

Agenda Strategica

**Documento di lavoro per il processo di costruzione
del Piano Sociale di Zona 2007 - 2009**

Agenda Strategica

Documento di lavoro per il processo di costruzione del Piano Sociale di Zona 2007 - 2009

La redazione dell'Agenda Strategica è stata curata da Silvia Carpentieri, Giulio Di Cicco, Dora Gambardella, Barbara Trupiano, sulla base dei Documenti conclusivi dei Tavoli Tematici elaborati dai gruppi di lavoro.

Indice

Introduzione

1 Il lavoro svolto e il percorso da realizzare

Il lavoro dei Tavoli Tematici e la costruzione dell'Agenda Strategica

Il percorso di concertazione per la redazione del Piano Sociale di Zona

2 I Temi per il Piano Sociale

Le innovazioni organizzative e di sistema

Il sostegno alle famiglie nella funzione genitoriale e nei compiti di cura

La socialità

La Comunità Educante

L'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza

Valorizzare la diversità e garantire pari diritti e non discriminazione

La tutela e la protezione sociale

3 Le Aree di Intervento

Azioni di sistema

Responsabilità familiari - Minori e Giovani

Salute Mentale - Dipendenze

Immigrazione - Contrasto alla povertà

Anziani – Disabili

Introduzione

L'emanazione del *Documento di Indirizzo per l'elaborazione del Piano Sociale di Zona 2007-2009* ha segnato l'avvio del complessivo processo di programmazione partecipata finalizzato alla redazione del documento di pianificazione triennale e annuale delle politiche sociali cittadine. Il percorso definito all'interno del Documento prevedeva diverse fasi, che con il coinvolgimento di attori e l'utilizzo di strumenti diversificati consentisse il raggiungimento di tappe intermedie fino alla redazione del Piano di Zona.

La costruzione dell'Agenda Strategica rappresenta una delle tappe previste e costituisce dunque il punto di arrivo di una fase del percorso e il punto di partenza per le fasi successive.

L'Agenda Strategica è un documento di lavoro al cui interno sono individuate le questioni più importanti e definiti i primi orientamenti per il Piano di Zona in termini di temi rilevanti, interpretazioni, principi e percorsi di azione realizzabili, questioni da approfondire e prospettive di lavoro possibili. In tal senso costituisce, dunque, lo strumento per attivare e gestire un processo di ascolto in profondità e di interazione strutturata con gli attori locali: è finalizzata a interrogare gli attori del welfare cittadino e a suscitare nuove e più approfondite occasioni di incontro e di riflessione comune per la costruzione di scelte condivise.

Per raggiungere questi obiettivi, l'Agenda Strategica contiene le informazioni e gli elementi utili a consentire il confronto e la discussione collettiva circa i bisogni e le problematiche più rilevanti, gli obiettivi prioritari, le azioni necessarie e le risorse disponibili. Nello stesso tempo l'Amministrazione Comunale, in primo luogo, e il Coordinamento Istituzionale poi sono stati chiamati a fornire gli orientamenti e ad esplicitare le scelte strategiche di sfondo sulla cui base attivare il processo di confronto sia a livello tecnico che politico per la definizione della programmazione sociale cittadina.

Per questo motivo, l'Agenda Strategica è il prodotto di un lavoro di analisi e di confronto di tipo dinamico e dialettico che ha visto coinvolti sia il livello politico-istituzionale (Assessore e Coordinamento Istituzionale) sia il livello tecnico (Ufficio di Piano e Tavoli Tematici¹).

Gli elementi su cui l'Agenda è stata costruita sono:

- il Profilo di Comunità
- i dati circa il sistema di offerta
- gli orientamenti strategici forniti dal livello politico-istituzionale nell'ambito del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Sociale di Zona 2007 – 2009;

A partire da tali elementi, l'Ufficio di Piano e i Tavoli Tematici sono stati chiamati ad un approfondimento tecnico e qualitativo intorno ai dati disponibili e alle valutazioni di efficacia/efficienza dell'attuale sistema di offerta al fine di individuare gli elementi di criticità, gli obiettivi di sviluppo, le strategie più idonee per strutturare risposte il più possibile coerenti con i bisogni sociali del territorio e della popolazione che lo abita.

Le indicazioni e gli elaborati, frutto del lavoro dei Tavoli e dell'Ufficio di Piano, sono stati oggetto di valutazione e confronto con il Coordinamento Istituzionale che ha approvato

¹ I Tavoli Tematici costituiscono le articolazioni funzionali dell'Ufficio di Piano e sono articolati sulla base di aree tematiche il più possibile omogenee: Tavolo Tematico Famiglie e Minori, Tavolo Tematico Anziani e Disabili, Tavolo Tematico Immigrazione e Povertà, Tavolo Tematico Dipendenze e Salute Mentale. Al lavoro dei Tavoli hanno partecipato:

per il Comune di Napoli: Francesca Amato, Giovanna Amirante, Giovanni Attademo, Rita Borgonuovo, Alba Carnevale, Silvia Carpentieri, Annamaria Cherubino, Giulietta Chieffo, Amalia Coccozza, Lia Colucci, Giovanna Comite, Giulio Crisci, Luigi Del Prato, Maria Antonietta Di Benga, Giulio Di Cicco, Rosaria Ferre, Elvira Finamore, Margherita Fusco, Silvana Guarracino, Maria Imperatrice, Marialuisa Liberatore, Giuseppina Libretti, Annamaria Lombardi, Giuseppina Molinari, Antonio Moscato, Vincenzo Saggese, Maria Sacco, Daniela Scognamiglio, Barbara Trupiano;

per la ASL Na1: Rossella Buondonno, Marina Casale, Patrizia Castagna, Rossana Cavallo, Carmela De Cesare, Carmela Di Maio, Gabriella Ferrari Bravo, Livia Franza, Olindo Giacci, Luigi Guarnieri, Margherita Majello, Silvana Mada, Rino Pastore, Maria Rossi, Eva Trifuoggi, Giuseppe Vacca, Stefano Vecchio;

per il Centro Studi Istituzionale: Gennaro Aurelio, Giuseppe Cirillo, Rita Sepe;

per il Centro Giustizia Minorile Campania: Vincenza Abbondante, Carla Sorice;

per il Servizio Sociale Adulti: Angela Maiella;

per l'Ufficio Scolastico Regionale: Maria Luisa Calise, Annamaria Scanu, Angela Villani;

per i Centri per l'Impiego: Giovanni Furnari, Giovanni Furra.

l'Agenda Strategica, dando così avvio alla fase di concertazione e partecipazione sia a livello centrale che territoriale.

L'Agenda è articolata in Aree di Intervento e ogni Area è costituita delle seguenti sezioni:

- a) *Il target di riferimento*: dati sulla popolazione di riferimento e osservazioni circa i bisogni, le caratteristiche e i fenomeni sociali correlati;
- b) *L'Analisi dei servizi e degli interventi* attivi nella specifica area di intervento: dati sui servizi esistenti, sul numero e le caratteristiche degli utenti, valutazioni sugli elementi di criticità e sui punti di forza;
- c) *Le direttrici per la programmazione* in termini di obiettivi di convalida, obiettivi incrementali e di trasformazione/adeguamento e obiettivi innovativi.

1. Il lavoro dei Tavoli Tematici e la costruzione dell'Agenda Strategica

I Tavoli Tematici si sono insediati e hanno dato avvio ai propri lavori su mandato dell'Ufficio di Piano a partire dalla metà del mese di maggio.

La partecipazione al lavoro dei Tavoli è stata estesa fin da subito ai responsabili di servizi o di aree di lavoro che potessero affiancare i Dirigenti – componenti formali dei Tavoli stessi – nel lavoro di approfondimento e confronto a cui si era chiamati. Tale scelta si è rivelata di enorme importanza per la qualità e l'efficacia del percorso realizzato, dal momento che ha permesso di arricchire la riflessione con i contributi di tutti i principali referenti del sistema di politiche pubbliche cittadine.

La collaborazione con la Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II"² ha consentito di attivare un efficace supporto e un'adeguata assistenza tecnica al lavoro dei Tavoli e al complessivo processo di costruzione dell'Agenda Strategica, attraverso l'identificazione di tecniche e metodologie per la promozione della partecipazione e l'accompagnamento ai gruppi di lavoro, lo sviluppo di competenze degli attori impegnati nei processi di definizione degli indirizzi strategici e di elaborazione della programmazione del sistema locale di interventi e servizi sociali, l'elaborazione di strumenti e la sperimentazione di processi efficaci per il potenziamento della conoscenza della realtà e l'individuazione delle possibili strategie di cambiamento attraverso i processi di riprogrammazione e riqualificazione del sistema di offerta sociale.

Tutti i Tavoli hanno lavorato nel corso di circa un mese partecipando ad un complesso di quattro incontri. Comune ai Tavoli sono stati il programma di lavoro, il metodo, nonché le tecniche utilizzate per l'attivazione del gruppo e la partecipazione. Ciò ha consentito il raggiungimento degli obiettivi stabiliti a valle del lavoro dei Tavoli con modalità e tempi omogenei.

Nella prima giornata, i componenti dei Tavoli hanno discusso e condiviso gli obiettivi da raggiungere, i contenuti del programma di lavoro e il metodo, stabilendo le regole della comunicazione interna e dello scambio di dati e/o informazioni ritenute utili ai fini del miglioramento del lavoro del gruppo. Nella seconda parte della giornata, a partire dai dati del Profilo di Comunità presentati da referenti del Centro Studi Interistituzionale, si è avviata una discussione approfondita sulle caratteristiche quantitative e qualitative dei fenomeni sociali relativi ai target di riferimento.

A partire dalla seconda giornata i Tavoli sono stati impegnati nell'analisi del sistema di offerta esistente, attraverso l'utilizzo della tecnica SWOT, che ha consentito di concentrare i lavori sulle seguenti dimensioni:

- i punti di forza
- i punti di debolezza
- le prospettive future
- gli ostacoli alla loro realizzazione

Inoltre attraverso la tecnica dell'evocazione gerarchizzata è stato possibile assegnare un peso, in termini di rilevanza e di condivisione tra i componenti del Tavolo, a ciascuno degli elementi che andavano via via emergendo nel corso della discussione.

Per il completamento della SWOT, in aggiunta agli elementi naturalmente evocati, è stato chiesto al gruppo di tenere conto anche dei seguenti indicatori:

- l'accessibilità dei servizi esistenti
- gli utenti che i servizi non intercettano e loro caratteristiche (bisogni inespressi)
- gli utenti che vengono intercettati ma i cui bisogni non vengono soddisfatti

² Hanno fatto parte del Gruppo di lavoro della Facoltà di Sociologia in qualità di esperti: Dora Gambardella, Roberto Fasanelli, Enrica Morlicchio, Giustina Orientale Caputo, Annamaria Zaccaria, Giancarlo Ragozini. Per il supporto al lavoro dei Tavoli ci si è avvalsi della collaborazione di: Biagio Aragona, Fabio Corbisiero, Francesco Pirone, Daniela Napoletano.

- gli elementi per una valutazione di efficacia/efficienza
- le riflessioni sulla soddisfazione dell'utenza
- il ruolo della dimensione territoriale (differenze tra municipalità)
- i nuovi indicatori e le nuove fonti di dati da includere nella programmazione futura.

Nel corso della discussione intorno alle prime due dimensioni SWOT (punti di forza e debolezza) i partecipanti al tavolo hanno avuto modo di scambiarsi le prime informazioni rilevanti circa le attività e i servizi erogati dagli enti di riferimento. Le valutazioni espresse dai partecipanti in relazione alla forza/debolezza sono evidentemente il frutto di un processo riflessivo individuale e di gruppo che trae origine dalle esperienze di lavoro e dal sapere specialistico che ne deriva, e che dunque si configura come un giudizio valutativo argomentato più sulla base della conoscenza informale e non strutturata che su dati e indicatori oggettivi. Per questa ragione l'enfasi posta sul lavoro di gruppo e sulla necessità di pervenire ad una qualche condivisione di tale giudizio deve essere considerata una strategia utile per "depurare", per così dire, il giudizio da componenti eccessivamente soggettive e da conoscenze troppo particolariste. Come si vedrà in seguito, i partecipanti ai diversi Tavoli hanno particolarmente avvertito l'assenza di indicatori di valutazione relativi alle performance dei servizi e individuato il lavoro in questa direzione come una delle azioni di sistema da includere nella programmazione futura.

Più in particolare, la terza giornata di lavoro dei Tavoli è stata dedicata all'analisi delle prospettive di programmazione futura e dei relativi ostacoli, nel contesto delle dimensioni di politica cittadina già definite nel documento di indirizzo, mentre la quarta è stata maggiormente centrata sulla definizione del documento finale che il Tavolo era chiamato a licenziare. I partecipanti al Tavolo hanno avuto modo di riflettere ulteriormente su tale documento e di suggerire eventuali modifiche e/o integrazioni prima che questo fosse considerato definitivo.

In generale, i partecipanti ai Tavoli hanno dimostrato un notevole impegno nella discussione e un livello di competenza adeguato alla complessità dei problemi che si trovavano ad affrontare, anche se talvolta si sono profilate situazioni di sovraccarico emotivo e organizzativo. Sono state rilevate inoltre ancora alcune difficoltà di comunicazione interistituzionale. La maggioranza dei partecipanti ha, ad ogni modo, espresso l'esigenza di dare continuità nel tempo a questi momenti di confronto.

I Documenti conclusivi del lavoro di ciascun Tavolo hanno costituito il materiale di base per la redazione dell'Agenda Strategica, che si presenta perciò come il risultato di un efficace processo di interazione tra dati oggettivi, saperi e valutazioni degli esperti e indicazioni politiche circa le priorità programmatiche.

2. Il percorso di concertazione per la redazione del Piano Sociale di Zona

L'Agenda Strategica, approvata dal Coordinamento Istituzionale, costituisce, dunque, lo strumento di base per il processo di concertazione e confronto con i diversi attori del welfare cittadino, finalizzato alla elaborazione del documento di Piano.

Il percorso di Programmazione partecipata, che si sta percorrendo e di cui la redazione dell'Agenda Strategica rappresenta una tappa importante, si fonda sulla consapevolezza dell'importanza e della necessità di creare percorsi di condivisione rispetto a possibili strategie e metodologie di intervento, sulla base dei problemi e dei bisogni della comunità locale.

Nello stesso tempo va considerata la complessità dei processi di concertazione e partecipazione, che richiedono una efficace *governance* e una adeguata attenzione agli aspetti tecnici e metodologici dei percorsi e degli strumenti e delle metodologie adoperate.

In questo senso all'interno del percorso di concertazione - che prende avvio dalla Agenda Strategica e che intende coinvolgere le organizzazioni del Terzo Settore, le rappresentanze sindacali, la cittadinanza attiva - diviene opportuno distinguere la dimensione

prevalentemente politica da quella tecnica, dal momento che diversi risultano essere sia gli attori coinvolti che gli oggetti di lavoro.

Da un lato infatti il coinvolgimento di interlocutori che in qualche modo possano essere portavoce delle istanze dei cittadini e in primo luogo di coloro che vivono condizioni di svantaggio e marginalità sociale consentirà la realizzazione di momenti di ascolto e confronto in relazione ai bisogni e alle priorità programmatiche; dall'altro lato, la definizione delle azioni, delle metodologie di lavoro, del sistema di interventi da realizzare può utilmente avvalersi del contributo tecnico ed esperienziale delle diverse organizzazioni del Terzo Settore che operano nel campo delle politiche sociali cittadine.

Il Primo livello: L'Identificazione

Il primo livello di confronto sarà dunque realizzato attraverso incontri tra l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune e le organizzazioni sindacali, gli organismi consultivi dell'Amministrazione Comunale, le associazioni di rappresentanza e tutela dei diritti.

Saranno organizzati incontri tematici sulle diverse aree di priorità, di confronto sugli obiettivi e i programmi strategici per il triennio. Gli incontri saranno strutturati in maniera tale da guidare i partecipanti in un processo finalizzato alla condivisione e rielaborazione delle priorità per il triennio sulla base dell'Indice dell'Agenda strategica.

In tal modo l'agenda strategica assumerà le caratteristiche di un Documento dinamico suscettibile di variazioni e aggiornamenti sulla base dello stato di avanzamento del lavoro di discussione ed elaborazione collettiva.

Secondo livello: La progettazione esecutiva

Il secondo livello di concertazione vedrà come protagonisti i Tavoli tematici e il Terzo settore cittadino coinvolto nella erogazione di servizi, attori esperti, portatori di un know how tecnico specialistico, orientati a fornire soluzioni.

Gli incontri con il Terzo Settore, strutturati come Workshop di fattibilità o di progettazione esecutiva sulle aree di innovazione e sugli obiettivi di tipo incrementale per la prima annualità, saranno dedicati nello specifico a definire le logiche di intervento, le metodologie di lavoro, gli indicatori verificabili, la programmazione temporale delle attività.

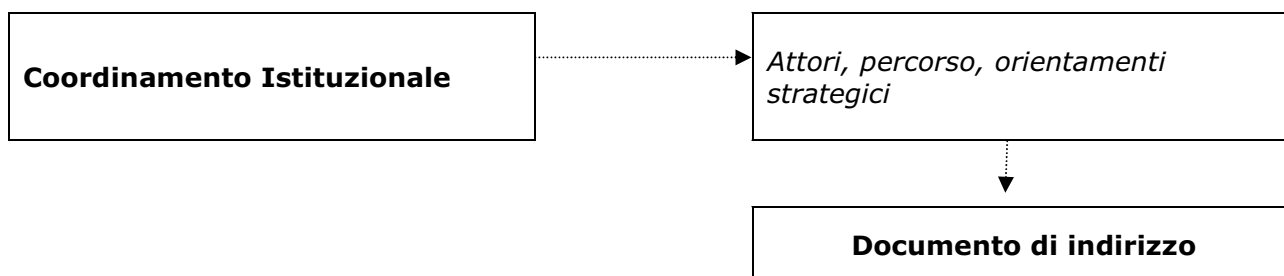
Il Livello municipale

Come già indicato nel *Documento di Indirizzo per l'elaborazione del Piano Sociale di Zona 2007-2009*, le Municipalità dovranno occuparsi dell'elaborazione del **Programma Locale di interventi e servizi sociali**, parte integrante del Piano Sociale di Zona cittadino, nel quale sarà ricostruito il quadro dei bisogni sociali e delle caratteristiche socio-demografiche del proprio territorio e analizzato il sistema di offerta attivo (sia per interventi gestiti dal livello centrale sia per quelli che ricadono nelle competenze municipali) saranno individuate possibili linee di sviluppo e – laddove possibile – programmata la realizzazione di iniziative a valere su risorse localmente disponibili, anche in termini di strutture presenti e sinergie tra realtà già attive sul territorio.

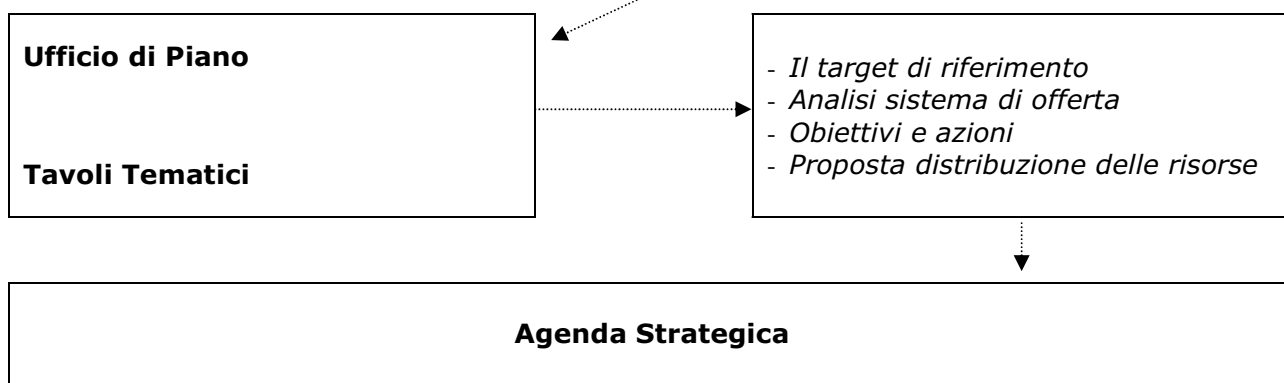
In tal senso, si prevedono le seguenti fasi di lavoro:

1. Trasmissione dell'Agenda Strategica ai Coordinamenti Istituzionali Municipali attraverso i Presidenti delle Municipalità;
2. Attivazione di un gruppo di lavoro locale per il Piano di Zona o – laddove istituito – dell'Ufficio di Piano Municipale;
3. Coinvolgimento degli organismi del Terzo Settore territoriale (laddove istituiti attraverso i Tavoli Territoriali del Terzo Settore)
4. Redazione del documento conclusivo
5. Approvazione del documento da parte del Presidente e per quanto concerne le azioni socio sanitarie dal Direttore del Distretto Sanitario;
6. Ratifica dell'organismo competente della Municipalità;
7. Trasmissione all'Ufficio di Piano per la redazione del Piano di Zona cittadino.

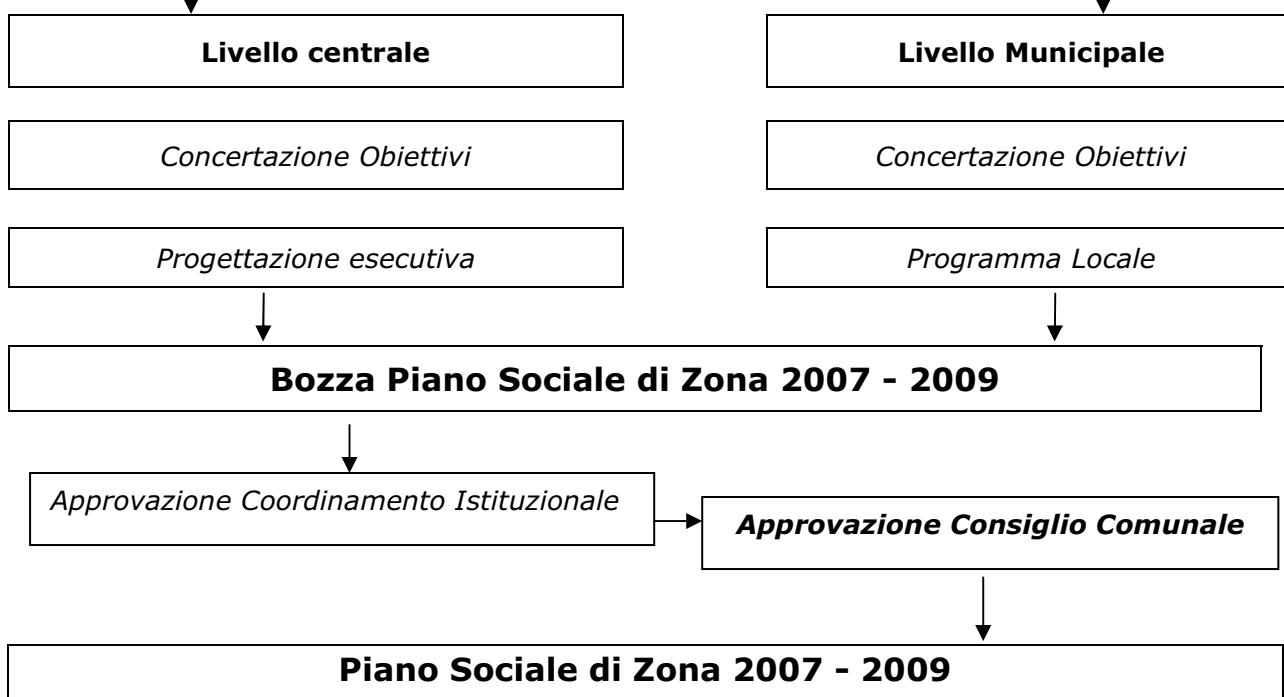
Fase 1: Linee di indirizzo



Fase 2: Costruzione Agenda strategica



Fase 3: Concertazione e programmazione Partecipata



Parte Seconda: I Temi per il Piano Sociale

La definizione dei Temi per il Piano Sociale che è stata proposta nell'ambito del *Documento di Indirizzo per l'elaborazione del Piano Sociale di Zona 2007-2009* ha inteso proporre un superamento dell'approccio categoriale nel processo di analisi dei bisogni e del sistema di offerta e di individuazione degli orientamenti strategici e programmatici.

I Temi vanno intesi come dimensioni significative del reale che, analizzate criticamente, mostrano interazioni e connessioni che evidenziano come l'agire su una o l'altra delle dimensioni abbia effetti sull'intero sistema. In questo senso anche la messa a punto di strategie e obiettivi rifletterà necessariamente l'approccio multidisciplinare e multidimensionale nel processo e nel risultato.

Il lavoro dei Tavoli Tematici, così come il processo di redazione complessiva dell'Agenda Strategica, ha assunto tale impostazione metodologica, provando a superare l'ottica settoriale connaturata alle rispettive provenienze dei singoli operatori, con la consapevolezza, tuttavia, della necessità di non disperdere la ricchezza dell'apporto specialistico.

Al fine di rendere più completo il presente documento, si riportano in sintesi, dunque, i Temi proposti nel Documento di Indirizzo.

1. Le innovazioni organizzative e di sistema

L'integrazione socio sanitaria e la promozione della salute

Gli obiettivi di ben-essere sociale possono essere perseguiti unicamente attraverso una forte integrazione tra i diversi soggetti che concorrono all'accompagnamento della famiglia e dell'individuo lungo l'intero percorso della sua esistenza e nelle diverse fasi di essa.

In tal senso, le politiche di integrazione sociosanitaria costituiscono uno degli assi strategici nel processo di costituzione di un welfare municipale solidale.

La normativa sociale e sanitaria, attribuisce un ruolo cruciale all'integrazione, a partire dalla consapevolezza che gli interventi sociosanitari rappresentano un impegno ineludibile e una opzione strategica, a garanzia di diritti che presuppongono la centralità e l'univocità della persona, e che richiedono, per trovare appropriata ed adeguata risposta, la definizione di percorsi unitari di accoglimento della domanda, di presa in carico e di intervento.

In tal senso, l'Amministrazione Comunale e la ASL Na1 hanno da tempo avviato processi di graduale integrazione tra i sistemi sociale e sanitario.

Le esperienze realizzate nel corso del tempo hanno portato alla validazione di alcune azioni integrate che oggi assumono il ruolo di "buone pratiche" che vanno confermate nella programmazione futura e utilizzate per la diffusione e la disseminazione di metodologie e modalità di intervento efficaci, in particolare dal punto di vista dell'integrazione raggiunta, perseguendo nel tempo l'implementazione e la stabilizzazione di nuovi modelli organizzativi sulla base di una infrastrutturazione sociale ormai condivisa (PUAT, UVI, Progetto personalizzato,..).

Il Rapporto con i cittadini

Il Comune di Napoli, all'interno del processo di infrastrutturazione sociale urbana promuove la cultura dei diritti cittadinanza e della loro esigibilità e, parallelamente, una nuova cultura del servizio in un sistema di qualità totale orientato al cittadino.

In particolare il tema del welfare d'accesso costituisce una linea di attività individuata come prioritaria non solo dagli strumenti di programmazione del Comune di Napoli ma anche dalle Linee guida per la programmazione sociale in Campania: "la gestione dell'accesso è presidio dei confini, degli ingressi e delle uscite, ed è responsabilità tipicamente dell'Ente Pubblico (Comuni e ASL) perché determina impegni assistenziali concreti ed effettivi e l'impiego e assorbimento di corrispondenti risorse professionali, organizzative e finanziarie".

