

Campania

Delib.G.R. 16-4-2009 n. 694

Piano Sociale Regionale 2009-2011. (legge regionale n. 11/2007).

Pubblicata nel B.U. Campania 4 maggio 2009, n. 26.

3 Gli obiettivi delle aree di intervento della L.R. n. 11/2007

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

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

Analisi del Contesto

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

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

Tabella n. Minori presenti nelle strutture residenziali della Campania -2008 (Fonte: Settore Assistenza Sociale)

Prov. Napoli

Prov. Salerno

Prov. Avellino

Prov. Benevento

Prov. Caserta

Altra regione

Totale

N

820

228

47

32

226

59

1412

%

58,1%

16,1%

3,3%

2,3%

16,0%

4,2%

100,0%

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

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

- una programmazione dei servizi e degli interventi che tenga conto, in funzione della propria realtà territoriale, delle difficoltà che la famiglia vive nelle varie fasi del ciclo vitale;
- la cognizione, da parte dei servizi sociali, dell'intero "paniere" degli interventi e dei servizi disponibili sul proprio territorio, affinché possa coscientemente orientare le famiglie verso quelli maggiormente adeguati alle proprie necessità;
- una gestione che sappia coniugare sia le diverse competenze istituzionali con l'unicità della presa in carico, sia le "decisioni sociali" con quelle finanziarie per l'erogazione effettiva dei servizi.

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

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

- Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo (vedi Delib.G.R. n. 2063/2006) che si contraddistingue per la pluralità di interventi rivolti alle famiglie, soprattutto in aree territoriali a maggiore concentrazione del disagio, tese a migliorare le competenze genitoriali, la promozione dei diritti per l'infanzia, come servizi con la doppia valenza di opportunità educative qualificate per i bambini e di facilitazione dell'inserimento/permanenza delle donne al lavoro.
- Azioni regionali volte al sostegno dell'inserimento sociale e dell'emancipazione dei minori dell'area penale. "Presa in carico terapeutico - formativo e sociale in ambito territoriale-comunitario" (vedi Delib.G.R. n. 1710/2007), realizzate per individuare risposte innovative ai bisogni dei minori e del territorio stesso, che favoriscano quanto previsto dalla normativa vigente in ordine al "diritto del minore di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia"; ridurre i tempi degli interventi residenziali per i minori, migliorandone la qualità, attivando tutte le risorse del territorio e ottimizzando i costi complessivi della spesa sociale, offrendo risposte efficienti ed efficaci ai bisogni sempre più differenziati.

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

Obiettivi generali.

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

Particolare attenzione va pertanto posta verso i servizi e gli interventi afferenti ad altre aree di intervento, nonchè ad altre realtà istituzionali, sanitarie (vedi nello specifico quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 Area Materno Infantile), scolastiche e formative, nonchè ai Centri per l'impiego, e al Ministero della Giustizia (sia ordinaria che minorile). La Regione Campania avvierà essa stessa una serie di azioni volte, tanto ad alimentare tali reti interistituzionali, quanto ad evitare inefficienti sovrapposizioni tra interventi e servizi posti in essere da diverse realtà.

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

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

Interventi e modalità di attuazione.

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

dei rischi rilevati, nonché sulla scorta delle difficoltà e delle risorse familiari, sociali e territoriali, nonché rifacendosi, in termini di metodo, a quella che è la logica del progetto sociale individualizzato.

- Interventi di sostegno economico a favore delle donne sole con figli La L.R. n. 11/2007, all'articolo 56, dispone che le funzioni socio-assistenziali, già esercitate dall'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia (ONMI), e trasferite, ai sensi della legge 18 marzo 1993, n. 67, alle Province, sono conferite ai Comuni che le esercitano in forma associata. Ai sensi dello stesso articolo, gli interventi connessi all'esercizio delle succitate funzioni, sono programmati e definiti nell'ambito dei Piani Sociali di Zona e finanziati, in eguale misura, in coerenza con quanto statuito dalla previgente normativa, dalla Regione, dalla Provincia di riferimento e dai rispettivi Comuni [14].

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

- Interventi domiciliari

Consistono in attività di tutoraggio, prevalentemente rivolto al minore con problemi relazionali, di socializzazione e comportamentali, con lo scopo di rafforzare i legami del minore nel sistema delle relazioni significative (famiglia, scuola, gruppo dei pari) e, al contempo di fornire al minore e alla sua famiglia un'opportunità di sostegno nel processo di crescita. L'attività del tutor può inoltre essere volta a sostenere, valorizzare e/o attivare le competenze genitoriali, appoggiando la carriera e lo sviluppo del rapporto genitori-figli. Il tutoraggio ha pertanto tra i suoi obiettivi quello di supportare gli utenti nella tutela dei propri interessi materiali e funzionali alla propria salute, alla sicurezza sociale ed economica. Per quanto concerne gli interventi di prevenzione primaria, la Regione Campania intende implementare, sull'intero territorio campano, il modello di "Adozione Sociale" di cui al Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo (Delib.G.R. n. 2063/2006).

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

- Interventi territoriali

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

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

- Interventi per l'affido

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

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

- Interventi residenziali

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

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

[14] La natura degli interventi generalmente definiti "ex OMNI", va ricercata nel combinato disposto del R.D.L. n. 798/1927, convertito in l. 2838/1928, della l. n. 698/1975, della l. n. 142/1990 e della l. n. 184/1983, così come modificata ed integrata dalla l. n. 149/2001. I mutamenti sociali e normativi intervenuti, rendono inequivocabilmente chiaro il riferimento per tali interventi, alla sola parte inerente la "concessione di adeguati sussidi alle madri che allattino o allevino i rispettivi figli" (art. 1 del R.D.L. n. 798/1927).

3.2 Sostegno alle donne in difficoltà

Analisi del contesto

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

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

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

Il secondo elemento di attenzione, dettato dall'art. 29 e recepito tra le priorità del Psr, è la tutela ed il sostegno alle donne che subiscono violenza o sono oggetto di tratta e prostituzione.

