tipologia della struttura di accoglienza;
- l'indicazione del Comune in cui è ubicata la struttura.

Sarà cura del Settore regionale competente stabilire un criterio uniforme, condiviso con le realtà interessate, per l'assegnazione del contributo regionale a ciascun progetto individualizzato.

Gli Ambiti territoriali per erogare il contributo regionale dovranno acquisire per ogni progetto individualizzato:

- copia dell'impegnativa dell'ASL, o di altro provvedimento di un Ente pubblico (Ministero Giustizia, ...), per la persona tossicodipendente presa in carico;
- il progetto socio-formativo individualizzato condiviso con i referenti istituzionali ed i responsabili dell'attuazione del progetto;
- la relazione di monitoraggio e valutazione partecipata con cadenza trimestrale.

L'Ente pubblico o privato, gestore della struttura residenziale e semiresidenziale, redige il progetto individualizzato che trasmette all'Ambito territoriale su cui insiste la struttura di accoglienza. L'Ambito, a sua volta, provvederà all'erogazione

delle risorse qualora il progetto socio-formativo individualizzato preveda le seguenti attività:

- sostegno alla scolarizzazione e conseguimento di titoli di studio;
- sostegno ed orientamento alla formazione e al lavoro;
- accesso e accompagnamento ai servizi sociali;
- orientamento ed accompagnamento all'inserimento e/o al reinserimento lavorativo;
- attività ricreative e culturali, di socializzazione ed aggregazione, di costruzione di rapporti e relazioni sociali, attività sportive;
- accompagnamento della famiglia;
- supporto e accompagnamento per problemi legali;
- definizione e condivisione con la persona-utente del progetto socio-formativo;
- verifica del percorso.

Il medesimo progetto sarà inviato per conoscenza al Comune di residenza dell'utente, al fine di accompagnare il successivo reinserimento nel contesto socio-relazionale di appartenenza.

Per ogni progetto sociale individualizzato, così come previsto per gli interventi a titolarità regionale indicati nell'Allegato B alla DGRC 679/07, redatto secondo le predette modalità, si stabilisce un contributo forfetario di € 20 *pro die* per gli utenti in trattamento e presa in carico residenziale; € 15 *pro die* per i trattamenti e presa in carico semi-residenziale, a partire dall'adozione formale del presente atto e compatibilmente con le risorse previste. In ogni caso il contributo deve essere certificato dagli enti pubblici e privati per interventi non previsti da altri regimi di convenzione e/o altre fonti di finanziamento.

CAPITOLO III.8 PERSONE DETENUTE, INTERNATE O COMUNQUE PRIVE DELLA LIBERTÀ PERSONALE.

La Regione Campania “ospita” un numero rilevante di persone ristrette, ossia 5.300¹⁹. Prima del provvedimento di indulto, erano 7.500 le persone detenute nei 17 istituti di pena della Campania. A ciò vanno aggiunti circa 3.500 in misura alternativa alla detenzione, e i minori ristretti negli istituti di pena di Nisida e Airola. Circa 3.200 persone campane hanno quindi beneficiato del provvedimento, la cui notevole risonanza mediatica, ha suscitato reazioni scomposte e frammentarie in virtù anche di una mancata conoscenza del fenomeno. Bisogna quindi riflettere su alcuni dati.

La popolazione detenuta è composta, in larga parte da persone tossicodipendenti (33%) e immigrate (18%). Oltre il 60% di essa è detenuta nella fascia urbana di Napoli dove vi sono gli Istituti di Poggioreale, Secondigliano, Nisida. Si segnala l'esistenza di uno istituti di pena femminili più grandi di Italia, quello di Pozzuoli che ospita 78 detenute. Sono presenti anche due Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), ad Aversa e Napoli, dove sono internati rispettivamente 321 e 106 persone. Bisogna ricordare che molti degli internati nelle due strutture Opg si trovano in condizione di proroga della misura di sicurezza solo perché in assenza di strutture residenziali di accoglienza.

Negli Istituti penali minorili di Nisida ed Airola, invece, sono ristretti rispettivamente 37 e 22 minori.

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. In prospettiva quindi, se non si modificano alcune norme penali, c'è la possibilità che gli effetti del provvedimento si attenuino e si verifichi un nuovo sovraffollamento degli istituti di pena. E' necessario, quindi, nelle more di modifiche della normativa nazionale, approfittando del fatto che l'indulto ha riportato a normalità il sistema penitenziario, intervenire perché siano messe a sistema le azioni di intervento.

La detenzione è quindi un evento che riguarda circa 15.000 persone l'anno. In particolare colpisce le fasce deboli con problemi di dipendenza, redditi bassi e basso tasso di scolarizzazione.

E' necessario, quindi, considerate le dimensioni del fenomeno, articolare un sistema di politiche di intervento sociale che non siano di risposta alle emergenze. Si sottolinea che non bisogna creare una categoria di beneficiari di interventi sociali «ex detenuti», né tanto meno una di «indultati», ma che le persone una volta libere vanno inserite nelle aree di priorità esistenti a seconda del loro tipo di bisogno.

Azioni a titolarità regionale

La Regione Campania ha approvato, con delibera congiunta Sanità/Politiche Sociali, l'istituzione di un Fondo congiunto per progetti la cui titolarità spetta agli istituti di pena. La misura di tipo sperimentale ha visto come destinatari detenuti tossicodipendenti.

E' stata inserita nel d.d.l. “Legge sulla dignità e sulla cittadinanza sociale” l'area di priorità *persone detenute, internate e prive della libertà personale*. Nel piano sociale regionale sarà quindi inserita una specifica area di intervento.

¹⁹ Il dato riguarda le rilevazioni riferite al 31.12.2006.

Sono state individuate, con delibera di giunta 679 del 18.4.2007, pubblicata sul *Burc* 21 maggio 2007, risorse dedicate per azioni di titolarità regionale, in particolare per gli Ospedali psichiatrici giudiziari²⁰.

Azioni di titolarità degli Ambiti

Individuazione di una figura responsabile nell'Ufficio di piano dell'area carcere che possa essere referente della Regione e interlocutore delle direzioni degli istituti di pena e dell'Ufficio esecuzione penale esterna.

Inserimento degli Istituti di pena nei Piani di Zona, coordinandosi con il PAT delle Aziende Sanitarie competenti, prevedendo interventi di inclusione sociale, in prossimità del fine pena o durante l'esecuzione di una misura alternativa.

Progetti specifici di sostegno e integrazione sociale laddove sul territorio risiedano donne detenute con bambini in carcere. In questo caso è opportuno garantire strutture residenziali alternative per consentire alla Magistratura di sorveglianza la possibilità di concedere misure alternative al carcere. Bisogna assolutamente sostenere tutte le possibili forme di intervento volte ad evitare che anche ad un solo bambino debba vivere l'esperienza di esclusione del carcere.

Sostegno alle famiglie delle persone detenute, con particolare attenzione ai minori che vivono da subito, di riflesso, l'esperienza del carcere dal momento in cui si recano ai colloqui.

²⁰ Cfr. infra, cap. III.9.

CAPITOLO III.9 INTERVENTI E SERVIZI PER L'IMMIGRAZIONE

La Campania, regione in crescita per numero di immigrati, stima 136.359 presenze tra regolari e irregolari, di cui il 60,5% di donne ed il 39,5% di uomini. Le comunità straniere, portatrici di utilità sociale, economica, culturale e politica rappresentano, dunque, una risorsa specifica, costitutiva e strutturale (Cfr. Tab.1).

Tab.1 : Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2006 per provincia.

Provincia	Totale	Femmine	% Femmine
Napoli	43.550	26.313	60,4
Caserta	19.693	10.244	52
Salerno	19.282	10.649	55,2
Avellino	7.177	4.176	58,2
Benevento	2.917	1.813	62
Totale	92.619	53.195	

Fonte: Ns. elaborazione su dati ISTAT

Il processo d'inclusione deve essere trasformato da "sistema di servizi di attesa", che risponde a sollecitudini esterne, come quelle provenienti dai singoli immigrati o dalle Associazioni che intervengono nel settore, a "sistema di servizi pro-attivi", per rafforzare il sistema di *governance* con gli attori del territorio, operanti nel settore immigrazione.

S'intende costruire tale processo con azioni capaci di stimolare ed aggregare la domanda di interventi, di produrre un'efficace assistenza tecnica alla progettazione e all'implementazione dei progetti, nonché di sviluppare il monitoraggio e la valutazione dell'impatto sociale che l'insieme dei servizi produce sull'utenza di riferimento.

L'approccio che si deve attivare è, per queste ragioni, quello basato sulla stimolazione mirata delle capacità socio-culturali ed economico-imprenditoriali degli immigrati, al fine di produrre e rafforzare legami e reti territoriali miranti a garantire lo sviluppo umano. Sviluppo che, per estendersi e rafforzarsi, deve potersi coniugare con la stabilizzazione delle persone, con l'esercizio della democrazia e dei valori culturali condivisi, con la salvaguardia delle diversità e delle differenti modalità di vita, nel rispetto delle regole e dei beni comuni.

La Regione Campania partecipa al potenziamento di tale processo inclusivo, anche attraverso specifiche Linee d'indirizzo che struttura annualmente.

Quest'anno le Linee, nel rispetto della normativa vigente e dei principi legati al decentramento amministrativo, nonché in coerenza con il Programma Operativo Regionale 2007-2013, definiscono interventi concreti, paralleli e/o successivi, inseriti in un quadro di riferimento comune e organico, e finalizzati a:

- valorizzare gli strumenti della cooperazione e della progettazione integrata tra pubblico, privato sociale, comunità straniere;
- potenziare le risorse operative, al fine di realizzare il superamento delle difficoltà connesse alla condizione di immigrato, per favorire, nel mantenimento dell'identità culturale, il processo di incontro e convivenza nella comunità locale;
- sviluppare strumenti concreti per il riconoscimento dei diritti umani e civili;
- prevenire situazioni di emarginazione, frammentazione e ghettizzazione che minacciano l'equilibrio e la coesione sociale;

- accompagnare l'inserimento sociale e lavorativo dei cittadini immigrati, la loro rappresentanza e partecipazione alla vita pubblica, attraverso l'individuazione di modelli efficaci d'intervento, anche innovativi e sperimentali;
- privilegiare la realizzazione di servizi duraturi e continui;
- promuovere una maggiore consapevolezza delle opportunità e dell'arricchimento complessivo che il fenomeno migratorio conferisce alla società locale;
- incoraggiare lo scambio d'informazione, di esperienze e di buone prassi sul territorio;
- sostenere lo sviluppo di un associazionismo sociale che sappia collegarsi ed interagire con le istituzioni locali, al fine di conseguire un'azione territorialmente equilibrata e integrata;
- favorire le pari opportunità di genere e ogni utile iniziativa rivolta ai minori stranieri e ai minori non accompagnati.

Le Linee d'indirizzo individuano, tra gli altri, quali interlocutori privilegiati, gli Ambiti territoriali.

Questi ultimi avranno immediata comunicazione dell'approvazione della delibera di riferimento al fine di poter attivare le procedure necessarie per la presentazione di proposte d'intervento che intendono realizzare sul territorio di competenza.

Le azioni in questa direzione dovranno riguardare:

- interventi volti all'inserimento socio-economico, capaci di prevenire forme di discriminazione degli stranieri per agevolare la fruizione dei diritti di cittadinanza. Interventi, dunque, mirati a garantire/tutelare l'accesso ai servizi sociali territoriali, all'istruzione degli adulti e dei minori, all'occupazione e alla formazione professionale e promuovere le pari opportunità, soprattutto per le componenti femminili e minorili;
- interventi volti a quelle fasce di popolazione straniera che per ragioni diverse vengono a trovarsi in condizioni di estrema vulnerabilità e, pertanto, in una condizione di rischio di emarginazione e di esclusione sociale ed economica. Si tratta di azioni volte a prevenire situazioni di grave disagio e a promuovere forme di reinserimento e di sviluppo umano.

E' importante rilevare, infine, che l'integrazione fra le politiche di promozione dei diritti di cittadinanza dei migranti e le complessive politiche di *welfare* della Regione Campania trova un suo contesto organizzativo-funzionale coerente nel passaggio dei Servizi regionali "Immigrazione" ed "Emigrazione" dall'Area 17 "Formazione e lavoro" all'Area 18 "Politiche sociali".

CAPITOLO III.10 SALUTE MENTALE

Nel d.d.l. “Legge sulla dignità e cittadinanza sociale”, come anticipato nelle precedenti Linee guida, è stata inserita tra le aree di intervento quella della «salute mentale».

A tale proposito è da sottolineare che alcuni Piani di Zona, presentati per la quinta annualità della 328/200, hanno già previsto l’area della “disabilità e salute mentale” e hanno programmato Centri diurni integrati tra servizi sociali e Dipartimenti di salute mentale della ASL territorialmente competente, tirocini formativi e/o borse lavoro, Gruppi appartamento e Comunità alloggio.

Infine, nella delibera di Giunta Regionale n. 679 del 18.04.2007, pubblicata sul BURC del 21 maggio 2007, in occasione del riparto del FNPS sono state previste 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.