Il Comune di Napoli ha dedicato negli ultimi anni particolare attenzione al rapporto con i cittadini e alle problematiche legate all'accesso ai servizi e, nonostante le difficoltà logistiche relative alla sede e agli orari di apertura degli uffici e dei servizi, ha portato avanti azioni

finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa, al miglioramento dell'informazione, alla promozione di procedure uniche per l'accesso al sistema dei servizi.

Naturalmente il tema del welfare di accesso e, più in generale, del rapporto con i cittadini richiama anche la necessità di sviluppare e animare uno spazio dedicato alla comunicazione dei problemi della collettività in grado di stimolare la partecipazione della comunità locale ad un lavoro di confronto, sui criteri di rilevanza sociale e di pertinenza delle problematiche legate alla molteplicità dei fattori connessi ai fenomeni di disagio sociale attivando processi di libera comunicazione che siano da stimolo al discorso pubblico sulla definizione dei problemi e sulla ricerca di soluzioni. I bisogni delle fasce più deboli della cittadinanza non devono rimanere problemi d'interesse esclusivamente privato, ma devono entrare a far parte di un processo culturale di comunicazione, di responsabilità, di ricerca di senso e possibili soluzioni collettive.

Il sistema dei rapporti con il cittadino si è andato strutturando attorno ai tre assi portanti:

- Area dell'Informazione e dell'Accesso ai servizi
Riguarda le informazioni in merito a diritti e prestazioni cui può accedere il cittadino. È la fase propedeutica al momento dell'accesso e richiede una cura particolare da parte degli enti erogatori. Il sistema messo a punto, cui si intende dare continuità e strumenti di connessione, è costituito da Centri Servizi Sociali e Sportelli Informativi territoriali, Numero verde sociale, Sito istituzionale del Comune di Napoli, Materiale informativo
- Area della redazione
La Comunicazione Sociale deve essere intesa, oltre che come strumento per un efficace e proficuo scambio di informazioni sulle risorse, le opportunità, le esperienze, gli interventi attivi sul territorio, anche come una strategia volta a promuovere la cultura dei diritti di cittadinanza, a sensibilizzare sulle tematiche sociali, a confrontare e costruire ipotesi condivise sul senso del lavoro sociale. Gli strumenti a disposizione per il raggiungimento degli obiettivi individuati sono molteplici; tra questi particolare rilevanza assumono: il Portale Napoli Città Sociale agorà telematica dove i diversi attori della Città Sociale si riconoscono e si scambiano informazioni, opinioni, conoscenze; la Rivista Cittadina delle Politiche Sociali, che mutuerà l'esperienza fino ad oggi maturata dalla Rivista Volinforma, ampliandone obiettivi e strumenti.
- Area della promozione culturale e sociale
Nell'ambito del complessivo piano di Comunicazione Sociale elaborato dal Comune di Napoli, viene individuato, quale obiettivo strategico, la diffusione di una cultura cittadina della socialità a partire dalla promozione di una visione positiva della diversità e delle diverse abilità. A tal fine è importante promuovere e sostenere Eventi Sociali da realizzare nel territorio cittadino nell'ambito di una programmazione ampia e coordinata che eviti la parcellizzazione di risorse e interventi e promuova forme positive di sinergia e interscambio.

Le reti di protezione, di sostegno, di solidarietà

Un sistema di welfare che si ponga l'obiettivo di gestire la complessità della domanda sociale deve essere pensato sempre meno come erogatore di servizi e interventi e sempre più come coordinatore di risorse, come cabina di regia in grado anche di creare sinergie tra i percorsi e i modelli di risposta istituzionali e non.

La definizione normativa del ruolo del terzo settore nel processo di riforma del welfare è stata utile a ridefinirne la geografia e i ruoli riducendo i fattori di complessità connessi da un lato all'esigenza di trasparenza e imparzialità dell'azione amministrativa e dall'altra ai criteri di rappresentatività del Terzo Settore. La riforma degli Enti locali, ancor prima della riforma del welfare, ha determinato il passaggio da un modello burocratico di stato (government) ad un sistema di governo a rete che richiede un confronto costante tra politica, economia e società (governance) con un cambiamento delle relazioni tra i tre elementi e una modifica del loro stesso contenuto.

Il principio di sussidiarietà, così come concepito dalla Legge 328/00, richiede alle Amministrazioni uno sforzo di conciliazione tra i procedimenti formalizzati attraverso i quali si esplica l'agire amministrativo, e le procedure flessibili e "informali" che il governo della rete spesso richiede.

- IL SOSTEGNO ALL'IMPRESA SOCIALE

In questo senso assumono particolare rilievo le strategie di promozione del terzo settore cittadino cui occorre dare continuità e sviluppo. Le attività di informazione e assistenza tecnica costituiscono una risorsa importante per il Terzo Settore cittadino e per l'Amministrazione laddove favoriscono lo sviluppo di competenze e il miglioramento della conoscenza reciproca. Le politiche sociali degli ultimi anni e gli interventi congiunti su specifici progetti che vedono sempre più coinvolti organismi del terzo settore, hanno posto il problema di incentivare l'iniziativa imprenditoriale nell'ambito dell'offerta di servizi e incidere in un segmento del mercato che presenta alcune storiche fragilità collegate alla liquidità e alla possibilità di accesso al credito. Da qui la scelta di facilitare l'accesso dell'imprenditoria sociale a finanziamenti che mettano in condizione di affrontare e sostenere le attività Progettuali anche di quegli Enti che presentano caratteristiche di grande competenza e professionalità, ma hanno scarsa liquidità. Si è quindi ritenuto opportuno intervenire con ulteriori sostegni anche sulla capacità degli Enti stessi di accesso al credito, attraverso interventi di sostegno al credito con contributi per il pagamento degli interessi sulle anticipazioni richieste. L'Amministrazione ha, inoltre, avviato l'iter progettuale finalizzato alla creazione dell'Agenzia cittadina del Terzo Settore, struttura per il sostegno e lo sviluppo dell'imprenditorialità sociale.

- LE REGOLE PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI

Le politiche di esternalizzazione dei servizi sempre più praticate dalle pubbliche amministrazioni, unitamente alla particolare natura dei servizi sociali impongono che si ridefiniscano, alla luce della Legge 328/00 e dei successivi decreti attuativi, le modalità e i criteri per l'affidamento a terzi dei servizi sociali.

L'alto contenuto relazionale e l'immaterialità del servizio comporta che questo non possa essere valutato (ex ante ed ex post) in base a standard di mercato, di prodotto o di gestione definiti a monte. In questo senso è opportuno che l'Amministrazione ponga particolare attenzione alla scelta della disciplina da porre in essere sulla base delle caratteristiche del servizio.

L'adozione di uno specifico regolamento sull'affidamento dei servizi sociali richiede l'istituzione di uno specifico tavolo di lavoro interservizi.

Al di là delle specifiche tecnico amministrative si ritiene utile prevedere all'interno del regolamento: procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate finalizzate a valutare e valorizzare i diversi elementi di qualità che il Comune intende ottenere dal servizio appaltato; procedure che permettano il dispiegarsi della piena espressione della progettualità; regolamentazione dei rapporti dell'Amministrazione con le Cooperative di tipo B finalizzate all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati e a definire le procedure per l'accreditamento.

- I RAPPORTI CON IL VOLONTARIATO

Per quanto riguarda il ruolo del volontariato, una riflessione più attenta è stata sollecitata dalla delibera regionale n.1079 del 15/03/02. Nella delibera si afferma che per le organizzazioni di volontariato non può parlarsi di vera e propria esternalizzazione di servizi tramite contratti d'appalto, ma vanno utilizzati altri strumenti come la convenzione. L'indicazione contenuta nella delibera, a conferma di quanto già affermato nell'art.3 del DPCM 30/03/01 e nella stessa legge quadro sul volontariato, colloca il volontariato in una posizione differente rispetto agli altri organismi di terzo settore. Il volontariato è per sua natura flessibile e pioniere di servizi innovativi, per perseguire le sue finalità non si vincola a rigidi schemi organizzativi e cerca di esprimersi in modo politicamente libero da rapporti di gestione su delega istituzionale. Questo non lo priva della capacità di contribuire fattivamente alla realizzazione del sistema integrato di servizi sociali con un ruolo di affiancamento ai servizi di rete e di sperimentazione di progetti innovativi, volto a favorire il continuo adeguamento dell'offerta di servizi ai bisogni dei cittadini.

L'Amministrazione ritiene strategico il ruolo del volontariato cittadino che va sostenuto e potenziato nella fase motivazionale e operativa.

In questo senso è in corso di attivazione un rapporto di collaborazione con il Centro di Servizio al Volontariato per Napoli e Provincia struttura di servizio al volontariato ai sensi dell'art.15 della legge 266/91 per la realizzazione delle seguenti linee di attività: promozione della cultura della solidarietà e della partecipazione democratica ; sostegno

al volontariato e alla cittadinanza attiva; supporto alla partecipazione del volontariato e del terzo settore nella programmazione sociale; promozione e supporto alla formazione dei giovani volontari in servizio civile.

▪ LA PROSSIMITÀ E IL LAVORO DI COMUNITÀ

Le esperienze di lavoro sociale realizzate nel corso degli anni e le riflessioni teoriche sviluppate a partire dalle prassi e dell'evoluzione dei bisogni sociali degli individui e delle collettività hanno mostrato l'importanza del coinvolgimento della comunità locale non solo e non tanto nell'uso dei servizi ma nella loro stessa produzione. E' questo l'approccio definito di "community care" basato sul presupposto che sia ormai necessario attivare strategie di coinvolgimento della comunità locale di fronte ai limiti che il sistema pubblico di welfare incontra nel soddisfare i bisogni dei cittadini. Il lavoro di comunità si pone dunque come uno strumento che integra le politiche pubbliche locali accrescendo l'efficacia del sistema locale di benessere e protezione sociale.

La comunità locale deve, in tal senso, sviluppare identità, responsabilità, potere, competenze in un processo di sviluppo di comunità finalizzato a "permettere ai soggetti che vivono in determinate condizioni di cambiarle in relazione ai propri bisogni/interessi (...) mettere cioè in condizione le persone di aiutarsi reciprocamente, di creare associazioni, di divenire più efficaci nel controllare l'operato delle istituzioni"³.

2. Il sostegno alle famiglie nella funzione genitoriale e nei compiti di cura

Le famiglie con "compiti di cura" (numerosità del nucleo, figli minori o persone anziane a carico) rappresentano complessivamente il 68% dei nuclei presenti sul territorio cittadino

La tipologia numericamente più consistente è quella delle famiglie tradizionali con figli o persone anziane, esposta a rischi notevoli in virtù del forte sovraccarico di lavoro di cui è gravata all'interno di un modello culturale delle "solidarietà familiari e parentali". Tale modello si fonda sull'assunto che "il sistema famiglia funzioni sulla base delle solidarietà (e obbligazioni) familiari e intergenerazionali lungo tutto il ciclo di vita e sull'idea che i compiti di riproduzione sociale spettino in via quasi esclusiva alla famiglia (alle donne presenti nella rete familiare e parentale) e solo in via sussidiaria allo stato"⁴. Il passaggio da una struttura familiare di tipo *male breadwinner* all'interno della quale all'uomo venivano affidate le obbligazioni finanziarie e di mantenimento, ad una struttura di tipo *dual breadwinner* in cui è incoraggiata, se non propriamente richiesta, la compresenza di uomini e donne nel mondo del lavoro, è una delle principali cause della crisi del modello delle solidarietà familiari e parentali.

Si assiste, attualmente, ad una vera e propria contrapposizione di responsabilità lavorative e familiari, di tempo del lavoro e tempo della cura, laddove la famiglia non ha adeguati strumenti di sostegno alla condivisione delle responsabilità.

La famiglia incontra crescenti difficoltà nella cura dei figli, nello svolgimento dei compiti educativi o, più in generale, della funzione genitoriale soprattutto nell'affrontare i passaggi critici del suo ciclo di vita e della crescita dei figli.

I bisogni di cura degli anziani sono notevolmente aumentati in virtù del processo di invecchiamento della popolazione che ha prodotto l'aumento del numero delle persone anziane e la "comparsa" dei grandi anziani (ultraottantenni), spesso non autonomi e non indipendenti con bisogni di assistenza continuativa.

La distribuzione delle persone disabili per tipologia di disabilità⁵ lascia emergere una quota piuttosto consistente di persone caratterizzate da "confinamento individuale" pari ad oltre il 20% del totale, evidenziando la presenza di bisogni di assistenza e cura particolarmente intensi per un numero elevato di persone e di famiglie. Il 33% delle persone con disabilità,

³ E.R. Martini (1996), Ricerca partecipata e sviluppo di comunità, in Arcidiacono C., Gelli B., Putton A., Empowerment Sociale, Franco Angeli

⁴ Saraceno C., Naldini M., *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna, 2001

⁵ Confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi), disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare). Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento, 2002.

inoltre, è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali. Esiste una quota piuttosto elevata di persone che vivono sole, prevalentemente donne anziane, mentre la condizione di disabilità fra i giovani comporta una loro permanenza nel nucleo d'origine. La famiglia rimane, in ogni caso, il perno fondamentale di riferimento per le persone con disabilità che in tre casi su quattro ricevono aiuti da un parente più o meno prossimo.

Il tema della non autosufficienza è diventato ormai il crocevia vero dell'insieme delle politiche sociali di prevenzione per terza età ad ogni livello, sia che si voglia parlare di rapporto ospedale/territorio con al centro le politiche e i servizi per la domiciliarità, sia che si voglia parlare di integrazione socio – sanitaria e quindi di programmazione e di gestione integrata di servizi sociali e sanitari. La non autosufficienza è percepita come la principale paura da parte della maggioranza delle persone anziane e delle persone con disabilità; è una realtà destinata a crescere nei prossimi anni e assumerà sempre più le caratteristiche di una grande e nuova questione sociale. Tenere conto del processo di invecchiamento della popolazione deve diventare una priorità del sistema integrato di protezione sociale del comune di Napoli, inteso come uno dei problemi strategici della società nella quale viviamo. Un tema da concepire come una sfida positiva, una formidabile occasione per ripensare, riprogettare l'assetto complessivo delle nostre città, dei quartieri, del nostro vivere quotidiano, tenendo conto del peso molto forte della componente anziana della popolazione, non per costruire una città e una società a misura di anziano, ma a misura di tutti, a partire dalle situazioni di maggior fragilità.

L'indebolimento delle tradizionali reti di sostegno comunitarie e informali ha prodotto un forte isolamento della famiglia chiamata a sostenere compiti sempre più complessi e mutamenti radicali che ne hanno segnato il passaggio da risorsa sociale ad anello debole del sistema.

Va riconosciuta, in questo senso, la necessità di sviluppare e diversificare i servizi per la famiglia laddove complessi e diversificati appaiono i bisogni. In particolare è necessario sostenere, all'interno del nucleo familiare, le donne che appaiono ancora le principali se non le uniche responsabili dei compiti di cura della rete parentale.

Le donne vivono un insieme di trasformazioni, aspirazioni e comportamenti che ridefinisce le loro traiettorie biografiche, sperimentano forme nuove di produzione e riproduzione e rivestono una molteplicità di ruoli nelle diverse fasi della vita da ciò derivano alcune fragilità sociali che riguardano, in particolare la scolarità, la presenza della donna nel mercato del lavoro, il suo ruolo all'interno della famiglia, ma anche condizioni "a rischio" dovute a fenomeni demografici e sociosanitari.

Si ritiene, in questo senso, ancora necessario e utile ribadire la necessità di sostenere le donne nella loro libertà di scelta, di garantire e sostenere il diritto alla maternità, libera e consapevole, e l'accesso alle pratiche contraccettive.

3. La socialità

La complessità sociale della città, lo sviluppo urbanistico, il senso di insicurezza, l'isolamento sociale delle famiglie hanno ridotto in modo consistente – se non annullato – i luoghi, gli spazi e le occasioni di incontro, aggregazione, scambio e interazione in particolare per le fasce di popolazione più deboli e bisognose di protezione e sostegno (bambini, anziani, persone con disabilità) che incontrano più difficoltà nel vivere lo spazio urbano come occasione di socialità e di incontro.

E' difficile, infatti, muoversi liberamente e autonomamente, a causa delle diverse barriere ed ostacoli alla vita autonoma, ma anche per la paura e il senso di insicurezza diffuso tra i cittadini. E' difficile trovare spazi e occasioni di aggregazione, in particolare nelle aree delle periferie, zone scollegate dal tessuto storico della città, spesso sprovviste di luoghi adatti alle relazioni sociali. E' difficile sviluppare il senso di appartenenza ad un territorio e vivere forme di partecipazione attiva alla vita quotidiana della comunità.

Ne derivano fenomeni di isolamento e solitudine, di rarefazione delle relazioni sociali, di annullamento delle occasioni e delle opportunità di aggregazione, gioco, socializzazione.

La Città Sociale deve dunque promuovere azioni positive per contrastare questi fenomeni, a partire dalla consapevolezza dell'importanza di tali dimensioni sia nella crescita delle giovani

generazioni che nelle fasi e nelle condizioni di vita in cui il rischio di isolamento è particolarmente forte e dannoso come per gli anziani e i disabili.

E' ormai riconosciuta la necessità e l'importanza per i bambini e i ragazzi di poter fruire di occasioni di socializzazione e soprattutto di gioco per potersi esprimere in campi di esperienza in cui il fare e il giocare insieme costituiscono occasioni di crescita, di sviluppo delle attitudini e degli interessi. Vi è una stretta correlazione fra qualità della vita nell'infanzia e nell'adolescenza e quantità/qualità delle esperienze ludiche e ricreative. Di fronte ad una città che sembra inospitale per i bambini e le bambine, respingendo i loro giochi nel chiuso degli spazi domestici, si tratta di ridare visibilità e forza alle istanze del gioco.

Il gioco si prefigura come condizione necessaria per lo sviluppo di sé e per l'interiorizzazione di "abilità sociali" intese non solo come acquisizione di regole, ma anche come capacità di dare ed avere, di sperimentare la tolleranza e gestire processi di negoziazione e mediazione reciproca.

Il gioco favorisce l'esplorazione, la ricerca, la vita di relazione; rappresenta uno strumento insostituibile di socializzazione, di comunicazione e di crescita in un ambito prioritario di rispetto reciproco e di dignità, in cui adolescenti e preadolescenti interagiscono liberamente con i propri coetanei e con un mondo degli adulti disponibile e solidale, sperimentando accoglienza e affettività, tecniche e movimenti, linguaggi e modalità espressive.

La complessità delle città – multiculturalità, integrazione, emergenze ambientali, ecc. – impone una condivisione di orientamenti, politiche e strategie volte all'affermazione e tutela del diritto al gioco, dei diritti dei bambini e delle bambine, acquisendo gli elementi per una loro piena attuazione.

La ludoteca cittadina e il progetto "Città in gioco", hanno consentito – in aree distinte da disagio e profondo malessere sociale – l'affermazione condivisa di una dimensione di accoglienza e di solidarietà, di nuovi itinerari di sviluppo, di opportunità educative misurandosi con ambiti e filosofie di intervento come animazione ed educazione.

Si è così radicata una presenza diffusa, stabile e qualificata, di ludoteche territoriali che – in uno alle esperienze della Ludoteca cittadina, delle Ludoteche operanti nei centri giovanili e agli interventi sperimentali promossi negli ospedali pediatrici della città – rappresentano la premessa per la concreta affermazione del diritto al gioco.

Nella fascia adolescenziale, poi, l'aggregazione e l'animazione del tempo libero assumono una importanza cruciale poiché presidiano la dimensione relazionale tra pari - luogo per eccellenza della sperimentazione di modalità relazionali diverse da quelle praticate a scuola e in famiglia e fondamentali nel processo di costruzione dell'identità - e nello stesso tempo contribuiscono al processo formativo, di acculturazione, di apprendimento di competenze e abilità sociali.

Attraverso la proposta e l'offerta di opportunità di aggregazione è inoltre possibile intervenire nel campo della prevenzione o sul consumo informato nell'uso sostanze stupefacenti e psicotrope e nell'abuso di alcol e più in generale di quei comportamenti a rischio sempre più diffusi nella fascia adolescenziale e giovanile.

Va in tal senso portata avanti la battaglia culturale per la riduzione del danno e la lotta alla droga, sperimentando azioni di peel – testing, informando i giovani potenziali consumatori sui rischi da uso e abuso di sostanze, avviando gruppi di auto aiuto per il contrasto alla dipendenze da alcol e attivando interventi di prevenzione sui nuovi stili di consumo.

Per quanto riguarda la condizione anziana, evidenti appaiono le trasformazioni prodotte negli ultimi decenni, per gli effetti di diversi fattori tra cui i principali sono l'allungamento della vita media e l'aumento delle probabilità di vita anziana in buona salute. Se, dunque, fino a pochi decenni fa, la vecchiaia poteva essere considerata un periodo della vita cronologicamente circoscritto e caratterizzato da un comune decadimento delle abilità e delle funzioni individuali, attualmente tale fase del ciclo di vita si presenta molto più estesa temporalmente e dunque anche molto articolata e diversificata al suo interno. La condizione anziana è caratterizzata oggi per la presenza di una grossa quota di persone che hanno da poco fatto ingresso nell'età anziana, in condizioni fisiche e di salute discrete e con una prospettiva di vita ancora piuttosto lunga. L'invecchiamento attivo è oggi considerato nella sua dimensione fisica e sociale la strada da percorrere per prevenire il decadimento psico-

fisico e promuovere la qualità della vita in età anziana. Per questa fascia d'anziani dunque emerge l'esigenza di vivere in maniera "attiva" questa fase del ciclo di vita, che va sostenuta e incentivata – anche in un'ottica di prevenzione – sulla base di una concezione multidimensionale del benessere degli anziani, che implica diversi fattori: psico-fisico, sociale, relazionale, partecipativo.

4. La comunità educante

E' necessario stimolare la riflessione sui percorsi, i modelli, le metodologie e le diverse agenzie (famiglia, scuola, interventi di tipo sociale,...) del *sistema educativo* che nella nostra città ha la responsabilità di accompagnare e guidare le nuove generazioni nel processo di crescita e di inserimento nel mondo adulto.

Un *sistema educativo*, inteso in senso ampio, che si confronta con la sua capacità di proporre un modello di comunità educante, al cui interno la relazione – tra adulti e tra adulti e bambini/ragazzi – viene pensata come scambio e dialogo, a partire dal riconoscimento di ogni individuo come risorsa e dal superamento di relazioni asimmetriche, per fondare relazioni costruite sulla reciprocità, sulla circolarità, sulla valorizzazione di ognuno, sul rispetto delle differenze, dei punti di vista, della soggettività nell'ambito di un processo di ricerca comune. "E' evidente (...) che una comunità locale si educa, e quindi diventa educativa, nella misura in cui si occupa dell'intera realtà culturale e sociale che la caratterizza e la definisce in tutti gli aspetti che ne consentono l'esistenza e ne sviluppano o ne deteriorano la vita, non per aderire supinamente e rafforzare i processi di apprendimento indotto e quindi non per lasciare inalterate tutte le insufficienze e contraddizioni di quella realtà e di quegli aspetti, ma per moltiplicare i processi di apprendimento critico (...) e quindi per contribuire, sul versante della formazione della personalità, al superamento di quelle insufficienze e contraddizioni".

Si può, in tal senso, affermare che il mondo degli adulti nel suo complesso e non solo il mondo familiare – che pur resta il luogo decisivo per il loro futuro benessere personale e sociale – costituisce per i bambini e le bambine, per i ragazzi e le ragazze il contesto nel quale vengono costruiti ed elaborati i fattori di protezione e insieme i fattori di rischio del loro sviluppo complessivo. Se questo è vero, allora è possibile affermare che per la prevenzione del disagio minorile è necessario promuovere non solo l'adeguatezza genitoriale dei parenti biologici, ma un'attitudine genitoriale più vasta che induca ogni adulto a sentirsi responsabile del benessere di ogni bambino.

In particolare è necessario investire sugli adolescenti in età evolutiva, puntando alla realizzazione di percorsi educativi che conducano alla età adulta investendo sulle motivazioni e sul ruolo delle giovani generazioni, puntando a opportunità di orientamento, empowerment professionale, a occasioni di alta formazione ed agevolazioni economiche per la fruizione di occasioni di crescita culturale. Investire sul pieno accesso al diritto allo studio per i giovani svantaggiati attraverso pacchetti di servizi e borse di studio.

5. L'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza

Il concetto di esclusione sociale ha assunto una forte valenza euristica in quanto capace di esprimere il carattere di complessità e multidimensionalità della povertà e nello stesso tempo introdurre il tema degli effetti che povertà e marginalità comportano dal punto di vista individuale e collettivo.

La povertà è un fenomeno complesso che intreccia diverse forme di esclusione, dal lavoro, dall'istruzione, dal diritto all'abitazione, dall'insieme di quelli che sono stati definiti come diritti di cittadinanza sociale⁶.

Uno degli aspetti più rilevanti in tal senso è l'interconnessione tra povertà, esclusione sociale e mercato del lavoro, che assume particolare importanza nelle regioni del

⁶ Nella definizione classica di Marshall che rimanda a "tutta la gamma che va da un minimo di benessere e sicurezza economici fino al diritto a partecipare pienamente al retaggio sociale e a vivere la vita di persona civile secondo i canoni vigenti" (Marshall 1963)

Mezzogiorno e a Napoli nello specifico. La posizione di svantaggio sul mercato del lavoro è strettamente correlata alle forme di esclusione e marginalizzazione sociale, per cui se è vero che – in considerazione della forte rilevanza del lavoro come fattore primario di integrazione sociale – la disoccupazione, ma anche la precarietà e la cattiva occupazione rappresentano minacce gravi per l'integrazione sociale, è altrettanto vero che l'appartenenza a gruppi socialmente esclusi determina fattori di grosso svantaggio rispetto alla possibilità di accesso al mercato del lavoro regolare.

Nella nostra città appare ancora molto diffusa, da questo punto di vista, la povertà familiare, in particolare delle famiglie con figli minori e delle famiglie numerose, dal momento che l'assenza di lavoro o la presenza di lavori altamente irregolari e poco retribuiti è estremamente diffusa e determina l'incapacità delle famiglie di uscire dal circuito della povertà, compromettendo anche la possibilità di fuoriuscita delle nuove generazioni, soprattutto se si considera la combinazione e l'intreccio di diversi fattori di esclusione che agiscono in queste fasce di popolazione.

Le politiche di contrasto alla povertà sperimentate nel corso degli anni hanno mostrato la necessità di agire con interventi di sostegno al reddito insieme a misure di accompagnamento sociale, in grado di sostenere le famiglie nei percorsi di autonomia e inserimento sociale.

Altre forme di svantaggio e di esclusione sociale vengono vissute da particolari categorie di cittadini che per motivi di natura diversa intraprendono carriere personali negative o vivono condizioni di forte rischio. E' questo il caso di quanti cadono nella dipendenza da sostanze o da alcool, dei detenuti e degli ex detenuti, delle persone con sofferenza psichica, di coloro che – a causa di percorsi segnati da progressive rotture – si trovano nella condizione di essere senza dimora.

Molto spesso inoltre le condizioni di vita degli immigrati, in particolare degli extracomunitari, sono segnate da enormi difficoltà nell'accesso ai diritti basilari di cittadinanza e di dignità sociale. Particolarmente complesso, in questo senso, risulta il tema dell'integrazione dei Rom: un tema insidioso ed accidentato, pieno di trappole e contraddizioni che toccano il cuore dei problemi delle culture, del rifiuto dei diversi e dell'ignoranza che circonda qualsiasi forma di vita alternativa alle convenzioni condivise dalla maggioranza, e non v'è dubbio che i gruppi zingari queste diversità le incarnano, per ragioni storiche, in misura spesso estrema. Sulla questione dei Rom si incrociano, quindi, una molteplicità di aspetti complessi: le condizioni di vita spesso sotto i limiti della decenza civile e della sopravvivenza, la questione degli insediamenti abitativi, l'integrazione economica e la convivenza di modelli culturali apparentemente inconciliabili.