Il tema della violenza (fisica e psicologica), oltre a rappresentare un'emergenza dal punto di vista della sicurezza sociale, è lo specchio evidente di un contesto nel quale la violenza viene vissuta come "privata ed inconfessabile".

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

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

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

La morfologia della prostituzione, quale epilogo della tratta, è andata modificandosi ed attualmente gli aspetti che la contraddistinguono sono la presenza crescente di prostituzione maschile e minorile e l'espansione della prostituzione al chiuso [16].

Il legislatore regionale, per far fronte all'emergenza violenza, ha varato nel 2005 la legge regionale n. 11/2007 "Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza alle donne maltrattate" con la quale si è inteso dare una prima risposta per offrire assistenza ed accoglienza alle donne vittime di violenza ed avviare un percorso di regolamentazione delle strutture e dei servizi dedicati alle donne abusate.

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

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

Obiettivi generali

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

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

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

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

Per tale motivo gli obiettivi specifici posti dal Psr sono:

- prevenire i fenomeni connessi alla violenza, prostituzione, abuso e tratta di esseri umani, indipendentemente dal genere, orientamento sessuale e identità di genere delle vittime;
- adottare strategie di intervento che favoriscano il passaggio da una logica di progetti ad una logica di servizi per garantire la reale tutela dei diritti delle persone che hanno subito forme di violenza;
- promuovere azioni di assistenza e tutela rivolte alle persone vittime di violenza, abuso e maltrattamento che favoriscano il processo di recupero psico-fisico e il progressivo reinserimento sociale;
- favorire azioni e interventi tesi a far emergere il fenomeno della violenza, della prostituzione e dei maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia;
- favorire lo sviluppo sul territorio regionale di una rete articolata di cura, assistenza e accoglienza caratterizzata dalla collaborazione tra le istituzioni, il terzo settore e il volontariato;

- promuovere interventi di formazione, anche integrata, per gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché per le figure che intervengono nel percorso di contrasto delle varie forme di violenza e sfruttamento.

- promuovere attività di formazione, anche congiunta, degli operatori impegnati nella prevenzione, tutela, contrasto e cura del fenomeno della violenza, al fine di fornire strumenti formativi specifici e adeguati per la rilevazione, accertamento, protezione e cura della problematica della violenza.

Interventi

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

- sperimentazione di azioni di prevenzione e di riduzione del rischio di esclusione sociale per le bambine/ragazze residenti in contesti svantaggiati e di degrado (es. voucher di cittadinanza);

- costruzione di percorsi di emersione rivolti principalmente alle figure professionali operanti nei settori dei servizi alla persona, di cura e di prossimità;

- adozione di forme di incentivi per l'attivazione di progetti life-long training finalizzati alla valorizzazione, all'adeguamento ed al potenziamento delle competenze professionali femminili;

- diffusione dei servizi per l'occupabilità e l'occupazione, attraverso l'adozione di protocolli e/o forme di raccordo e l'integrazione con le altre politiche del lavoro.

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

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

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

- programmazione di iniziative di sensibilizzazione e informazione - rivolte agli operatori sia pubblici che del privato sociale ed alla cittadinanza - per favorire l'emersione e la conoscenza del fenomeno, nonché per diffondere la conoscenza degli interventi e dei servizi presenti sul territorio (tali iniziative dovranno interessare anche gli ambiti della scuola, dello sport, dell'ordine pubblico e giudiziario);

- coinvolgimento ed integrazione di tutti quegli attori che sul territorio intervengono nei confronti dei soggetti vittime di violenza, prostituzione, abuso e tratta anche attraverso la stipula di protocolli di intesa o l'attivazione di tavoli di lavoro;

- realizzazione di progetti individuali di intervento per la tutela e la cura di donne e minori che hanno subito violenza;

- attivazione di servizi di mediazione linguistico - culturale per facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi;
- sostegno all'attività svolta dai Centri anti violenza e dalle case rifugio quali servizi in grado di fornire risposte mirate alle donne vittime di violenza, prostituzione e abuso;
- promozione di processi di qualità per le strutture deputate all'accoglienza di donne e minori;
- attivazione di un "gruppo di pronto intervento" costituito da operatori sociali e dei servizi specialistici con il compito di agire nella fase immediatamente successiva al primo contatto delle vittime con i servizi (pubblici, di bassa soglia, di sicurezza) al fine di favorire l'accesso al percorso di elaborazione e superamento del danno subito, di assistenza e di reinserimento;
- sostegno allo sviluppo, all'implementazione e alla qualificazione del sistema complessivo dei presidi deputati all'accoglienza, alla cura e alla protezione delle vittime di violenza e tratta;
- promozione di iniziative di comunicazione volte a sensibilizzare i giovani sulla cultura dei diversi stili di vita e di comportamento al fine di prevenire situazioni di rischio derivanti anche da diverse concezioni del rapporto uomo-donna;
- realizzazione di interventi sperimentali a carattere regionale a favore di giovani con problemi di identità di genere, vittime di violenza familiare, attraverso specifico percorso da attuare con operatori appositamente aggiornati;
- attivazione di un sistema organico di raccolta di dati e di informazioni sui fenomeni di violenza, abuso e tratta di esseri umani al fine di realizzare il relativo monitoraggio.

Gli indicatori di impatto

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

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

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

- Variazione nel numero delle denunce rese presso PPSS e Pronto Soccorso.