In Campania sono presenti due Ospedali Psichiatrici Giudiziari che ospitano persone condannate ad una misura di sicurezza, che va da un minimo di due a un massimo di dieci anni, un meccanismo che fa sì che le persone entrate con una misura di due anni possano rimanere in OPG per decenni, indipendentemente dal reato commesso. Perciò si rende necessaria una rete territoriale di protezione sociale capace di rispondere ai bisogni complessi di queste persone, che sarà oggetto di successivi provvedimenti del Settore Assistenza Sociale.

La complessità dei bisogni delle persone con disagio mentale e l’aumento di questi disagi nell’area della popolazione giovanile, collegati con altre povertà immateriali, impone sempre di più un approccio di rete socio-sanitaria 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 nostre strategie di programmazione.

Il Piano Sociale Regionale, verso cui queste Linee tendono, dovrà sicuramente assicurare uno *standard* di Servizi dedicati e risorse finanziarie congrue al fine di poter dare risposte più adeguate ad un bisogno sempre più diffuso e complesso.

CAPITOLO III.11 RETE DI PRONTO INTERVENTO SENZA DIMORA. INTERVENTO CONTRO LA TRATTA DELLE DONNE.

La Regione Campania, in linea con una realtà sociale investita da intensi mutamenti quantitativi e qualitativi, considera il contrasto alle nuove povertà una

strategia di *welfare* regionale tesa alla promozione dei diritti di cittadinanza anche nei confronti di coloro che, per particolari situazioni di vita, non sono concretamente in grado di poterli esercitare al pari di altri.

Nell'ambito di questo impegno è necessario sviluppare e integrare la progettazione dei Piani Sociali di Zona dedicando un'attenzione particolare ad alcune fasce di popolazione caratterizzate da condizioni di multidimensionalità del disagio, per superare logiche di emergenza e di mero assistenzialismo.

A tal fine l'Assessorato alle Politiche Sociali ha impegnato € 1.000.000,00 per sostenere i servizi e gli interventi a favore delle persone senza dimora e per le donne vittime della tratta inserite in strutture di accoglienza residenziali.

Azione A - Le persone senza dimora -

Descrizione del fenomeno.

Gli studi sulle persone senza dimora non offrono dati aggiornati: il fenomeno si trasforma piuttosto velocemente e le caratteristiche delle persone coinvolte hanno subito un profondo mutamento, dovuto soprattutto ai fenomeni migratori e alle nuove povertà delle classi medie.

L'Istat registra la povertà relativa secondo parametri statistici e utilizzando campioni, come si usa fare normalmente nelle rilevazioni scientifiche.

Ma di questi campioni fanno parte individui "visibili", ovvero con un reddito leggibile, un'abitazione individuabile e con livelli di consumo misurabili.

Escono, invece, da queste rilevazioni tutte quelle persone che non hanno un'abitazione fissa e un reddito accertabile.

Risulta difficile "contare" i senza dimora. Il metodo più sicuro è il "censimento" direttamente in strada, ma in questo caso i dati nazionali più aggiornati risalgono al 2000 e si riferiscono alla rilevazione effettuata dalla *Commissione nazionale sulla povertà e l'esclusione sociale*, che registra un totale di 17.000 unità, in contrasto con i dati disaggregati a livello locale.

Dai dati raccolti dalla Caritas regionale²¹ risulta che in Campania il 13,9% su un totale di 866 persone, che si sono rivolte ai centri di ascolto, non ha una "dimora". Questo dato, anche se non statisticamente rappresentativo del fenomeno, risulta inferiore alla media nazionale stimata intorno al 24,6%. Queste ultime cifre, tuttavia, si riferiscono solo a quelli che frequentano dormitori, mense, docce, centri di ascolto, parrocchie. Ossia il circuito della povertà, come lo chiamano gli addetti ai lavori, di cui non fanno parte le moltissime persone che, per motivi diversi, vivono una vita assolutamente randagia.

Sono tante le storie che sfuggono alle statistiche e sussiste, inoltre, il pericolo di un forte aumento dei senza dimora.

Dall'analisi dei dati acquisiti sul reddito di cittadinanza risultano in Campania n.1934 persone senza dimora, così distribuiti sul territorio regionale: Avellino 320 - Benevento 32 - Caserta 392 - Napoli 872 - Salerno 318.

Ma chi sono queste persone? Cosa sappiamo realmente di loro? L'iniziale stereotipo del *clochard* visto come "diverso" perde quota nella rappresentazione sociale collettiva quando la platea che si incontra in strada risulta fortemente variegata e particolarmente esposta all'esclusione e alla grave marginalità sociale.

²¹ cfr. Dossier regionale 2005 sulle povertà in Campania

Alcune ricerche evidenziano che le persone senza dimora sono coloro che hanno perduto nel tempo i legami sociali significativi, che si trovano in precarie condizioni materiali di esistenza e che hanno abbandonato l'uso prevalente dell'abitazione.

Rotture biografiche più o meno grandi hanno contraddistinto l'esistenza di queste persone: dalla morte di un figlio alla separazione coniugale, dal vizio del gioco a quello dell'alcol e della droga, da drammi con la giustizia alla perdita del lavoro. Piccoli o grandi drammi che hanno contribuito passo dopo passo a far intraprendere al soggetto una spirale senza fine, una "carriera" che comincia con l'annullamento dei legami familiari, poi con quelli amicali, fino ad arrivare a trovarsi in fila alla mensa per mangiare un pasto caldo o a improvvisare un giaciglio di fortuna dove trascorrere la notte.

La perdita di una rete di sostegno familiare e sociale porta un soggetto svantaggiato a diventare una persona senza dimora; quindi, è necessaria una rete di sostegno territoriale per garantire bisogni essenziali di assistenza sociale.

Azione B - donne vittime della tratta ex art. 18 T.U. sull'immigrazione n.286/98- Descrizione del fenomeno.

A partire dalla fine degli anni '80, i flussi migratori in Campania iniziano ad intrecciarsi con il fenomeno della prostituzione migrante ed in particolare con quello del traffico di esseri umani a fini dello sfruttamento sessuale. In tale intreccio si inserisce quasi subito la criminalità organizzata, che, adottando una logica imprenditoriale e tenendo conto dei processi di globalizzazione, ha diversificato le sue attività e i suoi investimenti. Si è creato così un nuovo mercato criminale: quello del traffico degli esseri umani. La criminalità organizzata ha assunto un carattere transnazionale ed ha messo in campo parte dei suoi ingenti capitali, dei suoi uomini, mezzi e relazioni, per offrire servizi ai migranti che intendono lasciare il loro paese di origine (*smuggling*) o per reclutare persone, in particolare giovani donne e bambini, al fine di ridurli in uno stato di schiavitù, per sfruttarli successivamente nei mercati della prostituzione, del lavoro forzato, dell'accattonaggio e nel traffico di organi umani (*trafficking*).

Il filone dello sfruttamento della prostituzione è senz'altro il più rilevante che, negli ultimi quindici anni, ha assunto una consistenza e una visibilità sociale di particolare gravità. Il fenomeno si trasforma continuamente, non solo in termini quantitativi, ma soprattutto qualitativi.

Infatti, se dalla fine degli anni novanta ai primi anni del 2000, la prostituzione era prevalentemente una prostituzione di strada, di genere femminile che coinvolgevano per lo più la comunità delle donne nigeriane, seguita da quella albanese, oggi tale fotografia non ci rimanda più la reale situazione che è presente sul territorio campano.

Di fatto i mutamenti sono stati notevoli, in quanto il fenomeno prostituzione coinvolge non solo donne ma anche maschi e, in particolare, minori stranieri. La strada non è più il luogo privilegiato di esercizio per diverse ragioni, che vanno dal sottrarre alla donna qualunque *chance* di contatto o relazione, che non sia esclusivamente quella che può intrattenere con il cliente, alle più frequenti retate delle forze dell'ordine e, non ultimo, alla presenza ormai consolidata sul territorio dei progetti ex art. 18, che vengono percepiti come "minaccia" concreta dai protettori, parte del fenomeno prostituzione si è trasferito dalla strada a luoghi chiusi quali appartamenti e locali notturni. La legislazione italiana in materia si presenta tra le più efficaci e complete a livello europeo. L'obiettivo generale della

lotta ai trafficanti, infatti, è perseguito attraverso una severa legislazione penale ed anche tramite l'individuazione delle vere e proprie vittime, per incoraggiarne l'emersione e assicurarne la tutela.

A livello nazionale, l'importanza che viene attribuita all'opera di prevenzione è in particolare testimoniata dalla recente adozione della legge 228 del 2003 "Misure contro la tratta delle persone", che recepisce le indicazioni contenute nel protocollo di Palermo delle Nazioni Unite, configurando il traffico degli esseri umani come una specifica ed autonoma ipotesi di reato, ridefinendo le fattispecie criminose connesse alla riduzione in stato servile.

Per quanto attiene alla tutela delle vittime, la legge n. 228/2003 sostiene l'applicazione dell'art. 18 del Decreto Legislativo 286/98 nota come Legge "Turco-Napolitano" che, già confermato dalla L. 189/2002 nota come Legge "Bossi-Fini", ha introdotto uno dei più efficaci dispositivi di protezione delle vittime, utile nel frattempo all'attività di contrasto, realizzando un originale "doppio binario" d'accesso ai servizi di protezione che non ha eguali in Europa.

L'impostazione dell'art. 18 del Testo Unico sull'immigrazione è mantenuta, coerentemente, dalla L. 228/2003 acquistando, quindi, ulteriore centralità nel progetto complessivo di individuazione delle ipotesi di sfruttamento, proteggendo le vittime e reprimendo gli sfruttatori.

Il fenomeno della tratta e della riduzione in schiavitù a scopo di sfruttamento sessuale è un problema che investe anche la regione Campania, ed in particolare la città di Napoli (la zona della stazione centrale e la parte situata nell'area nord-occidentale) con le sue province (Giugliano, Afragola ecc.) e la provincia di Caserta (in particolare il litorale Domitio che va da Castel Volturno e comuni vicini). Nella Città di Napoli il fenomeno coinvolge circa 400 persone (donne, uomini e minori) e nella provincia di Caserta circa 300 persone.

Dalla letteratura sull'argomento²² si evince che le comunità di origine delle donne che vengono "prostituite", cioè che subiscono imposizioni dirette e indirette che configurano quindi una violenza, in Campania sono prevalentemente quelle della Nigeria, dei paesi dell'Est Europa (Albania, Moldavia, Macedonia, Bulgaria, Romania, Russia) e, per quanto riguarda la sola città di Napoli, quella del Maghreb. Diverse provenienze che portano con sé differenti modalità e livelli diversi di sfruttamento, differenze nei progetti e nei modelli migratori. La prostituzione minorile nasce da una situazione di degrado sociale, economico e culturale delle famiglie dei minori coinvolti.

Tale situazione induce, molto spesso, il minore a lavorare in strada come lava-vetri o in diverse forme di accattonaggio, sia perché spinto dalla famiglia che è presente sul territorio (in particolare questo riguarda i minori *rom*), sia perché rientra nel progetto migratorio del minore straniero solo (è il caso dei minori provenienti dall'area del Maghreb). La strada è il luogo in cui, per la prima volta, questi minori vengono in contatto con l'adulto cliente.

Diverse, invece, sono le modalità di coinvolgimento delle minori femmine, praticamente identiche a quelle delle loro connazionali adulte.

I minori stranieri, maschi e femmine, coinvolti nel circuito della prostituzione nella sola città di Napoli sono oltre 95. Di essi i maschi provengono prevalentemente dalla Romania e dal Marocco, con una fascia di età che varia dai 10 ai 17 anni; le

²² *Maria, Lola e le altre in strada...*, a cura di A. MORNIROLI, Intra Moenia, Napoli 2003; A. PICCIOLINI, *I colori della notte...*, a cura di F. CARCEDI, Franco Angeli, Milano, 2000; Rapporto di ricerca Regione Campania Progetto interregionale "Vie d'uscita".

ragazze sono prevalentemente rumene, albanesi e nigeriane con un'età che varia dai 13 ai 17 anni.

L'area del casertano, in modo particolare quella del litorale domizio, oltre ad essere tra i primi territori ad aver conosciuto il fenomeno della prostituzione migrante, è ancor oggi quella dove lo stesso si presenta con una consistenza numerica più rilevante rispetto alle altre zone della regione, nonché per quel che concerne la presenza stabile di nuclei, più o meno organizzati, di controllo del traffico e delle attività criminali ad esso connesse.

Tale fenomeno, comunque, non interessa ad oggi, la sola provincia di Caserta, ma è andato diffondendosi in modo rilevante, a volte con forte visibilità, anche in altre zone della regione, in particolare nella città di Napoli e in quasi tutta la sua provincia, nonché ad alcuni territori del Salernitano.

L'impegno a contrastare la logica di sfruttamento e dell'abuso deve coinvolgere tutti, pubbliche amministrazioni, forze organizzate, singoli cittadini, intrecciando una rete di protezione sociale che sia il più vicina possibile alle persone in difficoltà e a rischio negli aspetti concreti della quotidianità, al fine di promuovere e tutelare fondamentali ed inalienabili diritti umani.