In tutte queste situazioni le politiche sociali devono porsi il problema di garantire un livello minimo di dignità umana e di condizioni di vita socialmente accettabili attraverso azioni di primo intervento e di riduzione del danno. Solo in un secondo momento è poi possibile progettare percorsi di inclusione, attraverso la realizzazione di servizi di orientamento, accoglienza, reinserimento sociale e lavorativo all'interno di un percorso complessivo di presa in carico basato su un sistema integrato di interventi.

E' necessario dunque lavorare per la costruzione di:

- un welfare dell'emergenza, in grado di rispondere con immediatezza ai bisogni urgenti, potenziando le prestazioni di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- un welfare del reinserimento sociale e lavorativo che attivi le misure complesse ed integrate di trasferimenti monetari e di servizi-interventi di accompagnamento con l'obiettivo di garantire ai soggetti più svantaggiati sul piano economico di esercitare l'effettivo diritto di cittadinanza.

In tale contesto appare necessario attivarsi per il rispetto della dignità delle persone ristrette in carcere, al fine di migliorare le loro condizioni di vita (ad esempio attraverso l'istituzione del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale) e lavorare per la costruzione di percorsi di presa in carico e inclusione per i cittadini detenuti attraverso percorsi motivazionali, di alfabetizzazione e di avvio al reinserimento sociale e lavorativo.

6. Valorizzare la diversità e garantire pari diritti e non discriminazione

Il sistema complessivo delle politiche sociali cittadino non può non prestare particolare attenzione ai processi di discriminazione che colpiscono le persone con disabilità e gli immigrati, e a tutte quelle situazioni in cui l'elaborazione di stereotipi negativi assolve di fatto una funzione difensiva e protettiva rispetto ad una diversità vissuta spesso come minaccia e pericolo per se stessi e per l'ordine sociale.

L'approccio alla disabilità, in particolare, non ha ancora definitivamente superato quello che è stato definito come modello medico, che vede la disabilità come un problema della persona, causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute e che dunque richiede risposte prevalentemente di tipo sanitario. Va, dunque, nuovamente ribadito e affermato che la qualità della vita delle persone disabili non dipende dalla condizione soggettiva della persona bensì dal livello di inclusione della società che la accoglie e delle risorse che mette a sua disposizione. A partire da tali premesse, le azioni volte a garantire la possibilità di fruire degli spazi di vita e di relazione da parte di tutti i cittadini si configurano sempre più come attività di rispetto dei diritti umani, diritti imprescindibili e prioritari dal momento che non si legano allo status di cittadino ma a quello di persona.

Nonostante i processi attivati negli ultimi anni, le persone con disabilità continuano a vivere quotidianamente condizioni di discriminazione e di mancanza di pari opportunità. I differenti trattamenti che le persone ricevono nei vari campi della vita sociale – scuole, luoghi di lavoro, casa, possibilità di mobilità, fruizione di opportunità della vita sociale e culturale – si configurano come violazioni dei diritti umani.

La condizione di svantaggio sociale vissuta dalle persone con disabilità è evidente sia nel campo dell'istruzione che nel mondo del lavoro. Tra le persone con disabilità coloro che sono privi di titolo di studio sono il 34% a fronte del 5,4% delle persone senza disabilità. Inoltre solo il 12% delle persone disabili riesce ad ottenere un diploma o addirittura la laurea, mentre tra le persone non disabili tale percentuale sale a circa il 40%.

Lo svantaggio nel mondo del lavoro è reso evidente dalla lettura dei principali indicatori relativi alla condizione occupazionale: il tasso di occupazione delle persone con disabilità è pari al 19,3%, mentre per le persone senza disabilità si aggira intorno al 55,8%. Naturalmente la qualità della vita delle persone con disabilità dipende da numerosi altri fattori che hanno a che fare con le possibilità di mobilità, di inserimento e integrazione sociale, di fruizione delle diverse opportunità nella vita quotidiana. Da questo punto di vista dunque le politiche per le persone con disabilità devono considerare tutti quegli elementi che si possono presentare come ostacoli al raggiungimento di effettive condizioni di pari opportunità e non discriminazione per le persone con disabilità.

Per quanto riguarda la popolazione straniera, va in particolar modo evidenziato che i rischi di esclusione e discriminazione tendono ad aggravarsi nella società contemporanea, dove accanto all'aumento dei flussi migratori si sperimenta sempre più un deterioramento della relazione tra inclusi ed esclusi, il cui segnale più forte è la richiesta da parte degli inclusi di sicurezza e protezione. La questione diventa, dunque, quella di individuare azioni e percorsi volti a favorire la convivenza sociale e la riduzione dei conflitti attraverso il riconoscimento e la gestione delle differenze, sostenendo la possibilità di conciliare la diversità culturale e identitaria con la coesione e con modelli di convivenza sociale sostenibile.

La promozione della reciproca conoscenza e la valorizzazione dell'incontro e del dialogo tra differenti patrimoni di conoscenze, di saperi, di esperienze costituiscono senz'altro il percorso più efficace per giungere alla costruzione di una società multietnica e multiculturale, nella quale i diversi elementi non solo convivono, ma concorrono alla crescita comune.

E' dunque necessario favorire l'emersione di una nuova identità socio-culturale meticcias, promuovendo l'emancipazione dei migranti da ogni forma di subalternità e investendo prioritariamente sulle nuove generazioni, sulle donne, e sul contrasto e la prevenzione dello sfruttamento e della prostituzione e sperimentando azioni pilota di trasferimento delle competenze dal governo agli enti locali attraverso specifiche azioni di welfare di accesso.

7. La tutela e la protezione sociale

L'Accoglienza Eterofamiliare e Residenziale

Il sistema di welfare locale deve essere in grado di farsi carico delle situazioni di disagio grave per le quali non è stato possibile intervenire in maniera efficace attraverso azioni di prevenzione e promozione. E' necessario creare reti di sostegno e tutela per gli individui in difficoltà per i quali non è possibile o adeguata la realizzazione di azioni di sostegno alla famiglia o di reinserimento sociale, mentre si rende necessario un intervento di presa in carico complessiva da parte del sistema di welfare, anche se a volte in maniera solo temporanea.

Nel caso dei minori va ribadito che "la tutela del minore si fonda sul riconoscimento dei suoi diritti come individuo (...); qualora ne sia compromesso lo sviluppo implica un processo di presa in carico dei suoi interessi nella loro globalità"⁷. In questo senso l'affidamento familiare o, laddove questo non sia possibile, l'inserimento in comunità di tipo familiare rappresenta un primo livello di intervento di tutela dei bambini e dei ragazzi temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo, in cui i momenti di disagio e di particolare difficoltà non si concretizzano in una forma esplicita di abbandono morale e materiale, ma rendono la permanenza nella famiglia di origine un elemento che potrebbe incidere negativamente sul loro sviluppo.

A Napoli, come in molte zone del sud d'Italia, un certo tipo di "affido familiare" è sempre esistito, favorito dalla diffusione di famiglie molto numerose nei ceti più popolari; in queste famiglie era ed è ancora diffusa la pratica di affidare un figlio a qualche parente prossimo o a qualche amico di famiglia, mantenendo il legame parentale con la famiglia originaria. Questa dimensione dell'accoglienza così radicata rappresenta un importante punto di forza che non sempre, però, riesce a trasformarsi in risorsa a causa di una serie di ostacoli. Le difficoltà di ordine economico, la precarietà lavorativa ed abitativa sono problemi con i quali si confronta una larga fascia di famiglie, spesso mono-reddito e con figli in età scolare.

Se l'affidamento eterofamiliare è in via di principio la forma di accoglienza da privilegiare, è possibile che in alcune situazioni la comunità residenziale possa rappresentare un passaggio utile per particolari situazioni di disagio per le quali il passaggio diretto dalla famiglia di origine alla famiglia affidataria potrebbe essere non opportuno o non sostenibile.

Ad ogni modo va prestata attenzione alla qualità delle strutture residenziali all'interno delle quali il minore deve poter vedere accolti e soddisfatti i propri bisogni di identificazione, costruzione dell'individualità, relazione, appartenenza, autonomia.

Sia nel caso dell'affido eterofamiliare che nel caso dell'inserimento di comunità di accoglienza, l'ottica da adottare è quella di interventi che non svolgono solo una funzione protettiva, ma si collocano dentro un progetto più ampio di recupero della famiglia di origine, che si trova in condizioni di disagio potenzialmente superabili attraverso forme di sostegno e accompagnamento sociale. L'obiettivo ultimo dovrebbe essere in sostanza sempre quello di garantire al bambino il diritto alla famiglia.

Nelle situazioni di estremo disagio, dove non è ipotizzabile alcun possibile percorso di sostegno e recupero della famiglia di origine, va poi considerata la necessità di soluzioni definitive di accoglienza del minore in famiglie disposte all'adozione o programmando percorsi di permanenza in strutture residenziali adeguate al percorso di crescita del bambino e del ragazzo.

Negli ultimi anni le politiche sociali cittadine hanno mirato a ridurre i ricoveri e l'istituzionalizzazione degli anziani, sostenendo la crescita dei servizi domiciliari e territoriali ma risulta, talvolta, inevitabile rispondere al bisogno di accoglienza residenziale delle persone anziane e di coloro che vivono gravi disabilità laddove non sia possibile sostenere la loro permanenza in famiglia o a casa.

Naturalmente molta attenzione deve essere data a garantire forme di accoglienza non istituzionalizzanti in grado di soddisfare oltre il bisogno di assistenza sociale e sanitaria anche il bisogno di mantenere le capacità residue di vita attiva, di autonomia, di vita sociale.

L'obiettivo prioritario di un Piano per la residenzialità delle persone anziane e delle persone disabili è quello di garantire a coloro che decidono o hanno la necessità di risiedere in una

⁷ Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi sull'infanzia e l'Adolescenza (1998), *Infanzia e adolescenza. Diritti e Opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n.285/97*, pg. 141

struttura residenziale di poterlo fare conservando la propria dignità, autonomia nonché le proprie relazioni sociali e familiari.

La violenza e l'abuso

L'area delle azioni dedicate alla tutela e alla protezione sociale ricomprende l'insieme degli interventi volti a conoscere, prevenire e curare le diverse forme di violenza contro l'infanzia, le donne, le donne immigrate.

Il fenomeno della violenza contro donne e bambini è spesso nascosto e poco conosciuto, dal momento che in molti casi gli episodi di maltrattamento e abuso si consumano dentro le pareti domestiche. E' noto comunque che sia un fenomeno in espansione, presente in tutte le aree del paese e trasversale alle condizioni sociali ed economiche delle famiglie. Si manifesta con diverse sfaccettature che vanno dalla trascuratezza al maltrattamento fisico alla violenza psicologica e sessuale.

Per queste sue caratteristiche, che lo rendono in certo senso sfuggibile, il fenomeno va affrontato ponendo particolare attenzione non solo alla prevenzione generica, ma anche alla diagnosi precoce, capace di individuare tempestivamente i fattori di rischio e i primi segnali di violenza. Inoltre particolarmente delicato si presenta il percorso per la presa in carico, la tutela e il trattamento, vista la complessità degli attori sociali in gioco e la necessità di intervenire su situazione che in ogni caso producono ferite profonde nel bambino e nella famiglia.

Forme altrettanto gravi di violenza sono, poi, quelle vissute da donne e minori stranieri vittime della tratta e della prostituzione, per i quali le conseguenze possono essere decisamente più gravi a causa dell'isolamento in cui si trovano a vivere.

Parte Terza: Le Aree di Intervento

Area Azioni di Sistema

Il lavoro condotto dai Tavoli relativo alle azioni di sistema può essere più efficacemente ricostruito attraverso la definizione di due grossi temi largamente discussi:

- a) l'integrazione socio-sanitaria e la rete interistituzionale;
- b) i dati di domanda sociale, il monitoraggio, la valutazione e il sistema informativo del sociale.

L'analisi del primo tema, come si vedrà, prende avvio dalla comune consapevolezza di avere intrapreso un percorso rilevante per il miglioramento dei servizi, ma che ancora necessita di attenzione e di cura. Il discorso sull'integrazione socio-sanitaria apre naturalmente al tema più ampio delle relazioni interistituzionali e della necessità della tenuta della rete nel processo complessivo di erogazione dei servizi. Connessi a questa tematica principale sono il tema della formazione e della ricerca di soluzioni organizzative capaci di garantire il migliore raggiungimento dell'integrazione e del governo della rete istituzionale più ampia, nonché quello della comunicazione intra e interistituzionale.

Il secondo tema, invece, si è imposto all'attenzione in maniera meno prevedibile, rivelando così un evidente bisogno comune a tutti i Tavoli di investire più fortemente nella direzione della raccolta sistematica e continua di informazioni utili alla conoscenza del contesto, della popolazione di riferimento e delle capacità dei servizi di rispondere adeguatamente alla domanda esistente. Anche in questo caso, le analisi dei Tavoli rivelano, da un lato, la consapevolezza del valore del lavoro già realizzato attraverso lo strumento del Profilo di comunità curato dal Centro Studi Interistituzionale, ma, dall'altro, la necessità di definire nuove e più efficaci strategie per il miglioramento di tale strumento, nell'ottica della facilitazione del lavoro di programmazione.

A queste due macrocategorie sfuggono altri temi pure richiamati nel corso dei lavori.

In primo luogo il tema del *welfare di accesso*, che viene affrontato nel corso del lavoro dei Tavoli Tematici nella sua accezione di potenziamento dell'informazione e garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi, ma anche in quella di svelamento della domanda latente nelle fasce più deboli e marginali della popolazione cui l'informazione non arriva affatto o in cui si registra una scarsa consapevolezza del bisogno di servizi. Si rende perciò necessario investire fortemente nella creazione e/o nel potenziamento delle strutture decentrate in grado di intercettare o stimolare adeguatamente la domanda di servizi, laddove si registri una condizione di bisogno (centri sociali territoriali e sistema cittadino degli sportelli informativi). Per valorizzare l'azione decentrata di tali strutture pare particolarmente opportuno costruire strumenti per la rilevazione delle condizioni di vita dell'utente intercettato. Si tratta di informazioni che risultano particolarmente preziose nel processo di rilevazione sistematica della domanda e di costruzione del sistema informativo dei servizi sociali, di cui si dirà tra breve. Altri attori attivabili allo scopo di garantire diffusione dell'informazione e accesso ai servizi sono i punti del sistema sanitario più vicini agli utenti: i medici di base, specie per la popolazione anziana, i consultori per le famiglie e i minori.

In secondo luogo va sottolineato il frequente riferimento alla necessità di rendere maggiormente stabile l'offerta di servizi, evitando – o contenendo – procedure di gara e di affidamento di servizi che assumano orizzonti temporali troppo ristretti. Gli esiti negativi di questo quadro di complessiva incertezza sono molteplici e riguardano in eguale modo l'utente finale, gli operatori sociali e la stessa istituzione responsabile delle procedure di gara.

L'integrazione socio-sanitaria e la rete interistituzionale

L'integrazione socio-sanitaria risulta senza dubbio uno dei temi al centro del lavoro dei Tavoli Tematici, in quanto direzione di lavoro che, seppure avviata da qualche tempo e capace di produrre risultati significativi – primo tra tutti l'esperienza dell'ADI – , richiede un investimento continuo, se si vuole assicurare l'adozione di una logica di programmazione integrata, non confinata a pochi e specifici servizi.

Seppure nei vincoli normativi esistenti e nella consapevolezza della necessità di risolvere un tema delicato quale quello della compartecipazione alla spesa, le analisi dei diversi gruppi consentono di mettere a fuoco alcuni nodi critici, la cui risoluzione può consentire di semplificare il percorso verso l'obiettivo dell'integrazione operativa e di qualità.

Si pone qui con forza il tema della formazione integrata e continua degli operatori, considerata una modalità per assicurare una integrazione "agita" nel lavoro di erogazione dei servizi. Date le diverse esperienze fin qui realizzate nelle diverse aree e nei diversi servizi esistenti, l'esigenza della formazione viene avvertita nel quadro di una strategia istituzionale di incentivo alla integrazione che prenda la forma di un vero e proprio piano della formazione, capace di stabilire obiettivi di medio-lungo periodo e di progettare azioni formative integrate adattate allo stato delle diverse aree. In questa ottica il piano formativo si configura come un'azione di programmazione di azioni formative che accompagnano la programmazione sociale tutta, e dunque con la stessa durata triennale del piano sociale. La programmazione di tale piano formativo non può però prescindere dai saperi e dalle competenze già esistenti all'interno delle istituzioni che, al contrario, andrebbero rilevate e valorizzate anche a scopi formativi di gruppi più ampi, riducendo il ricorso a competenze esterne e a consulenze terze. In questo senso per programmare interventi formativi integrati è necessario prendere le mosse da una chiara ricostruzione dei saperi esistenti, capace di evidenziare situazioni di qualità e punti di maggiore debolezza della formazione integrata che il piano dovrebbe colmare, evitando sovrapposizioni e inutili sprechi di risorse.

Il tema della integrazione socio-sanitaria è strettamente connesso a quello più ampio della rete. Quest'ultimo termine va inteso prioritariamente nella sua accezione di rete interistituzionale, la cui esistenza viene considerata sempre più spesso un prerequisito essenziale per il miglioramento del sistema di welfare locale. La centralità della rete poggia sul riconoscimento della significatività del ruolo di altri attori rilevanti nel processo di erogazione dei servizi: terzo settore, centri per l'impiego, uffici scolastici, strutture penitenziarie, etc., ma anche, nei limiti esistenti, titolari di altre politiche: abitative e del lavoro in primis. La rete, tuttavia, viene anche intesa in senso ancora più ampio come riconoscimento del valore delle relazioni sociali che esistono fuori dai confini delle istituzioni deputate alle prestazioni di welfare: qui il tema si apre fino a chiamare in causa le reti di solidarietà e di supporto sociale esistenti – prima tra tutte quelle familiari – o quelle da stimolare, potenziare, valorizzare, per esempio le reti di vicinato e, più in generale, le reti di comunità. La possibilità di investire risorse nel potenziamento e nella valorizzazione delle reti informali esistenti emerge con particolare forza nel Tavolo Tematico Dipendenze e Salute mentale, come anche in quello Immigrazione e Contrasto alla povertà. Si tratta, come è evidente, di due casi in cui il tema del recupero dell'integrazione e dell'inclusione sociale si pone con particolare urgenza.

La comune consapevolezza del valore del lavoro di rete va però di pari passo con il riconoscimento degli ostacoli esistenti che ne impediscono l'attivazione operativa nella pratica di lavoro quotidiano. Le analisi dei Tavoli evidenziano che le reti tra istituzioni erogatori di servizi non possono solo essere costruite, contando sulla loro autoalimentazione, ma vanno curate, riattivate, costantemente migliorate. Per risolvere questo problema si prospetta perciò un investimento nella ricerca delle migliori soluzioni organizzative che investano in maniera trasversale le istituzioni e gli attori che fanno parte della rete, favorendo l'attivazione o il potenziamento dei legami più significativi nel conseguimento dell'obiettivo di miglioramento dei servizi. Una ipotesi possibile è quella di prospettare una figura di "mediatori di rete", capaci di stabilire connessioni tra punti diversi delle reti intra e interistituzionali. Le soluzioni organizzative di cui si avverte la necessità ai fini del potenziamento della rete risultano pure funzionali ad una ulteriore problematica emersa nel corso dei lavori dei Tavoli, che rimanda al bisogno di realizzare una più efficace

“regia” degli interventi classificabili in aree specifiche ed omogenee. Tale esigenza è particolarmente avvertita nelle aree della programmazione in cui l’offerta di servizi è particolarmente ricca e variegata, per esempio quella degli interventi per i minori, in cui è particolarmente alto il rischio di interventi sovrapposti (anche con diversa titolarità), che possono finire con lo sprecare risorse che potrebbero essere investite in modi e/o in territori maggiormente deboli. La stessa esigenza viene espressa a proposito delle misure di contrasto alla povertà: in questo caso non è la ricchezza dell’offerta, ma la sua relativa debolezza e frammentazione a porre con particolare forza la necessità di individuare pochi ma più efficaci interventi maggiormente in grado di produrre un cambiamento reale nelle condizioni di vita degli utenti finali, garantendo trasferimenti di risorse meno esigui.

A monte della rete e delle soluzioni organizzative da individuare si colloca il tema della comunicazione intra e interistituzionale. Emerge, infatti, con particolare forza la necessità di favorire un più efficace e tempestivo spazio di informazione tra gli attori della rete che garantisca lo scambio di esperienze e la reciproca conoscenza degli interventi attivi sul territorio. Tale esigenza deriva in parte anche dal carattere frammentato e intermittente dell’offerta esistente, che assume spesso la forma di progetti messi a bando con una tempistica largamente imprevedibile. Per rispondere a questa legittima esigenza informativa può essere utile riservare uno spazio del Portale Napoli Città Sociale e/o della Rivista Cittadina delle Politiche Sociali a ciascuno dei Tavoli Tematici, con l’obiettivo di aggiornare il quadro delle opportunità esistenti, degli interventi attivi, fornendo informazioni di sintesi, ma anche indicazioni circa i relativi referenti.

I dati di domanda sociale, il monitoraggio, la valutazione e il sistema informativo del sociale

A questo tema si riconosce una centralità indiscussa nella logica dell’apprendimento e del miglioramento della programmazione e dell’offerta di servizi, ma anche un valore strategico nel percorso verso la programmazione e l’offerta integrata dei servizi. Sviluppare il tema dell’integrazione mettendo al centro della riflessione l’utente finale, i suoi bisogni, la sua richiesta di servizi, ma anche la capacità dei servizi stessi di modificare le condizioni di vita dell’utente stesso e di produrre cambiamenti significativi della condizione di bisogno, può rivelarsi una modalità efficace di affrontare il tema dell’integrazione, che mette solo temporaneamente in secondo piano il livello dei rapporti istituzionali e gli aspetti organizzativi della prestazione integrata.

Il primo tema cui i Tavoli hanno dedicato particolare attenzione riguarda il potenziamento delle rilevazioni della domanda sociale, sia nel senso di coprire adeguatamente aree di bisogno la cui conoscenza si rivela ancora parziale o frammentata, sia in quello di integrare gli indicatori già in uso per la rilevazione delle caratteristiche e dei bisogni della popolazione target in direzioni innovative. Si tratta in generale di stabilire con chiarezza le unità di analisi (evitando il rischio di oscillare continuamente tra dati di utenza e dati di prestazione) e soprattutto di restituire centralità all’utente, lavorando nella direzione di individuazione di indicatori di benessere – o di bisogno – che facilitino il passaggio verso la definizione dei sistemi di monitoraggio e degli indicatori di valutazione della performance dei servizi. Dalla centralità dell’utente dei servizi deriva una modalità di lavoro nel sociale capace di adottare un approccio biografico e personalizzato che garantisca a qualsiasi servizio che lo intercetta di collocare il proprio intervento in una “storia personale” facile da ricostruire, adattando prestazioni e servizi offerti alla specifica condizione di vita dell’utente, nonché al percorso che l’utente ha già compiuto all’interno del sistema locale di welfare, con l’obiettivo di avvicinare il servizio all’utente, ma anche di evitare sovrapposizioni di interventi e inutili sprechi di risorse collettive. Ripensare il welfare locale riconoscendo piena centralità all’utente non vuol dire solo interrogarsi sugli esiti delle prestazioni e dei servizi erogati relativamente agli utenti che ne fanno richiesta. Vuol dire anche prestare attenzione alla domanda che i servizi intercettano parzialmente o che non intercettano affatto e dunque interrogarsi sui modi con cui è possibile avvicinare fasce di utenza problematiche, il cui bisogno rimane inespresso e dunque sicuramente non soddisfatto. In tutti i casi si tratta di individuare indicatori di bisogno e le loro opportune definizioni operative, che garantiscano alcune condizioni essenziali per assicurare la qualità dei dati: tempestività, accuratezza, comparabilità, etc. Il potenziamento della rilevazione sui dati di domanda sociale si rende

particolarmente necessario su temi che attualmente sfuggono alle rilevazioni già in essere all'interno del Profilo di Comunità (ne sono esempi l'area della salute mentale e della disabilità per le quali si registra una scarsità di dati) o che sono legati a fenomeni particolarmente complessi e in evoluzione (per esempio l'area delle dipendenze e, per motivazioni diverse, quella dell'immigrazione, che pone particolari problematiche legate alla nazionalità dell'immigrato, nonché alla stima delle presenze irregolari e dei minori immigrati). La stessa carenza di dati si registra per il tema della dispersione scolastica, che non solo risultano assenti all'interno del Profilo di comunità, ma che non riescono neanche ad essere adeguatamente registrati dall'Osservatorio sulla Dispersione Scolastica del Comune di Napoli che da un lato sottostima il fenomeno (registrando solo i minori già segnalati) e dall'altro lo sovrastima perché non tiene correttamente conto dei passaggi d'istituto. Il miglioramento della conoscenza delle condizioni di vita e di bisogno della popolazione cui i servizi si rivolgono contribuirebbe anche a risolvere un altro tema delicato quale quello della accuratezza della selezione dei beneficiari delle misure – e della relativa riduzione dei cosiddetti errori di inclusione e di esclusione – che, date le risorse disponibili, si configurano necessariamente come misure che possono essere destinate solo ad una quota della popolazione avente diritto. Ciò è particolarmente rilevante per le misure di contrasto alla povertà, pure richiamato nel corso del lavoro dei Tavoli tematici.

Dal momento che il tema si intreccia fortemente con la mission del Centro Studi Interistituzionale, si definiscono di seguito gli obiettivi strategici di sviluppo del Profilo di Comunità per il prossimo triennio:

- l'individuazione di nuove categorie di indicatori facendo ricorso ad altre fonti di dati (ulteriori articolazioni dei servizi Sociali del Comune, ISTAT, INPS, INAIL, Anagrafe Scolastica-Ufficio Regionale Scolastico, Sistema informativo dei Certificati di Assistenza al Parto-Cedap etc.);
- la copertura di aree sanitarie fortemente carenti quali la Disabilità, il Materno-Infantile, gli Anziani;
- la costruzione delle basi per rendere omogenea ed agevole la raccolta elementare delle informazioni in ciascuna unità operativa sociale e socio-sanitaria, collegando i dati individuali anche alla famiglia.
- migliorare e rendere coerente il sistema di raccolta e registrazione dei dati "nativi" relativi all'utenza in tutte le unità operative sociali, socio-sanitarie e sanitarie, tenendo conto anche della crescente complessità degli utenti e del progressivo passaggio degli interventi da semplici prestazioni a processi personalizzati di presa in carico.
- sincronizzare e rendere coerente il sistema dei dati di utenza e dei relativi indicatori con quello previsto - e quello che sarà in futuro definito - del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitari, Socio-Sanitari e Sociali.
- realizzare analisi qualitative periodiche sui comportamenti e le abitudini di vita della popolazione, sulle condizioni di vita e sui bisogni per area di priorità e ciclo di vita.
- il miglioramento della comunicazione e dell'utilizzazione del Profilo di Comunità da parte degli organi rappresentativi, degli operatori, della cittadinanza attiva e della cittadinanza tutta.