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

Analisi del contesto

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

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

Asl

Nuovi utenti 2007

In carico e/o rientrati 2007

Totale

Maschi

Femmine

Maschi

Femmine

Maschi

Femmine

Totale

Av 1

72

6

308

24

380

30

410

Av 2

222

16

804

64

1.026

80

1.106

Bn 1

102

7

421

32

523

39

562

Ce 1

174

20

1.586

109

1.760

129

1.889

Ce 2

150

16

1.232

73

1.382

89

1.471

Na 1

1.793

82

4.765

331

6.558

413

6.971

Na 2

224

18

1.000

96

1.224

114

1.338

Na 3

147

13

1.699

56

1.846

69

1.915

Na 4

335

34

1.395

90

1.730

124

1.854

Na 5

256

15

1.396

84

1.652

99

1.751

Sa 1

254

16

775

90

1.029

106

1.135

Sa 2

232

43

2.129

297

2.361

340

2.701

Sa 3

266

23

424

47

690

70

760

Totali

4.2274

309

17.93149

1.393

22.161

1.702

23.863

4.536

19.327

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

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

Gli indicatori provenienti dall'universo delle tossicodipendenze sono di fatto: la natura sempre più "polivalente" del consumatore e la crescita esponenziale del mercato della cocaina, spesso usata come "droga secondaria", considerata fino a qualche anno fa lo "sballo dei ricchi", oggi è venduta a prezzi accessibili, secondo una precisa strategia di vendita: intercettare nuovi consumatori per attrarre l'interesse dei giovani. Il diffondersi delle smart drugs, cioè le droghe furbe, intelligenti perchè in grado di sottrarsi alle maglie dell'illegalità, costituiscono poi, anche nella realtà campana, l'ultima frontiera delle sostanze in grado di modificare lo stato di coscienza. Non ne è proibito nè il consumo nè la vendita, perchè non rientrano ancora nelle classificazioni del Ministero della Salute, ma le smart drugs sono capaci di dare effetti del tutto simili a quello dei composti comunemente considerati stupefacenti: allucinazioni, percezioni distorte del reale, stimolazione sessuale e intellettuale.

Quello che preoccupa è il meccanismo che tende ad indurre il giovane ad un'assunzione non consapevole di composti potenzialmente in grado di sconvolgerlo come quelle che siamo abituati a chiamare droghe (fonte: Bollettino dell'Osservatorio sulla camorra e sull'illegalità dell'11.1.2005).

In sintesi, si registra in Campania un costante aumento dell'uso/abuso di sostanze psicoattive, legali ed illegali, da parte dei giovani minorenni e tra le nuove categorie di soggetti marginali.

I dati disponibili e gli elementi di conoscenza che derivano dalle numerose esperienze di lavoro rivolte al mondo giovanile indicano: l'incremento di forme di consumo ricreazionale di sostanze, in particolare nei luoghi del divertimento; l'abbassamento dell'età in cui avviene l'incontro con le sostanze; la trasversalità del fenomeno, per questo occorre assumere la consapevolezza che non esistono ambienti esenti da un possibile contatto con le droghe; un orientamento verso il consumo e il consumismo che va oltre il problema delle sostanze.

Nello scenario appena descritto, la Regione Campania ha affrontato il fenomeno attraverso uno specifico percorso metodologico avviato con i focus group e sviluppato nella "Commissione multidisciplinare di studio e programmazione in materia di lotta alle dipendenze", istituita con Delib.G.R. n. 64/2004, che ha messo in campo una intelligenza collettiva, rappresentata da testimoni privilegiati e da soggetti istituzionali, con l'obiettivo di impattare concretamente il target di popolazione e i contesti di riferimento.

Questo lavoro è proseguito attraverso il confronto con altre Regioni, approfondimenti teorici sul fenomeno e giornate di studio/confronto tra referenti regionali e gli operatori impegnati nella sperimentazione di modelli di intervento socio-sanitari, svoltesi presso le sedi dei servizi pubblici, del terzo settore e degli istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti.

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

- di organizzare, presso la Fondazione IDIS-Città della Scienza dal 14 gennaio al 15 febbraio 2005, una mostra multimediale interattiva sulla prevenzione del tabagismo negli adolescenti. Tale rassegna, promossa attraverso un protocollo d'intesa con la Regione Emilia-Romagna e la Lega Tumori di Reggio Emilia, è stata preceduta da quattro giornate di formazione rivolte agli operatori sociali, sanitari e docenti;
- di emanare le Linee guida, nell'area di riferimento, relative alla quarta annualità di applicazione della l. n. 328/2000;
- di emanare un avviso pubblico, finalizzato alla costruzione di percorsi volti a contrastare le dipendenze, privilegiando un approccio integrato capace di mettere in rete gli attori del welfare locale ed ottimizzare gli interventi di recupero e reinserimento socio-lavorativo. A tale scopo, gli Ambiti territoriali (soggetti beneficiari) hanno presentato i progetti in Associazione Temporanea di Scopo (ATS) con uno o più soggetti del Terzo Settore e, per le azioni a forte integrazione socio-sanitaria, hanno costituito un partenariato obbligatorio con l'Asl di riferimento;
- di sostenere, la promozione di progetti personalizzati di sostegno socio-assistenziale, di attività socio-educative e di reinserimento socio-lavorativo in favore delle persone affette da Hiv/Aids, ospiti nelle Case Famiglia/Alloggio della Campania (cfr. Atto di indirizzo approvato con Delib.G.R. n. 2036/2006 e Delib.G.R. n. 1365/2008);
- di assumere negli indirizzi strategici triennali 2007-2009, approvati con Delib.G.R. n. 1403/2007, il progetto sociale personalizzato, quale approccio metodologico elettivo e strumento fondamentale

del percorso della presa in carico dei cittadini. Con tale finalità sono stati attivati circa n. 600 progetti socio-formativi individualizzati per le persone tossicodipendenti, in carico alle strutture residenziali e semiresidenziali, gestite dal pubblico e dal privato sociale;

- di aderire, in analogia agli interventi già attivati ed in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità, al Progetto nazionale, promosso dal Ministero della Solidarietà Sociale, denominato "Budget per l'inclusione sociale di persone tossicodipendenti in trattamento o da attrarre in trattamento, ad elevata emarginazione", con l'obiettivo di promuovere n. 100 progetti individualizzati finalizzati all'inclusione sociale delle persone tossicodipendenti a forte rischio di esclusione sociale (cfr. Delib.G.R. n. 1015/2008).