Sulla base di tale indirizzo, si è andato sviluppando negli ultimi anni anche l'impegno della Regione Campania attraverso azioni di sistema, con la promozione e la partecipazione a ricerche ed analisi sul fenomeno, sia a scala regionale sia a livello nazionale ed europeo; inoltre sono state attivate iniziative di accompagnamento e supporto ai progetti ed agli interventi già avviati in ambito regionale. In particolare, la Regione oggi è capofila ed ente proponente del progetto "Fuori tratta", finalizzato a coordinare ed implementare le progettazioni collegate all'art.18 che in questi anni erano state attivate a Napoli e nelle province di Caserta e Salerno.

Modalità per la erogazione delle risorse agli Ambiti Territoriali

La programmazione degli Ambiti territoriali, per la prima annualità del triennio, dovrà essere mirata al sostegno di interventi e servizi a favore delle persone senza dimora e per le donne vittime della tratta attraverso la metodologia dei programmi individualizzati di autonomia ed emancipazione personale, con particolare attenzione al sostegno delle politiche di accoglienza nelle diverse forme e tipologie in cui la stessa si realizza (primaria, secondaria, residenziale, di protezione e fuga, ecc.).

Le modalità per accedere, in questa fase sperimentale e innovativa, alle risorse disponibili che saranno erogate successivamente, fino all'esaurimento delle stesse, sulla base di specifici indicatori individuati in seguito all'analisi delle schede appositamente predisposte, allegate alle presenti Linee Guida, compilate dai Distretti Sociali interessati, in collaborazione con gli Enti pubblici e del privato sociale attuatori delle attività, ed inviate al Settore Assistenza Sociale - Servizio 07. Dato il carattere fortemente sperimentale e innovativo della misura, lo stesso Servizio fornirà un'azione di supporto e consulenza agli Ambiti interessati, per l'individuazione delle destinatarie, degli interventi da porre in essere, la progettazione e il monitoraggio dei programmi individualizzati.

Sarà cura dei Comuni capofila individuare, nell'Ambito territoriale di riferimento, strutture e servizi presenti sul territorio, gestiti dal pubblico e dal privato sociale, che saranno destinatari del contributo per:

Azione A) Persone senza dimora

- Sviluppare e integrare i servizi di pronta accoglienza e gli interventi a bassa soglia (posti letto, pasti, docce, lavanderie, cambi di guardaroba) per le persone senza dimora in situazione di estrema povertà, mirati ad offrire garanzie minime di qualità della vita, nonché percorsi di inserimento socio-educativi.

Azione B) Donne vittime della tratta (ex art. 18 T.U. immigrazione)

- Miglioramento e potenziamento di servizi per le donne vittime della tratta, ospiti in strutture residenziali di accoglienza gestite dal pubblico e dal privato sociale, questi ultimi con competenze certificate e che utilizzano quale metodologia programmi individualizzati di autonomia ed emancipazione personale. Le destinatarie degli interventi saranno le donne inserite nei programmi di protezione, così come definiti dall'art.18, e/o la cui presa in carico è assicurata dagli enti locali o dai soggetti del privato sociale iscritti all'apposito Registro Ministeriale.

Le azioni da realizzare saranno oggetto di verifica partecipata, intermedia e finale, tra gli attori istituzionali e quelli del privato sociale.

CAPITOLO III.12 DIRITTI DI CITTADINANZA DEI BAMBINI ROM E DEI MIGRANTI

Premessa

L'immigrazione e il nomadismo per ragioni storiche, economiche e sociali stanno diventando le nuove povertà della società globalizzata.

A tal proposito, l'Assessorato alle Politiche Sociali ha impegnato € 1.200.000,00 del FNPS per sedimentare buone pratiche e percorsi di inclusione sociale rivolti a bambini rom e migranti in territori a forte impatto di presenza di questo specifico *target* di popolazione.

Descrizione del fenomeno

Secondo i dati raccolti, pubblicati annualmente da *Caritas/Migrantes nei Dossier sull'immigrazione*, la Campania si colloca al settimo posto tra le regioni italiane per presenza di migranti. Circa la distribuzione territoriale, la provincia di Napoli, con una stima di 70.134 stranieri, pari al 54,9% del totale campano, è al primo posto. Seguono le province di Caserta con 24.450 migranti pari al 19,9%, Salerno con 21.181 presenze ed una percentuale del 16,5%, Avellino con 7.999 ed una percentuale del 6,2%, Benevento con 3.285 presenze e relativa percentuale del 2,5%. Tantissime le aree geografiche di provenienza dall'Europa centro orientale (42,3%), dall'Africa (18,9%) e dall'Asia (16,9%).

Seguono le nazioni dell'Unione europea con 11,9%, soprattutto Polonia, e le Americhe con il 10,6%; quasi del tutto irrilevante la presenza di cittadini originari dell'Oceania con una percentuale dello 0,5%.

Le nazioni dalle quali provengono più numerosi i cittadini stranieri residenti in Campania sono: Ucraina, Polonia, Marocco, Cina popolare, Albania, Sri Lanka e Romania.

In Campania su una stima di **minori stranieri** di 10.271 unità, quelli che frequentano la scuola, secondo il MIUR sono 4.303, secondo la Direzione Scolastica Regionale 3.885. Resta inconfutabile il fatto che, in appena un decennio, sono più che centuplicati: erano due o tre decine nel 1993, sfiorano oggi quota 4.000.

Alle materne risultano iscritti 605 bambine e bambini (15,5%), alle elementari 1.806 (46,4%), alle medie 1.041 ragazzi e ragazze (26,7%), alle superiori 433 (11,4%). Appartengono a ben 80 nazionalità diverse, arrivano in gran parte dai Paesi Africani ma anche dall'Europa orientale, dalla Cina, dalle Filippine e dal Sud America.

L'incremento maggiore nelle iscrizioni si registra nella periferia di Napoli e nel casertano.

Nei processi migratori la presenza di minori testimonia la tendenza alla stabilizzazione e la cartina al tornasole per analizzare il processo di integrazione nel nuovo contesto, ma anche una sfida per la società d'accoglienza che è chiamata a verificare i propri servizi e le modalità operative. Vi sono minori che frequentano la scuola con profitto e successo e poi vi sono gli adolescenti che fanno lavori poco qualificati e pesanti, senza le più elementari norme di sicurezza, che vivono in ambienti malsani o altri minori che fanno parte di nuclei familiari irregolari multiproblematici o sono figli di madri sole, spesso provenienti dal mondo della prostituzione e privi di riferimenti territoriali significativi.

Ma di queste problematiche le statistiche non trattano mentre si sa molto di più dei minori "non accompagnati".

Con la definizione di "**minore straniero non accompagnato**", si intendono minori che entrano e soggiornano in Italia senza essere accompagnati da persona adulta,

per loro responsabile, in base alle leggi o alle consuetudini e senza aver ottenuto le autorizzazioni necessarie a tal fine; così come diventa sempre più necessario intervenire per la protezione sociale dei bambini e ragazzi stranieri, costretti da adulti, in attività di accattonaggio, commercio abusivo o lavori illegali.

Gli unici dati disponibili a livello nazionale confluiscono nella banca dati del Comitato per i minori stranieri, istituito in base all'art.33 del T.U. sull'immigrazione n. 286/98, con il compito specifico, tra gli altri, di censire le presenze di questi minori.

I dati raccolti dal Comitato riguardano, perciò, i minori segnalati, poiché entrati in contatto con qualche struttura o servizio del territorio e, quindi, pur nella significatività delle rilevazioni, i dati non possono essere considerati esaustivi del fenomeno, in quanto manca la componente sommersa che permane nella clandestinità. Le rilevazioni del marzo 2006 registrano 6.358 minori segnalati.

Per quanto riguarda le aree geografiche prevalenti dei minori che giungono in Italia sono principalmente la Romania (37,5%), il Marocco (20,4%) e l'Albania (16%), ma non mancano ragazzi e ragazze che provengono dall'Afghanistan e dall'Africa subsahariana.

L'80% dei minori migranti sono maschi e con un'età compresa tra i 15 e i 17 anni, ma vi sono anche minori di 11-12 anni e perfino di 7 anni.

Questo dato, anche se segnala una leggera flessione rispetto al 2004, anno in cui furono registrati circa 7.000 minori stranieri secondo le associazioni che si occupano del fenomeno, sottostima il reale numero di presenze in stato di clandestinità²³. I minori non accompagnati giungono in Italia dopo giorni o mesi di viaggio, in condizioni fisiche e psicologiche precarie, il che rende più problematico il loro impatto con un ambiente e una cultura diversi da quella di provenienza, tenuto anche conto della mancanza di riferimenti affettivi.

Alcuni sono stati vittime di persecuzione nei paesi di origine e giungono in Italia in cerca di protezione. Tra questi vi sono anche minori che sono fuggiti dal loro Paese per non essere coinvolti come vittime o combattenti in conflitti armati.

Per quanto riguarda i **Rom/Sinti**, secondo un censimento svolto e pubblicato dall'Opera Nomadi, si stima una presenza in Campania di circa 3000. Esistono due gruppi fondamentali di Rom italiani: i Rom cilentani, diffusi soprattutto nel Salernitano e i Rom napoletani (o napulengre) che vivono a Napoli e provincia.

Vi sono poi Rom provenienti dalla ex Jugoslavia, concentrati soprattutto a Napoli e provincia, ma gruppi numerosi esistono anche nella provincia di Caserta e di Salerno e piccoli gruppi a Benevento ed Avellino.

Le loro condizioni abitative sono quasi dappertutto molto precarie (baraccopoli), con alcune significative eccezioni come i campi attrezzati di Secondigliano e Caivano.

A causa della perdita dei mestieri e del bassissimo livello di scolarizzazione (spesso i bambini non superano la quinta elementare) sono quasi del tutto fuori dal mercato del lavoro. Episodi di razzismo anche violento ed ogni tipo di abuso nei loro confronti sono all'ordine del giorno, basti pensare all'incendio dei campi Rom a Scampia.

²³ Cfr. Dossier Statistico Immigrazione 2004 della Caritas/Migrantes.

La situazione dei Rom di recente immigrazione dai paesi dell'Europa dell'est è poi aggravata dalla confusa situazione dei loro documenti di riconoscimento.

Difficile risulta la stima sui minori rom in tutta la regione, anche per l'elevato tasso di evasione scolastica.

In tale contesto nasce l'esigenza di rafforzare la rete di sostegno e le politiche di interazione e partecipazione diretta, volte all'inclusione sociale dei bambini Rom e migranti, specie in quei territori dove il fenomeno si concentra maggiormente.

La programmazione degli Ambiti Territoriali, per la prima annualità del triennio, dovrà essere mirata a sedimentare buone pratiche e percorsi di inclusione sociale rivolti a bambini rom e migranti in territori a forte impatto di presenza di questo specifico *target* di popolazione.

Sarà cura dei Comuni capofila individuare, nell'Ambito Territoriale di riferimento, strutture e servizi presenti sul territorio, gestiti dal pubblico e dal privato sociale, saranno destinatari di risorse e/o interventi di coordinamento, le cui caratteristiche e tipologie saranno definite con successivi atti del Settore. Le azioni più importanti dovranno essere le seguenti:

Azione A) bambini migranti e "minori stranieri non accompagnati":

- miglioramento e potenziamento dei servizi per bambini migranti;
- miglioramento e potenziamento dei servizi già esistenti di pronta accoglienza e interventi a bassa soglia per minori non accompagnati in situazione di estrema povertà, nonché percorsi di inserimento socio-educativi.

Azione B) bambini ROM:

- sviluppare e integrare servizi e interventi attivando le necessarie integrazioni con la formazione scolastica e/o professionale per valorizzarne le capacità e le risorse personali.

Le azioni da realizzare saranno oggetto di verifica partecipata, intermedia e finale, tra gli attori istituzionali e quelli del privato sociale.

CAPITOLO III.13 EMIGRAZIONE

Il Settore preposto ai problemi migratori, oltre che all'impegno profuso in favore della popolazione immigrata sul territorio regionale, è impegnato in ugual modo anche alla promozione di attività a favore dei cittadini campani residenti all'estero e/o di ritorno in regione.

Le politiche per l'emigrazione campana sono da collocarsi in una più ampia prospettiva che le vede come potenziali elementi di sviluppo del nostro contesto economico e sociale. Nel loro ambito il Settore ha individuato due linee strategiche: la prima è costituita dall'attivazione di un percorso virtuoso, che dia all'Emigrazione un ruolo di primo piano nelle possibilità di sviluppo regionale. E', infatti, sempre evidente che creare rapporti di scambio con paesi esteri è essenziale per la nostra economia, il futuro della crescita passa necessariamente attraverso l'internazionalizzazione e la diffusione dei prodotti.

In questo senso i soggetti dell'Emigrazione rappresentano degli agenti di sviluppo ideali per promuovere i prodotti campani e per attivare relazioni economiche stabili e durevoli. Intenzione del Settore, in sintonia con il servizio Emigrazione, è di realizzare attività finalizzate a legittimare il ruolo di "nodi di sviluppo" dei nostri emigrati e valorizzare il capitale non solo umano ma anche culturale ed economico di cui i nostri emigrati sono portatori.

In questa prospettiva si collocano interventi di promozione delle attività economiche e di impresa dei nostri emigrati ma anche, e soprattutto, si favoriscono le reti di accordo economico tra i cittadini campani ed emigrati.