La definizione degli indicatori di benessere/bisogno risulta essenziale ai fini della definizione e dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e di valutazione dei servizi. E' evidente, infatti, che non è possibile riflettere adeguatamente sulla capacità dei servizi di dare risposte ai bisogni della popolazione target se non si conosce adeguatamente la situazione di partenza e se non si riflette sulla traduzione operativa degli obiettivi dei servizi. Se la raccolta sistematica dei dati effettuata per il tramite del monitoraggio risulta sicuramente utile ai fini della esplicitazione del giudizio valutativo circa la capacità dei servizi di modificare le condizioni di bisogno del suo target, è evidente che tale giudizio può essere pienamente articolato e adeguatamente argomentato solo attraverso una chiara individuazione delle dimensioni di valutazione, a partire da quelle classiche e prioritarie dell'efficacia – interna o esterna⁸ – e dell'efficienza. Un sistema di valutazione pienamente

⁸ L'efficacia interna è il rapporto tra obiettivi programmati e risultati raggiunti, mentre l'efficacia esterna è data dal rapporto tra bisogni o domanda iniziale che ha stimolato un certo intervento e risultati raggiunti dall'intervento stesso.

compiuto deve permettere di trovare risposte ad alcuni interrogativi cruciali: cosa viene realizzato, come viene realizzato, quali risultati/effetti/impatti produce, tenendo dunque in debito conto la distanza temporale su cui si legge il cambiamento prodotto, nonché della necessità di separare gli effetti lordi (cioè i risultati complessivi rilevabili a seguito di una prestazione di servizio) da quelli netti (cioè i risultati riconducibili alla prestazione in questione, al netto di ogni altra fonte di cambiamento all'opera nel contesto esaminato). Dal momento che la valutazione assolve una funzione di trasparenza e di esercizio di democrazia, risulta essenziale porre attenzione alla fase di uscita dalla valutazione, fase che coincide con la comunicazione pubblica dei suoi risultati, a cominciare dagli attori che hanno contribuito alla sua realizzazione, i cosiddetti *stakeholders*. I legami tra valutazione e qualità dei servizi sono evidenti, sebbene vada forse ricordato che le analisi di qualità si danno ogniqualevolta sia possibile ragionare in termini di distanza tra quanto viene realizzato e uno standard di qualità assunto a riferimento. Tali standard, come è ampiamente noto, sono estremamente difficili da definire nel caso dei servizi sociali, specie in assenza di una normativa di riferimento che fissi i livelli minimi o essenziali di assistenza. Più rilevante, invece, nel quadro dell'analisi di qualità dei servizi, il tema della rilevazione della soddisfazione dell'utenza che costituisce un aspetto, non esaustivo, ma non trascurabile della qualità. Nel corso del lavoro dei Tavoli tali analisi sono risultate particolarmente deficitarie, a parte poche ma significative eccezioni, come il caso del progetto Nisida (area famiglia e minori). Questo tema chiama direttamente in causa il tema delle Regole per l'affidamento dei servizi. L'individuazione di indicatori di qualità del servizio è, infatti, strettamente legata alla possibilità di definire tali regole in relazione agli obiettivi di lavoro e agli standard di qualità che l'ente pubblico intende assicurare. In questa prospettiva sarebbe possibile immaginare regole di affidamento semplificate che assicurino insieme coerenza con gli obiettivi caratteristici dell'area di riferimento e piena valorizzazione delle progettualità in relazione alla specificità dei servizi in affidamento.

Le riflessioni fin qui sintetizzate conducono direttamente al macro tema del sistema informativo del sociale. Quest'ultimo può essere definito come "un insieme, logicamente integrato, di metodi, strumenti, procedure, tecniche per la selezione, la raccolta, l'archiviazione, l'elaborazione e la distribuzione di informazioni relative all'arena sociale". Come ogni altro sistema informativo, per considerarsi tale anche un sistema informativo sociale deve possedere caratteristiche di:

- tempestività, nel senso che le informazioni devono essere rilevate, elaborate e diffuse si potrebbe dire "in tempo reale", in modo da permettere al sistema stesso di fotografare l'esistente (con i suoi repentini e continui cambiamenti) e insieme di prefigurare le tendenze e i cambiamenti in atto;
- sistematicità e organicità, nel senso che il sistema deve connotarsi per rigore metodologico, coerenza interna e stabilità nel tempo;
- esaustività ed attendibilità, nel senso che il sistema deve tendere a fotografare l'universo delle attività del sistema delle politiche e degli interventi sociali, a condizione che le informazioni rilevabili siano attendibili e coerenti rispetto agli obiettivi conoscitivi del sistema stesso;
- internalizzazione, nel senso che il sistema deve essere pensato in modo da autoalimentarsi (almeno quando è stabilizzato), senza che il suo funzionamento sia affidato ad esperti/ricercatori diversi dai soggetti deputati alla produzione e/o alla utilizzazione delle informazioni: un sistema informativo risulta tale se trasferisce informazione, in primo luogo se la trasferisce là dove l'informazione è prodotta, in modo che chi la produce acquisisca consapevolezza relativamente al valore e all'utilità della conoscenza stessa.

E' forse scontato ricordare che un qualunque progetto di costruzione di un sistema informativo del sociale debba tenere conto delle articolazioni locali e delle relazioni con associazioni di Volontariato-Terzo Settore, come anche, più in generale, con i soggetti che concorrono alla realizzazione delle politiche sociali.

Area Famiglia e Minori

Premessa

Gli ultimi decenni hanno fatto registrare in tutti i paesi europei una pluralità di mutamenti in tutti gli ambiti demografici che hanno modificato la struttura complessiva della popolazione, nonché la varietà dei tipi familiari tanto da far parlare di una "pluralizzazione delle forme familiari". Le trasformazioni in atto riguardano i matrimoni (abbassamento dei quozienti di nuzialità, innalzamento dell'età al matrimonio, crescita di separazioni e divorzi), le nascite (contrazione dei tassi di fecondità, innalzamento dell'età al primo figlio, aumento delle nascite fuori dal matrimonio), ma anche la speranza media di vita, nonché i comportamenti migratori. Da questi cambiamenti discendono conseguenze dirette sul piano delle relazioni tra le generazioni, sia perché cambia la struttura della parentela che si allunga (perché ci sono più generazioni compresenti) e insieme si restringe (perché si riduce il numero di soggetti presenti per ogni generazione), sia perché si modifica il contenuto delle relazioni, sempre più connotate nei termini dell'affettività. Il nostro paese appare per molti aspetti in linea con le tendenze europee: anche in Italia, infatti, crescono le famiglie di single, le coppie senza figli, le famiglie monogenitore, ma nel complesso è evidente una minore preferenza per le unioni non istituzionalizzate – con la conseguente minore incidenza di nascite fuori dal matrimonio –, una minore frequenza delle rotture coniugali e una sostanziale scarsa diffusione delle famiglie ricostituite. Rispetto al resto dei paesi europei, dove i figli adulti escono presto dalla casa dei genitori, in Italia si registra un significativo protrarsi della permanenza dei figli nella famiglia di origine tanto da fare parlare dell'esistenza di una "famiglia lunga", ma anche una forte intensità dei rapporti affettivi e di solidarietà tra le generazioni che si esprime nella prossimità residenziale, negli scambi quotidiani, nell'aiuto materiale. Questa forma di solidarietà familiare costituisce, da un lato, una risorsa preziosa in grado di contrastare le spinte verso la marginalità e l'esclusione sociale, garantendo una sorta di "effetto protettivo" che impedisce ai membri in situazione di difficoltà – pure temporanea – di intraprendere percorsi di vera e propria deriva sociale, ma, dall'altro, è – come è stato notato – una forma di solidarietà "obbligata", cui i componenti di una famiglia sono tenuti, in assenza di un sistema di protezione sociale efficace e, piuttosto paradossalmente, anche quando la solidarietà obbliga a condividere quote di risorse di per sé scarse. Al centro delle solidarietà familiari vi sono le donne, chiamate a tessere la trama delle relazioni familiari, a fornire lavoro di cura spesso a più di una generazione simultaneamente, a fornire supporto affettivo ed emotivo ai componenti della rete familiare estesa. I carichi di lavoro familiare più elevati – come mostrano regolarmente le fonti statistiche disponibili – gravano sulle donne con figli piccoli e sulle donne della generazione di mezzo che si trovano a dover soddisfare le esigenze della propria famiglia, di quella di eventuali figli sposati con bambini piccoli e dei genitori e dei suoceri anziani. Va da sé che tale condizione non può che essere aggravata dalla residenza in contesti poveri, dove la debolezza del welfare si coniuga con la scarsità dei redditi, con i problemi abitativi, con le coabitazioni forzate e con ancora più difficili transizioni dei figli ad una vita adulta autenticamente autonoma.

Un altro aspetto che contraddistingue il nostro paese e che segna un'altra profonda differenza con gli altri paesi europei è un basso tasso di attività e di occupazione femminile – ma anche giovanile – e una particolare difficoltà delle donne al rientro nel mercato del lavoro in una fase matura del ciclo di vita successiva al matrimonio e alla nascita dei figli. Molte ricerche – comprese quelle italiane – mostrano chiaramente quanto l'occupazione – come anche l'istruzione – femminile sia in grado di esercitare un forte effetto protettivo sui figli, sia perché riduce il rischio della povertà, garantendo risorse economiche che si trasformano direttamente in consumi per i figli, sia perché aumenta il loro benessere complessivo, a partire dalle condizioni di salute.

Occorrerebbe dunque ragionare più spesso in termini di famiglie, piuttosto che della famiglia, di famiglie in trasformazione, i cui bisogni cambiano sensibilmente a seconda della fase del ciclo di vita attraversata, senza trascurare il fatto che nelle famiglie si costruiscono rapporti tra uomini e donne, tra genitori e figli e tra generazioni, anch'essi in profonda e continua trasformazione.

1. I bisogni della popolazione e la domanda di servizi

Alcuni dati statistici descrittivi della condizione strutturale delle famiglie italiane ci aiutano a fissare i confini quantitativi dei fenomeni fin qui delineati.

Esiste una relazione diretta tra numero di componenti della famiglia e incidenza della povertà: a parità di componenti la presenza di figli minori fa aumentare fortemente l'incidenza della povertà. La massima incidenza della povertà riscontrabile nel nostro Paese si registra tra le coppie con tre o più figli minori (27,8%). Per le famiglie con bambini di età inferiore ai diciotto anni, il rischio povertà si innalza vertiginosamente con l'arrivo del secondo figlio, passando da un'incidenza di povertà del 10,1% delle famiglie con figlio unico al 17,2% delle famiglie con due figli. Alcune riflessioni anticipate in premessa suggeriscono di pensare a politiche d'intervento dirette al sostegno al reddito ed all'autonomia economica, ma anche a interventi mirati all'arricchimento in termini di capitale umano (istruzione, professionalizzazione, ecc.) e di network sociali, tutti elementi essenziali attraverso cui passa la prima forma di prevenzione del disagio dei minori.

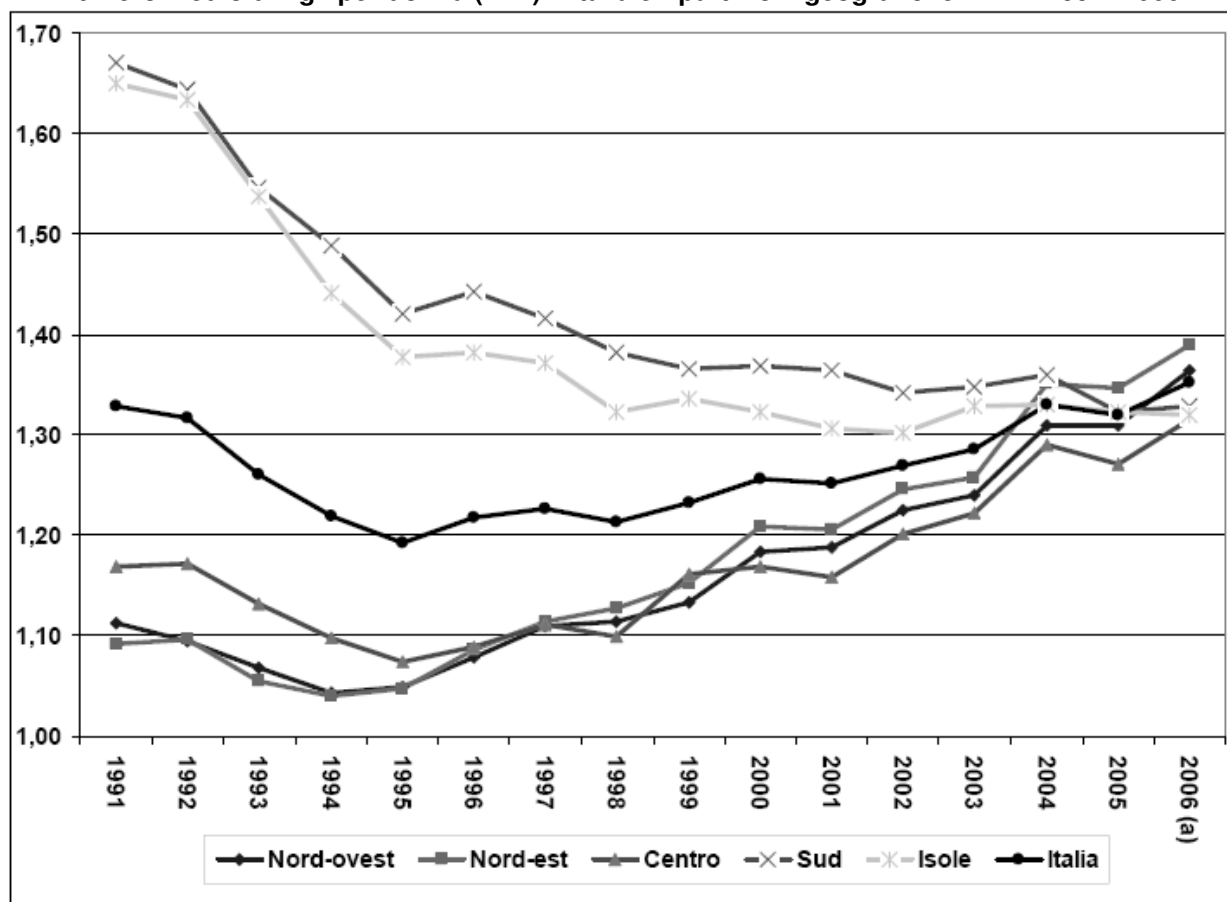
L'analisi delle caratteristiche sociali dell'utenza che afferisce ai servizi rappresenta una fonte conoscitiva di notevole rilevanza perché è in certa misura indicativa della domanda sociale che viene dal territorio e consente nello stesso tempo di ottenere informazioni su alcune caratteristiche della popolazione, che, se anche non generalizzabili in quanto relative solo a quella fascia di popolazione (quella che, di fatto, arriva ai servizi) forniscono tuttavia elementi utili ad approfondire la conoscenza dei bisogni.

Tale analisi, però, non può prescindere dal quadro generale dei bisogni della popolazione che mutano al mutare di condizioni che rinviano a dinamiche sistemiche più complesse e non più riconducibili alla sola dimensione locale. C'è bisogno, dunque, di leggere le condizioni dell'utenza dei servizi territoriali facendo sempre più spesso ricorso a framework analitici ben più complessi del territorio di riferimento degli stessi, per tentare di comprenderne le reali evoluzioni e, dunque, di prevederne l'intercettazione da parte delle azioni progettuali da realizzare.

Proprio nell'ottica di comprendere meglio il particolare servendosi di continui sguardi al generale, sembrano estremamente interessanti i dati pubblicati in un recente numero dei *Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*⁹. Dalle analisi condotte su di essi, emerge che il calo demografico si è arrestato in tutto il Centro-nord mentre continua ad agire, seppure con sempre minore intensità, nelle regioni meridionali dove tuttavia si registrano le quote maggiori di popolazione minorile del Paese. Come si può osservare nel seguente grafico, le nascite sono in lieve ripresa e ci stiamo allontanando dal tasso di fecondità minimo del 1995 (1,19 figli per donna) pur restando molto lontani dai tassi di fecondità del cosiddetto *baby boom* (2,7 figli per donna).

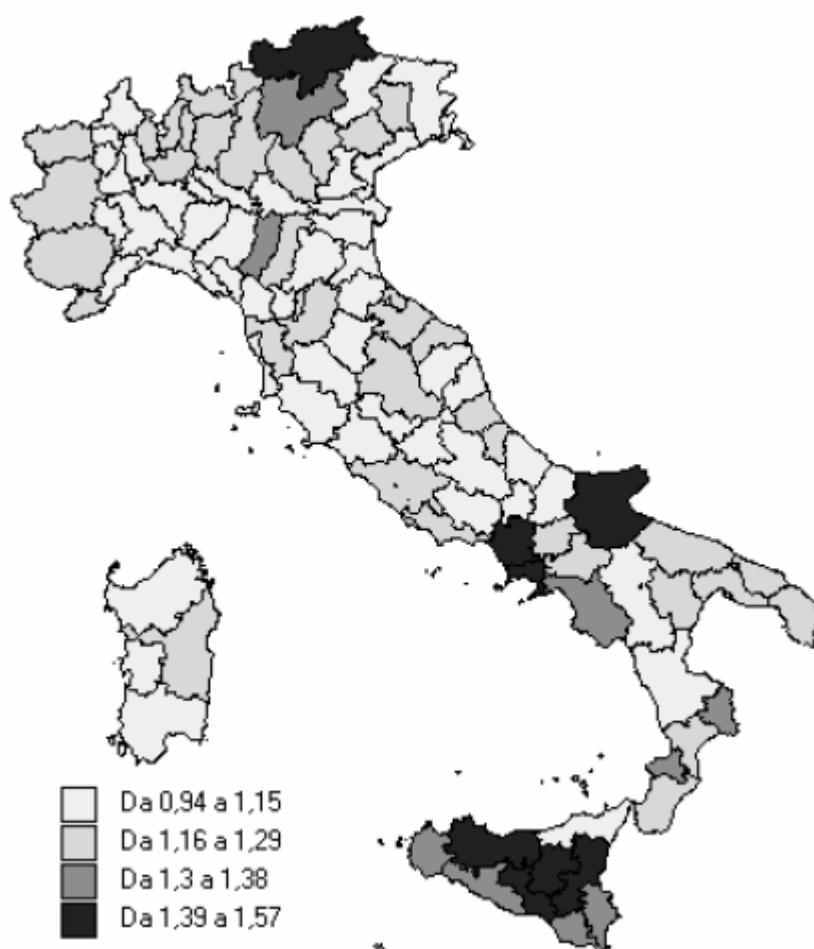
⁹ Cfr. Ciccotti E., Moretti E. Ricciotti R. (2007) (a cura di). I numeri italiani. Infanzia e adolescenza in cifre, *Questioni e Documenti*, 43.

Numero medio di figli per donna (TFT) – Italia e ripartizioni geografiche - Anni 1991- 2006.



Fonte: Bilancio demografico nazionale, Istat 2006.

La ripresa delle nascite si deve anche alla sempre maggiore presenza straniera in Italia: il contributo degli stranieri alle nascite supera ormai il 9% del totale delle nascite e il numero dei minori stranieri residenti è sempre maggiore e assomma al 5% della popolazione minorile. Nel 2006 la fecondità in Italia registra un piccolo ma significativo incremento: 1,35 figli per donna. Si tratta del livello più alto registrato in Italia negli ultimi 16 anni ed è il risultato del trend crescente iniziato nel 1995, anno in cui la fecondità italiana ha toccato il minimo storico con un valore di 1,19 figli per donna. Il recupero riscontrato negli ultimi anni è il frutto di comportamenti riproduttivi in riavvicinamento tra le diverse aree del Paese: nel periodo 1995-2006 nelle regioni del Nord e del Centro il numero medio di figli per donna è cresciuto, passando, rispettivamente, da 1,05 a 1,37 e da 1,07 a 1,29; nello stesso periodo, al contrario, le regioni del Mezzogiorno hanno registrato una diminuzione da 1,41 a 1,33 figli per donna. Non è così per la Campania e soprattutto per la provincia di Napoli che risulta del tutto in controtendenza rispetto allo scenario nazionale. Se si osserva il grafico seguente si evidenzia che Trentino (1,54 figli per donna), Sicilia (1,41) e Campania (1,45) sono le uniche regioni che hanno una fecondità superiore alla media nazionale, e ciò è tanto più vero per la provincia di Napoli e Caserta, insieme a Foggia, uniche province del Sud a presentare un tasso di fecondità superiore ad 1,5 figli per donna.

Tassi di fecondità totali provinciali – Anno 2005.

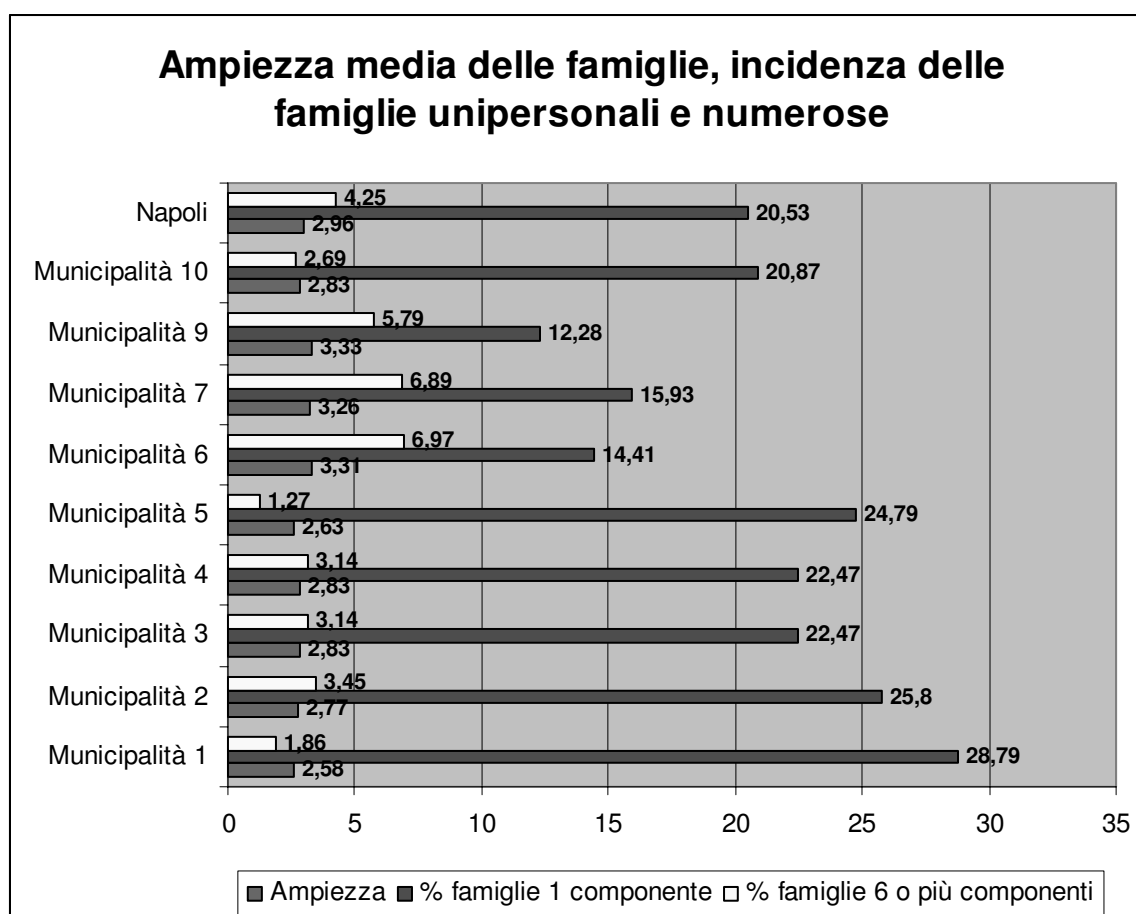
Fonte: *Bilancio demografico nazionale, Istat 2006.*

Le fonti statistiche ufficiali mostrano anche le trasformazioni in atto nella famiglia italiana che consta di famiglie con un numero minore di componenti rispetto al passato e con una crescita delle famiglie monogenitore a causa dell'aumento rilevante delle separazioni e dei divorzi che porta a un raddoppio, nel decennio trascorso, dei minori affidati. Si evidenzia una complessiva riduzione dell'ampiezza familiare, che dalla media di 3 componenti per nucleo rilevata nel precedente Censimento, nel 2001 si abbassa a 2,6. Ritornando allo specifico cittadino, i dati del Censimento svelano che il numero delle famiglie, a Napoli, aumenta consistentemente. Malgrado il fenomeno sia meno marcato che in altre grandi città - Napoli, tra le grandi città, mostra comunque la maggiore incidenza di famiglie con 6 o più componenti - come è possibile osservare nella tabella seguente il numero di famiglie per cento abitanti è 33,6, cioè una media di 3 componenti per famiglia.

Famiglie per cento abitanti alla data dei censimenti						
Comune	1951	1961	1971	1981	1991	2001
Roma	25,8	27	29,7	33,1	37,2	40,8
Milano	31,8	33,6	35,7	39	42,6	46,8
Napoli	22,1	23,1	25,4	28,9	29,3	33,6
Torino	34,3	47,2	35	37,9	42,2	45,6
Palermo	23,8	24,7	26,4	29,5	31,4	34
Genova	31,1	33,1	36,5	40,9	40,7	45
Bologna	29,9	31,9	34,8	39,3	42,3	47,9
Firenze	29,5	30,6	32,9	37,7	40,3	44,9
Bari	22,2	24,1	26,2	29,4	31,6	35,2
Catania	24,7	25,7	27,3	30,7	32,8	36,3
Italia	24,9	27,2	29,5	32,9	35,1	38,3

Fonte: *Profilo di Comunità della Città di Napoli 2007.*

L'aumento del numero delle famiglie è dovuto all'aumento di famiglie composte da un unico componente, più 6% rispetto al 1991, e alla contemporanea riduzione delle famiglie numerose composte da 6 o più componenti. Come si osserva nel grafico seguente, queste ultime sono presenti soprattutto nelle municipalità 6, 7, 8 e 9, che rappresentano le periferie orientale, settentrionale ed occidentale della città; specularmene le famiglie con un unico componente sono più diffuse nella zona collinare e nel centro della città. In questa area del territorio urbano i nuclei formati da singoli componenti sono per lo più rappresentati da anziani, mentre i giovani e gli adulti che vivono da soli si concentrano maggiormente nella zona collinare.



Fonte: ns. elaborazione su dati del *Profilo di Comunità della città di Napoli.*

Venendo alle strutture familiari, la tabella seguente mostra che solo il 14,5% delle famiglie napoletane è composto da coppie senza figli mentre è molto elevata la presenza di coppie con prole (45,8%).

Famiglie per tipologia familiare - Comune di Napoli, Censimento 2001 -	
Tipologia familiare	Napoli
persona sola	20,3
coppia senza figli	13,1
coppia senza figli e altri	1,4
coppia con figli	41,8
coppia con figli e altri	4
monogenitore	10,3
monogenitore con altri	1,9
individuo con altri	4,1
famiglie con due o più nuclei	3,1
Totale	100

Fonte: Istat, Censimento popolazione, 2001.

E' da segnalare anche la presenza di nuclei monogenitoriali, che rappresentano il 12,2% di tutte le famiglie napoletane. A prescindere dalla tipologia familiare, rispetto alla media nazionale sono più numerose le famiglie che hanno almeno un figlio di età inferiore ai 18 anni (più del 50%).