Obiettivi

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

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

Costituiscono, invece, Obiettivi specifici:

- sviluppare azioni progettuali diversificate in relazione all'evolversi del fenomeno;
- promozione di iniziative integrate di prevenzione, frutto del lavoro congiunto dei servizi sociali e sanitari, scolastici, educativi ed aggregativi, pubblici e del privato sociale, con un maggior coinvolgimento della cittadinanza e valorizzando i giovani come protagonisti;
- favorire l'inclusione sociale e lavorativa delle persone tossico-alcoldipendenti;
- promuovere campagne di informazione e di sensibilizzazione mirate in particolare alla popolazione giovanile attraverso il coinvolgimento diretto dei giovani, della scuola, delle famiglie, degli Enti locali, dei servizi pubblici e privati per le dipendenze, dell'associazionismo e del volontariato, da realizzarsi all'interno delle scuole, nei luoghi del loisir giovanile, nelle discoteche, negli ambienti sportivi e ricreativi;
- estendere su tutto il territorio regionale le iniziative già avviate per la prevenzione e il contrasto del consumo di droghe legali, in particolare alcol, ed illegali nei luoghi del divertimento giovanile (discoteche, pub) anche attraverso protocolli d'intesa con i gestori dei locali;
- promuovere iniziative dirette al potenziamento e all'integrazione della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, con particolare attenzione alle nuove forme di dipendenza senza sostanze (gioco d'azzardo patologico...) e alla notevole diffusione del consumo (cocaina, droghe sintetiche, droghe ricreazionali);

- consolidamento delle prassi operative integrate tra Ambiti Territoriali, Dipartimenti per le Dipendenze e/o Sert e Dipartimenti di salute mentale;
- sviluppare nuove ipotesi organizzative, di ricerca e di sperimentazione;
- valorizzare il mondo del volontariato e dell'associazionismo (utenti e loro famiglie) che ha precedentemente vissuto esperienze di dipendenze da sostanze stupefacenti e alcol, attraverso programmi di auto-aiuto finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
- sostenere, potenziare e stabilizzare gli interventi rivolti a fasce di popolazione in stato di grave marginalità e a forte rischio di esclusione sociale (senza dimora, ex detenuti, sofferenti psichici,);
- promuovere iniziative di recupero e protezione sociale per la tossicodipendenza femminile, la maternità e la tutela di minori figli di tossico/alcolodipendenti attraverso la diffusione delle informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze in gravidanza;
- definire le modalità assistenziali attente alla specificità femminile, il recupero della dimensione materna, il monitoraggio delle situazioni problematiche e a rischio per l'integrità della salute psicopatologica dei minori;
- estendere la rete di protezione socio-sanitaria di facile accessibilità in grado di intervenire in modo coordinato;
- elaborazione di nuovi modelli di intervento tra Ambiti territoriali, i servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche, nonché di coordinamento di quelli esistenti, relativamente alla comorbilità psichiatrica o "doppia diagnosi" delle persone tossicodipendenti;
- prevedere modalità di valutazione, indicatori (di processo e di esito) e diffusione dei risultati.

I tempi di attuazione degli obiettivi nel prossimo triennio terranno prioritariamente conto della continuità con i percorsi già attivati sul territorio e della valorizzazione dei sistemi di governance che hanno prefigurato e intendono realizzare processi di inclusione. Nel breve/medio periodo (entro il primo e secondo anno di validità del Psr) dovranno essere realizzati quegli obiettivi che pongono al centro azioni riferibili ai temi della prevenzione ed alla prima assistenza; nel lungo termine (entro il terzo anno di validità del Piano) saranno prefigurate e/o attivate quelle azioni che richiedono percorsi di inserimento lavorativo e di apposite forme di finanziamento.

Gli interventi e i servizi.

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

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

continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e le metodologie di intervento già collaudate.

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

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

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

I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze contribuiscono alla crescita della percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali e alla richiesta di "controllo del territorio" e di ripristino della legalità, delle regole di convivenza nell'uso degli spazi urbani.

Gli elementi di conoscenza sul consumo di sostanze psicotrope evidenziano il fatto che, rispetto ai molti consumatori, i soggetti dipendenti sono una minoranza. Esiste invece una continuità fra il consumo ed il consumo problematico, anche in situazioni episodiche che non si legano alla parabola classica della dipendenza. Per questi motivi si può affermare che la scena del consumo è diversa da quella della tossicodipendenza e che l'attenzione va perciò rivolta a gruppi di popolazione, persone, comportamenti e conseguenze dei comportamenti piuttosto che ai tipi di sostanze.

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

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

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

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

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

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

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

La corresponsabilizzazione dei servizi pubblici in questo settore rispetto ai percorsi di presa in carico dei cittadini con problemi psichici ed abuso di sostanze è necessaria affinché essi non avvertano fratture, dissonanze o contraddizioni tra i singoli interventi o strutture. Gli strumenti teorici e pratici di derivazione psicologica, educativa e biomedica non sono oggi più visti come antagonisti, così come il privato sociale ed imprenditoriale non riveste più un ruolo alternativo, ma integrativo della pubblica offerta. In questa ottica percorsi di formazione comune, condivisione di problematiche che mettono in difficoltà i singoli servizi presi isolatamente, contaminazioni tra codici relazionali dei diversi livelli istituzionali sono un passaggio necessario per l'evoluzione professionale. Tale collaborazione potrà trovare forme diverse a seconda delle realtà territoriali, dai protocolli congiunti, alla formazione di équipe miste e sarà importante standardizzare le esperienze di successo maturate all'interno dei diversi modelli adottati.