Direttamente connessa a questa priorità vi è l'esigenza di sostenere la promozione della cultura campana. Per rendere strutturali le relazioni è necessario che anche le successive generazioni di campani conoscano il paese di provenienza dei loro parenti, facendo in modo che essi siano sempre più padroni della lingua e della cultura italiana, con particolare riferimento a quella campana. Ciò farà sì che diventi sempre più stretto il legame col paese d'origine creatosi col sistema di comunicazione e di trasporti moderni.

Le principali attività da realizzare per il raggiungimento degli obiettivi preposti sono qui appresso indicate:

1. **Contributi di sostegno alle associazioni ed alle federazioni iscritte al registro regionale con sede all'estero (L.R. 2/96, art. 28):** contributi per attività ordinarie programmate dalle stesse associazioni o federazioni.
2. **Contributi e finanziamenti di progetti finalizzati alla valorizzazione delle competenze e delle risorse comunitarie alle associazioni iscritte al registro regionale con sede all'estero ed in Campania (L.R. 2/96, art. 28) o proposti dallo stesso assessorato.**
3. **Rafforzamento dei legami con le comunità residenti all'estero:**
 - a. azione 1 - Incontri con le comunità all'estero;
 - b. azione 2 - Soggiorno terza età e per giovani.
4. **Attività di concertazione con le Province ed i Comuni campani:**
 - a. azione 1 - Ottimizzazione degli interventi sulle tematiche migratorie
5. **Interventi di sostegno agli emigrati che rientrano definitivamente in Campania:**

- a. azione 1 - Interventi di assistenza al rientro (art. 19 - L.R. 2/96)
 - b. azione 2 - Interventi di incentivazione alle attività produttive (art. 20 - L.R. 2/96)
 - c. azione 3 - Liquidazione contributi non erogati per mancanza fondi (art. 19 - L.R. 2/96) anno 2001
- 6. azioni di sistema per il funzionamento della Consulta Regionale per l'Emigrazione:**
- a. azione 1 - Attività della Consulta Regionale
 - b. azione 2 - Interventi diretti dell'Assessora.

La progettazione generale del Servizio farà riferimento alle emanande Linee Guida triennali per i campani nel mondo anno 2008 - 2010.

PARTE IV

DALLA PROGETTAZIONE ANNUALE ALLA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE: MODALITÀ DI PRESENTAZIONE

CAPITOLO IV.1 LE PROCEDURE PER LA PRESENTAZIONE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA TRIENNALE

Il Piano Sociale di Zona triennale può essere presentato al Settore Assistenza Sociale della Regione Campania a partire dalla data di pubblicazione delle Linee Guida triennali ed entro il **16 ottobre 2007**, con la definizione di tutte le scelte strategiche afferenti all'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale della rete dei servizi e alle politiche di intervento. Si precisa che per i Piani Sociali di Zona che saranno presentati oltre il **16 ottobre**, il Settore Assistenza Sociale non potrà assicurare l'erogazione delle risorse nell'esercizio finanziario 2007.

La documentazione da allegare al Piano è la seguente:

- a. **Deliberazione di Consiglio Comunale** di adozione del Piano Sociale di zona da parte del Comune Capofila, in copia conforme all'originale: è possibile presentare anche solo la Delibera di Giunta Comunale di proposta al Consiglio e trasmettere successivamente, e comunque entro quattro mesi dalla presentazione del Piano, la Deliberazione di Consiglio Comunale;
- b. **Accordo di Programma**, in copia conforme, per il triennio 2007-09 sottoscritto da tutti i Comuni dell'Ambito Territoriale; la sottoscrizione da parte di altri Enti (A.S.L., Distretto Scolastico, ecc...) può realizzarsi e quindi essere trasmessa anche successivamente, e comunque non oltre quattro mesi successivi alla trasmissione del Piano;
- c. **attestazione dell'impegno di co-finanziamento minimo € 5,00** per abitante da parte del Comune Capofila e riferita all'intero ambito;
- d. **relazione sui servizi attivati nel 2006** per aree prioritarie di intervento e per macrotipologie di servizi (da includere all'interno del piano sociale di zona) con relativa scheda offerta di monitoraggio dei servizi 2006 (in solo formato digitale); le schede relative alla spesa sociale dei Comuni possono essere trasmessi anche successivamente, e comunque non oltre quattro mesi successivi alla data di presentazione del Piano;
- e. documentazione utile a dimostrare l'avvenuta **concertazione con le OO.SS. e il Terzo Settore** ai sensi dell'art. 3 della L. 328/00 (verbali dei tavoli di concertazioni, ecc...).

Si precisa che la documentazione sopraelencata è necessaria per la valutazione della congruità e della conformità del Piano Sociale di Zona che sarà data dal Settore Assistenza Sociale della Regione Campania entro i 20 giorni successivi alla presentazione dello stesso.

Il Piano Sociale di Zona dovrà essere consegnato nella sua versione integrale, completo di tutti gli allegati richiesti, corredato da una *check list* (che riporti quali documenti vengono consegnati ed in quale formato gli stessi sono disponibili), con le seguenti modalità:

- in duplice copia cartacea, con numerazione consecutiva e timbro del Comune Capofila su tutte le pagine del documento;
- in duplice copia in formato digitale, su cd rom, con un formato file che dovrà essere Word per Windows (versione 6.0 o superiori) per i testi, ed Excel per Windows (versione 6.0 o superiori) per le tabelle.

Tutti i provvedimenti amministrativi collegati al Piano Sociale di Zona devono essere allegati, e non inclusi nel PSDZ, **in copia conforme all'originale**.

Il Piano sociale di Zona dovrà essere presentato come **un unico documento** suddiviso in tre cartelle di lavoro rilegate:

- a. una cartella di lavoro denominata **“Piano di Zona 2007-09”** contenente i capitoli 1, 2 e 4 (in formato word); il titolo dei capitoli ed il contenuto deve corrispondere a quanto indicato nell’indice di Piano di Zona riportato alla fine del presente capitolo;
- b. una cartella di lavoro denominata **“Capitolo 3 ambito”** contenente il Capitolo 3 del Piano di Zona, con i seguenti file in formato *excel*, di cui è stato fornito il modello in allegato delle presenti Linee Guida:
 - tavv. 3.1 - 3.2 - 3.3 per la programmazione finanziaria 2007
 - tavv. 3.4 - per la programmazione finanziaria dei residui
 - tav. 3.7 per la programmazione socio-sanitaria;
 - tavola relativa al riallineamento finanziario;
- c. una cartella di lavoro denominata **“Programmazione Risorse Regionali”** contenente le schede di progetto facenti capo alle risorse assegnate dalla Regione agli ambiti per gli interventi ex L.R. 21/89, L.R.11/84, L.R. 8/04, e una copia delle schede finanziarie 3.1, 3.2 e delle schede 3.3 per le aree di intervento interessate;
- d. una cartella di lavoro denominata **“Allegati ambito”** contenente tutti gli allegati che si sarà ritenuto opportuno aggiungere al documento di programmazione (tranne i documenti relativi ai provvedimenti amministrativi).

CAPITOLO IV.2 L'AGGIORNAMENTO ANNUALE DEL PIANO TRIENNALE.

Durante il triennio gli Ambiti Territoriali provvederanno ad aggiornare i propri Piani Sociali di Zona in considerazione dei successivi atti programmatori finanziari. A tal fine i Comuni Capofila potranno presentare un documento di aggiornamento, le cui scadenze, anche nelle more dell'approvazione del d.d.l. sulla "dignità e la cittadinanza sociale", saranno definite con successivo atto dirigenziale che dovrà includere:

1. l'evoluzione degli assetti organizzativi degli Ambiti, con riferimento alle modalità associative tra gli Enti costituenti l'Ambito, alle procedure per garantire la partecipazione del Terzo Settore e delle OO.SS. alla costruzione e gestione del sistema integrato di servizi sociali, agli strumenti per il controllo della qualità dei servizi. Devono essere comunicate anche eventuali modifiche dell'Ufficio di Piano;
2. gli eventuali atti che sono stati prodotti dalla presentazione del Piano Sociale di Zona triennale alla data di presentazione dell'aggiornamento richiesto, con particolare riferimento a protocolli e/o accordi con Enti pubblici e privati, a regolamenti per l'accesso alle prestazioni, a carte dei servizi sociali adottate nel periodo;
3. l'elenco, suddiviso per aree tematiche, dei servizi e dei progetti presentati nel Piano triennale e attivati alla data di presentazione dell'aggiornamento, indicando per ciascuno di essi data di avvio, soggetto gestore, importo previsto per l'annualità di riferimento, secondo uno schema di dettaglio che sarà successivamente trasmesso;
4. eventuali modifiche delle schede progettuali presentate nel piano triennale rispetto a servizi non inclusi in quanto programmati successivamente o a servizi programmati per il triennio che si è deciso di sospendere;
5. elenco criptato dei progetti sociali individualizzati realizzati a favore dei cittadini diversamente abili gravi e anziani fragili (assistenza tutelare), secondo uno schema di dettaglio che sarà successivamente trasmesso.

APPENDICE AL CAPITOLO 4: L'INDICE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA TRIENNALE

Capitolo 1 - Il sistema di offerta dei servizi costruito nell'Ambito

- 1.1 Relazione sui servizi attivati nell'anno 2006 per aree prioritarie di intervento e per macrotipologie di servizi;
- 1.2 relazione sulla organizzazione dell'Ufficio di Piano, sul funzionamento del Coordinamento Istituzionale, sui servizi di segretariato sociale e sui servizi sociali professionali dei Comuni;
- 1.3 risultati conseguiti per l'integrazione socio-sanitaria;
- 1.4 attività di concertazione con le OO.SS. e il Terzo settore;
- 1.5 elenco cronologico dei regolamenti adottati dall'ambito territoriale (per l'organizzazione dei servizi, per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni, per la garanzia della qualità dei servizi e della partecipazione dei cittadini, ecc...) e gli effetti della loro implementazione (i regolamenti vanno solo citati, riportando gli estremi dei provvedimenti amministrativi di adozione, e non inclusi nel documento di Piano).

Capitolo 2 - Linee di sviluppo triennali per la programmazione dei servizi d'ambito

- 2.1 Le strategie prioritarie e gli obiettivi strategici per il triennio, con riferimento anche alle politiche di genere;
- 2.2 criteri utilizzati per la distribuzione del 70% delle risorse dedicate alle aree anziani e disabili attraverso la stesura dei progetti individualizzati;
- 2.3 servizi gestiti in forma associata nell'ambito territoriale: soggetti gestori, modalità di gestione, integrazione con gli altri interventi gestiti dai singoli comuni;
- 2.4 azioni di supporto alla gestione del Piano Sociale di Zona e Piano di Comunicazione Sociale dell'Ambito Territoriale;
- 2.5 l'integrazione tra azioni del Piano di Zona ed interventi promossi a valere su risorse comunitarie;
- 2.6 l'implementazione del sistema della presa in carico e dell'accompagnamento dei beneficiari del reddito di cittadinanza.

Capitolo 3 - La programmazione finanziaria

Tav. 3.1 - Il Piano finanziario di Ambito Territoriale, per area prioritaria e fonti di finanziamento;

Tav. 3.2 - il Piano finanziario per ogni Comune;

Tav. 3.3 - il piano finanziario per area prioritaria;

Tav. 3.4 - la programmazione finanziaria dei residui annualità precedenti;

Tav. 3.7 - il Piano finanziario delle attività socio-sanitarie integrate;

Tavola di Riallineamento finanziario.

Capitolo 4 - Le schede dei servizi

4.1 Le schede dei servizi previsti per il triennio (schema riassuntivo dei servizi per ogni area)

Gli allegati al Piano

- a. **Provvedimenti connessi all'adozione del Piano Sociale di Zona** (La delibera di adozione del Piano Sociale di zona da parte del Comune Capofila, l'accordo di programma sottoscritto da tutti i soggetti pubblici interessati, documentazione utile a dimostrare l'avvenuta concertazione con le OO.SS. e il terzo settore, attestazione dell'impegno di minimo € 5,00 per abitante da parte del Comune Capofila riferita all'intero ambito)
- b. **Allegati tecnici:**
- schede di rilevazione del *welfare* d'accesso;
 - scheda di rilevazione Azioni di sistema;
 - schede funzioni e composizione U.V.I.;
 - schede di rilevazione interventi relativi al Reddito di Cittadinanza (da consegnare entro il 31/01/08);
 - schede ricognizione strutture residenziali.
- c. **Altri allegati:**
- schede di rilevazione della spesa sociale dei Comuni dell'Ambito per il 2006 (Schede 4.1 e 4.2);
 - Protocolli di Intesa e Regolamenti adottati dall'Ambito (non devono essere allegati quelli che sono stati già trasmessi con i Piani Sociali di Zona relativi alla IV e V annualità).