Passando alla popolazione minorile va osservato che nel 2005 i minorenni in Italia erano 9.979.005, in lieve ripresa rispetto al minimo storico della popolazione minorile in Italia del 2002 con 9.832.151. Le regioni che detengono le più alte incidenze di popolazione minorile sul complesso della popolazione residente sono la Campania (21,7%), la Sicilia (20,2%), la Puglia (19,6%) e la Calabria (19,4%), a fronte di un valore medio nazionale del 17,1%. Tra le restanti regioni italiane, invece, la Liguria (13,1%), il Friuli-Venezia Giulia (14,2%), la Toscana (14,4%), l'Emilia-Romagna (14,5%) e il Piemonte (14,8%) sono quelle che presentano le più basse incidenze percentuali di presenza minorile. Va evidenziato al riguardo che le incidenze massime di popolazione minorile riscontrate in Campania sono appena al di sopra della media europea (20,5%), ragion per cui l'Italia è relegata all'ultimo posto della graduatoria stilata sui ventisette Paesi che costituiscono l'attuale Unione europea quanto a incidenza di popolazione minorile. D'altro canto è ancora prematuro vedere riflesso l'aumento delle nascite – più rilevante per l'inversione di tendenza che determina e dunque per i possibili scenari che potenzialmente ne possono derivare, che per la sua attuale dimensione numerica – in un qualche significativo cambiamento nella struttura (per età) della popolazione. Comportamenti riproduttivi delle coppie ancora improntati a un forte contenimento della fecondità – su valori ben lontani da 2,1 figli per donna che consentirebbe il ricambio generazionale e da cui consegue l'ancor esiguo, sebbene crescente, numero di nascite annue – sommati al costante aumento della speranza di vita (cosa che fa del nostro Paese una tra le nazioni più longeve al mondo e fortemente sbilanciata verso le classi d'età anziane) implicano che la piramide per età della popolazione assomigli, di fatto, piuttosto a un parallelepipedo se non proprio a una piramide rovesciata. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, comunque, interessa il nostro Paese nel suo complesso, ma mostra un campo di variazione piuttosto ampio. I comuni con il maggior numero di anziani sono quelli del nord: a Bologna (26,6%), Firenze (25,6%) e Genova (25,6%) si rilevano le più elevate percentuali di persone di 65 anni e più. A Palermo (14,7%) e Napoli (15,6%) si riscontrano le più basse percentuali di anziani. Le sole realtà italiane nelle quali gli anziani di 65 anni e più sono ancora numericamente inferiori ai minori fino a 14 anni di età sono la Campania e la provincia autonoma di Bolzano (mentre nel 1996, oltre a queste due, possedevano tale caratteristica tutte le altre regioni del

Mezzogiorno, con l'esclusione dell'Abruzzo e del Molise). Pertanto, appare lecito affermare, che il processo di invecchiamento investe anche le regioni del Mezzogiorno.

Contenuto e in diminuzione negli anni è il contributo delle minorenni sia alla nuzialità sia alla natalità italiane. Nel breve arco temporale di un decennio, il numero di spose minorenni si è fortemente ridotto passando dalle 1.562 del 1993 alle 456 del 2002, in termini relativi si ha poco più di una sposa minorenne ogni 1.000 matrimoni celebrati. In sostanza, non ci si sposa praticamente più prima dei diciotto anni e ciò è ancor più vero per i maschi minorenni, appena 13 nel corso del 2002. All'estrema esiguità numerica del fenomeno si aggiunge una forte concentrazione territoriale: oltre alla Puglia con 75 minorenni convolate a nozze nel 2002, nella sola Campania si contano più della metà delle spose minorenni del 2002 (233).

Come si è visto, malgrado la nostra città riproponga in parte tutti i principali mutamenti che si sono verificati negli ultimi anni nella popolazione italiana (diminuzione della popolazione residente, aumento del numero delle famiglie, diminuzione dell'ampiezza familiare, aumento delle persone sole) è da registrare ancora un'alta presenza, tutta meridionale, di una consistente quota della popolazione residente non ancora maggiorenne. I numeri sembrano rilevare una diminuzione dell'incidenza dei minori sulla popolazione cittadina rispetto al 2001, anno in cui ogni 100 residenti si contavano 21 minori, tuttavia il fenomeno è meno consistente che in altre grandi città, dove la diminuzione dell'incidenza dei minori sulla popolazione residente è stata davvero consistente. Napoli, quindi, ripropone, in scala ridotta, le caratteristiche della Regione Campania in cui si registra la percentuale più alta di minori di tutte le regioni italiane (21,7%). Nella città di Napoli risiedono 210.547 minori al di sotto dei 18 anni così come risulta dai dati dell'ultimo Censimento della popolazione e delle abitazioni. Come si nota dalla tabella seguente, la più alta presenza di minori si registra nella sesta municipalità (Ponticelli, Barra, S.Giovanni) nella quale risiedono il 25% degli infradiciottenni cittadini o, più precisamente, il 19,16% dei minori (0-13 anni) ed il 10,79 degli adolescenti (14-20 anni).

Incidenza della popolazione minorile per fasce d'età e municipalità - Censimento 2001 -			
MUNICIPALITA'	Minori 0-13 %	Adolescenti 14-20 %	Minori di 18 anni %
Municipalità 1	13,48	7,32	17,52
Municipalità 2	15,17	8,59	19,81
Municipalità 3	15,41	8,48	19,94
Municipalità 4	15,87	9,18	20,86
Municipalità 5	11,82	7,03	15,61
Municipalità 6	19,16	10,79	25
Municipalità 7	18,68	10,88	24,62
Municipalità 8	18,6	11,18	24,73
Municipalità 9	17,46	10,97	23,53
Municipalità 10	13,66	8,25	18,18
Napoli	15,91	9,27	20,96

Fonte: Profilo di Comunità della Città di Napoli 2007.

Anche l'ottava municipalità (Piscinola, Chiaiano, Scampia) fa registrare un elevato numero di ragazzi e ragazze sul suo territorio (24,73% dei minori di 18 anni) raggiungendo punte del 18,6% per la fascia 0-13 e dell'11,18 per la fascia 14-20 anni. Nella nona municipalità (Soccavo, Pianura), infine, risiedono complessivamente il 23,53% dei minori di diciotto anni che, disaggregati, corrispondono al 17,46% degli appartenenti alla fascia d'età 0-13 anni ed al 10,97% di quelli rientranti nella fascia d'età 14-20 anni.¹⁰ E' bene sottolineare che una quota consistente della popolazione minore che vive a Napoli, il 15,27%, ha meno di 3 anni (32.153), mentre i minori in età scolare sono più della metà, ben il 57%.

Le condizioni di salute delle nostre giovani generazioni sono in miglioramento costante con una diminuzione dei tassi di mortalità infantile che passano da 6,5 morti ogni mille nati del

¹⁰ Cfr. Centro Studi Interistituzionale, *Profilo di comunità della città di Napoli 2006*.

1994 a 4,1 morti ogni mille nati del 2004, corrispondente a una riduzione di circa un terzo. Come sottolineato dagli autori del *Profilo di comunità della città di Napoli 2006*, in seguito all'epidemia di morbillo del 2002, sono aumentati considerevolmente i minori vaccinati, tanto che il tasso di copertura delle vaccinazioni eguaglia quello nazionale. Nello stesso tempo si rileva che fra le maggiori cause di morte violenta dei minorenni c'è quella per incidenti stradali. I minori fuori dalla famiglia segnano una diminuzione costante che porta il loro numero da circa 40 mila nel 1999 a circa 30 mila nel 2005. I dati testimoniano dello sforzo fatto (in ottemperanza alla legge 149/2001) per la chiusura degli istituti che a novembre 2006 risultavano essere 52 rispetto ai 475 del 1999. Se nel 1999 i minori presenti nelle strutture erano oltre 28 mila a fronte di solo 10 mila in affidamento familiare, nel 2005 la quantità di minori nelle strutture e quelli in affidamento era all'incirca simile con una forte crescita dell'affidamento familiare e una costante diminuzione, seppure ancora non sufficiente, dei minori presenti nelle strutture.

Il dato dell'istruzione ci consegna un sempre maggior grado d'istruzione dei nostri giovani che in numero sempre più alto frequentano la scuola oltre l'obbligo scolastico. Crescono anche i servizi educativi per la prima infanzia, pur in maniera insufficiente e diversificata tra le varie regioni. Le ricerche testimoniano, infine, che le giovani generazioni hanno un rapporto stretto con le nuove tecnologie con un aumento rilevante dell'utilizzo di computer, della rete Internet e dei telefoni cellulari. Di tutt'altro segno, infine, l'informazione che gli stessi Autori ci forniscono circa la devianza minorile: nel 2005 i minori e i giovani segnalati dall'autorità giudiziaria all'Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) erano 521 di cui 101 nella sola settima municipalità. Di questi all'incirca il 10% erano minori stranieri.

Il nuovo sistema di attività, percorsi e interventi delineato nelle pagine seguenti, sembra essere relativamente efficace nella presa in carico sia delle situazioni di rischio collegate al temporaneo indebolimento delle risorse della famiglia (momenti di difficoltà anche estremamente critici e complessi), sia di quelle correlate all'incapacità di certe famiglie di far fronte ai compiti evolutivi che sono chiamate a gestire. Prevenire fenomeni problematici e gravi come l'emarginazione sociale, la disoccupazione, la fragilità coniugale, l'ignoranza, presuppone la ricerca di causalità complesse, non riducibili a un unico o a un piccolo numero di fattori; conseguentemente, tale prevenzione impone la programmazione di iniziative molteplici che devono poi essere attivate in sinergia tra loro. Per raggiungere tali obiettivi e garantire una vera politica di prevenzione, protezione e tutela del minore, è determinante la qualità del sistema complessivo dei servizi, che tenga presente molteplici esigenze quali: la conoscenza dei fenomeni e del loro andamento nel tempo; l'esigenza di "riappropriarsi" di un concetto di territorio quale comunità civile e non solo come area geografica o amministrativa; dotare, quanti sono a stretto contatto con i bambini e gli adolescenti, di capacità di ascolto; garantire a tutti i professionisti dell'area una formazione adeguata alla delicatezza di tali situazioni e pertanto di capacità diagnostico-terapeutiche imprescindibili per garantire al minore l'aiuto necessario a superare il suo emasse e, lì dove possibile, supportare la famiglia disagiata nel percorso di inclusione sociale.

2. Il sistema di offerta

L'applicazione nella città di Napoli della Legge 285/97 e successivamente della L.328/00 ha contribuito ad una grande mobilitazione di energie a tutela dei diritti e delle opportunità a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, migliorandone di riflesso le condizioni di vita. Ciò ha permesso di consolidare e, in certi casi, di sviluppare una nuova cultura della progettazione territoriale, dell'integrazione tra le istituzioni, tra le stesse e la società civile dando vita, in molti casi, alla sperimentazione di nuovi servizi.

I Piani d'intervento programmati in questi anni contengono percorsi complessi e articolati, frutto di un confronto e di una concertazione realizzata tra Enti Pubblici (Comune, ASL NA1, Ufficio Scolastico Regionale, Centro di Giustizia Minorile per la Campania) e organizzazioni del Privato Sociale, impegnati sia in ambiti d'intervento socio-educativo, sia socio-sanitario, a favore dei bambini e degli adolescenti così come sancito dagli Accordi di Programma.

I Piani attuati hanno confermato la necessità di sostenere politiche locali in grado di facilitare positive condizioni di crescita e che coinvolgano amministratori, servizi, organizzazioni del terzo settore e cittadini in percorsi di attenzione all'infanzia e all'adolescenza nel contesto di un più ampio sviluppo dell'intera comunità locale. Allo stesso modo le pratiche realizzate si sono ispirate ad un concetto di qualità giocato sempre più sulla programmazione intersettoriale del Piano, ricercando le connessioni e le integrazioni con il Piano di zona e la programmazione Regionale.

La qualità offerta dai singoli servizi e interventi ha acquisito un significato più profondo all'interno di un disegno di più ampio respiro, in cui si è valorizzata la formazione degli operatori e la partecipazione attiva dei bambini e dei loro genitori nelle fasi di progettazione.

Tale offerta ha preso corpo attraverso molteplici e differenziate azioni che vanno dall'organizzazione di percorsi di sensibilizzazione e formazione sui temi del disagio, del maltrattamento e della violenza sessuale all'infanzia, all'apertura o al potenziamento di servizi specialistici per la prevenzione, la rilevazione, la valutazione, il trattamento e il sostegno socioeducativo; dalla creazione o riqualificazione di strutture di accoglienza per minori, madri con bambini o ragazze uscite da circuiti devianti, alla costituzione di organismi di reti e coordinamento interistituzionale; dalla stipula di protocolli di intesa tra uffici giudiziari e servizi per rendere più omogenee e condivise le procedure e le pratiche di intervento, all'adozione delle linee guida regionali che offrono criteri, parametri e indicazioni operative per le funzioni di rilevazione, valutazione e segnalazione dei casi di disagio vario.

La pluralità dell'offerta esistente nella città di Napoli in campo educativo, sociale e sanitario, come si evince dai dati di seguito riportati, fa emergere un'ampia articolazione di servizi ed attività rivolti ai minori, alle famiglie e ai giovani.

Relativamente al sistema di servizi e interventi per le famiglie attivo a livello cittadino, va sottolineato che questo esprime l'adesione a un principio di sussidiarietà che non sceglie uno solo tra i tipi di famiglia possibili, che non discrimina, ma che, al contrario, sostiene le famiglie senza mettere in discussione le libere scelte delle persone.

Nello specifico, tenendo conto della presenza, sul territorio cittadino, di famiglie con compiti di cura legati prevalentemente alla crescita dei figli e all'impegno nei confronti delle persone anziane, la programmazione dei servizi e degli interventi per la famiglia ha sempre tentato il superamento dei modelli categoriali e assistenzialistici, identificando la politica per la famiglia con la funzione di sviluppo generale del welfare.

Dimensione: Sostegno alla famiglia nella funzione genitoriale e nei compiti di cura

Servizi per il sostegno alla coppia e al nucleo familiare

Sono finalizzati a realizzare azioni di sostegno all'intero nucleo familiare in particolare attraverso azioni di ascolto, orientamento e di interventi per la prevenzione e la gestione delle situazioni di crisi e di conflittualità.

Il *Centro per le famiglie* svolge una complessa serie di azioni finalizzate all'accoglienza, all'ascolto e all'analisi della domanda di aiuto familiare. Nei casi di rischio o di crisi attiva la presa in carico e l'attività specifica specialistica, sia in ambito sociale che terapeutico, in relazione alla conflittualità familiare. Gestisce, inoltre, uno spazio protetto di incontro tra genitori e figli con problemi di relazione.

Gli *Sportelli Sociali per la Famiglia* svolgono attività di segretariato sociale per consentire un adeguato accesso alle opportunità offerte dalla rete dei servizi e della comunità, forniscono consulenza sui problemi familiari e sociali ed hanno compiti di accompagnamento nell'attivazione dei successivi percorsi di assistenza e di facilitazione nell'utilizzo dei servizi e nella promozione di reti solidali. Gli Sportelli sono presenti nelle seguenti Municipalità: Avvocata Montecalvario (Municipalità 2), San Lorenzo Vicaria (Municipalità 4), San Giovanni a Teduccio (Municipalità 6), San Pietro a Patierno (Municipalità 7), Scampia (Municipalità 8), Fuorigrotta (Municipalità 10).

I *Poli della mediazione familiare* si propongono di agire sulle situazioni di crisi e di rischio. La mediazione familiare è un percorso per la riorganizzazione delle relazioni familiari in vista o in seguito alla separazione o al divorzio: il mediatore familiare, come terzo neutrale e con una preparazione specifica, si adopera affinché padre e madre elaborino in prima persona un programma di separazione soddisfacente per sé e per i figli in cui possano esercitare la comune responsabilità genitoriale. Si tratta di un intervento strutturato finalizzato a restituire ai genitori la consapevolezza e la responsabilità delle decisioni riguardanti i propri figli. Si svolge attraverso una serie limitata di incontri tra la coppia genitoriale e il professionista, nella temporanea sospensione e in autonomia da ogni iniziativa di carattere legale e/o giudiziario. L'obiettivo del mediatore è favorire la ripresa di una diversa comunicazione tra i genitori e tra genitori e figli, aiutando i genitori a trovare in prima persona soluzioni realistiche e positive per la suddivisione dei loro compiti nei confronti dei figli. La separazione e il divorzio non sono considerati come una "patologia" sociale, l'azione è finalizzata a fare in modo che gli effetti negativi della separazione siano contenuti e che genitori e figli possano trasformare un'esperienza potenzialmente distruttiva in un'occasione per costruire un nuovo e più equilibrato rapporto. I Poli sono cinque e sono collocati nelle diverse aree della città: ovest (Bagnoli), centro (Chiaia e Napoli Centro), nord (Piscinola) e collinare (Vomero).

Servizi per il sostegno ai compiti genitoriali

Si tratta di servizi che hanno l'obiettivo di offrire sostegno alla genitorialità e alle famiglie nello svolgimento dei compiti educativi e nella funzione genitoriale.

Il programma *Sostegno Genitoriale – Adozione Sociale (Punti Nascita)* è finalizzato alla promozione della salute, alla prevenzione ed al benessere; punta a rafforzare la famiglia rendendola abile alle cure del bambino in un'ottica di intervento non solo su una genitorialità "a rischio", ma su quanti genitori "non disagiati" vivono le loro specifiche e più o meno problematiche quotidianità legate alla complessità della realtà sociale. L'intervento prevede l'accoglienza sociale delle giovani famiglie, realizzando il sostegno relazionale e informativo nei luoghi di parto, individuando le condizioni di disagio e favorendo lo sviluppo delle competenze genitoriali, attraverso interventi di sostegno genitoriale e counselling alla famiglia di nuova formazione anche per mezzo di programmi di visite domiciliari. Successivamente il nuovo nato e la sua famiglia, cui devono essere garantiti tutti gli interventi sociosanitari essenziali, vengono presi in carico dai servizi territoriali. Il sostegno alla genitorialità viene realizzato in tutte le 10 Municipalità cittadine con il coinvolgimento del personale sanitario delle UOMI (Unità Operative Materno Infantili), che, insieme ai Servizi Sociali Territoriali e al Terzo Settore, costituisce le Equipe Territoriali Integrate.

Il servizio *Tutoraggio* fornisce sostegno ai nuclei familiari coinvolti, attraverso l'affiancamento di un tutor ai minori con problemi relazionali, di socializzazione e scolastici. Si tratta di un servizio centralizzato, rivolto all'intera popolazione cittadina.

Il servizio *Baby Care* prevede un'attività di sostegno domiciliare alle famiglie nell'accudimento dei figli attraverso la predisposizione di un insieme di prestazioni quali ad esempio: aiuto nello svolgimento dei compiti scolastici e compagnia nei giochi; fruizione guidata di programmi televisivi; compagnia e accudimento, cura e pulizia per l'igiene personale; somministrazione di medicinali; accompagnamento e colloqui con gli insegnanti, istruttori ed operatori.

Si ritiene, infine, utile un breve cenno all'*Asilo Nido*, servizio socio-educativo rivolto alla prima infanzia finalizzato a offrire ai bambini un luogo di formazione, di cura e di socializzazione nella prospettiva del loro benessere psico-fisico e dello sviluppo delle loro potenzialità cognitive, affettive e sociali, ma anche a facilitare l'accesso delle donne al lavoro e promuovere la conciliazione delle scelte professionali e familiari di entrambi i genitori. Nella Città di Napoli sono attivi 22 Asili Nido con una concentrazione nella zona orientale (UTB 52) e nella zona nord (UTB 48 e 50) in cui particolarmente alta è la percentuale di famiglie con figli minori.

Servizi per il sostegno alle famiglie con compiti di cura di anziani e disabili

Si tratta di servizi e interventi finalizzati a sostenere il nucleo familiare nei compiti di cura e di mantenimento economico dei membri del nucleo in condizione di dipendenza e necessità, quali disabili e anziani. Nella sezione relativa a queste ultime aree sono ampiamente descritti i servizi domiciliari e ne vengono esaminati punti di forza e criticità.

Azioni Positive per le donne

Nel panorama complessivo dell'offerta dell'area gli interventi socio educativi per l'infanzia e di sollievo alla famiglia nei compiti di cura sono rivolti prevalentemente alle donne, cui tale compito è tradizionalmente demandato all'interno del nucleo familiare.

Nell'ambito dei servizi specifici per le donne, un ruolo strategico riveste l'attività del *Centro Donna* del Comune di Napoli che eroga servizi differenti in risposta ai differenti bisogni espressi dalle donne della città finalizzati ad informare, contenere il disagio e lavorare sull'emergenza, ma anche ad organizzare e diffondere i saperi delle donne, coordinare e realizzare attività sociali e culturali. In particolare offre Consulenza Legale gratuita grazie ad un servizio volontario nato nel 1985, uno Sportello di Orientamento al lavoro che facilita ed accompagna, attraverso l'uso di metodologie attive per il lavoro, le donne che presentano forti problematiche per l'attivazione alla ricerca. A supporto del percorso di consulenza e delle attività dei laboratori orientativi, vengono fornite informazioni sul mercato del lavoro e sulle professioni e consulenza personalizzata alla creazione di attività autonome. Funziona anche come supporto ed integrazione del lavoro clinico con donne che presentavano problematiche psichiche. Allo sportello sono state, infatti, indirizzate anche le donne che sono state lontane dal mercato del lavoro per problematiche diverse. Particolarmente rilevanti sono gli interventi finalizzati alla promozione e alla tutela della salute della donna attraverso lo Sportello salute Donna che svolge attività per la prevenzione e la tutela della salute delle donne e i corsi per il benessere psicofisico.

I contributi economici

I trasferimenti monetari diretti alle famiglie conservano, nel panorama nazionale e in quello cittadino, un'impronta categoriale o selettiva, sono cioè rivolti a determinate tipologie di famiglie con figli. Naturalmente non si tratta di misure di contrasto alla povertà quanto piuttosto di misure di sostegno al reddito in presenza di determinate condizioni (tre o più figli minori, nascita di un figlio, detenzione di un genitore, perdita di un genitore). I più importanti interventi appartenenti a questa tipologia sono:

- Contributi agli *orfani ex ENAOLI*. Servizio di sostegno ai nuclei orfanili attraverso l'erogazione di contributi economici ai minori orfani.
- Contributi a *minori riconosciuti da un solo genitore*. Si tratta di un servizio di sostegno a nuclei monogenitoriali attraverso l'erogazione di contributi economici.
- Assegno al nucleo con tre figli minori
- Assegno di maternità
- Contributi per detenuti ed ex detenuti

Tabella di sintesi: dimensione "Sostegno alla famiglia nella funzione genitoriale e nei compiti di cura"

<i>Servizi per il sostegno alla coppia e al nucleo familiare</i>	Sportelli Sociali per la Famiglia	€ 196.986,44	2,7
	Poli della mediazione familiare	€ 84.361,60	1,1
<i>Servizi per il sostegno ai compiti genitoriali</i>	Punti Nascita	€ 43.500,00	0,6
	Tutoraggio	€ 840.759,79	11,4
	Baby Care	€ 1.958.966,80	26,5
<i>Azioni positive per le donne</i>	Centro Donna	€ 56.000,00	0,8
<i>Interventi economici</i>	Contributi economici a minori orfani	1.730.316,00	23,4
	Contributi economici a minori riconosciuti da un solo genitore	€ 2.374.765,00	32,2
	Contributi famiglie di detenuti ed ex detenuti	100.000,00	1,4
		€ 7.385.655,63	100,0

Dimensione: La socialità**Le attività ludiche, aggregative e l'animazione**

Si tratta di servizi offerti ai minori principalmente ad integrazione dell'offerta scolastica, con l'obiettivo di promuovere la socialità e l'aggregazione attraverso il gioco e la partecipazione ad attività sportive, formative ed educative.

Il Programma *Estate Ragazzi/Ragazzi in città* consente la partecipazione ad attività estive di balneazione diurna ed a soggiorni residenziali ad un numero elevato di bambini e bambine.

La *Città in gioco* propone attività di gioco e laboratori vari, ma anche il recupero degli spazi aperti (piazze, strade, giardini, ecc.) per un adeguato uso da parte dei bambini. Il numero elevato di minori intercettati è dato dalla somma dei minori iscritti alle singole ludoteche (2.418), coinvolti nelle attività realizzate nelle scuole (6.980) e intercettati dall'animazione di strada (5.000).

Le *Attività extrascolastiche del Centro Polifunzionale S. Domenico Savio* consistono nel recupero scolastico, calcetto, pallavolo, danza moderna, ceramica, attività teatrali, escursioni e colonie estive. Nello stesso Centro Polifunzionale San Domenico Savio, sono previste attività di recupero scolastico, di animazione e servizio di mensa per un numero contenuto di bambine e bambini.

Il Progetto *Mario e Chiara a Marechiaro* offre una serie di opportunità residenziali e per il tempo libero.

Tabella di sintesi: dimensione "La socialità"

	utenti	risorse finanziarie	
Estate ragazzi/Ragazzi in città	1662	€ 438.000,00	23,9
Città in gioco	14.398	€ 1.131.744,80	61,6
Centro polifunzionale S. Domenico Savio: attività extrascolastiche	125	€ 116.898,20	6,4
Progetto "Mario e Chiara a Marechiaro"	1.747	€ 149.486,60	8,1
		€ 1.836.129,60	100,0

Dimensione: La comunità educante

In questa dimensione sono classificabili i servizi e gli interventi di prevenzione del disagio minorile e, più in generale, le attività che hanno lo scopo di promuovere lo sviluppo di abilità e competenze professionali, nonché di garantire il diritto allo studio e di recupero dei percorsi formativi irregolari o prematuramente interrotti.

Servizi Socio Educativi

I *Laboratori di Educativa Territoriale* sono Centri diurni in cui si realizzano attività di aggregazione, di socializzazione, di ascolto, orientamento e di sostegno socio-educativo che riguardano 27 poli territoriali aperti 12 mesi all'anno per un totale di 340 giorni.

I *Centri socio educativi diurni*, invece, forniscono un sostegno complesso ed articolato, nell'arco della giornata, che spazia dalla somministrazione del pasto, alla dotazione di sussidi didattici, così come di materiali utili allo svolgimento di attività ricreative, sportive e del tempo libero. Coinvolgono 55 centri attivi nella città, funzionanti 11 mesi all'anno per 242 giorni.

Con *Fratello Maggiore* il Piano sociale di Zona della nostra città ha inteso prevenire il disagio giovanile attraverso un sistema complesso di interventi di pedagogia attiva, fondata tra l'altro sulla *peer-education*, i cui protagonisti sono gli studenti delle scuole superiori (fratelli maggiori) che intervengono nelle scuole dell'obbligo con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo delle *life skills* degli studenti più piccoli, considerati loro "fratelli minori".

Attività formative e laboratoriali

Andar per mare, ha offerto a circa dieci ragazzi un'esperienza pilota (300 ore di corso) volta alla formazione di figure professionali inerenti le attività legate al mare.

La *Casa di Archimede*, ha consentito a 5 ragazzi la frequenza a Laboratori di computer grafica per 7 mesi (480 ore).

Azioni per il diritto allo studio e la lotta alla dispersione scolastica

Leggere per..., è un progetto di promozione alla lettura con percorsi gradualmente caratterizzati da attività motivanti, ha coinvolto un numero elevato di bambini e bambine della città, intercettati nelle 37 scuole che hanno erogato questo servizio per ben 11 mesi.

Scuola in ospedale garantisce il diritto allo studio degli alunni ospedalizzati e si realizza nei principali reparti pediatrici di 6 distinti nosocomi cittadini, coinvolgendo un numero elevato di minori con lo scopo di aiutarli a non perdere la frequenza scolastica.

I Care mira alla prevenzione del disagio e della dispersione scolastica attraverso interventi laboratoriali e di sostegno didattico.