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

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

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

3.4 Le politiche per le persone anziane

Analisi del contesto

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

Sul fronte dei servizi residenziali e semiresidenziali, con l'approvazione del Reg. 18 dicembre 2006, n. 6 sui requisiti e i criteri di autorizzazione delle strutture socioassistenziali, si è provveduto a mettere ordine in un mercato lasciato alla libera iniziativa dei singoli, definendo cinque tipologie di strutture atte ad erogare prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani autonomi e semiautonomi: casa albergo, comunità alloggio, casa sociale, centro sociale polifunzionale. È stata avviata inoltre, ai sensi del Regolamento che ne prevedeva l'istituzione, l'«Anagrafe Regionale dei Servizi», consultabile sul portale regionale e aggiornabile in tempo reale. In tal modo si dispone di

una prima traccia di una futura mappa delle strutture socioassistenziali. Essa diventerà operativa con il progetto – obiettivo "Campania sociale digitale" (vedi infra 2.4.2).

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

Obiettivi

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

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

- Per il triennio di vigenza del Piano è assunto come obiettivo prioritario il consolidamento di un'offerta differenziata di servizi/interventi a supporto degli anziani e delle loro famiglie, a partire da una infrastrutturazione minima dei servizi di assistenza domiciliare, dei Centri Sociali Polifunzionali e delle strutture residenziali, al fine di garantire livelli essenziali di assistenza, fino alla promozione di interventi di inclusione sociale che esulano dai livelli essenziali ma hanno la funzione di valorizzare l'esperienza e l'apporto degli anziani alla costruzione di reti di solidarietà sociale, per riconoscere loro il diritto di cittadinanza attiva, anche con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e di volontariato.

- Per realizzare un efficace sistema di offerta, e garantire pari opportunità di accesso ai servizi, si intende innanzitutto promuovere il principio "della presa in carico" attraverso la validazione di strumenti, quanto più semplici possibili che rendano omogenee a livello territoriale le funzioni di valutazione, definizione di progetti personalizzati, informatizzazione e monitoraggio degli stessi.

- È inoltre necessario promuovere un sistema di qualità dell'offerta attraverso la diffusione di buoni spendibili per l'acquisto di servizi accreditati per superare una visione dell'anziano come utente passivo e restituirgli il riconoscimento della dignità di soggetto attivo capace di autodeterminarsi,

quindi di scegliere tra più servizi o più enti erogatori in base ad una valutazione del rapporto costi/benefici.

Interventi da realizzare

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

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

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

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

3.5 Le politiche per le persone con disabilità

Analisi del contesto

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

Nel dettaglio, la disabilità è costituita in 103.000 casi dal confinamento, in 99.000 da difficoltà di movimento, in 175.000 da difficoltà nelle funzioni e in 43.000 casi da difficoltà di vista, udito o parola. Il totale di persone disabili è inferiore alla somma relativa ai tipi di disabilità, in quanto vi sono persone che hanno più tipi di disabilità e quindi sono conteggiate più volte. Lo scarto tra i due totali costituisce una stima del numero di persone con disabilità plurime. La media del numero di disabilità per persona disabile è di 1,67%. Dall'analisi dei dati risulta è evidente che la disabilità è un fenomeno complesso, multi-sfaccettato, per cui non si può parlare genericamente di bisogni delle persone con disabilità, come se queste costituissero un insieme omogeneo.

Già la legge 104/1992 poneva una prima distinzione tra disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. L'ISTAT ha adottato una classificazione in parte, ma non del tutto, sovrapponibile.

È importante tenere in considerazione i diversi tipi di disabilità perchè a diversi tipi corrispondono diversi bisogni. Non si può pensare che un servizio di assistenza domiciliare sia da offrire indifferentemente e nello stesso modo a tutte le persone cui è stato certificato uno stato di disabilità, perchè ad esempio saranno diversi i bisogni di una persona cieca da quelli di una persona con difficoltà motorie. Il servizio, pertanto, pur portando lo stesso nome, va personalizzato a seconda del "profilo di bisogno" riscontrato nella persona cui è rivolto.

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi generali

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

Come seconda risposta, laddove la domiciliarità non sia possibile, in ragione dell'alto livello di insufficienza, è possibile adottare una risposta residenziale. Particolare problema da prendere in carico è quello delle persone con disabilità grave che siano prive di supporto familiare (cui ci si riferisce spesso col termine "dopo di noi"). In tali situazioni infatti è notevolmente difficile che una

riposta domiciliare possa garantire il livello di assistenza necessario per rendere la persona autonoma, e quindi anche in questo caso la risposta adatta è quella residenziale.

Si vuole ribadire che la residenzialità di tipo sociale è adatta a persone che non abbiano necessità di assistenza sanitaria continuativa. In tale ultimo caso, infatti, la risposta adatta è quella delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), di gestione sanitaria. Allo stesso modo si sottolinea la necessità di favorire invece la rivalutazione del bisogno nelle Unità di Valutazione Integrata, al fine di fornire l'appropriata risposta sociale e persone che siano ospitate nelle RSA o in strutture ospedaliere, pur non richiedendo assistenza sanitaria.

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

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

Obiettivo: favorire l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità

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

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

ausili didattici e/o informatici, dopo aver verificato che tali ausili non siano già disponibili presso i Centri Risorse Territoriali o scuole "polo" individuati dall'Ufficio scolastico regionale. Tale tavolo potrà servire inoltre a porre le basi per una proposta di legge per la definizione delle competenze tra i diversi Enti locali.

Interventi

- tavolo regionale di concertazione tra gli enti istituzionalmente preposti all'integrazione scolastica degli alunni con disabilità (a titolarità regionale);
- accordi di programma a livello territoriale (a regia regionale);
- servizi di assistenza scolastica nei Pdz (a regia regionale);
- sostegno al diritto allo studio degli studenti universitari (a titolarità regionale);
- fornitura di libri in braille agli alunni con disabilità visiva (a titolarità regionale in collaborazione con le province).