ALLEGATI

ELENCO ALLEGATI

- Allegato 1: Componenti dell'Unità di Valutazione Integrata
- Allegato 2: Componenti dell'Ufficio di Piano 2007
- Allegato 3: Servizi Sociali Professionali 2007
- Allegato 4: Scheda Segretariato Sociale 2007
- Allegato 5: Prospetto programmazione di area
- Allegato 6: Scheda riassuntiva dei servizi programmati
- Allegato 7: Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi
- Allegato 8: Ricognizione Interventi per i Senza Dimora
- Allegato 9: Ricognizione Strutture di accoglienza residenziali per donne vittime della tratta (ex art. 18 T.U. 286/98)
- Allegato 10: Minori migranti residenti nell'Ambito territoriale e ricognizione servizi
- Allegato 11: Ricognizione Strutture di accoglienza residenziali per minori stranieri non accompagnati
- Allegato 12: Ricognizione aree attrezzate di sosta e residenziali per comunità ROM
- Allegato 13: Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04 - Scheda Referenti
- Allegato 14: Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04 - Scheda Indicatori di presa in carico
- Allegato 15: Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04 - Scheda Misure Accompagnamento art. 6, L.R. n. 2/04
- Allegato 16: Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04 - Interventi con accesso gratuito ai servizi sociali e socio-sanitari
- Allegato 17: Schede finanziarie (3.1, 3.2 gestione associata, 3.2 singoli comuni, 3.3, 3.4, 3.7)
- Allegato 18: Monitoraggio servizi attivi nell'ambito - anno 2006
- Allegato 19: Nomenclatore - Classificazione Interventi e Servizi Regione Campania
- Allegato 20: Schede per il Riallineamento

ALLEGATO 1
COMPONENTI DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA

AMBITO: _____ CAPOFILA: _____ N° COMUNI _____ ASL: _____ DISTRETTO/I _____

INDIRIZZO UFFICIO DI PIANO: _____ TEL: _____ FAX: _____ e-mail: _____

NOME E COGNOME	PROVENIENZA				RUOLO NEL PROPRIO ENTE Di PROVENIENZA	PROFESSIONE	QUALIFICA	DURATA INCARICO	h/SETTI M
	COMUNE CAPOFILA	ALTRO COMUNE	ASL	ESTERNO					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
9									
10									

N.B. Riportare almeno i nomi dei componenti stabili dell'UVI

FIRMA
COORDINATORE UDP

FIRMA
DIRETTORE DISTRETTO SANITARIO

DISTRIBUZIONE INTERNA DELLE FUNZIONI SVOLTE DAI COMPONENTI DELL'UVI

PROFESSIONALITA' DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA		VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE					AMM.NE			PROGETTO PERSONALIZZATO								MONITORAGGIO	
		ANALISI BISOGNI SOCIALI E SANITARI	RACCORDO DISTRETTO	RACCORDO ATTORI TERRITORIALI	RACCORDO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	RACCORDO FAMIGLIA-UTENTE	COORDINAMENTO	ATTI FORMALI	SEGRETERIA	STESURA P.P.	RESPONSABILE DEL CASO	VERIFICA P.P.	ANZIANI	DISABILI	MINORI	DIPENDENZE	AIDS	IMMIGRAZIONE	SISTEMA MONITORAGGIO
	Figura professionale																		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

NOTA BENE: Riportare le professionalità corrispondenti ai nominativi elencati nella scheda “componenti dell’Unità di Valutazione Integrata” e indicare con una ics la funzione (o le funzioni) svolte dal singolo componente

FIRMA
COORDINATORE UDP

FIRMA
DIRETTORE DISTRETTO SANITARIO

ALLEGATO 2
AZIONI DI SISTEMA
COMPONENTI DELL'UFFICIO DI PIANO 2007

AMBITO: _____ CAPOFILA: _____ N° COMUNI _____ ASL: _____ DISTRETTI _____

INDIRIZZO UFFICIO DI PIANO: _____ TEL: _____ FAX: _____ e-mail: _____

NOME E COGNOME	PROVENIENZA				RUOLO NEL PROPRIO ENTE Di PROVENIENZA	QUALIFICA PROFESSIONALE	RUOLO NELL'UDP	DURATA INCARICO	h/ SETT IM.
	COMUNE CAPOFILA	ALTRO COMUNE	ASL	ESTERNO					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

COORDINATORE

PRESIDENTE DEL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

DISTRIBUZIONE INTERNA DELLE FUNZIONI SVOLTE DAI COMPONENTI DELL'UFFICIO DI PIANO

COMPONENTI DELL'UFFICIO DI PIANO	PROGRAMMAZIONE						AMMINISTRAZIONE				GESTIONE									VALUTAZIONE				
	ANALISI PROBLEMI E BISOGNI SOCIALI	CONCERTAZIONE	STESURA PDZ	RACCORDO COORD. ISTITUZION.	RACCORDO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	FUND RAISING	GESTIONE CONTABILE	PROCEDURE AFFIDAMENTO	ATTI FORMALI	SEGRETERIA	SEGRETARIATO ANTENNE /	P. U. A.	U. V. I.	MINORI	RESPONS. FAMILIARI	ANZIANI	DISABILI	POVERTA'	DIPENDENZE	IMMIGRAZIONE	SISTEMA DI MONITORAGGIO	SISTEMA INFORMATIVO		
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								

N.B: Riportare i nominativi elencati nella scheda “componenti Uffici di Piano” e indicare con una X la funzione (o le funzioni) svolte dal singolo componente

COORDINATORE

PRESIDENTE DEL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

ALLEGATO 4
WELFARE D'ACCESSO
SCHEMA SECRETARIATO SOCIALE 2007

AMBITO: _____

CAPOFILA: _____

N° COMUNI _____

ASL: _____

DISTRETTO/I _____

RESPONSABILE DEL SECRETARIATO: _____

INDIRIZZO SEGRETEARIATO: _____

TEL: _____

FAX: _____

e-mail: _____

COMPONENTI DEL SEGRETARIATO SOCIALE 2007

	NOME E COGNOME	PROVENIENZA				RUOLO NEL PROPRIO ENTE Di PROVENIENZA	QUALIFICA PROFESSIONALE	RUOLO NEL SEGRETARIATO	DURATA INCARICO	h/ SETTI M.
		COMUNE CAPOFILA	ALTRO COMUNE	ASL	ESTERNO					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

FIRMA
COORDINATORE

FIRMA
PRESIDENTE DEL
COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

**DISTRIBUZIONE INTERNA DELLE FUNZIONI SVOLTE DAI COMPONENTI
DEL SEGRETARIATO SOCIALE**

COMPONENTI DEL SEGRETARIATO SOCIALE	INFORMAZIONE		ORIENTAMENTO AI SERVIZI				FILTRO DELLA DOMANDA			TUTELA DEI CITTADINI			PRESA IN CARICO						MONITORAG GIO DOMANDA			
	ACCOGLINZA DEL CITTADINO	PUBBLICIZZAZIONE DEI SERVIZI	ASCOLTO	ANALISI DELLA DOMANDA	AVVICINAMENTO AI SERVIZI	INVIO AI SERVIZI	RACCORDO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	ASCOLTO	ANALISI DELLA DOMANDA	SELEZIONE DELLA DOMANDA	INDIVIDUAZIONE DOMANDE INESPRESSE	ACCOGLINZA RICORSI	ACCOMPAGNAMENTO A SERVIZI	PRIMO COLLOQUIO	RIDEFINIZIONE DELLA DOMANDA	PRESA IN CARICO	ISTRUTTORIA PER U.V.I.	CASE MANAGEMENT	CONCERTAZIONE CON ALTRI SERVIZI	ACCESSO ALTRI SERVIZI (P.U.A.)	RACCOLTA DATI	INFORMATIZZAZIONE STRUMENTI E SCHEDE
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

FIRMA
COORDINATORE UdP

FIRMA
RAPPRESENTANTE DEL
COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

COMPONENTI DELL'ANTENNA SOCIALE 2007

ANTENNA DEL COMUNE _____

INDIRIZZO ANTENNA: _____

TEL: _____

FAX: _____

e-mail: _____

	NOME E COGNOME	PROVENIENZA				RUOLO NEL PROPRIO ENTE Di PROVENIENZA	QUALIFICA PROFESSIONALE	RUOLO NEL SEGRETARIATO	DURATA INCARICO	h/ SETTI M.
		COMUNE CAPOFILIA	ALTRO COMUNE	ASL	ESTERNO					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

(ripetere la presente pagina per ogni antenna)

FIRMA
COORDINATORE

FIRMA
RAPPRESENTANTE DEL
COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

**DISTRIBUZIONE INTERNA DELLE FUNZIONI SVOLTE DAI COMPONENTI
DELL'ANTENNA SOCIALE**

COMPONENTI DEL SEGRETARIATO SOCIALE	INFORMAZIONE		ORIENTAMENTO AI SERVIZI				FILTRO DELLA DOMANDA			TUTELA DEI CITTADINI			PRESA IN CARICO						MONITORAG GIO DOMANDA			
	ACCOGLINZA DEL CITTADINO	PUBBLICIZZAZIONE DEI SERVIZI	ASCOLTO	ANALISI DELLA DOMANDA	AVVICINAMENTO AI SERVIZI	INVIO AI SERVIZI	RACCORDO SERVIZI SOCIALI COMUNALI	ASCOLTO	ANALISI DELLA DOMANDA	SELEZIONE DELLA DOMANDA	INDIVIDUAZIONE DOMANDE INESPRESSE	ACCOGLINZA RICORSI	ACCOMPAGNAMENTO A SERVIZI	PRIMO COLLOQUIO	RIDEFINIZIONE DELLA DOMANDA	PRESA IN CARICO	ISTRUTTORIA PER U.V.I.	CASE MANAGEMENT	CONCERTAZIONE CON ALTRI SERVIZI	ACCESSO ALTRI SERVIZI (P.U.A.)	RACCOLTA DATI	INFORMATIZZAZIONE STRUMENTI E SCHEDE
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

FIRMA
COORDINATORE

FIRMA
RAPPRESENTANTE DEL
COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

ALLEGATO 5
Prospetto programmazione di area

Area

(da compilare per ogni area di programmazione)

Analisi del bisogno:

Obiettivi generali del triennio:

Servizi previsti per il triennio:

Risultati attesi:

ALLEGATO 6
Scheda riassuntiva dei servizi programmati

N° scheda progettazione di dettaglio servizi	Area prioritaria di intervento <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> Denominazione Servizi programmati (da nomenclatore)	Servizio in continuità	Servizio di nuova istituzione	Servizio in gestione associata (si/no)

ALLEGATO 7

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi - Ambito_____

Codice Area Intervento_____ (il codice deve corrispondere a quello indicato nelle schede 3.3)

Area di intervento: _____

Progetto a valere anche su¹

Risorse regionali anziani L.R. 21/89

Risorse regionali disabili L.R. 11/84

Risorse regionali L.R. 8/04

1 Informazioni generali

Nome del Servizio / progetto_____

Se il servizio è ad integrazione sociosanitaria indicare la tipologia LEA corrispondente_____

2 Tipologia di servizio

Cod (**) _____

Denominazione del servizio (**)

(**) *Prendere riferimenti corrispondenti dal Nomenclatore Allegato*

3 Soggetto titolare² ed enti coinvolti

¹ Questa voce va compilata inserendo apposite crocette solo se la scheda progetto fa riferimento ad interventi da realizzare con le risorse regionali (LL.RR. n. 21/89; 11/84; 8/04)

² Il Soggetto titolare dell'intervento è il soggetto beneficiario, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio/intervento, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi, che configurerebbero il soggetto attuatore.

Nota: *Distretto Sanitario; Comune capofila, nel caso in cui l'intervento/servizio abbia un'area di interesse sovracomunale; singolo Comune, nel caso in cui l'intervento/servizio abbia dimensione comunale.*

4 **Modalità di associazione eventualmente prevista tra i Comuni della zona per la gestione dell'intervento/servizio**

Nota: *Considerare tale punto solo per quegli interventi o quei servizi per i quali si prevede di attivare forme di associazione tra i Comuni interessati o tra Comuni e ASL. Indicare delega all'ASL, protocolli operativi per ADI, Consorzio di Comuni, Azienda Speciale, Istituzione Comunale, per le diverse forme di gestione eventualmente previste.*

5 **Tipologia di soggetto attuatore e modalità di affidamento**

GESTIONE DIRETTA
AFFIDAMENTO A TERZI
GESTIONE MISTA

Nota: *Specificare se il Soggetto titolare intende realizzare il/servizio/progetto direttamente oppure se il Soggetto titolare si avvarrà di soggetti terzi (in tal caso, per i servizi in continuità con l'annualità precedente, è necessario indicare il nome del soggetto gestore). Specificare se è stato predisposto un regolamento per l'affidamento del servizio e/o per l'istituzione di un Albo dei soggetti erogatori, da allegare al progetto.*

6 **Obiettivi**

Nota: *Descrivere qualitativamente e quantitativamente i risultati che si intende ottenere con l'intervento proposto.*

7 **Tipologia di utenza, numero e stima del bacino di utenza**

Nota: *Specificare se il servizio/intervento è rivolto ad un bacino di utenza dell'intero Ambito territoriale, distrettuale, di più comuni o di un singolo comune (In caso di assistenza domiciliare indicare gli standard assistenziali adottati*

N° maschi

N° femmine

8 Principali attività previste

Nota: *elencare nel dettaglio gli interventi/prestazioni. Nel caso in cui il servizio viene attuato in collaborazione con altri enti, specificare le modalità di integrazione per lo svolgimento delle attività (ruoli, funzioni, ecc...)*

9 Contenuti tecnici (regolamenti, metodologie adottate, strumenti di lavoro, ecc.)

Nota: *Indicare se il servizio è soggetto a forme di regolamentazione, la metodologia e gli strumenti che verranno adoperati, comprese le modalità per l'accesso al servizio. Per tutti quei servizi che prevedono la stesura del progetto individuale indicare strumenti e procedure per la valutazione dei bisogni degli utenti.*

10 Durata complessiva del servizio e principali fasi del lavoro

Indicare il numero totale di mesi di attuazione del servizio e la stima del monte ore mensile previsto per ogni anno

11 Spesa totale prevista e distinta per fonti di finanziamento

Fonti di riparto	Importo
FNPS	
L.R. 21/89	
L.R. 11/84	
L.R. 8/04	
Fondi compartecipazione comunale	
Fondi ASL	
Fondi per il riallineamento	
Altro (POR, risorse private)	
TOTALE	

12 Localizzazione del servizio/progetto

Nota: Nel caso di progetti in continuità con annualità precedenti o di strutture residenziali e semiresidenziali, indicare sempre l'indirizzo e il recapito telefonico della sede operativa del servizio.