Il Progetto *Chance* si propone l'obiettivo di offrire a giovani con bisogni educativi personali e complessi, in prima occasione o seconda occasione, percorsi formativi integrati a partire dal percorso per conseguire la licenza media fino alla completa realizzazione del diritto alla formazione. Il progetto si realizza in 3 distinte scuole polo cittadine per un complesso di 11 mesi di attività.

I Laboratori esperienziali di logopedia e psicomotricità per la prevenzione ed il contenimento della dispersione scolastica denominati *Scuole in rete*, hanno coinvolto 995 minori diversamente abili nel corso di 7 mesi, utilizzando risorse economiche pari a 129.004,28 euro.

Tabella di sintesi: dimensione "La comunità educante"

	utenti	risorse finanziarie	
Servizi Socio Educativi			
Laboratori di educativa territoriale	3.031	€ 3.818.450,00	21,4
Centri socioeducativi diurni	2.900	€ 12.934.000,00	72,4
Fratello maggiore	970	€ 110.400,00	0,6
Attività formative e laboratoriali			
Andar per mare	10	€ 25.822,00	0,1
Casa di Archimede	5	€ 25.822,00	0,1
Azioni per il diritto allo studio e la lotta alla dispersione scolastica			
Leggere per...	7.952	€ 60.000,00	0,3
Scuola in ospedale	15.205	€ 31.050,00	0,2
I Care		€ 123.500,00	0,7
Chance	408	€ 613.200,80	3,4
Scuole in rete	995	€ 129.004,28	0,7
		€ 17.871.249,08	100,0

Dimensione: L'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza

I destinatari di questi servizi sono i minori in situazione di disagio conclamato, a motivo della disgregazione familiare o di esperienze personali di devianza.

I *Centri di Pronta Accoglienza* offrono accoglienza in strutture protette a minori, sia residenti, sia non residenti, rintracciati in stato di abbandono sul territorio comunale. Esistono 4 sedi sul territorio cittadino.

Nisida Futuro Ragazzi rappresenta la punta avanzata della lotta all'esclusione sociale dei minori appartenenti alla cosiddetta "area penale". Attraverso l'attivazione di un Punto di ristoro sociale, di un Laboratorio di scenotecnica, uno di ceramica ed uno di Fotovideo, si

forniscono traiettorie concrete di reinserimento sociale a ragazzi "difficili" che frequentano 500 ore di corso distribuite su 7 mesi.

Il servizio di *Conciliazione penale*, che promuove incontri di conciliazione tra autori e vittime di reati ai sensi del D.P.R. 448/88, nello scorso anno ha realizzato 90 sedute di mediazione.

Il *Progetto Tonino* realizza uno spazio ludico-ricreativo permanente per bambini ed uno sportello di orientamento per le famiglie in visita presso la Casa Circondariale di Secondigliano.

Tabella di sintesi: dimensione "Inclusione sociale e i diritti di cittadinanza"

	utenti	risorse finanziarie	
Centri di pronta accoglienza	169	€ 400.000,00	68,1
Nisida futuro ragazzi	37	€ 136.000,00	23,1
Progetto Tonino	381	€ 51.516,00	8,8
		€ 587.516,00	100,0

Dimensione: La tutela e la protezione sociale.

Si tratta di servizi rivolti ai minori per i quali è prevista qualche forma di allontanamento dalla famiglia naturale, per il mezzo di forme di accoglienza residenziale o procedure di affido a famiglie terze, nonché interventi professionali specifici per il sostegno e il trattamento dei minori abusati o maltrattati.

Le *Strutture di accoglienza residenziale* come Comunità Alloggio, Comunità di tipo familiare, Gruppi appartamento, Comunità accoglienza gestanti e nuclei madre/bambino, hanno offerto accoglienza residenziale a minori soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria o dell'Amministrazione Comunale ai sensi dell'art. 403 c.c. Le sedi di riferimento cittadine sono 122 e i mesi di attività 12.

Il servizio *Affido familiare* offre sostegno alle famiglie in temporanea difficoltà, attraverso azioni di affidamento dei minori a nuclei etero-familiari, in rete con i servizi del territorio.

Il servizio *Pubblico Tutore* realizza attività di presa in carico per minori soggetti a pubblica tutela disposta dall'Autorità Giudiziaria competente. Nello scorso anno, i tutori pubblici hanno preso in carico 92 interdetti, 12 interdetti legali, 230 minori; i tutori volontari, dal canto loro, hanno preso in carico 39 interdetti, 1 interdetto legale e 9 minori.

Il servizio *Abuso e maltrattamento* assicura la prevenzione primaria e secondaria dell'abuso e del maltrattamento, l'accertamento diagnostico ed il trattamento dei minori. Parallelamente si occupa del recupero e del sostegno alle famiglie di appartenenza.

Tabella di sintesi: dimensione "La tutela e la protezione sociale"

	utenti	risorse finanziarie	
Accoglienza residenziale	536	€ 9.811.700,00	87,4
Affido familiare	257	€ 1.226.900,76	10,9
Interventi contro l'abuso e il maltrattamento	92	€ 192.686,00	1,7
		€ 11.231.286,76	100,0

Area Responsabilità familiari – Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Servizi per il sostegno alla coppia e al nucleo familiare</i>	€ 281.348,04	3,8
<i>Servizi per il sostegno ai compiti genitoriali</i>	€ 2.843.226,59	38,5
<i>Azioni positive per le donne</i>	€ 56.000,00	0,8
<i>Interventi economici</i>	€ 4.205.081,00	56,9
	€ 7.385.655,63	100,0

Area Minori – Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>La socialità Servizi per il tempo libero, l'aggregazione e la socializzazione</i>	€ 1.836.129,60	5,8
<i>La Comunità Educante Interventi nell'area educative, formativa e scolastica</i>	€ 17.871,249,08	56,7
<i>Inclusione Sociale e Diritti di Cittadinanza Interventi nell'area del disagio conclamato e della devianza</i>	€ 587.516,00	1,9
<i>La tutela e la protezione sociale</i>	€ 11.231.286,76	35,6
	€ 31.526.181,44	100,0

3. Direzioni per la programmazione

I partecipanti al Tavolo sono accomunati dalla consapevolezza che il benessere dei minori deriva da una molteplicità di fattori, nonché dalle loro reciproche relazioni, e che la famiglia costituisce un fattore cruciale, ma non esclusivo, di possibile origine di disagio. Pieno riconoscimento, dunque, al valore delle variabili familiari determinanti (le caratteristiche strutturali dei genitori – età, grado di istruzione, condizione professionale – nonché storia psicosociale e medico-biologica, la qualità di vita dell’ambiente familiare, le abitudini di vita e gli orientamenti educativi degli adulti significativi, ma anche le fasi del ciclo di vita familiare, le reti sociali di sostegno, etc.), ma anche alle caratteristiche più generali dell’ambiente fisico e sociale di vita (opportunità educative, offerta di servizi, reti sociali ampie, etc.), in linea con quanto viene sintetizzato come modello ecologico¹¹. Le traiettorie programmatiche, messe a punto a partire dal lavoro del Tavolo Tematico Famiglia e Minori, sembrano essere state ispirate proprio dalla prospettiva ecologica, laddove lo sviluppo del minore viene considerato dipendente, al di là delle competenze parentali, da un insieme di fattori che sono interrelati, in maniera estremamente complessa. Il modello mostra essenzialmente che l’intervento è possibile (e necessario) non solo sulla famiglia, ma anche sulla comunità locale e sull’ambiente più generale. Il tentativo è dunque quello di superare i limiti di visioni molecolari ed emergenziali dei problemi sociali e sul singolo bisogno, sul singolo disagio, anziché in maniera strutturata sul sistema relazionale in cui è inserito l’utente. La pianificazione/progettazione futura, dovrà farsi garante innanzitutto di questo principio d’intervento organico, molare, che oggi è anche condiviso dai referenti istituzionali dell’area.

Nel descrivere e documentare il risultato di quanto realizzato in questi anni per le famiglie ed i minori della nostra città emerge l’immagine di un sistema di welfare municipale, riferito all’area in oggetto, decisamente positiva, soprattutto per la sempre più produttiva interconnessione che si registra tra l’amministrazione pubblica e il privato sociale, così come per la crescente professionalità degli operatori ai quali si dedica sempre maggiore attenzione. Inoltre, l’assunzione di un linguaggio comune da parte di tutti gli attori coinvolti a livello centrale come a quello territoriale, il raggiungimento dell’obiettivo condiviso della presa in carico integrata dei minori, al di là della tipologia di disagio/bisogno specifico, la realizzazione di interventi incrociati sulla famiglia e sui minori lasciano intravedere delle significative traiettorie di compensazione dei pur esistenti punti di debolezza del sistema.

Ulteriori elementi di forza del sistema analizzato sono individuabili nella territorialità degli interventi e nella diversificazione delle politiche e dei servizi presenti sul territorio spesso in risposta a bisogni nuovi o non intercettati prima.

Inoltre va evidenziato il progressivo consolidamento delle attività di monitoraggio, valutazione e riprogrammazione degli interventi. Particolare attenzione meritano in tal senso alcune iniziative volte alla realizzazione di un sistema di valutazione della *customer satisfaction* sperimentate nell’ambito di progetti come Nisida Futuro Ragazzi.

Infine, un elemento di forte positività è rintracciabile nel potenziamento qualitativo e quantitativo della attività realizzate in rete e nell’attivazione di forti coordinamenti istituzionali, in grado di portare valore aggiunto agli interventi. In questo senso l’esperienza dei Gruppi Programma Adolescenti e lo stesso percorso di costruzione dell’Agenda Strategica rappresentano delle prassi estremamente significative e riproducibili.

Accanto agli elementi di forza, emergono naturalmente anche aspetti critici sui quali occorre riflettere e puntare l’attenzione allo scopo di definire gli ambiti e le direttrici di innovazione della nuova programmazione triennale. Tali aspetti possono essere ricondotti a tematiche trasversali e a temi maggiormente specifici.

¹¹ BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press.

BRONFENBRENNER, U. (1986). «Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives», *Developmental Psychology*, vol. 22, no 6, pp. 723-742.

Relativamente alle tematiche trasversali, una prima questione critica riguarda lo scarto tra offerta di servizi e domanda espressa o potenziale. Molti degli interventi attivati non riescono infatti a soddisfare le richieste, così come diventa non praticabile una ulteriore attività di comunicazione, informazione e stimolo della domanda, dal momento che non sarebbe possibile offrire risposte adeguate. I servizi sono dunque costretti, in qualche modo, a selezionare la propria utenza, a volte senza un'analisi attenta dei criteri di accesso adoperati e un'adeguata riflessione sulle strategie di coinvolgimento degli utenti. La scarsità delle risorse finanziarie è una delle cause principali di tale limitazione nell'offerta di servizi, che accanto ad una certa sovrapposizione tra alcune attività progettuali realizzate, pone la questione della necessità di razionalizzare i servizi esistenti anche allo scopo di liberare nuove risorse da investire. Una certa sovrapposizione di attività pare emergere anche tra gli interventi sociali di tipo educativo e l'offerta scolastica, che negli anni è andata ampliandosi e diversificandosi. Proprio l'esistenza di tale sovrapposizione pone con forza il tema della regia pubblica degli interventi nell'area. Rafforzare la regia pubblica vuol dire razionalizzare l'esistente, garantendo insieme l'uso più efficiente delle risorse economiche (che nel complesso, data la molteplicità delle fonti di finanziamento, non sono scarse) e l'equità di trattamento della popolazione residenti nei diversi territori cittadini. Rafforzare la regia vuol dire anche investire più fortemente nella programmazione, evitando che quest'ultima si traduca in un insieme di risposte a breve termine. Collegato a questo tema è il riferimento alla comunicazione inter e intraistituzionale, per cui si rimanda alla sezione dedicata alle azioni di sistema.

Si tratta, dunque, di attivare un processo di revisione e riprogrammazione del complessivo sistema di offerta, processo che dovrà assumere come proprio riferimento l'individuazione di interventi e servizi prioritari, ma che potrà, d'altro canto, raggiungere una propria coerenza solo con la definizione dei Livelli Essenziali della prestazioni sociali.

Altre questioni problematiche, comuni anche alle altre aree di intervento, riguardano invece la questione della capacità effettiva di analisi dei bisogni, dal momento che risulta ancora troppo frequente la distanza tra la domanda, i bisogni e l'offerta, rendendo inadeguate alcune risposte, soprattutto quelle rivolte agli adolescenti. In quest'ottica, il processo di territorializzazione dell'offerta e dei servizi, in stato di ulteriore avanzamento con l'avvio delle Municipalità, permette di tener conto dei diversi contesti, delle diverse utenze e dei loro diversi bisogni.

Anche per ciò che concerne il lavoro di rete e l'integrazione tra politiche, l'esperienza fino ad oggi maturata non ha permesso di raggiungere un efficace livello di integrazione in tutti i settori. A questo proposito il Tavolo ha ipotizzato la costituzione di una anagrafe delle progettualità sulla famiglia, realizzabile a partire dalle informazioni già note all'ente locale circa le famiglie intercettate dal welfare locale.

Se si eccettuano le tematiche trasversali all'area riconosciute dal Tavolo come direzioni su cui concentrare l'investimento futuro, tra gli elementi maggiori di criticità relativi a tematiche più specifiche figurano: a) la necessità di innovare il sistema di welfare prevedendo servizi specialistici attualmente assenti (per esempio, strutture specialistiche per minori con problemi gravi quali il disturbo di sviluppo o i casi di abuso); b) la necessità di incrementare l'offerta di servizi in aree particolarmente carenti (per esempio gli interventi residenziali); c) la necessità di innovare l'offerta all'interno di servizi già esistenti, promuovendo attività più adeguate ai bisogni di specifiche fasce di popolazione minore (per esempio, l'offerta per i minori della fascia di età più elevata nel caso dell'Educativa Territoriale).

In sintesi, è possibile affermare che l'eccellenza, pur tante volte raggiunta dagli interventi realizzati in quest'area, viene spesso compromessa dalla scarsa integrazione, dall'assenza di luoghi di scambio, dalla penuria di risorse, dalla scarsa continuità degli interventi, dall'assenza di valutazioni quali-quantitative dell'impatto sociale degli interventi. A questo bisogna aggiungere la mancata stabilizzazione delle azioni che – ancora troppo spesso intese come "progetti" e dunque come interventi "a termine" - non riescono a trasformarsi

in servizi ed a garantire la dovuta continuità nel tempo. In questo modo si depotenzia l'efficacia degli interventi e se ne riduce il raggio d'azione, irrigidendo l'offerta sociale proposta all'utenza che, al contrario, presenta bisogni in continua evoluzione.

La programmazione integrata è naturalmente un punto di forza del welfare cittadino ma, allo stesso tempo, rappresenta anche un aspetto debole, sia per l'eccessiva dispersione nella pianificazione e negli interventi, sia per la difficoltosa comunicazione e concertazione tra i diversi attori, visto che gli obiettivi talvolta non sono né comuni, né condivisi.

Inoltre, l'inseguimento perenne dell'emergenza rappresenta il maggior limite per il proprio operato, costringendo a fornire troppo spesso risposte immediate, di breve durata e dunque scarsamente significative.

Dimensione: Sostegno alla famiglia nella funzione genitoriale e nei compiti di cura.

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Stabilizzazione degli interventi attraverso l'assunzione/condivisione di protocolli di lavoro integrati.
- Potenziamento delle azioni di sostegno alla genitorialità nelle situazioni "a rischio" (disagio socio economico, affidamento/adozione, conflitto, separazione/divorzio, violenza) e nei momenti di cambiamento "critici", legati al naturale evolversi del ciclo di vita familiare.
- Promozione di progetti di sostegno integrato alla genitorialità fra équipe sociali, sanitarie ed educative nella scuola dell'infanzia.

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Realizzazione di spazi di protagonismo per le famiglie, in particolare attraverso la creazione di opportunità di confronto e scambio nei luoghi già frequentati dalle famiglie stesse e attraverso l'attivazione di gruppi di auto e mutuo aiuto familiare.
- Realizzazione di progetti specifici sulla conciliazione dei tempi della famiglia.
- Realizzazione di interventi per la "decompressione" dei nuclei familiari dal carico assistenziale attraverso la creazione di spazi e momenti di socializzazione a breve residenzialità (week-end, ecc.) per l'autonomia dei familiari di minori disabili.
- Creazione di servizi di "tutoraggio familiare" sulla scorta dell'esperienza realizzata per il Piano di accompagnamento al Reddito di cittadinanza, così come per il Progetto Tutoraggio, realizzati mediante il ricorso allo strumento della Progettazione Familiare Individualizzata.
- Attivazione di misure di pronto intervento sociale in situazioni di grave emergenza familiare, attraverso trasferimenti economici o prestazioni di servizi eccezionali, erogati in seguito ad una valutazione integrata.
- Realizzazione di un progetto integrato di contatto e ascolto presso la scuola dell'infanzia, finalizzato al supporto alla genitorialità e all'accostamento delle famiglie al sistema dei servizi.

Dimensione: La socialità / La comunità educante (Area Educativa)

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Procedere nella direzione della infrastrutturazione dei territori e delle municipalità, garantendo equità nella distribuzione degli interventi per i minori sul territorio cittadino.

- Rafforzamento degli interventi di contrasto della dispersione e dell'abbandono scolastico-formativo.
- Potenziamento e adeguamento dell'offerta di servizi per la fascia d'età 15-17.
- Potenziamento della partecipazione dei minori alla "cosa pubblica" (consigli comunali dei minori, ecc.).
- Potenziamento degli interventi e dei programmi specifici di contrasto al bullismo, di formazione al valore delle differenze di genere, di contrasto alla violenza tra pari, di educazione all'affettività.
- Promozione e sviluppo di politiche per i giovani volte all'accesso ad opportunità e servizi sociali, sanitari, culturali e del tempo libero e per agevolazioni all'accesso a percorsi precoci di orientamento scuola/lavoro, formazione professionale, inserimento e avvicinamento al lavoro.

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Creazione di spazi neutri territoriali di accoglienza, riflessione, "decompressione" temporanea, per adolescenti – Centri per la crisi.
- Creazione di strutture specialistiche di accoglienza per minori con patologie di tipo psichiatrico gravi e conclamate – Potenziamento delle azioni diagnostiche e progettuali orientate a queste tipologie di disagio.

Dimensione: La tutela e la protezione sociale (Area Residenzialità)

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Completamento del percorso di accreditamento e convenzionamento delle strutture residenziali.
- Potenziamento delle azioni rivolte ai minori stranieri non accompagnati.
- Potenziamento dell'Affido familiare e del lavoro sulla famiglia di origine per creare le condizioni di "rientro" in famiglia dei minori momentaneamente allontanati.
- Potenziamento dello strumento "gruppo appartamento" per la fascia d'utenza degli ultrasedicenni.
- Apertura al territorio delle iniziative promosse all'interno delle strutture di tipo residenziale.
- Creazione di gruppi appartamento, con l'obiettivo dell'autonomizzazione, per nuclei genitore-solo/figlio.
- Creazione di case alloggio per donne maltrattate.
- Potenziamento del tavolo tecnico di collaborazione con il coordinamento delle strutture residenziali per minori.

Area Dipendenze e Salute Mentale

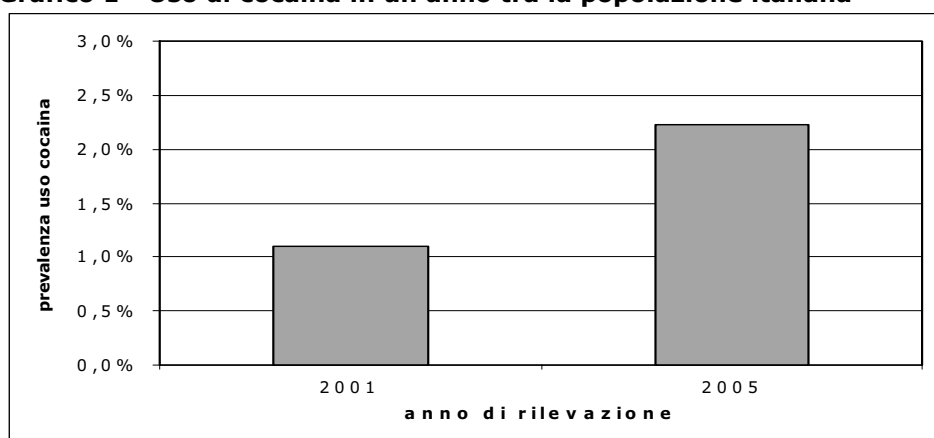
1. Analisi dei bisogni e della domanda di assistenza

Area Dipendenze

Il profilo di comunità contiene, per ciò che concerne le aree dipendenze e salute mentale, dati relativi alla sola utenza afferente ai servizi territoriali. Ciò evidentemente rappresenta un limite per la descrizione del fenomeno dipendenze che, come è oramai noto, è divenuto sempre più complesso tanto da dare origine a "nuovi stili di consumo", in particolar modo legati alla cocaina, il cui consumo mondiale è stimato su 14 milioni di persone¹². Per quanto riguarda l'Italia e l'Europa, i dati mostrano un aumento del consumo di cocaina soprattutto tra i giovani di aree urbane.

I consumatori di cocaina passano da 350.000 stimati nel 2001 a 700.000 stimati nel 2005, mentre diminuiscono gli utilizzatori di eroina. Triplicano dal 2001 coloro che, oltre alla cocaina, fanno uso e di allucinogeni e stimolanti.

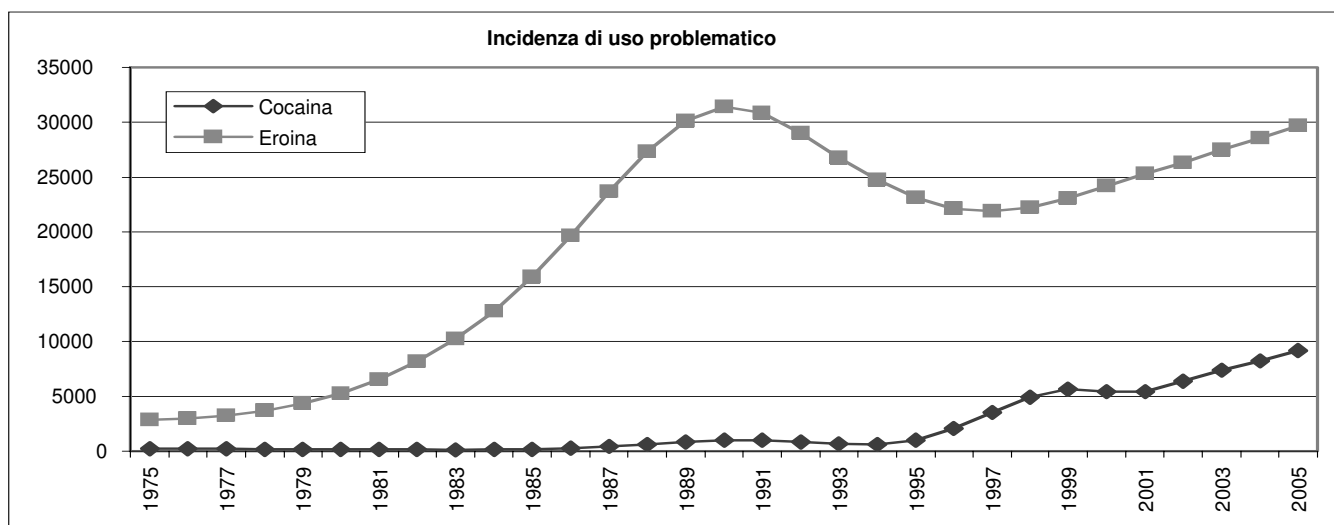
Grafico 1 - Uso di cocaina in un anno tra la popolazione italiana



Fonte: IPSAD®Italia2001, 2005 – Nostra elaborazione

È in crescita negli ultimi anni il fenomeno dell'uso combinato di sostanze: alcol, tabacco e psicofarmaci sono le sostanze legali utilizzate in combinazione con le illegali. Si stima che oltre 2.000.000 gli Italiani hanno fatto uso associato di più sostanze illegali nel 2005.

Grafico 2 - Stima del numero dei soggetti che iniziano ad abusare di eroina e cocaina ogni anno.



Fonte: SIMI® Italia – Nostra Elaborazione

¹² UNODC, Rapporto Annuale 2004.

Dai dati relativi alla città di Napoli, contenuti nel Profilo di Comunità 2006, sembra emergere una stabilizzazione nel tasso di eroinomani, che è attualmente pari al 79%, mentre il dato più dinamico si riferisce agli utenti consumatori di cocaina, la cui percentuale è aumentata nel tempo ed è oggi pari al 13% (rispetto al 5,9% del 2003).

I dati rivelano quote consistenti di soggetti dipendenti dalla sostanza, ma certamente non è ancora possibile farne una stima puntuale; esiste, infatti, una "zona sommersa" della dipendenza in cui si colloca una quota della popolazione che, pur facendone uso, non si percepisce come dipendente e dunque non si rivolge ai servizi. Per tale motivo l'Amministrazione Comunale con il Dipartimento di Farmacodipendenze dell'ASL NA1, insieme ad alcune agenzie del Terzo Settore cittadino, sta definendo parametri omogenei di analisi del fenomeno e nuove linee strategiche per la prevenzione e la riduzione del danno riconducibile al consumo di cocaina e altre sostanze psicoattive. Di fatto, sono in campo alcuni studi sui nuovi stili di consumo (alcuni già conclusi, altri ancora in corso) che cercano di rilevare il fenomeno in maniera più sistematica.

Oltre alla repentina espansione del consumo di cocaina e di sostanze psicoattive, tra le indicazioni che emergono dalle ricerche sul tema vi sono una estesa diffusione di consumi sporadici in contesti ricreativi (dell'alcol in particolare) e la diffusione del consumo di hashish, che restano comunque inferiori alla media nazionale ed europea. Altro fenomeno preoccupante, in linea col dato nazionale, risulta essere il policonsumo: qualunque sia la sostanza prevalentemente usata, essa viene in ogni caso associata ad altre sostanze.

Per quanto concerne i dati strutturali, il profilo di comunità evidenzia un quadro abbastanza stabile per i tossicodipendenti (soprattutto da eroina) in cui le variabili strutturali (età, titolo di studio, lavoro) riconducono gli utenti in carico prevalentemente alla tipologia di soggetti a rischio di esclusione sociale; mentre per quanto riguarda i soggetti consumatori sporadici e ricreativi la connotazione sociale appare decisamente più variegata e non riconducibile ad un tipo particolare.

In sintesi, il consumatore medio ha un'età che oscilla tra i 30 e i 39 anni; gli adulti rappresentano la categoria più numerosa, sebbene ai giovani (compresi nella fascia di età tra i 20 e i 29 anni) siano ascrivibili quote abbastanza corpose sia in tutta la città che nelle singole Municipalità. Per quanto riguarda il livello di scolarità degli utenti in carico ai servizi il 45% ha conseguito la licenza media inferiore, mentre il 32% la sola licenza elementare. Per quanto concerne la condizione occupazionale, il 35% degli utenti risulta essere disoccupato, il 14% in cerca di prima occupazione ed il 20% dichiara un'occupazione precaria (probabilmente non continuativa o sommersa). I dati sembrano essere omogenei per tutti i distretti, sebbene le Municipalità 5 e 7 segnalino percentuali di utenti disoccupati più basse.