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

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

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

Interventi

- definizione delle competenze dell'operatore sociale esperto in lingua dei segni (a titolarità regionale);
- attivazione di una short list regionale di operatori sociali esperti in lingua dei segni;

- accompagnamento e consulenza da parte delle strutture regionali per la trascrizione dei testi in codice braille;

- qualificazione dei servizi di Segretariato sociale nei Pdz con l'inserimento di figure esperte in lingua dei segni (a regia regionale);

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

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

L'assistenza domiciliare si compone di una serie di prestazioni: assistenza tutelare, aiuto domestico, cura delle relazioni. L'offerta del profilo di assistenza domiciliare va personalizzata di caso in caso a seconda dei bisogni rilevati nell'utente, e va formalizzata nel progetto personalizzato. Il progetto personalizzato costituisce un vero e proprio punto di snodo per garantire la presa in carico della persona con disabilità. Esso è da sempre stato promosso dall'amministrazione regionale sulla scorta di quanto previsto dall'art. 14 della legge 328/2000 ed è divenuto con le linee guida regionali per il triennio 2007-2009, in cui tra l'altro si sono date alcune indicazioni sulla relativa stesura, un elemento essenziale, considerando che ad essi si è legato il rendiconto del 70% delle risorse assegnate agli anziani, disabili e all'assistenza tutelare. Il progetto personalizzato diviene il punto di incontro tra i diversi servizi programmati dall'Ambito, che trovano in esso una ideale combinazione tarata sugli specifici bisogni individuali. Si prevede di realizzare degli interventi formativi a livello regionale rivolti ai componenti dell'Ufficio di piano, delle Uvi e dei servizi sociali professionali per promuovere delle linee comuni di valutazione e di redazione dei progetti individuali.

Interventi

- potenziamento e personalizzazione del servizio di assistenza domiciliare nei Pdz (a regia regionale)

- interventi formativi sul progetto personalizzato organizzati dalla Regione Campania e rivolti ai componenti dell'Ufficio di piano, dell'Uvi e dei servizi sociali professionali (a titolarità regionale)

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

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

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

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

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

Interventi

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

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

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

Nell'ultimo quinquennio la Regione Campania, attraverso fondi stanziati dalla legge finanziaria 2001 (L. 388/00), ha dato impulso ad un processo di realizzazione di nuove strutture residenziali per disabili gravi, a carattere familiare, per il "Dopo di noi" attraverso l'erogazione di contributi, mediante avvisi pubblici, in favore di soggetti del Terzo Settore. La problematica del "dopo di noi" è destinata a crescere in ragione di vari fattori (aumento dell'età media delle persone, diffusione di nuclei monoparentali, ecc.) e rappresenta, nei fatti, un bisogno assistenziale fondamentale delle persone con disabilità. Pertanto, oltre ad arricchire il sistema di offerta dei servizi e delle strutture sociali territoriali attraverso l'inclusione dei centri per il "dopo di noi" realizzati attraverso i contributi della l. 388/2000, è opportuno che gli attori dell'Ambito sociale territoriale si attivino per il potenziamento, in termini quantitativi e qualitativi, di tali strutture in relazione alle esigenze attuali e del futuro prossimo dell'utenza. In tal senso si potrebbe collocare anche un allargamento dell'offerta che includa, presso simili strutture, i servizi di pronta accoglienza e di assistenza programmata che per le loro caratteristiche si connotano come una particolare tipologia di servizi di sollievo precedentemente descritti.

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

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

Interventi

- realizzazione di un adeguato numero di strutture per il "dopo di noi" in relazione al fabbisogno territoriale anche prevedendo un ampliamento dell'offerta di servizi temporanei come la pronta accoglienza e l'accoglienza programmata;

- qualificazione delle strutture "dopo di noi" esistenti, soprattutto a carattere comunitario, al fine di superare il carattere abituale di luoghi destinati prevalentemente all'accoglienza e ricovero del disabile in favore di una visione più inclusiva e integrata dal punto di vista sociale.

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

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

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

Interventi

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

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

Per migliorare le condizioni di vita delle persone con disabilità è importante realizzare non solo servizi che affrontano il disagio, ma anche servizi che promuovono l'agio. La possibilità di godere di pari opportunità a questo livello viene spesso percepita come condizionata ad un adattamento dell'ambiente esterno alle caratteristiche delle diverse disabilità. E così l'adeguamento di impianti sportivi e di siti turistici può consentirne l'accessibilità anche da parte di persone con disabilità. Ma l'adeguamento delle strutture costituisce solo una parte del problema. Spesso le barriere sono immateriali e fanno parte sia della persona con disabilità che dell'ambiente sociale che la circonda.

In questo senso sono necessari programmi mirati che aiutino la persona con disabilità ad uscire dal suo ambiente abituale e proiettarsi all'esterno in condizioni protette, per poi fare successivamente il salto verso una maggiore autonomia. La Regione Campania ha già sperimentato la realizzazione di progetti di fruizione del mare e della montagna che, attraverso il pieno coinvolgimento del privato sociale, hanno consentito ad un notevole numero di persone con disabilità di avere delle esperienze in cui il contatto con i beni naturali ha costituito un aspetto importante, facilitando al contempo le esperienze di socializzazione che alla condivisione in gruppo di tale contatto si accompagnano. Tali servizi vanno proseguiti nell'arco del triennio, favorendo allo stesso tempo una riappropriazione del territorio da parte degli Ambiti attraverso un adeguamento materiale dei siti di fruizione.

Interventi

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

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

Obiettivo: migliorare l'inclusione lavorativa

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

Interventi

- informazione e creazione di reti sociali tra istituzioni, imprese e sistema formativo a livello locale (a titolarità regionale);

- percorsi di integrazione al lavoro per persone disabili con azioni di formazione personalizzata, informazione e sensibilizzazione dei datori e colleghi di lavoro, accompagnamento e tutoraggio al lavoro (a titolarità regionale).

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

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

Un motto che spesso caratterizza le posizioni delle associazioni di tutela delle persone con disabilità è "nulla su di noi senza di noi". In tale ottica si vuole favorire la valutazione dei servizi, oltre che attraverso sistemi di valutazione formale adottati dagli stessi Ambiti e dalla struttura regionale,

anche attraverso una reale integrazione degli utenti nel processo di valutazione. Le carte dei servizi da realizzare nell'ambito sono lo strumento adatto in cui prevedere le forme e i modi di tale partecipazione, considerando altresì le misure da adottare per il miglioramento del servizio in caso di valutazione negativa.