13 Referente istituzionale del servizio / progetto

NOTA: indicare sempre il nome del Referente Istituzionale. Il Responsabile Tecnico del Servizio / Progetto va indicato nella tabella operatori.

14 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio / progetto

Vanno inseriti nella tabella seguente gli operatori che attuano il servizio; nell'ente di appartenenza va indicato l'ente da cui dipendono gli operatori.

<i>Profilo professionale</i>	<i>N° unità</i>	<i>Tipologia rapporto di lavoro</i>	<i>Impegno temporale previsto mensile</i>	<i>Costo orario previsto</i>	<i>Ente di appartenenza (se terzo settore indicarne la tipologia)</i>

15 Eventuali forme di integrazione con servizi sanitari

Nota: Specificare se l'integrazione riguarda le risorse finanziarie, il livello istituzionale, il livello organizzativo, o il livello professionale, con rispettivi ruoli, funzioni, ecc...

16 Strumenti e indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Indicatori

(*******) Il set minimo di indicatori da utilizzare è quello illustrato nella scheda monitoraggio dell'offerta dei servizi allegata

Per i servizi ad integrazione sociosanitaria considerare anche i seguenti indicatori:

- tempi medi di valutazione;
- tempi medi di invio;
- redazione progetto individualizzato

ALLEGATO 8 Ricognizione Interventi per i Senza Dimora

Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale _____

Scheda compilata da _____ qualifica _____

tel. _____

**Ente
gestore**

Selezionare l'intervento offerto e specificare tutte le caratteristiche

Unità Mobile di Strada

N. mezzi _____

Tempi attività		Servizi offerti	Media utenti /die
n. ore/ die	n. die / sett.		
_____	_____	<input type="checkbox"/> Presa in carico	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Distribuzione Alimenti	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Distribuzione Abiti	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Accomp. Centro Accoglienza	_____

Centro di Accoglienza

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ prov. _____

Tempi attività		Servizi offerti	Media utenti /die
n. ore/ die	n. die / sett.		
_____	_____	<input type="checkbox"/> Servizi igienici	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Mensa Sociale	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sala Ritrovo	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Punto d'Ascolto	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Segretariato Sociale	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Ospitalità Notturna	_____

Casa Famiglia

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ prov. _____

N. Persone accolte	Descrizione caratteristiche strutturali

Impresa Sociale

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ prov. _____

N. Partecipanti	Descrizione Attività

ALLEGATO 9
Ricognizione Strutture di accoglienza residenziali
per donne vittime della tratta (ex art. 18 T.U. 286/98)

Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale _____

Scheda compilata da _____ qualifica _____

tel. _____

Denominazione

Ente gestore

Localizzazione

Via/Piazza	_____		
CAP	Comune	Prov.	_____
Tel.	Fax	_____	

Caratteristiche strutturali

N.° Camere	N.° posti letto	N.° WC	_____
Tipologia _____			
Altri spazi _____			

Donne attualmente accolte

	Nazionalità	Età	N.° Figli con sé
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ALLEGATO 10
Minori migranti residenti nel Ambito territoriale e ricognizione servizi

Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale _____

Scheda compilata da _____ qualifica _____

tel. _____

Numero complessivo minori migranti presenti nell'Ambito territoriale:

MINORI DIVISI PER GENERE E CLASSE DI ETA'						
	0 -2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17
uomini						
donne						

MINORI ISCRITTI E FREQUENTATI IL SISTEMA SCOLASTICO	
	N° persone
Asilo nido	
Scuola materna	
Scuola elementare	
Media inferiore	
Media superiore	

TIPOLOGIA DI SERVIZI PRESENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE

Selezionare l'intervento offerto e specificare tutte le caratteristiche

INTEGRAZIONE SOCIALE
 MEDIAZIONE CULTURALE

Tempi attività		Servizi offerti	Media utenti /die
n. ore/ die	n. die / sett.		
_____	_____	<input type="checkbox"/> Informazione - assistenza legale	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Informazione servizi territoriali	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Mediazione linguistica	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Animazione con adulti	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Inserimento abitativo	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Inserimento scolastico	_____

ASSISTENZA MEDICA

<i>Tempi attività</i>		<i>Servizi offerti</i>	<i>Media utenti /die</i>
<i>n. ore/ die</i>	<i>n. die / sett.</i>		
___	___	<input type="checkbox"/> Vigilanza	___
___	___	<input type="checkbox"/> Profilassi immunitaria	___
___	___	<input type="checkbox"/> Prevenzione	___
___	___	<input type="checkbox"/> Assistenza maternità	___

ASSISTENZA MATERIALE

<i>Tempi attività</i>		<i>Servizi offerti</i>	<i>Media utenti /die</i>
<i>n. ore/ die</i>	<i>n. die / sett.</i>		
___	___	<input type="checkbox"/> Mensa	___
___	___	<input type="checkbox"/> Distribuzione alimenti	___
___	___	<input type="checkbox"/> Distribuzione abiti	___
___	___	<input type="checkbox"/> Distribuzione medicinali	___

TIPOLOGIA DI OCCUPAZIONE DEI MINORI MIGRANTI PRESENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE
Selezionare l'intervento offerto e specificare tutte le caratteristiche

<i>Tempi attività</i>		<i>Servizi offerti</i>	<i>Media utenti /die</i>
<i>n. ore/ die</i>	<i>n. die / sett.</i>		
___	___	<input type="checkbox"/> Attività doposcuola	___
___	___	<input type="checkbox"/> Formazione professionale	___
___	___	<input type="checkbox"/> Orientamento	___
___	___	<input type="checkbox"/> Tirocinio/Apprendistato	___

ALLEGATO 11
**Ricognizione Strutture di accoglienza residenziali
per minori stranieri non accompagnati**

Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale _____

Scheda compilata da _____ qualifica _____ tel. _____

Denominazione

Ente gestore

Localizzazione

Via/Piazza	_____		
CAP	Comune	Prov.	_____
Tel.	Fax	_____	

Caratteristiche strutturali

N.° Camere	N.° posti letto	N.° WC	_____
Tipologia	_____		
Altri spazi	_____		

Minori attualmente accolti

	Nazionalità	Età
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15	108	

ALLEGATO 12
Ricognizione aree attrezzate di sosta e residenziali
per comunità ROM

Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale _____

Scheda compilata da _____ qualifica _____

tel. _____

Tipologia struttura

- area di transito
- aree di insediamento stanziale

**Ente
gestore**

**Localizza
zione**

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Nuclei familiari ospitati: _____

PERSONE OSPITATE PER GENERE E CLASSE DI ETÀ									
	0 -2	3-5	6-14	15-17	18-29	30-39	40-49	50-64	>=65
uomini									
donne									

INFRASTRUTTURE: DISPONIBILITÀ DI ALLACCIAMENTI PUBBLICI NEI CAMPI	
Acqua	<i>n.</i>
Luce	<i>n.</i>
Gas	<i>n.</i>
Telefono	<i>n.</i>
Fosse settiche/biologiche	<i>n.</i>
Pubbliche fognature	<i>n.</i>

INFRASTRUTTURE: DISPONIBILITÀ DI STRUTTURE SERVIZI NEI CAMPI	
Pubblica illuminazione	<i>n.</i>
Cucina	<i>n.</i>
Mensa	<i>n.</i>
Servizi igienici	<i>n.</i>
Docce	<i>n.</i>
Lavatoi/lavanderia	<i>n.</i>
Cassonetti	<i>n.</i>
Altro _____	<i>n.</i>

PERSONE ISCRITTE E FREQUENTATI IL SISTEMA SCOLASTICO	
	N° persone
Asilo nido	
Scuola materna	
Scuola elementare	
Media inferiore	
Media superiore	
Formazione professionale	
Altro*	

Selezionare l'intervento offerto e specificare tutte le caratteristiche

INTEGRAZIONE SOCIALE
 MEDIAZIONE CULTURALE

Tempi attività		Servizi offerti	Media utenti /die
n. ore/die	n. die / sett.		
___	___	<input type="checkbox"/> Informazione - assistenza legale	___
___	___	<input type="checkbox"/> Informazione servizi territoriali	___
___	___	<input type="checkbox"/> Mediazione linguistica	___
___	___	<input type="checkbox"/> Animazione con adulti	___
___	___	<input type="checkbox"/> Animazione con minori	___
___	___	<input type="checkbox"/> Inserimento abitativo	___
___	___	<input type="checkbox"/> Inserimento scolastico minori	___

ASSISTENZA MEDICA

<i>Tempi attività</i>		<i>Servizi offerti</i>	<i>Media utenti /die</i>
<i>n. ore/ die</i>	<i>n. die / sett.</i>		
___	___	<input type="checkbox"/> Vigilanza	___
___	___	<input type="checkbox"/> Profilassi immunitaria	___
___	___	<input type="checkbox"/> Prevenzione	___
___	___	<input type="checkbox"/> Assistenza maternità	___

ASSISTENZA MATERIALE

<i>Tempi attività</i>		<i>Servizi offerti</i>	<i>Media utenti /die</i>
<i>n. ore/ die</i>	<i>n. die / sett.</i>		
___	___	<input type="checkbox"/> Mensa	___
___	___	<input type="checkbox"/> Distribuzione alimenti	___
___	___	<input type="checkbox"/> Distribuzione abiti	___
___	___	<input type="checkbox"/> Distribuzione medicinali	___

LAVORO

<i>Tempi attività</i>		<i>Servizi offerti</i>	<i>Media utenti /die</i>
<i>n. ore/ die</i>	<i>n. die / sett.</i>		
___	___	<input type="checkbox"/> Formazione professionale	___
___	___	<input type="checkbox"/> Orientamento	___
___	___	<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo	___

ALLEGATO 13

Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04
 Scheda Referenti

N.	Cognome Nome	Provenienza			Recapiti		Profili e funzioni	
		Comune (<i>indicare</i>)	Altro ente (<i>indicare</i>)	Esterno (<i>Si - No</i>)	Indirizzo di posta elettronica	Numero di telefono	Profilo professionale	Funzioni*
2								
3								
4								
5								
6								
7								

** Inserire uno o più codici
 corrispondenti*

Codici Funzioni

A1	responsabile del procedimento;
A2	funzioni amministrative connesse alla gestione delle graduatorie del RdC;
A3	funzioni amministrative connesse ai controlli;
A4	funzioni amministrative connesse ai ricorsi;
B	funzioni connesse al sistema di presa in carico;
C	referenti misure autoimpiego;
D	referenti di altri servizi e/o altre funzioni attivate (specificare)

ALLEGATO 14

Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04

Scheda Indicatori di presa in carico

Ambito _____

Periodo di riferimento: data di inizio della presa in carico: (specif.) _____ fino al 31 dicembre 2007.

	Beneficiari	Ammessi ma non finanziati
<i>Utenti presi in carico</i>		
n. di utenti RdC presi in carico		
n. utenti RdC già seguiti dai servizi socio-assistenziali (Servizi sociali professionali; Scuola, ecc.)		
n. famiglie RdC prese in carico		
n. famiglie già seguite dai servizi sociali		
n. famiglie non conosciute ai servizi sociali professionali		
<i>Tipi di famiglie prese in carico</i>		
n. coppie con figli minori		
n. coppie con figli adulti		
n. coppie senza figli		
n. famiglie monogenitore con figli minori		
n. famiglie monogenitore con figli adulti		
n. persone sole con meno di 65 anni		
<i>Soggetti presi in carico con particolari problematiche</i>		
n. soggetti dipendenti da alcol/sostanze stupefacenti		
n. soggetti con malattie croniche/gravi		
n. soggetti non autosufficienti		
n. soggetti con disabilità grave		
n. soggetti con gravi problemi psichiatrici		
n. soggetti disoccupati/inoccupati		
n. soggetti senza reddito		
n. soggetti con pensione sociale		
<i>Famiglie in carico con particolari problematiche</i>		
n. famiglie con almeno un componente disabile		
n. famiglie con almeno un componente dipendente da alcol/sostanze stupefacenti		
n. famiglie con almeno un componente con malattie croniche/gravi		
n. famiglie con almeno un componente non autosufficiente		
n. famiglie con almeno un componente con problemi psichiatrici gravi		
n. famiglie con particolari disagi (specificare: _____)		

ALLEGATO 15

Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04

Scheda Misure Accompagnamento art. 6, L.R. n. 2/04.

Ambito: _____

Periodo di riferimento: data di inizio della presa in carico: (specif.)
_____ fino al 31 dicembre 2007.