Il profilo degli utenti dei servizi sta assumendo, inoltre, dei tratti sempre più "etnici" in quanto è oramai frequente e numerosa la presenza presso i Ser.T. di tossicodipendenti immigrati (in particolare maghrebini, europei dell'est, sudafricani). Di questi la maggior parte è rappresentata da maschi (93%). Una quota di questi soggetti proviene da Paesi che sono recentemente entrati nell'Unione Europea e questo, in maniera paradossale, produce degli svantaggi, in quanto non sono state ancora del tutto perfezionate le procedure di passaggio all'assistenza sanitaria comunitaria.

Area Salute mentale

I dati relativi all'Area Salute mentale sono riferiti all'utenza delle 10 Unità operative di salute mentale dell'ASL NA1. Le variabili strutturali sulla base delle quali è possibile ricostruire un profilo sintetico degli utenti sono l'età, lo stato civile, la condizione familiare, lo status professionale, il titolo di studio, nonché il numero di ricoveri presso i Servizi di Diagnosi e Cura e quello relativo alle strutture intermedie riabilitative.

Gli utenti in carico al servizio (anno 2005) sono 21.646 (dei quali 17.720 già in trattamento e 3.926 nuovi utenti). E' la Municipalità 10 a registrare il maggior numero di utenti in carico ed anche l'incremento maggiore nel 2005.

Tabella 2 - Utenti in carico al servizio salute mentale

	Utenti in carico		Nuovi utenti	
	v.a.	v. %	v.a.	v. %
Municipalità 1	1.959	11,1	461	11,7
Municipalità 2	1.084	6,1	435	11,1
Municipalità 3	1.553	8,8	533	13,6
Municipalità 4	2.609	14,7	266	6,8
Municipalità 5	1.003	5,7	94	2,4
Municipalità 6	1.471	8,3	575	14,6
Municipalità 7	1.430	8,1	338	8,6
Municipalità 8	1.360	7,7	278	7,1
Municipalità 9	966	5,5	299	7,6
Municipalità 10	4.285	24,2	647	16,5
NAPOLI	17.720	100,0	3.926	100,0

Fonte: Profilo di Comunità di Napoli 2006 – Nostra elaborazione

Le classi di età presentano una certa omogeneità territoriale ed evidenziano un addensamento significativo nella classe compresa tra i 50 e i 64 anni, seguita da quella compresa tra i 30 e i 39 anni. Le stesse caratteristiche si evidenziano per il dato relativo alla nuova utenza, anche se maggiormente distribuito nel range 30 - 50 anni.

Tabella 3 - Utenti in carico al servizio salute mentale per fascia di età

Classi di età	18-29	30-39	0-17	40-49	50-64	>65
Municipalità1	121	126	57	116	142	136
Municipalità2	68	59	150	58	61	66
Municipalità3	79	64	57	70	112	98
Municipalità4	213	161	535	122	119	152
Municipalità5	57	78	0	58	36	6
Municipalità6	48	64	64	81	93	69
Municipalità7	77	83	35	105	100	117
Municipalità8	69	97	121	90	77	88
Municipalità9	42	46	0	55	53	54
Municipalità10	276	239	0	274	216	232

Fonte: Profilo di Comunità di Napoli 2006 – Nostra elaborazione

Lo stato civile evidenzia che il 47% degli utenti in carico ai servizi sono coniugati, il 34% liberi, mentre in alcune Municipalità - in particolare 2, 4 e 5 - appare rilevante la categoria dei separati o divorziati (pari al 25%).

Per quanto concerne il titolo di studio, vi è una quota elevata di utenti in possesso di laurea, in particolare nelle Municipalità 1 e 5, mentre nella Municipalità 7 vi sono quote elevate di utenti con bassi livelli di istruzione (12,3% di analfabeti e 37,6% in possesso di licenza elementare).

La condizione professionale evidenzia che solo il 22,1% degli utenti in carico ai servizi risulta occupato, mentre per quanto concerne la condizione familiare il 49,3% vive nella famiglia acquisita e il 34,8% in quella di origine. Nelle Municipalità 1, 2 e 4 troviamo quote discrete di utenti che vivono da soli.

Riferendoci invece ad indicatori più squisitamente socio-sanitari osserviamo che, per quanto riguarda la capacità civile, una quota consistente di utenti (52,7%) risulta essere interdetta o inabile, mentre il 10,4% usufruisce di un sostegno; in particolare, questa categoria è ben rappresentata nei territori delle Municipalità 4, 9 e 10.

Per le diagnosi, invece, le patologie più diagnosticate sono le sindromi fobiche, quelle affettive e deliranti, oltre ai disturbi della personalità. Nella Municipalità 4 è presente una quota di utenti affetti da disturbi psichici legati all'assunzione di sostanze psicoattive.

2. Il sistema di offerta

Area Dipendenze

Le competenze del Comune in materia di dipendenze riguardano principalmente le due macro aree della prevenzione e del reinserimento, pertanto il sistema cittadino di servizi e interventi è calibrato su queste due linee di attività in raccordo costante con le altre agenzie pubbliche e del privato sociale che intervengono nella fase "acuta" e "patologica" del fenomeno.

Prevenzione

Le politiche cittadine sono rivolte a sottogruppi di popolazione esposti al rischio in misura maggiore della media (categoria del disagio a-specifico) e a persone identificate come portatrici di segni o sintomi tali da essere considerati ad alto rischio (categoria del disagio). In questo senso si rivolgono ad un target specifico, identificato negli adolescenti o, più in generale, nella popolazione giovanile, in particolare in presenza di segnali e di elementi di particolare rischio e disagio. Naturalmente va chiarito che la prevenzione specifica dei consumi di sostanze psicotrope tra adolescenti e giovani non è prevenzione del "disagio giovanile" genericamente inteso.

Attualmente i principali servizi attivi sono:

- il *Centro Ascolto e Orientamento Disagio Giovanile e Tossicodipendenze* del Comune di Napoli si apre all'intero territorio attraverso attività di front-office, modulando il sostegno e l'orientamento su soggetti in condizione di disagio e più in generale supportando la programmazione e la gestione dei piani complessivi di intervento, relativi alla prevenzione e alla lotta alle dipendenze. L'azione del Centro Ascolto è sostenuta da un ente del Terzo settore al quale è affidato il compito di monitorare il fenomeno e promuovere scambi informativi;
- le attività di prevenzione, educazione alla salute e riduzione dei rischi collegati ai nuovi stili di consumo mirano ad aumentare il livello di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche relative alle dipendenze, con particolare attenzione ai nuovi stili di consumo di droghe. L'intervento, gestito dal Comune di Napoli in collaborazione con l'ASL NA 1 e il Terzo settore, intende effettuare una analisi descrittiva del fenomeno attraverso la logica della ricerca-azione che permette, al contempo, un'azione di sensibilizzazione sul tema;

All'offerta sopra menzionata vanno aggiunte le seguenti azioni programmate e in corso di attivazione:

- *La Carovana* – educativa di strada rivolta ad adolescenti e giovani nella fascia d'età 16-24, area flegrea e area nord, per offrire spazi e occasioni di incontro e ascolto; per individuare bisogni; per sensibilizzare al coinvolgimento solidale e attivo, attraverso un intervento itinerante nei contesti giovanili.
- *Liber/azione* – la prevenzione come conoscenza e scelta di salute e libertà per lavorare con le Unità di strada nei luoghi notturni d'incontro, all'aperto e nelle zone di prostituzione maschile, onde agevolare la comunicazione degli operatori nel trattamento di persone omosessuali, nell'incentivare l'accesso dei cittadini ai servizi.
- *Verso gli adolescenti* – Contatto e ascolto negli istituti scolastici secondari della città per valorizzare l'ascolto naturale svolto in classe dai docenti nel ruolo educativo quotidiano, e nello stesso tempo, sostenere e sollecitare la collaborazione dei servizi territoriali, chiamati a svolgere il ruolo di supporto all'ascolto.
- *Osservatorio Nuovi Stili di Consumo* per monitorare l'andamento del fenomeno, onde adeguare i modi di affrontare i problemi, pianificando le energie esistenti e chiamandole a raccolta onde estrapolare indicazioni ed esplorare strategie d'intervento e d'interconnessione, nonché per promuovere azioni specifiche (in-formazione, ecc.) sulle problematiche legate ai nuovi stili di consumo. L'intervento vedrà coinvolti oltre il Comune, l'Asl Napoli 1, l'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania, il Ministero di Giustizia-Centro di Giustizia Minorile-Centro Servizio Sociale Adulti, Università di Napoli "Federico II" e enti del Terzo Settore.

Reinserimento

I servizi attivi sono:

- il progetto *Le Mani (Help Center Diurno)*, attivato in collaborazione con Ferrovie dello Stato e Grandi Stazioni, è finalizzato ad attività di ascolto e orientamento per soggetti in disagio e/o a rischio di esclusione sociale che gravitano all'interno e nelle vicinanze della Stazione Centrale di Napoli. L'intervento è rivolto in particolare ai senza fissa dimora, tossicodipendenti e prostitute e si avvale di un Centro di Prima Accoglienza residenziale (8 posti letto con vitto, cambio abiti, ascolto e assistenza medico-psicologica).
- Le attività laboratoriali, socializzanti, ricreative e culturali e di reinserimento sociale e lavorativo sono rivolte a 40 utenti tossicodipendenti in carico alle strutture sanitarie che esprimono bisogni diversificati di interventi socio-riabilitativi attraverso programmi realizzati in *strutture intermedie diurne* collocate nel proprio territorio di vita.
- la *Carta Utente*¹³ che punta al reinserimento socio-culturale di soggetti in trattamento terapeutico, finalizzando le attività all'acquisizione di abilità e competenze relazionali e lavorative sulla base di progetti individualizzati. Il servizio è gestito dall'ASL NA1 e dal Comune di Napoli con la collaborazione di enti del terzo settore;
- il *Reinserimento lavorativo*, rivolto a soggetti tossicodipendenti in programma terapeutico riabilitativo in carico ai servizi dell'ASL NA 1, è finalizzato a favorire l'integrazione di soggetti a rischio di esclusione dai processi produttivi, attraverso l'acquisizione di abilità sociali e specifiche competenze lavorative. Nell'ambito del progetto sono previste per gli utenti borse lavoro che consentono loro di svolgere un'esperienza di lavoro-formazione in azienda della durata di 9 o 6 mesi, sebbene non determinino l'instaurarsi di un rapporto di lavoro.

Area Salute Mentale

Per quanto riguarda l'Area Salute Mentale va segnalato che gli interventi programmati nell'ambito delle precedenti annualità del Piano di Zona non sono ancora attivi a causa di notevoli difficoltà nell'avvio delle procedure e nel reperimento di strutture e organizzazioni del Terzo Settore idonei alla realizzazione delle attività.

Le azioni programmate e in via di attivazione sono:

- i Gruppi Appartamento: strutture residenziali a bassa intensità assistenziale per utenti di competenza psichiatrica con disturbi psicopatologici stabilizzati e con capacità di autonomia sufficientemente recuperate. Le strutture potranno ospitare 7 utenti e prevedono un impegno di risorse finanziarie pari a 300 mila euro;
- i percorsi di sostegno all'inclusione sociale per utenti psichiatrici nel territorio attraverso l'inserimento nei normali circuiti di opportunità aggregative, ricreative, sportive, sociali. Per questa attività sono stati impegnati 150 mila euro per un anno;
- il Sostegno all'abitare, che consiste nell'erogazione di un contributo economico per le persone inserite in percorsi di riabilitazione e reinserimento a fronte di spese legate all'affitto, al pagamento delle utenze, alla manutenzione ordinaria e straordinaria dell'appartamento (importo previsto 150 mila euro).

Allo stato attuale le uniche azioni attive in integrazione con il Dipartimento Salute Mentale della ASL Na 1 sono relative alla realizzazione di:

- soggiorni estivi per pazienti psichiatrici in carico ai servizi di salute mentale territoriali;
- iniziative di animazione e aggregazione in periodi particolari dell'anno, come il Natale e l'estate, all'interno di strutture diurne e residenziali per i pazienti psichiatrici;
- eventi di promozione della cooperazione sociale di tipo b che, attraverso l'attività lavorativa di tipo artigianale, punta al reinserimento di persone con problematiche psichiatriche (Botteghe del Sociale).

¹³ Il servizio è stato attivo fino al 20.3.2007 ed è in attesa di nuovo affidamento.

Area Dipendenze – Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Interventi di prevenzione</i>	Centro Ascolto e Orientamento e Ufficio di Supporto	€ 25.000,00	5,68
<i>Interventi di reinserimento</i>	Carta Utente	€ 40.000,00	9,09
	Strutture Intermedie	€ 40.000,00	9,09
	Reinserimento lavorativo	€ 335.000,00	76,14
Totale complessivo		€ 440.000,00	100,00

Area Salute Mentale – Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Inclusione sociale e diritti di cittadinanza Interventi di reinserimento</i>	Gruppi Appartamento	€ 300.000,00
	Inclusione Sociale	€ 150.000,00
	Sostegno all'abitare	€ 150.000,00

* Le risorse da utilizzare per le azioni indicate sono a valere su quattro diverse annualità del Piano Sociale si Zona, che ha destinato risorse pari a 150 mila euro ogni anno.

3. Direzioni per la programmazione

Area Dipendenze

Dimensione: Sostegno alle famiglie nella funzione genitoriale

OBIETTIVI INCREMENTALI

1. Potenziamento dei servizi già attivi, nel senso di una maggiore diffusione sul territorio e anche di una maggiore dotazione di risorse strutturali e umane.
2. Raccordo e messa in rete dei servizi disponibili, in modo da affrontare le problematiche emergenti attraverso azioni integrate.

OBIETTIVI INNOVATIVI

1. Dedicare una specifica attenzione alle famiglie che hanno in carico soggetti tossicodipendenti anche nel caso in cui questi ultimi si trovino (o comunque siano transitati) nel circuito penale. La "presa in carico" di famiglie con figli problematici rimanda alla necessità di introdurre misure per i figli tossicodipendenti. Vanno anche prese in considerazione azioni di promozione delle opportunità lavorative ad efficaci misure di affido per figli di tossicodipendenti.

Dimensione: Socialità – La Prevenzione

E' emersa la necessità di promuovere attività specifiche legate alle nuove modalità di consumo delle sostanze che danno dipendenza e all'individuazione di interventi integrati. Stabilità e sistematicità degli interventi emergono come necessità funzionali che passano attraverso azioni sinergiche. Un ruolo strategico viene assegnato alla figura di un possibile "mediatore di rete" che, operando nella fattispecie anche all'interno degli Istituti di pena, potrebbe stabilire i raccordi adeguati tra i bisogni dell'utenza e i servizi sociosanitari ed assistenziali del territorio (cfr. azioni di sistema).

Rilievo particolare assume l'esigenza di tutelare le fasce dei minori e dei giovani - soprattutto nella fascia critica 14-18 anni - spesso trascurate dalle azioni di politica sociale, così come accade per i minori in area penale. Riguardo a questi ultimi, in particolare, è opportuna una maggiore attenzione e la destinazione di risorse finalizzate alla programmazione di interventi integrati a favore dei soggetti cosiddetti "borderline" e di quelli in "doppia diagnosi".

OBIETTIVI INCREMENTALI

1. Portare a sistema azioni relative alla prevenzione del rischio e alla riduzione del danno, già operanti. La mancanza di una sistematizzazione dei servizi offerti rappresenta un limite alla loro efficacia, soprattutto rispetto agli interventi di prevenzione e di riduzione del danno.

OBIETTIVI INNOVATIVI

1. Istituzione di un Osservatorio con funzioni di coordinamento delle azioni e monitoraggio sugli stili di consumo giovanili. Il cambiamento registrato più di recente sia sul piano degli stili che delle modalità di consumo giovanili ha sollevato la necessità di intraprendere azioni di rilevazione e di monitoraggio tese ad avere un quadro più dettagliato e aggiornato del fabbisogno. In tal senso, sarebbe opportuna l'istituzione di

un Osservatorio permanente che potrebbe anche promuovere azioni specifiche (informazione, divulgazione, ecc.) relative alle problematiche legate ai nuovi stili di consumo.

2. Introduzione di azioni di monitoraggio e analisi del fenomeno del tabagismo. La constatazione, condivisa dal tavolo, della pericolosa diffusione del tabagismo tra i giovani e, d'altro canto, la scarsa consapevolezza dell'elevato impatto sanitario di questa dipendenza suggerisce l'opportunità di fare innanzitutto il punto – attraverso una indagine mirata – sullo stato della normativa in materia, per passar poi eventualmente ad azioni di controllo.

Dimensione: Inclusione sociale e diritti di cittadinanza – La prima accoglienza e il reinserimento

Il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti di interesse dell'Area Dipendenze emerge come obiettivo ineludibile se non si vuole rischiare di rendere vane tutte le azioni fin qui previste. Ovviamente, in primo luogo tutti gli interventi di reinserimento dovrebbero tener conto della specificità dell'utenza minorenni.

Le strategie intraprese ad oggi su questo livello, devono essere lette alla luce della necessità/difficoltà di realizzare interventi a carattere multisettoriale e multilivello. Le esperienze realizzate fino ad oggi hanno scontato l'effetto dei "comparti stagni" in cui il bersaglio era il cittadino singolo nella sua specifica richiesta di aiuto. E' ora necessario dotarsi di un quadro unitario di interventi finalizzati al reinserimento attraverso l'individuazione di azioni di politica sociale e politica del lavoro che coinvolgano i destinatari attraverso il recupero delle proprie competenze e capacità.

OBIETTIVI INCREMENTALI

1. Potenziare l'offerta di Centri di Prima Accoglienza, in direzione dell'accoglienza anche di soggetti multiproblematici, che sommano la condizione di senza fissa dimora a quella della tossicodipendenza. Prima di ciò risulta necessaria una maggiore distribuzione del servizio sul territorio (attualmente è attivo nella città un solo CPA).
2. Attivare un raccordo sistematico e funzionale con i servizi competenti per la rilevazione del fabbisogno e dell'offerta del mercato del lavoro: la possibilità di tenere presente un quadro chiaro della domanda del mercato del lavoro può consentire l'individuazione di segmenti per il reinserimento lavorativo dei soggetti dipendenti. A ciò si deve accompagnare una azione di sensibilizzazione del mercato del lavoro (con azioni mirate di sensibilizzazione delle imprese) e il coinvolgimento degli enti preposti all'attivazione delle politiche per il lavoro (regione, centri per l'impiego, centri di orientamento al lavoro).
3. Sviluppare imprese sociali potenziando lo sviluppo di imprese sociali (soprattutto per la costituzione di cooperative di tipo B) e investendo sul recupero del soggetto come "risorsa".
4. Sostenere l'occupabilità: le azioni, già presenti per esempio nell'area penale, dirette alla istruzione/formazione dei soggetti dipendenti andrebbero riorientate/potenziare, anche con il coinvolgimento del CPI, in direzione dell'occupabilità.

OBIETTIVI INNOVATIVI

1. Promuovere sul territorio una cultura dell'accoglienza (anche attraverso la sensibilizzazione della cittadinanza) che superi luoghi comuni e stereotipi spesso legati ai soggetti in questione.
2. Istituire strutture intermedie a bassa soglia specifiche: la tutela e la promozione sociale dei soggetti tossicodipendenti dovrebbe avvenire attraverso l'istituzione di strutture intermedie a bassa soglia specifiche e il potenziamento delle strutture di accoglienza a bassa soglia, sia notturne che diurne. Tale obiettivo andrebbe perseguito privilegiando accordi e protocolli di intesa interistituzionali e con il Terzo settore.

Area Salute Mentale

Come già evidenziato il quadro dell'offerta attivo in questa area risulta del tutto carente. La riprogrammazione deve dunque tener conto sia delle azioni che sono in via di realizzazione, sia delle aree di intervento ancora del tutto scoperte.

In tal senso pare opportuno evidenziare anche alcune criticità relative all'assenza di interazione con aree come quella penale, che di fatto risulta condizionata da retaggi storici non ancora del tutto superati e da protocolli di intesa¹⁴ che pure ci sono, ma non riescono a decollare. Emblematico il caso degli OPG che, scoperti sul fronte del reinserimento (sociale e/o lavorativo), sono sempre più popolati da soggetti "in proroga per misure di sicurezza" che generano l'increscioso fenomeno dei cosiddetti "Ergastoli bianchi".

Dimensione: Sostegno alle famiglie nella funzione genitoriale

Le misure di sostegno sociale previste per le famiglie dovrebbero tener conto in maniera specifica delle famiglie in cui sono presenti soggetti in trattamento psichiatrico. Queste, tra l'altro, si scontrano non di rado con problemi riconducibili all'offerta sanitaria. Secondo quanto emerso dal tavolo, infatti, per quanto attiene ai servizi di Salute mentale della ASL, a parte il problema più generale - ma non per questo meno importante - di una certa "polverizzazione" della problematica del disagio giovanile tra servizi diversi (Neuropsichiatria, Materno Infantile, ecc.), emerge un'asimmetria a sfavore dei minori. Questa rilevazione è estendibile anche ai servizi offerti dal Comune, che tendono ad affrontare il problema senza uno specifico riferimento ai minori.

OBIETTIVI INCREMENTALI

1. Potenziamento delle misure di sostegno economico per le famiglie con minori a carico in trattamento psichiatrico/ in condizione accertata di disagio mentale.
2. Potenziamento/miglioramento delle strutture già presenti sul territorio (prevalentemente sanitarie), anche integrandole con servizi sociali.

OBIETTIVI INNOVATIVI

1. "Presa in carico" di famiglie con soggetti in condizione di disagio mentale. Il supporto alla genitorialità, ma anche alle famiglie in cui vivono componenti adulti/anziani in condizione di disagio mentale, va articolato su più fronti e tenendo presente anche la dimensione dell'offerta domiciliare.

¹⁴ Il riferimento del tavolo è, nello specifico, ad un protocollo di intesa datato 2005 tra Regione, Ministero della Giustizia e Centro Giustizia Minorile, attivato per l'area delle Dipendenze ma non ancora per quella della Salute Mentale.

Dimensione: Inclusione sociale e diritti di cittadinanza

OBIETTIVI INCREMENTALI

1. Attivare un raccordo sistematico e funzionale con servizi competenti per la rilevazione del fabbisogno e dell'offerta del mercato del lavoro, al fine di individuare i segmenti (e anche le abilità e le competenze) su cui si può investire in maniera diretta e con buoni margini di fattibilità. La sensibilizzazione e il coinvolgimento delle imprese diventano una condizione necessaria (sia pur non sufficiente) per perseguire obiettivi di reinserimento sociale e lavorativo. Tutto ciò senza perdere di vista anche i soggetti inseriti nel circuito penale.
2. Potenziare la dotazione strutturale dei Centri di Prima Accoglienza e attrezzarli, in termini anche di risorse umane e professionali, ai fini dell'accoglienza anche dei soggetti con disagio mentale.

OBIETTIVI INNOVATIVI

1. Realizzazione di servizi di accoglienza a bassa soglia, in grado quantomeno di intercettare le emergenze, prevedendo un successivo inserimento in circuiti di servizi multilivello.
2. Attivare sinergie tra istituzioni finalizzate alla individuazione di interventi integrati nell'area del disagio mentale dei minori: questa azione si rende particolarmente necessaria in questa area, dove le possibili strategie di intervento appaiono più scollegate.
3. Sviluppare azioni centrate sul trattamento degli adolescenti

Area Immigrazione e Contrasto alla Povertà

1. Analisi dei bisogni e della domanda di servizi

In questo paragrafo si procederà ad una presentazione sintetica dei dati più significativi per entrambe le aree tematiche in modo tale da inquadrare i bisogni della popolazione e le caratteristiche della domanda, rimandando per un approfondimento più puntuale al Profilo di Comunità 2006, contenente i dati specifici relativi alla popolazione in oggetto.

Secondo le ultime stime regionali dell'Istat, la Campania nel 2005 presenta la più alta incidenza della povertà dopo la Sicilia, pari al 27%, facendo registrare un aumento di tre punti percentuali e mezzo rispetto al 2002 (cfr. tab1). A ciò si aggiunge che, in termini assoluti, il numero di persone povere residenti in Campania risulta pari a quello presente nell'intero Nord.

Tab. 1 - Incidenza di povertà relativa per regione e ripartizione geografica
Anni 2002-2005 (valori percentuali)

	2002	2003	2004	2005
Piemonte	7,0	7,1	6,4	7,1
Valle- D'Aosta	7,1	7,7	6,0	6,8
Lombardia	3,7	4,5	3,7	3,7
Trentino Alto Adige	9,9	8,8	7,4	5,1
Veneto	3,9	4,2	4,6	4,5
Friuli Venezia Giulia	9,8	9,7	5,3	7,2
Liguria	4,8	6,3	5,8	5,2
Emilia Romagna	4,5	4,7	3,6	2,5
Toscana	5,9	4,2	5,5	4,6
Umbria	6,4	8,7	9,1	7,3
Marche	4,9	5,8	7,7	5,4
Lazio	7,8	6,5	8,1	6,8
Abruzzo	18,0	15,8	16,6	11,8
Molise	26,2	23,2	22,4	21,5
Campania	23,5	21,2	24,9	27,0
Puglia	21,4	20,4	25,2	19,4
Basilicata	26,9	25,6	28,5	24,5
Calabria	29,8	24,2	25,0	23,3
Sicilia	21,3	25,8	29,9	30,8
Sardegna	17,1	13,3	15,4	15,9
ITALIA	11,0	10,8	11,7	11,1

Fonte: ISTAT, *Indagine sui consumi delle famiglie*.

Una indagine recente dell'Istat su "Reddito e condizioni di vita" conferma questa progressiva riduzione delle possibilità di uscita dalla povertà per molte famiglie campane¹⁵. In particolare l'indagine evidenzia come in Campania oltre la metà delle famiglie (64,15%) ricade nei due quinti inferiori della distribuzione del reddito e quindi si trova in condizioni di povertà o a forte rischio di diventare povera a fronte di un solo quarto delle famiglie lombarde o residenti nella Emilia-Romagna. Solo la Sicilia si trova in una condizione ancora meno favorevole con il 68,8%

¹⁵ L'indagine è parte del Panel europeo *European Statistics on Income and Living Conditions* (Eu-Silc). La soglia di povertà utilizzata in tale indagine è pari al 60% della mediana dei redditi equivalenti complessivi degli individui.

delle famiglie ricadenti nei due quinti più bassi della distribuzione e con una famiglia su due collocata nel solo quinto più basso (cfr. tab.2). In aggiunta a ciò, la Sicilia e Campania fanno registrare i valori più elevati dell'indice di Gini; ciò vuol dire che entrambe le regioni sono caratterizzate da un livello di disuguaglianza piuttosto marcato (Istat 2006, 11 e ss.).

Tab. 2 - Distribuzione delle famiglie nei quinti di reddito equivalente per regione – Anno 2004
[*] (per cento famiglie con le stesse caratteristiche)

Regioni	Quinti					Totale
	1°	2°	3°	4°	5°	
Piemonte	11,6	18,8	23,3	25,2	21,1	100
Valle d'Aosta	7,6 (a)	16,8	25,3	25,9	24,5	100
Lombardia	10,0	15,5	20,6	24,8	29,1	100
Trentino-Alto Adige	9,8	19,4	22,3	25,7	22,8	100
Bolzano	11,1	16,6	22,6	24,2	25,4	100
Trento	8,6 (a)	21,9	22,0	27,1	20,4	100
Veneto	10,9	21,0	24,3	25,0	18,8	100
Friuli-Venezia Giulia	10,5	17,5	23,7	25,7	22,6	100
Liguria	14,8	19,3	25,7	22,7	17,4	100
Emilia-Romagna	8,7	14,8	21,2	26,4	28,9	100
Toscana	8,1	16,9	23,4	25,7	25,8	100
Umbria	14,3	24,7	23,0	19,4	18,7	100
Marche	15,5	19,0	26,3	20,6	18,6	100
Lazio	15,0	18,1	19,4	20,5	27,1	100
Abruzzo	25,2	23,4	17,4	17,8	16,1	100
Molise	34,1	24,4	16,1	18,7	6,7 (a)	100
Campania	38,3	25,8	14,9	9,5	11,4	100
Puglia	37,5	27,4	18,4	9,4	7,3	100
Basilicata	42,5	26,3	14,7	9,7 (a)	6,8 (a)	100
Calabria	43,1	25,3	14,1	9,7	7,9 (a)	100
Sicilia	46,6	22,2	12,4	9,8	9,1	100
Sardegna	22,1	25,8	18,9	19,5	13,7	100
Totale	20	20	20	20	20	100
Fonte: Istat, <i>Reddito e condizioni economiche in Italia (2004-2005)</i> , Statistiche in breve, 28.12.2006, p. 14.						
[*] Dati provvisori.						
(a) Stima corrispondente ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità.						