Interventi

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

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

3.6 Le politiche di contrasto alla povertà

Le dimensioni della povertà in Campania

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

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

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

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

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

Altri dati significativi

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

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

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

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

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

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

Le politiche di welfare per il contrasto alla povertà.

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

medio alto di PIL pro capite e di un alto tasso di povertà, e sulle forti differenziazioni tra realtà regionali ci si è già soffermati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'azione conoscitiva deve essere effettuata partendo da una analisi approfondita dei dati relativi ai 146.753 nuclei familiari che hanno richiesto l'accesso alla misura del reddito di cittadinanza, dati

che offrono un profilo delle famiglie povere e che costituiscono un patrimonio di conoscenza ricco ed articolato sia per la Regione che per gli Ambiti territoriali, già in grado di orientare la progettazione di interventi e servizi, e di tararne il peso e l'ampiezza in riferimento a questa popolazione obiettivo, nei diversi territori.

In ogni caso sarà opportuno tracciare un bilancio della sperimentazione attuata con il reddito di cittadinanza, che illumini sui punti di forza e le linee d'ombra, anche ai fini di una valutazione dei risultati conseguiti. Sono diverse le piste di indagine che possono fornire indicazioni per una riformulazione della politica regionale di contrasto alla povertà. Alcune possono riguardare più nello specifico la misura per come era stata disegnata, consistente in una erogazione monetaria di 350,00 euro mensili per nucleo familiare, oltre il dispositivo di calcolo del reddito familiare necessario per poter accedere alla misura, e la sua capacità di discriminare le situazioni di maggior bisogno, la eventuale presenza di comportamenti opportunistici ed i correttivi adottati, la onerosità delle procedure di accertamento, la diffusione dei controlli sui requisiti di accesso, la capacità di cooperazione tra i Comuni e tra questi e gli altri enti coinvolti a vario titolo nelle procedure attuative della sperimentazione, la bontà degli indicatori per la distribuzione delle risorse ai territori da parte della Regione, la capacità degli Ambiti territoriali e della stessa Regione di progettare e realizzare per i beneficiari delle erogazioni monetarie le ulteriori misure di accompagnamento, pure previste dalla legge e soprattutto di intrecciare e finalizzare il lavoro burocratico volto alla individuazione degli aventi diritto con percorsi personalizzati mirati alla fuoriuscita dalla condizione di povertà.

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

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

Analisi di contesto

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

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

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

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

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

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

Le motivazioni soggettive di coloro che escono dal carcere sono normalmente buone, piene di propositi e di intendimenti costruttivi, ma all'esterno dell'istituto l'accesso al mondo del lavoro

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

Obiettivi

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

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

Gli Obiettivi specifici sono:

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

Gli interventi e i servizi

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

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

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

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

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

- interventi sperimentali di reinserimento sociale e lavorativo di detenuti ed ex detenuti;
- attività intra-murarie per migliorare le condizioni di vita all'interno degli istituti di pena;
- servizi di mediazione culturale per persone migranti;
- interventi di sostegno alle famiglie e di mediazione fra vittime e autori di reato;

- interventi mirati a rispondere a bisogni specifici delle donne con figli, degli immigrati non comunitari, delle persone con problemi di dipendenza.

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

3.8 Le politiche per gli immigrati

Analisi di contesto

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

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

Province

Maschi

Femmine

Totale

% Su Pop. Straniera

% Su Pop Residente

Caserta

10.856

12.396

23.252

20,26%

2,60%

Benevento

1.559

2.449

4.008

3,49%

1,40%

Napoli

21.120

32.605

53.725

46,80%

1,70%

Avellino

3.279

5.096

8.375

7,30%

1,90%

Salerno

10.957

14.475

25.432

22,15%

2,30%

Campania

47.771

67.021

114.792

100,00%

2%

Fonte: Istat, 2008.

L'evoluzione della presenza immigrata in Campania ne ha modificato le principali caratteristiche: geografia dei flussi, la loro composizione demografica, i progetti migratori di coloro che si spostano. Per quanto attiene ai paesi di provenienza, una delle novità più evidenti è costituita dalla tendenza alla modifica della composizione etnico-nazionale dell'universo della popolazione immigrata, con un incremento sistematico delle nazionalità provenienti dai paesi dell'est europeo. Secondo i dati Istat al 1° gennaio 2008, i flussi dall'Europa centro orientale rappresentano ad oggi la fetta più significativa della recente immigrazione in Campania, con un'incidenza sul totale del 58,8%, di cui la maggioranza donne. Gli immigrati provenienti dall'Africa sono il 19,8% del totale e

fra questi, l'incidenza della partecipazione femminile ai flussi è la più bassa. Nell'immigrazione africana si conferma rilevante il flusso proveniente dall'Africa Settentrionale che pesa per il 69,1%.

Provengono dall'Asia il 15,2% degli immigrati stranieri della Campania. Una fotografia sulle comunità nazionali più numerose mostra che quella ucraina è la più presente in tutte e cinque le province campane.