	Beneficiari	Ammessi ma non finanziati
n. minori per i quali sono state attivate misure di sostegno alla scolarità nella fascia d'obbligo		
n. soggetti per i quali sono state attivate misure di sostegno alla scolarità e alla formazione degli adolescenti e dei giovani		
n. utenti che hanno usufruito dell'accesso gratuito ai servizi sociali e socio-sanitari		
n. soggetti inclusi in programmi di inclusione sociale per l'emersione del lavoro irregolare o l'avvio all'autoimpiego attraverso percorsi che permettono l'utilizzo di risorse regionali		
n. soggetti inclusi in misure di promozione dell'accesso ai dispositivi della politica del lavoro regionale indirizzati alla formazione e di incentivo all'occupazione		
n. soggetti nei confronti dei quali sono state attivate agevolazioni per l'uso dei trasporti pubblici regionali		
n. soggetti nei confronti nei quali sono state attivate misure di sostegno alle spese di affitto		
n. soggetti inseriti in attività culturali		

ALLEGATO 16 - Interventi con accesso gratuito ai servizi sociali e socio-sanitari

Reddito di Cittadinanza L.R. n. 2/04 - L. R. n. 8/04

Scheda Servizi/interventi

Periodo di riferimento:

data di inizio: _____
fino al _____ (specif.)

Area d'intervento	Codice Nomenclatore	Denominazione del servizio	N. ° utenti beneficiari RdC	N. ° utenti ammessi ma non finanziati RdC	Servizio finanziato con L.R. 2/04 (si - no)	Servizio finanziato con L.R. 8/04 (si- no)

Da inviare entro e non oltre il termine previsto del 31.01.07 31/01/2008

La compilazione della scheda è utile anche ai fini del saldo L. R. 2/04 PZ V annualità

ALLEGATO 17

SCHEDE FINANZIARIE

Elenco e numero dei Comuni appartenenti all'Ambito:

Comune Capofila:

Prov.

Popolazione Legale residente nell'Ambito censita al 2001. (Dati ISTAT)

Compartecipazione minima dei Comuni al Fondo d'Ambito

Codice Area interventi	Area di intervento	Fondo Nazionale Politiche Sociali trasferito dalla Regione agli Ambiti			Fondi Regionali			Quote compartizione dei Comuni al Fondo d'Ambito col. (8)	Risorse A S L col. (9)	Altre risorse			TOTALE RISORSE col.(13)= da col. (3) a col. (12).
		Fondo Finalizzato col. (1)	Fondo non Finalizzato col. (2)	Interventi essenziali di assistenza tutelare e per diversamente abili gravi ed anziani fragili col. (3)	TOTALE FNPS (Dopo distribuzione Fondo non Finalizzato) col. (4)= (1)+(2) +(3)	L.R. 21/89 L.R. 11/84 col. (5)	art. 7 L.R. 8/2004 col. (6)			quota fondo riallineamento da programmare nella 6ª annualità (col.7)	Publiche col. (10)	Private col. (11)	
1	Responsabilità Familiari												
2	Diritto dei Minori												
3	Persone Anziane												
4	Contrasto alla Povertà												
5	Persone Disabili												
6	Prevenzione delle Dipendenze												
7	Azioni di Sistema (UdP)												
8	Servizi per il Welfare d'accesso												
TOTALE €													

Scheda 3.2 Gest. Servizi Associati - LEGGE 328/00 - SESTA ANNUALITA' - PIANO FINANZIARIO U.d.P. DEL COMUNE CAPOFILA DI:
Numero dei Comuni appartenenti all'Ambito
Ufficio di Piano dell'Ambito
Popolazione residente
Prov.

Codice Area Interventi	Area di intervento	Fondo Nazionale Politiche Sociali trasferito dalla Regione agli Ambiti			Fondi Regionali			Quote compartizione dei Comuni al Fondo d'Ambito col. (7)	Risorse A S L col. (8)	Altre risorse			TOTALE RISORSE col.(12)= da col. (3) a col. (11).
		FNPS col. (1)	Interventi essenziali di assistenza tutelare e per diversamente abili gravi ed anziani fragili (col.2)	quota fondo riallineamento da programmare nella 6ª annualità (col. 3)	TOTALE col. (4)= (1)+(2)+(3)	L.R. 21/89 L.R. 11/84 col. (4)	art. 7 L.R. 8/2004 col. (5)			Publiche col. (9)	Private col. (10)	Risorse da compartizione Utenti col. (11)	
1	Responsabilità Familiari												
2	Diritto dei Minori												
3	Persone Anziane												
4	Contrasto alla Povertà												
5	Persone Disabili												
6	Prevenzione delle Dipendenze												
7	Azioni di Sistema (UIP)												
8	Servizi per il Welfare d'accesso												
TOTALE €													

(*) La presente scheda informatica costituisce l'unico elemento da utilizzare per l'indicazione dei dati richiesti, non verranno prese in considerazione schede modificate e diverse dalla N.B. presente.

Scheda 3.2

- LEGGE 328/00 - QUINTA ANNUALITA' - PIANO FINANZIARIO DEL COMUNE DI:

Numero dei Comuni appartenenti all'Ambito

C.A.T.

Popolazione residente:

Prov.

Ambito

Comune Capofila:

Codice Area interventi	Area di intervento	Fondo Nazionale Politiche Sociali trasferito dalla Regione agli Ambiti			Fondi Regionali			Quote compartizione dei Comuni al Fondo d'Ambito col. (7)	Risorse A S L col. (8)	Altre risorse			TOTALE RISORSE col.(12)= da col. (3) a col. (11).	TOTALE RISORSE col.(13)= da col. (3) a col. (12).
		FNPS col. (1)	Interventi essenziali di assistenza tutelare per diversamente abili gravi ed anziani fragili (col.2)	quota fondo riallineamento da programmare nella 6ª annualità (col. 3)	TOTALE col. (4)=(1)+(2)+(3)	L.R. 21/89 L.R. 11/84 col. (4)	art. 7 L.R. 8/2004 col. (5)			Publiche col. (9)	Private col. (10)	Risorse da compartizione Utenti col. (11)		
1	Responsabilità Familiari													
2	Diritto dei Minori													
3	Persone Anziane													
4	Contrasto alla Povertà													
5	Persone Disabili													
6	Prevenzione delle Dipendenze													
7	Azioni di Sistema (UIP)													
8	Servizi per il Welfare d'accesso													
TOTALE €														

Scheda 3.3 **INTERVENTI E SERVIZI FINANZIATI NELLA SESTA ANNUALITA' (FNPS Anno 2006) PER L'AREA DI INTERVENTO** Diritto dei Minori

Ambito Comune Capofila: _____

Prov.

Codice Area interventi	Codice Nomenclatore	Comune o area beneficiaria	Fondo Nazionale Politiche Sociali trasferito dalla Regione agli Ambiti			FONDI REGIONALI		Totale FNPS + Fondi Regionali col. (6)=3+4+5	Quote compartizione dei Comuni al Fondo d'Ambito col. (7)	Spesa Sociale del Comuni non confluita nel Fondo dell'Ambito col. (8)	Risorse A S L col. (9)	ALTRE RISORSE			TOTALE RISORSE col.(13)= somma da col 6 a col 12
			FNPS col. (1)	quota fondo riallineamento da programmare nella 6 ^a annualità Preced. col. (2)	TOTALE col. (3)= (1)+(2)	L.R. 21/89 L.R. 11/84 col. (4)	art. 7 L.R. 8/2004 col. (5)					Pubbliche col. (10)	Private col. (11)	Risorse da compartizione Utenti col. (12)	
2.1															
2.2															
2.3															
2.4															
2.5															
2.6															
2.7															
2.8															
2.9															
2.10															
2.11															
2.12															
2.13															
2.14															
2.15															
2.16															
2.17															
2.18															
2.19															
2.20															
TOTALI €															

Scheda 3.4

- LEGGE 328/00 - FONDI RESIDUALI ANNUALITA' PRECEDENTI DEL PIANO FINANZIARIO DELL'AMBITO TERRITORIALE: _____

Comune Capofila: _____

Prov. _____

	Area di intervento	Fondo Nazionale Politiche Sociali trasferito dalla Regione agli Ambiti					Totale Residuale del F N P S annualità precedenti	Totale Residui Quote compart. dei Comuni al Fondo d'Ambito	Totale Residui Risorse A S L	Totale Residui di altre risorse			TOTALE RESIDUI RISORSE
		RESIDUI DEL FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI								Pubbliche	Private	Compartec. Utenti	
		1ª Annualità	2ª Annualità	3ª Annualità	4ª Annualità	5ª Annualità							
1	Responsabilità Familiari												
2	Diritto dei Minori												
3	Persone Anziane												
4	Persone Disabili e Disabili Gravi												
5	Contrasto alla Povertà e senza fissa dimora												
6	Interventi contro l'abuso ex L. 388/00												
7	Altri Interventi												
8	Interventi non ripartibili												
9	Avvio alla Riforma												
10	Segretariato Sociale												
11	Fondo per la natalità												
12	Prevenzione delle Dipendenze												
13	Armonizzazione dei tempi della Città												
14	Azioni di Sistema (UdP)												
15	Servizi per il Welfare d'accesso												
TOTALE €													

N.B. La presente scheda informatica costituisce l'unico elemento da utilizzare per l'indicazione dei dati richiesti, non verranno prese in considerazione schede modificate e diverse dalla presente.
Note:

Scheda 3.7

LEGG 328/00 - PIANO FINANZIARIO DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE INTEGRATE A PARTECIPAZIONE QUINTA ANNUALITA'

AMBITO DISTRETTO/I : Comune Capofila:

Codice Area interventi	Codice Nomenclatore	Tipo di prestazione integrata	Riepilogo 5 ^a Annualità					Previsioni 6 ^a Annualità						
			Numero posti al 31.12.06 (1)	Risorse delle ASL (2)	Risorse dei Comuni (3)	Risorse di altri Enti (4)	Risorse degli Utenti (5)	Totale risorse impiegate (6)=(2)+(3)+(4)+(5)	Numero posti al 31.12.06 (8)	Risorse delle ASL (9)	Risorse dei Comuni (10)	Risorse di altri Enti (11)	Risorse degli Utenti (12)	Totale risorse programmate (13)=(9)+(10)+(11)+(12)
		Assistenza domiciliare integrata e programmata a domicilio (*)												
		Assistenza domiciliare integrata e programmata a domicilio (*)												
		Assistenza semiresidenziale ai disabili												
		Assistenza semiresidenziale agli anziani												
		Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici												
		Assistenza residenziale a disabili gravi												
		Assistenza residenziale a disabili senza sostegno familiare												
		Assistenza residenziale ad anziani												
		Assistenza residenziale a persone affette da AIDS												
		Altre prestazioni afferenti all'area sociosanitaria (da specificare)												
		Altre prestazioni afferenti all'area sociosanitaria (da specificare)												
		Altre prestazioni afferenti all'area sociosanitaria (da specificare)												
TOTALE €			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) per tutti i tipi di prestazioni ad esclusione di quelle domiciliari (A) per "posti" si intendono i posti letto gestiti direttamente o convenzionati; per le prestazioni domiciliari indicare il numero di ore di assistenza erogate e programmate.

(2) Riportare anche risorse per casi in carico congiuntamente.

(*) Solo per l'assistenza domiciliare, nella prima colonna va indicato il numero di ore di assistenza erogate e non il numero di utenti.

Firma Direttore/i Distretto/i Sanitario/i

Firma Coordinatore Ufficio di Piano

.....

.....

.....

ALLEGATO 18
Monitoraggio servizi attivi nell'ambito - anno 2006

MONITORAGGIO SERVIZI ATTIVI NELL' AMBITO - ANNO 2006																							
Ambito	Area di intervento	Cod. Servizio (nomenclatore)	Denominazione Servizio (da nomenclatore)	Servizio programmato nel piano di zona dell'annualità	Data di avvio (anche precedente al 2006)	Data di scadenza	Mesi di durata del servizio nel 2006	Servizio in continuità (SI/NO)	Servizio previsto per il 2007 (SI/NO)	Servizio avviato per l'intero ambito territoriale e (SI)	Servizio avviato per i Comuni di	N° richieste pervenute	N° utenti presi in carico	99. settimanali di offerta del servizio	N° sedi operative del servizio	Indirizzo sedi operative	N° ore totali erogate (anno 2006)	Servizio gestito da: (nome)	Natura giuridica ente gestore	Modalità di affidamento	Costo sostenuto per il servizio nel 2006	Presenza di un sistema di monitoraggio e offerta del servizio (SI/NO)	Note

Profili Professionali impiegati per servizio			
Cod. Servizio (nomenclatore)	Denominazione Servizio (da nomenclatore)	Profili professionali	N° Operatori per profilo corrispondente della colonna C

ALLEGATO 19 - Nomenclatore

Classificazione Interventi e Servizi Regione Campania

Cod.	Denominazione servizi	Cod. CISIS
AREA AZIONI DI SISTEMA E WELFARE D'ACCESSO		
A1	Segretariato sociale	I
A2	Servizio sociale professionale	A1
A3	Sistema informativo sociale	M2
A4	Funzionamento ufficio di piano	M6
AREA INFANZIA E ADOLESCENZA		
Tipologia: servizi semiresidenziali		
B1	Nido di infanzia	F1
B2	Servizi integrativi al nido	F2
B3	Ludoteca	F5
B4	Centro diurno polifunzionale	F3
B5	Centro di aggregazione giovanile	F6
Tipologia: servizi residenziali		
B6	Comunità di pronta e transitoria accoglienza	G1
B7	Comunità alloggio	G1
B8	Comunità a dimensione familiare	G1
B9	Gruppo appartamento	G1
B10	Comunità di accoglienza per gestanti, madri e bambini	G1
Tipologia: servizi domiciliari		
B11	Assistenza domiciliare	D1
B12	Tutoraggio educativo	D1
Tipologia: servizi territoriali		
B13	Pronto intervento sociale e unità di strada	C2
B14	Educativa di strada	C2
B15	Educativa territoriale	C2
B16	Servizi temporanei e territoriali (attività ricreative, sociali, culturali)	B2
B17	Azioni per il coinvolgimento diretto dei ragazzi	B2
B18	Servizio di ascolto, sensibilizzazione ed informazione	L1
Tipologia: contributi economici		
B19	Contributi economici per strutture semiresidenziali	E8
B20	Contributi economici per strutture residenziali	E9
B21	Servizi per garantire il diritto allo studio	E10

	Tipologia: servizi per l'inserimento socio-lavorativo	
B22	Apprendistato	C3
B23	Orientamento Professionale	C3
B24	Contratto di Inserimento	C3
B25	Tirocini estivi di orientamento	C3
B26	Tirocini/Stage	C3
AREA RESPONSABILITA' FAMILIARI		
	Tipologia: servizi semiresidenziali	
C1	Centro per le famiglie	C2
	Tipologia: servizi residenziali	
C2	Casa di accoglienza per donne in difficoltà e loro figli minori	G1
C3	Gruppi appartamento per nuclei disagiati	G1
C4	Casa di accoglienza per accompagnatori dei ricoverati negli ospedali	G1
C5	Strutture residenziali per detenute con figli minori	G1
	Tipologia: servizi domiciliari	
C6	Assistenza domiciliare di sostegno alla famiglia e alla genitorialità	D1
C7	Servizi di prossimità	B1
	Tipologia: servizi territoriali	
C8	Servizi di sostegno alla genitorialità	C2
C9	Servizi per l'affido familiare	A3
C10	Servizi per l'adozione nazionale ed internazionale	A4
C11	Servizi di ascolto, sensibilizzazione ed informazione	L1
C12	Servizi di mediazione familiare	C2
C13	Interventi per l'armonizzazione dei tempi della città	
	Tipologia: contributi economici	
C14	Contributi economici per strutture semi-residenziali	E8
C15	Contributi economici per strutture residenziali	E9
C16	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare	E15
C17	Contributi economici in forma indiretta	E15
	Tipologia: inserimento lavorativo	
C18	Lsu - Lavori socialmente utili	C
C19	LPU - Lavori di Pubblica Utilità	C
C20	Borse Lavoro	C
C21	Orientamento	C
AREA DISABILITA' E SALUTE MENTALE		
	Tipologia: servizi semiresidenziali	
D1	Centro diurno integrato	F3

D2	Centro sociale polifunzionale	F6
	Tipologia: servizi residenziali	
D3	Comunità di accoglienza temporanea	G1
D4	Comunità alloggio	G1
D5	Gruppo appartamento	G1
D6	RSA	G1
D7	Appartamento sociale	G1
D8	Strutture residenziali per cittadini affetti da demenza	G1
	Tipologia: servizi domiciliari	
D9	Assistenza domiciliare Sociale	D1
D10	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	D2
D11	Telesoccorso e teleassistenza	D4
	Tipologia: servizi territoriali	
D12	Servizi di pronto intervento	B1
D13	Servizio di assistenza scolastico	C1
D14	Servizi trasporto disabili	B1
D15	Gruppi di auto - aiuto	D3
D16	Servizi temporanei	B2
D17	Servizi d'ascolto, informazione e sensibilizzazione	L1
	Tipologia: contributi economici	
D18	Contributi economici ad integrazione di rette per prestazioni semiresidenziali	E8
D19	Contributi economici ad integrazione di rette per prestazioni residenziali	E9
D20	Altri contributi economici	E15
D21	Assistenza domiciliare in forma indiretta	E4
D22	Contributi per la partecipazione ad attività socio-culturali e di socializzazione	E4
	Tipologia: inserimento lavorativo	
D23	Borse lavoro	C3
D24	Tirocini formativi	C3
D25	Contratto di inserimento	C3
D26	Orientamento	C3
AREA ANZIANI		
	Tipologia: servizi semiresidenziali	
E1	Centro diurno integrato	F3
E2	Centro sociale polifunzionale	F6
	Tipologia: servizi residenziali	
E3	Residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani	G1
E4	Casa albergo	G1

E5	Appartamento sociale	G1
E6	Gruppo appartamento	G1
E7	Comunità alloggio	G1
	Tipologia: servizi domiciliari	
E8	Assistenza domiciliare Sociale	D1
E9	Assistenza domiciliare integrata per anziani (ADI)	D2
E10	Telesoccorso	D4
E11	Telefonia sociale	
	Tipologia: servizi territoriali	
E12	Trasporto sociale anziani	B1
E13	Servizi per l'integrazione sociale	B1
E14	Soggiorni climatici	G2
	Tipologia: contributi economici	
E15	Contributi economici per strutture semiresidenziali	E8
E16	Contributi economici per strutture residenziali	E9
E17	Contributi economici ad integrazione del reddito	E15
E18	Assistenza domiciliare in forma indiretta	E5
E19	Contributi per la partecipazione ad attività socio-culturali e di socializzazione	E15
AREA IMMIGRAZIONE		
	Tipologia: servizi semiresidenziali	
F1	Centro di aggregazione	F6
F2	Centro interculturale	F6
	Tipologia: servizi residenziali	
F3	Centro di accoglienza	G1
F4	Centro di accoglienza per donne immigrate	G1
F5	Casa rifugio per donne in uscita dai percorsi di prostituzione coatta	G1
F6	Area attrezzata per nomadi	G3
F7	Gruppo appartamento per minori non accompagnati	G1
	Tipologia: servizi domiciliari	
F8	Assistenza domiciliare Sociale	D1
F9	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	D1
	Tipologia: servizi territoriali	
F10	Unità di strada	H
F11	Servizio di mediazione culturale	B3
F12	Servizi per minori non accompagnati	B1
F13	Servizi per l'integrazione sociale	B1
F14	Sostegno all'integrazione scolastica di minori immigrati	B1

F15	Servizi di ascolto, sensibilizzazione e informazione	L1
	Tipologia: contributi economici	
F16	Contributi economici ad integrazione del reddito	E15
F17	Assistenza economica in forma indiretta	E15
	Tipologia: inserimento lavorativo	
F18	Inserimento lavorativo e reinserimento di gruppi svantaggiati	C
F19	Contratto di inserimento	C
F20	Borse lavoro	C
AREA CONTRASTO ALLA POVERTA' (INCLUSI INTERVENTI PER IL DISAGIO ADULTI)		
	Tipologia: servizi semiresidenziali	
G1	Centro accoglienza diurno	F3
	Tipologia: servizi residenziali	
G2	Centro di prima accoglienza	G1
G3	Interventi abitativi d'emergenza	G1
G4	Gruppo appartamento	G1
G5	Centro di accoglienza per detenuti ed ex detenuti	G1
G6	Comunità per malati di AIDS	G1
	Tipologia: servizi domiciliari	
G7	Distribuzione pasti a domicilio	B1
	Tipologia: servizi territoriali	
G8	Servizi docce e cambio abiti	B1
G9	Pronto intervento sociale e unità mobile di strada	H
G10	Servizio mensa	B1
G11	Servizio d'ascolto, sensibilizzazione, informazione	L1
	Tipologia: contributi economici	
G12	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito	E15
G13	Contributi economici in forma indiretta	E15
G14	RMI	E15
G15	Reddito di cittadinanza	E15
	Tipologia: inserimento lavorativo	
G16	Lavori Socialmente Utili - Lavori di Pubblica Utilità	C
G17	Tirocini/Stage	C
G18	Borse Lavoro	C
G19	Contratto di inserimento	C
AREA DIPENDENZE		
	Tipologia: servizi semiresidenziali	

H1	Centro diurno	F3
	Tipologia: servizi residenziali	
H2	Comunità di accoglienza per soggetti con dipendenze	G1
H3	Centro di prima accoglienza	G1
	Tipologia: servizi territoriali	
H4	Unità mobile	H
H5	Educativa di strada	L2
H6	Servizi di reinserimento per l'area penale	B1
H7	Gruppi di auto - aiuto	D3
H8	Servizio di prevenzione e promozione alla salute	B1
	Tipologia: contributi economici	
H9	Contributi economici per strutture residenziali	E8
H10	Contributi economici per strutture semiresidenziali	E9
H11	Contributi economici in forma indiretta	E1
H12	Contributi per la partecipazione ad attività socio-culturali e di socializzazione	E15
	Tipologia: inserimento lavorativo	
H13	Inserimento lavorativo	C3
H14	Borse Lavoro	C3
AREA INTERVENTI CONTRO L'ABUSO EX L.388/00		
I1	Comunità di accoglienza per minori vittime di maltrattamento e abuso	G1
I2	Case di accoglienza per donne maltrattate	G1
I3	Centro di Assistenza	L
I4	Servizi nei casi di maltrattamento e abuso sessuale in atto sui minori	L
I5	Servizi di sensibilizzazione, aggiornamento, informazione e documentazione	L1
I6	Servizi integrati rivolti alla prostituzione di strada	H

ALLEGATO 20:

SCHEDE PER IL RIALLINEAMENTO

Scheda riallineamento				Riepilogo dalla 1 ^a alla 5 ^a annualità										
Appartengono all'Ambito-				Ambito:		Comune Capofila:								
Riepilogo d'area d'intervento	FNPS ANNUALITA' DA RIALLINEARE			% residuo da riallineare sul totale del fondo assegnato	Fondo nazionale anni su cui distribuire il FNPS									
	Riepilogo 1 ^a , 2 ^a e 3 ^a annualità Annualità				2007 da giugno a dicembre 6 ^a annualità	%	2008 12 mesi 6 ^a annualità	%	2009 12 mesi 7 ^a annualità	%	2010 12 mesi 8 ^a annualità	%	Totale	
	fondo finalizzato	fondo non finalizzato	totale area											
Riepilogo	budget FNPS previsto per il servizio	budget FNPS già utilizzato per la realizzazione del servizio	residuo FNPS da riallineare										%	
Responsabilità Familiari	1													
Diritto dei Minori	2													
Persone Anziane	3													
Contrasto alla Povertà	4													
Persone Disabili	5													
Prevenzione delle Dipendenze	6													
Azioni di Sistema (UDP)	7													
Servizi per il Welfare d'accesso	8													
differenza tra totale assegnato per area d'intervento e totale fondo da riallineare=SPESA EFFETTUATA														
% spesa già sostenuta														
% spesa da riallineare in rapporto al totale di area														
Riepilogo d'area d'intervento	FNPS ANNUALITA' DA RIALLINEARE			% residuo da riallineare sul totale del fondo assegnato	Fondo nazionale anni su cui distribuire il FNPS									
	Riepilogo 4 ^a Annualità				2007 da giugno a dicembre 6 ^a annualità	%	2008 12 mesi 6 ^a annualità	%	2009 12 mesi 7 ^a annualità	%	2010 12 mesi 8 ^a annualità	%	Totale	
	fondo finalizzato	fondo non finalizzato	totale area											
Riepilogo	budget FNPS previsto per il servizio	budget FNPS già utilizzato per la realizzazione del servizio	residuo FNPS da riallineare										%	
Responsabilità Familiari	1													
Diritto dei Minori	2													
Persone Anziane	3													
Contrasto alla Povertà	4													
Persone Disabili	5													
Prevenzione delle Dipendenze	6													
Azioni di Sistema (UDP)	7													
Servizi per il Welfare d'accesso	8													
differenza tra totale assegnato per area d'intervento e totale fondo da riallineare=SPESA EFFETTUATA														
% spesa già sostenuta														
% spesa da riallineare in rapporto al totale di area														
Riepilogo d'area d'intervento	FNPS ANNUALITA' DA RIALLINEARE			% residuo da riallineare sul totale del fondo assegnato	Fondo nazionale anni su cui distribuire il FNPS									
	Riepilogo 5 ^a Annualità				2007 da giugno a dicembre 6 ^a annualità	%	2008 12 mesi 6 ^a annualità	%	2009 12 mesi 7 ^a annualità	%	2010 12 mesi 8 ^a annualità	%	Totale	
	fondo finalizzato	fondo non finalizzato	totale area											
Riepilogo	budget FNPS previsto per il servizio	budget FNPS già utilizzato per la realizzazione del servizio	residuo FNPS da riallineare										%	
Responsabilità Familiari	1													
Diritto dei Minori	2													
Persone Anziane	3													
Contrasto alla Povertà	4													
Persone Disabili	5													
Prevenzione delle Dipendenze	6													
Azioni di Sistema (UDP)	7													
Servizi per il Welfare d'accesso	8													
differenza tra totale assegnato per area d'intervento e totale fondo da riallineare=SPESA EFFETTUATA														
% spesa già sostenuta														
% spesa da riallineare in rapporto al totale di area														