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

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

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

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

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

Permessi di soggiorno per motivo della presenza

Province

Lavoro

Famiglia

Religione

Residenza elettiva

Studio

Asilo

Richiesta asilo

Umanitari

Altro

TOTALE

Caserta

12.449

3.074

291

87

187

15

99

542

171

16.915

Benevento

1.739

856

58

47

55

6

1

–

29

2.791

Napoli

31.621

13.180

729

511

679

34

100

143

631

47.628

Avellino

3.198

2.145

155

53

103

12

3

16

46

5.731

Salerno

11.110

4.332

133

337

226

9

8

13

461

16.629

Campania

60.117

23.587

1.366

1.035

1.250

76

211

714

1.338

89.694

ITALIA

1.463.058

763.744

32.081

44.847

51.625

8.613

7.466

13.447

30.091

2.414.972

Nord-ovest

521.415

276.030

2.353

12.589

14.509

2.290

2.249

2.656

12.465

846.556

Nord-est

416.812

223.391

1.323

7.924

12.051

2.274

2.193

2.283

7.483

675.734

Centro

357.567

173.628

24.697

17.845

19.806

2.526

1.759

2.454

5.851

606.133

Sud

124.237

65.495

2.751

2.793

4.045

1.030

837

4.155

3.235

208.578

Isole

43.027

25.200

957

3.696

1.214

493

428

1.899

1.057

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

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

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

Gli Obiettivi generali e le aree prioritarie di intervento

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

la valorizzazione delle identità culturali, religiose e linguistiche;

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

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

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

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

3.9 Sostegno alle persone con disagio psichico

Il contesto sociale regionale attuale

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

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

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

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

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

sociali e dipartimenti di salute mentale delle Asl, tirocini formativi e/o borse lavoro, gruppi appartamento e comunità alloggio.

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

Obiettivi

Obiettivi generali:

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

Obiettivi specifici:

- sperimentare approcci innovativi per la promozione della salute e l'individuazione precoce degli indicatori di disagio;
- sviluppare l'informazione, la formazione, e servizi integrati a bassa soglia, per raggiungere i gruppi maggiormente a rischio, con particolare riguardo alla popolazione femminile che, nella fascia di età 15-44, risulta essere la più esposta a più tipi di disturbo psichico, quali la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi dell'alimentazione;

- realizzare un sistema di governance capace di mantenere e sviluppare meccanismi di appartenenza e processi di autonomia e inclusione all'interno della comunità;
- sviluppare programmazioni integrate tra le politiche abitative, formative, lavorative;
- sviluppare interventi a bassa soglia (informazione e consulenza) nelle scuole per intercettare il disagio psichico delle fasce giovanili, assicurare la presa in carico dei minori e degli adolescenti con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici;
- sviluppare interventi a bassa soglia (informazione e consulenza) nelle aziende di lavoro, ma anche sportelli per la famiglia, per intercettare il disagio psichico degli adulti ed assicurare la presa in carico degli adulti con disturbi psichici;
- sostenere le giovani-madri con problemi di disagio;
- favorire la deistituzionalizzazione delle persone internate negli OPG;
- promuovere forme di accompagnamento sociale e di integrazione personalizzate e finalizzate, ove possibile, all'autonomia ed all'affermazione dei diritti;
- favorire la crescita delle associazioni e dei gruppi di auto-mutuo-aiuto e la sperimentazione di servizi con modalità di partecipazione attiva delle persone utenti della salute mentale per consolidare e rafforzare il processo già avviato in alcuni Ambiti territoriali;
- sviluppare una cultura basata sui valori della solidarietà e dell'auto-mutuo-aiuto.

Gli interventi e i servizi.

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

L'aumento del numero di persone con disturbi mentali e la complessità del fenomeno richiede un'alta capacità dei soggetti istituzionali di farsi carico in maniera adeguata delle problematiche della salute mentale. L'adeguatezza e la qualità delle risposte è strettamente connessa alla capacità di elaborare programmi comuni pienamente condivisi e di promuovere azioni nelle quali convergono risorse diverse e si armonizzano competenze e professionalità. La complessità dei bisogni delle persone con disagio mentale e l'aumento di questi disagi nell'area della popolazione giovanile, anziani e migranti, collegati con altre povertà immateriali, impone sempre di più il rafforzamento dell'approccio integrato, finalizzato ad una gestione sinergica di risorse finanziarie e

umane tese ad attivare progetti in rete, che valorizzino le specifiche competenze dei partner coinvolti, nel rispetto della pari dignità.

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

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

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

Sostegno alle politiche di prevenzione

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

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

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

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

Le azioni da promuovere per il raggiungimento degli obiettivi.

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

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

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

Attivazione di percorsi lavorativi delle persone con disturbi mentali:

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

Salute mentale e carcere:

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

Infanzia e adolescenza:

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

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

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

Infanzia e adolescenza:

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

Donne nella fascia di età 15-44 anni:

Adolescenti:

sviluppare progetti di prevenzione nell'ambito scolastico per:

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

Donne adulte:

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

- il sostegno alla maternità ed al lavoro di cura:

a) evitare lo stress da sovraccarico di lavoro e responsabilità (fattore di rischio individuato dall'OMS, insieme al lavoro di cura ed alla violenza);

b) ridurre le aspettative della maternità, evitando la sindrome del burn-out (sindrome da stress, tipica delle professioni di aiuto) e aiutare la donna a mantenere il proprio stile di vita e la progettualità personale anche nella maternità;

c) potenziare la conoscenza dei propri diritti sia nei luoghi di lavoro che in famiglia, combattere la violenza ed il maltrattamento in tutte le forme in cui possono incidere sulla riduzione dell'autostima (denominatore comune di molte patologie psichiche, ed in particolare della depressione).

- sviluppare reti di sostegno al carico di lavoro ed opportunità di inserimento sociolavorativo per l'autonomia delle donne:

a) sviluppare tirocini di formazione in situazione lavorativa con borse lavoro;

b) accompagnare le donne in esperienze lavorative, dopo un'assenza dal mondo del lavoro legato alla maternità,

c) sostenere le donne nel carico di lavoro domestico, con la condivisione/socializzazione del lavoro di cura (baby care, assistenza anziani, assistenza malati).

- sviluppare reti di sostegno alla donna in situazione di maltrattamento, in sinergia con altri progetti regionali finalizzati alla lotta alla violenza contro le donne.

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

3.10 Le politiche per la sicurezza (sociale)

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

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

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

È come dire che il trattare i singoli problemi non deve più prescindere dal trattare il contesto.

Il tema della sicurezza urbana riguarda i luoghi dell'abitare e la qualità e le modalità dell'abitare, le persone e le relazioni tra le persone che li abitano e quelle che li attraversano, la capacità di accoglienza e il grado di coesione sociale delle comunità.

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

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

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