L'indagine sui redditi e sulle condizioni economiche consente anche di mettere a fuoco alcune dimensioni specifiche del disagio economico sulla base di indicatori ormai ampiamente usati a livello europeo: per esempio la difficoltà di effettuare spese essenziali o le cattive condizioni abitative. La ricerca ha anche posto alcune domande di percezione soggettiva delle condizioni economiche familiari. Come mostra la tabella 4, in Campania ben un quarto delle famiglie dichiara di arrivare a fine mese con difficoltà, il 41,5% non riesce a sostenere spese impreviste, il 16,6% è in arretrato con le bollette e il 20,3% ha difficoltà a coprire le spese mediche. Infine si segnala anche un disagio alimentare che riguarda il 7,2% delle famiglie. Campania, dunque, una quota considerevole di famiglie ha una capacità di risparmio molto limitata e nel corso dell'anno sperimenta una o più difficoltà rispetto al soddisfacimento di bisogni essenziali.

Tab. 3 - Indicatori di disagio economico per motivo del disagio e regione -
 Anno 2005 [*] (per cento famiglie con le stesse caratteristiche)

Regioni	Motivo del disagio						
	Arriva a fine mese con molta difficoltà	Non riesce a sostenere spese impreviste	E' stata in arretrato con le bollette (a)	Non riesce a riscaldare la casa adeguatamente	Non ha avuto soldi per alimentari (a)	Non ha avuto soldi per spese mediche (a)	Non ha avuto soldi per vestiti necessari (a)
Piemonte	11,4	20,6	6,0	3,1	3,8	7,3	13,6
Valle d'Aosta	6,0	19,9	4,9	2,3	5,5	8,6	10,3
Lombardia	9,6	20,1	4,8	3,0	5,6	6,7	11,9
Trentino-Alto Adige	4,4	16,2	2,5	3,6	3,2	4,8	7,7
Bolzano	5,3	18,9	2,7	3,8	4,1	6,2	9,6
Trento	3,6	13,7	2,2	3,5	2,4	3,6	6,0
Veneto	10,6	25,5	6,5	8,1	5,3	7,4	13,5
Friuli-Venezia Giulia	10,0	25,5	5,0	5,8	4,9	6,5	12,5
Liguria	10,5	20,4	5,3	5,5	3,8	8,0	11,4
Emilia-Romagna	9,1	20,9	5,4	4,5	5,7	6,9	10,4
Toscana	11,5	19,9	5,8	6,5	4,2	8,5	11,3
Umbria	9,9	29,9	8,4	9,8	5,5	9,3	14,9
Marche	13,0	26,6	5,2	8,0	6,2	9,1	15,0
Lazio	14,7	27,0	9,7	8,5	5,0	10,6	16,7
Abruzzo	14,0	29,5	10,9	11,5	3,9	11,9	16,9
Molise	11,5	22,8	9,1	5,9	1,8	10,7	10,9
Campania	25,7	41,5	16,6	24,7	7,2	24,1	29,6
Puglia	23,6	40,8	13,4	19,2	9,8	20,3	33,1
Basilicata	22,5	29,1	12,3	12,9	5,8	14,2	26,2
Calabria	17,5	46,5	16,0	23,8	7,8	26,3	22,5
Sicilia	25,0	50,5	19,1	27,8	7,3	22,0	31,5
Sardegna	20,7	40,3	8,8	19,9	6,6	14,6	23,2
Italia	14,7	28,9	9,0	10,9	5,8	12,0	17,8

Fonte: Istat, *Reddito e condizioni economiche in Italia (2004-2005)*, Statistiche in breve, 28.12.2006, p. 17.

[*] Dati provvisori.

(a) almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista (b) P.R. : persona di riferimento

Questa situazione di grave carenza di reddito (e la conseguente compressione dei consumi essenziali che ne deriva) trae origine principalmente dalla difficoltà di accedere ad un lavoro stabile o anche ad un lavoro temporaneo anche se parzialmente garantito. Con una quota di donne occupate pari a circa la metà di quella della Emilia Romagna, la Campania presenta tassi di disoccupazione particolarmente alti sia maschili sia femminili. Inoltre le trasformazioni della economia locale tendono a restringere ulteriormente le occasioni lavorative irregolari, che in passato potevano rappresentare una stabile integrazione del reddito familiare mentre l'economia del vicolo e i sistemi di reciprocità ad essa sottostanti sopravvivono solo in alcune ristrettissime aree del centro storico.

Qualche tempo fa l'economista premio Nobel Amartya Sen ha provato a stimare il numero di "donne sparite" vale a dire il numero di donne (in particolare cinesi e indiane) che mancano all'appello in quanto morte prematuramente per mancanza di cibo o di cure mediche. Un simile calcolo si potrebbe fare anche per la Campania, partendo dal dato secondo il quale una bambina che nasce in questa regione ha molte meno possibilità di sopravvivenza di una bambina nata, per esempio, a Bolzano o in Emilia Romagna (il tasso di mortalità infantile femminile è del 43,0 per 10mila nati vivi in Campania rispetto a 18,9 di Bolzano o 24,5 dell'Emilia Romagna).

Per quanto riguarda più specificamente il profilo della povertà a Napoli esso non si discosta in maniera rilevante da quello della Campania e del Mezzogiorno se non per una maggiore concentrazione territoriale dovuta anche alla maggiore densità demografica dell'area. In particolare il carattere metropolitano di Napoli fa emergere alcuni tipi familiari maggiormente a rischio che sono meno presenti nelle aree rurali o nei centri minori della Campania. Tra questi vi sono le famiglie numerose cosiddette "complesse" in quanto costituite da più nuclei coabitanti. Si tratta tra l'altro di un tipo di famiglia povera che pone particolari problemi sul piano delle politiche sociali sia per ciò riguarda l'assegnazione di alloggi popolari (per le difficoltà di individuare i singoli nuclei che la compongono), sia per quel riguarda l'accesso ai servizi e alle misure di accompagnamento personalizzate, sia infine per la valutazione dell'impatto delle politiche stesse che non possono essere osservate nell'arco di una sola generazione. Conferme di questa tendenza vengono da alcune indagini condotte da un gruppo di ricercatori della Facoltà di Sociologia. Una prima ricerca (1997-99) sulle famiglie napoletane che avevano avuto accesso al convitto e semiconvitto per i figli minori aveva riscontrato la presenza di 102 famiglie numerose complesse (di cui 46 monogenitore) su un totale di 573 famiglie beneficiarie. Una ricerca successiva (1999-2000) su un campione di 755 famiglie numerose residenti in due quartieri cittadini (Scampia e Mercato Pendino) mostrava come l'incidenza delle famiglie con due nuclei tocchi il valore del 36,3%. In particolare, indagando la natura del nucleo aggiunto, si era trovato che nel 23,7% dei casi si trattava di un nucleo di un figlio coniugato e nel 12,6% di uno costituito da genitori/suoceri degli adulti del primo nucleo. La ricerca aveva poi evidenziato come il rischio di povertà fosse più elevato tra le famiglie numerose con nuclei di figli rispetto alle famiglie con nuclei di anziani, che potevano contare su entrate di natura previdenziale. Il rischio di trovarsi in una condizione di povertà non era dunque determinato dalla presenza di un secondo nucleo, bensì dalle sue caratteristiche specifiche "che lo rendono, a seconda dei casi, una risorsa aggiuntiva per la riproduzione della famiglia o una condizione che ne mette a rischio la sopravvivenza".

Un altro punto interessante emerso dalla discussione sulla documentazione statistica di base riguarda i risultati di una recente ricerca europea che ha coinvolto per l'Italia la Lombardia, il Piemonte, la Toscana, la Campania e la provincia di Trento. Da tale indagine è risultato che i livelli di scolarizzazione, di abilità e di competenze di base della popolazione adulta in Campania sono tra i più bassi in Europa.

Per quanto concerne l'area immigrazione i dati contenuti nel Profilo di Comunità segnalano negli ultimi anni un *trend* di notevole crescita della presenza immigrata nella città di Napoli, che oggi si attesta a 23.380 unità. Di queste, secondo i dati forniti dal Comune al 31 Dicembre 2005, 18.803 provengono dai paesi a forte pressione migratoria. Per quel che riguarda le principali aree di provenienza di tale popolazione ai primi posti troviamo Sri Lanka, Ucraina, Filippine, Cina, Capoverde e Repubblica Dominicana. In merito, invece, alla composizione (cfr. tab. 4) si evidenzia che per alcune etnie la distribuzione è uniforme per genere (Srilankese e Cinese) mentre per altre (in particolare Ucraina 87,58% e Capoverdiana 75,05%) è prevalentemente femminile.

Tab. 4 – Popolazione residente straniera proveniente da paesi a forte pressione migratoria al 31.12.2005

CITTADINANZA	Maschi		Femmine		TOTALE	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	% su totale
Srilankese	2.438	53,64	2.107	46,36	4.545	24,17
Ucraina	449	12,42	3.165	87,58	3.614	19,22
Filippina	482	37,60	800	62,40	1.282	6,82
Cinese	666	55,32	538	44,68	1.204	6,40
Capoverdiana	228	24,95	686	75,05	914	4,86
Dominicana	179	26,64	493	73,36	672	3,57
Tot.	7.853	41,76	10.950	58,24	18.803	100,00

Fonte: Profilo di Comunità della Città di Napoli 2006

Il 70% di questa fascia della popolazione ha un'età compresa fra i 18 e i 49 anni; particolare è la presenza dei minori di seconda generazione, cioè quelli nati in Italia da genitori stranieri registrati in Anagrafe, la cui quota si attesta intorno a circa 2.200. La comunità che maggiormente contribuisce all'incremento di questa fascia della popolazione in Italia è quella dello Sri Lanka. Allo stesso tempo notiamo (cfr. tab. 5) come la quota di maschi e femmine, nati in Italia da genitori stranieri residenti a Napoli, si distribuisce in modo uniforme in tutti i paesi a forte pressione migratoria.

Tab. 5 – Nati in Italia da genitori stranieri residenti a Napoli al 31.12.2005

CITTADINANZA	Maschi		Femmine		TOTALE	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%	Valore assoluto	% su totale
Srilankese	441	53,98	376	46,02	817	36,36
Filippina	126	51,22	120	48,78	246	10,95
Cinese	97	50,26	96	49,74	193	8,59
Capoverdiana	91	51,12	87	48,88	178	7,92
Dominicana	53	53,54	46	46,36	99	4,41
Tot.	1.178	52,43	1.069	47,57	2.247	100,00

Fonte: Profilo di Comunità della Città di Napoli 2006

Dalla tabella 6 si evince un quadro più preciso della distribuzione degli stranieri per genere nelle diverse Municipalità. In particolare, notiamo come solo la Municipalità 4 (quartieri San Lorenzo, Vicaria e Poggioreale) risulta essere la più popolata da stranieri maschi (53%), mentre nel caso delle femmine si nota una loro prevalenza in tutte le altre municipalità. Nello specifico risulta essere la Municipalità 5 (quartieri Vomero e Arenella) quella più caratterizzata dalla presenza femminile (71,99% contro il 28,01% dei maschi), seguita dalla Municipalità 10 (quartieri Bagnoli e Fuorigrotta) che conta il 69,08% di femmine contro il 30,92% dei maschi, e dalla Municipalità 7 (quartieri Miano, Secondigliano e San Pietro a Patierno) che si presenta composta per il 66,85% da femmine contro il 33,15 % di maschi. Infine abbiamo la municipalità 1 (quartieri Chiaia, Posillipo e San Ferdinando) che si contraddistingue per la presenza del 66,15% di femmine contro il 33,85% di maschi.

Tab. 6 – Popolazione residente straniera forte pressione migratoria al 31.12.2005

	Popolazione residente					
	Maschi		Femmine		Totale	
	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%
MUNICIPALITA' 1	1.242	33,85	2.427	66,15	3.669	19,51
MUNICIPALITA' 2	1.804	47,70	1.978	52,30	3.782	20,11
MUNICIPALITA' 3	1.093	43,86	1.399	56,14	2.492	13,25
MUNICIPALITA' 4	1.821	53,00	1.615	47,00	3.436	18,27
MUNICIPALITA' 5	400	28,01	1.028	71,99	1.428	7,59
MUNICIPALITA' 6	356	41,11	510	58,89	866	4,61
MUNICIPALITA' 7	123	33,15	248	66,85	371	1,97
MUNICIPALITA' 8	326	43,47	424	56,53	750	3,99
MUNICIPALITA' 9	398	37,16	673	62,84	1.071	5,70
MUNICIPALITA' 10	290	30,92	648	69,08	938	4,99
NAPOLI	7.853	41,76	10.950	58,24	18.803	100,00

Fonte: Profilo di Comunità anno 2006 (nostra elaborazione)

Spostando il focus sulla composizione dei cittadini immigrati assistiti dalla ASL Na 1 possiamo notare come, negli ultimi anni, si registri un incremento del numero delle persone immigrate assistite, desumibile sia dal numero di iscritti al SSN (Sistema Sanitario Nazionale), sia dal numero di tessere rilasciate a STP (Stranieri Temporaneamente Presenti).

Per quanto concerne gli iscritti al Sistema Sanitario Nazionale, dal grafico 1 si evince come nei diversi distretti ubicati nelle 10 Municipalità del territorio napoletano sia netta la prevalenza

delle femmine assistite rispetto ai maschi. Nello specifico le prime tre municipalità per presenza di immigrati iscritti sono la n°1, la n°2 e la n°3 (rispettivamente Distretti Sanitari 44, 51 e 49) (cfr. tab. 7).

Tab. 7 – Utenza immigrata al SSN per genere – 31.12.2006

MUNICIPALITA'/DISTRETTO SANITARIO	Utenza immigrata iscritta al SSN per genere - 31 dicembre 2006			
	M	F	Totale	
	%	%	v.a.	%
MUN 1 - DSB 44	30	70	3.071	20
MUN2 - DSB 51	43	57	2.956	19
MUN3 - DS6 49	41	59	2.512	16
MUN4 - DSB 53	43	57	1.935	12
MUN5 - DSB 47	29	71	1.687	11
MUN 6 - DSB 52	39	61	683	4
MUN 7 - DSB 50	31	69	411	3
MUN 8 - DSB 48	38	62	522	3
MUN 9 - DSB 46	36	64	1.017	6
MUN 10 - DSB 45	28	72	912	6
NAPOLI			15.706	100

Fonte: Profilo di Comunità anno 2006

Anche per gli STP, come si evince dalla tabella 8, è sempre l'utenza femminile a prevalere in ogni Distretto Sanitario con la sola eccezione del Distretto 51 (Mun. 2) dove le richieste di intervento rivolte a STP vedono una prevalenza per gli uomini rispetto alle donne. Viceversa, se effettuiamo il confronto fra interventi effettuati per immigrati regolarmente iscritti al SSN e quelli in possesso solo di tessere STP emerge che solo nella Municipalità 8 (DSB 48) gli STP prevalgono sugli iscritti al SSN, in virtù della presenza dei villaggi attrezzati del Comune e di un campo di spontaneo insediamento.

Un'ultima osservazione che è possibile effettuare sui dati relativi agli immigrati iscritti al SSN è che in alcune municipalità l'ammontare di questi iscritti è maggiore di quello relativo agli immigrati residenti fornito dall'anagrafe comunale; viceversa, in altre municipalità, come è lecito attendersi, il numero degli assistiti risulta inferiore a quello dei residenti (cfr. tabb. 7 e 8).

Tab. 8 – Utenza immigrata STP per genere al 31.12.2006

MUNICIPALITA' / DISTRETTO SANITARIO DI BASE	M	F	Totale	
	%	%	v.a.	%
MUN 1 - DSB 44	30	70	278	6
MUN2 - DSB 51	61	39	834	18
MUN3 - DS6 49	29	71	767	17
MUN4 - DSB 53	43	57	1.200	26
MUN5 - DSB 47	13	87	278	6
MUN 6 - DSB 52	34	66	83	2
MUN 7 - DSB 50	3	5	51	1
MUN 8 - DSB 48	38	62	812	18
MUN 9 - DSB 46	21	79	84	2
MUN 10 - DSB 45	8	92	154	3
NAPOLI			4.541	100

Fonte: Profilo di Comunità anno 2006 (nostra elaborazione)

2. Il Sistema di offerta

Per quanto riguarda il sistema di offerta dell'area povertà l'intervento più rilevante da segnalare riguarda la sperimentazione del Reddito di Cittadinanza¹⁶ (RdC), istituito con la legge regionale 2/2004, attualmente alla seconda annualità di sperimentazione. Con la legge regionale 1/2007 (art. 38) se ne è decretata la proroga di un ulteriore anno, sebbene con una riduzione delle risorse economiche investite. In effetti, il bando per il Reddito di Cittadinanza raccoglie complessivamente circa il doppio delle domande presentate in occasione della sperimentazione del Reddito Minimo d'Inserimento (RMI), cioè 34mila in rapporto alle 17mila richieste per il RMI. Beneficiano del sussidio 3.469 utenti con un ammontare di risorse economiche stanziato pari a 14 milioni e mezzo per la prima e seconda annualità.

Allo stesso tempo sono stati avviati i Programmi di Accompagnamento Sociale con il coinvolgimento del Terzo Settore. Dal mese di febbraio al mese di aprile 2007 sono stati attivati complessivamente 235 piani di accompagnamento, il 32.4% sul totale dei nuclei problematici, individuati come potenziali beneficiari dei PAS.

Il sistema di offerta relativo ai senza fissa dimora è riportato nella tabella 9. In primo luogo va citato il Centro di Prima Accoglienza che realizza attività di accoglienza, come il riparo notturno, l'alimentazione e la fornitura di generi di prima necessità, alle persone senza fissa dimora. L'Unità Mobile di Pronto Intervento Sociale opera su tutto il territorio metropolitano con l'uso di un camper attrezzato e con l'impiego di otto operatori professionali. In ultimo, abbiamo Casa Gaia, avviata in via del tutto sperimentale, un progetto che ha visto l'apertura di un centro di seconda accoglienza per poter permettere a quelle persone senza fissa dimora, che avevano già compiuto un percorso di recupero, di sperimentare nuove forme di residenzialità, in uno spazio relazionale diverso, entro il quale potessero emergere nuove dinamiche comportamentali. In realtà il principio posto alla base di questo nuovo servizio è stata proprio la necessità di ricreare quel clima di convivenza tipico dell'ambiente familiare, per poter consentire alle persone coinvolte di poter rivivere una dimensione domestica, trovandosi quotidianamente in un luogo che somigliasse il più possibile ad una "casa condivisa".

Tab 9 - Quadro di sintesi del sistema di offerta per l'Area Povertà - Senza fissa dimora

		numero utenti	mesi di durata	numero giorni/ore
Centro di Prima Accoglienza	Accoglienza notturna	110	12	7 gg settimanali
UMPIS	Unità Mobile di Strada	4660 (contatti)	12	6 gg settimanali
Casa Gaia	Gruppo Appartamento di secondo livello	10	12	7 gg settimanali

Passiamo ora alla presentazione sintetica del sistema di offerta per quanto concerne l'area Immigrati. Come si evince dalla tabella 10, abbiamo i Servizi per l'Informazione e l'Orientamento e i servizi di Prima Accoglienza, categorie all'interno delle quali ricadono diversi progetti.

I servizi con il maggior numero di utenti (2.378) sono gli Sportelli per gli Immigrati dislocati in diversi punti della città che garantiscono consulenza amministrativa, legale, sostegno sociale e informazioni relative alla scuola e all'assistenza sanitaria.

Mentre per quanto concerne lo Sportello Sociale Campi ROM, servizio di prima accoglienza, si tratta di un servizio che svolge le seguenti funzioni: attività di strada con unità mobile delle donne trafficate attraverso azioni formative di prevenzione e tutela della salute; prima accoglienza delle donne che intendono essere inserite in programmi di protezione sociale; attivazione di borse di cittadinanza e tirocini formativi e lavorativi; attività di centro ascolto a bassa soglia per offrire alle donne uno spazio di socializzazione, nonché un luogo protetto di

¹⁶ Con il RDC il destinatario del trasferimento monetario, pari a 350 euro mensili, è il nucleo familiare e non il singolo individuo, anche se i componenti maggiorenni possono fare richiesta di riscuotere in modo autonomo la frazione loro spettante del contributo in base ad un principio di autodeterminazione.

ascolto e consulenza sulle tematiche della salute; assistenza legale e percorsi di inserimento socio – lavorativo.

A questi si aggiungono come servizi di prima accoglienza: l'Opera Don Calabria per i senza fissa dimora e per gli immigrati anche senza documenti; il Progetto Accoglienza dei Rifugiati Politici e come servizio di Seconda Accoglienza "Casa Gaia".

Dall'analisi dei dati riportati nelle precedenti tabelle si evince una carenza dei servizi di seconda accoglienza. In particolare manca un'azione sistematica di contrasto alla povertà rivolta a quell'area grigia di famiglie in grave condizione di bisogno, ma dotate di minore visibilità sociale rispetto, ad esempio, ai senza fissa dimora o ai Rom.

Tab. 10 - Quadro di sintesi del sistema di offerta per l'Area Immigrati

			numero utenti	mesi di durata	numero giorni/ore
<i>Servizi per l'informazione e l'orientamento</i>	Sportelli Immigrati	Consulenza amministrativo – legali, sostegno sociale, informazioni relative alla scuola, all'assistenza sanitaria, ai corsi di lingua italiana, accompagnamento	2378	12	3 gg settimanali
	Servizio Mediazione Culturale Ospedale Cotugno			12	96htotali erogati nel 2006
	IARA	Assicura assistenza legale e sociale, per il procedimento di riconoscimento dello status di rifugiato e offre un sostegno nel percorso di integrazione nel tessuto sociale italiano	22	12	7gg settimanali
	Unità di Strada La Gatta	Unità Mobile di strada per interventi sulla prostituzione di donne extra comunitarie	130 utenti presi in carico nel 2006	12	5536 h erogate nel 2006
<i>Servizi di prima accoglienza</i>	Home Sun	Centro di accoglienza Centro di Aggregazione	67	5 nel 2006	5gg. settimanali
	Progetto In-Contro	Centro di Accoglienza per donne immigrate	26	12	7gg. settimanali
	Sportello Sociale Campi ROM				

Area Immigrati - Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Servizi per l'informazione e l'orientamento</i>	Sportelli Immigrati	€ 162.082,90	18,6
	Servizio Mediazione Culturale Ospedale Cotugno	€ 2.500,00	0,3
	IARA	€ 145.656,61	16,7
	Unità di Strada La Gatta	€ 71.526,00	8,2
<i>Totale</i>		€ 381.765,51	43,7
<i>Servizi di prima accoglienza</i>	Home Sun	€ 306.408,00	35,1
	Progetto In-Contro	€ 134.725,60	15,4
	Sportello Sociale Campi ROM	€ 50.000,00	5,7
<i>Totale</i>		€ 491.133,60	56,3
Totale complessivo		€ 872.899,11	100

Area Contrasto alla Povertà - Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Povertà familiare</i>	Reddito di cittadinanza	€ 14.571.647,00	86,0
	Programmi di Accompagnamento Sociale per beneficiari RdC	€ 996.923,16	5,9
	Contributi economici straordinari	€ 296.500,00	1,7
<i>Totale</i>		€ 15.865.070,16	93,6
<i>Senza fissa dimora</i>	Centro di Prima Accoglienza per i senza dimora	€ 210.200,00	1,2
	Unità Mobile per i senza dimora	€ 750.000,00	4,4
	Centro per la seconda accoglienza (Casa Gaia) per i senza dimora	€ 118.000,00	0,7
<i>Totale</i>		€ 1.078.200,00	6,4
Totale complessivo		€ 16.943.270,16	100,0

3. Direzioni per la programmazione

Dimensione: Inclusione Sociale e Diritti di Cittadinanza

L'analisi condotta dal Tavolo ha evidenziato lo scarto tra offerta di servizi e bisogni della popolazione su cui è necessario concentrare gli sforzi nella programmazione futura, provvedendo, da un lato, a migliorare la conoscenza della popolazione già assistita, contenendo il rischio della sovrapposizione di interventi e individuando strategie di selezione dei beneficiari efficaci, e, dall'altro, a investire quote maggiori di risorse economiche, proporzionate alle dimensioni della popolazione in condizione di bisogno. La necessaria selezione dei beneficiari finali non esclude un investimento nella direzione della promozione dell'informazione, specie rivolta a target di popolazione in condizione di bisogno estremo. Diventa dunque determinante accrescere la quota del bilancio destinata alla spesa sociale dell'area anche a costo di operare dei tagli ad altre voci che paiono meno collegate ad interventi essenziali per la garanzia di condizioni di vita minime per le persone in difficoltà.

Nel complesso dunque appare necessario un deciso potenziamento degli interventi a favore delle famiglie e degli individui poveri sia sotto forma di trasferimenti monetari, sia sotto forma di servizi sociali. I dati a disposizione mostrano, infatti, come la diffusione della povertà familiare a Napoli sia particolarmente critica, rendendo necessario non solo un intervento di pronta emergenza rivolto a soggetti emarginati, ma anche una azione sistematica di contrasto della povertà e dei rischi di esclusione sociale rivolta a famiglie in difficoltà.

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Potenziamento dei servizi di pronto intervento e delle attività dell'Unità Mobile di Pronto Intervento Sociale allo scopo di assicurare una copertura sia nella fascia diurna che notturna e di disporre di personale adeguato per una valutazione immediata del bisogno espresso e del tipo di intervento necessario. In particolare è emersa la necessità di integrare l'equipe d'emergenza, attualmente composta da un medico, un sociologo e sei operatori, con la presenza anche di un infermiere.
- Individuare appropriati ed agevoli percorsi di accesso alle strutture di prima accoglienza e residenziali esistenti. In particolare deve essere realizzata all'interno del Centro di Prima Accoglienza per senza fissa dimora un'accoglienza più attenta alle specificità dei soggetti immigrati, affrontando, in primo luogo, il problema dell'accoglienza dei soggetti non in possesso del permesso di soggiorno.
- Riprogrammazione puntuale dell'insieme degli interventi di sostegno al reddito di tipo categoriale, allo scopo di superare l'attuale frammentazione e di ridurre il rischio di concentrare l'intervento sugli stessi soggetti, escludendone altri.
- Potenziare i percorsi di accompagnamento sociale, per quanto possibile individualizzati, per gli individui e le famiglie povere.
- Razionalizzazione degli sportelli informativi e di orientamento per gli immigrati, attraverso la costituzione di una rete istituzionale di coordinamento, compreso il terzo settore, anche con l'obiettivo di fornire informazioni relative alla disponibilità nelle strutture di accoglienza e di raccogliere segnalazioni di casi con compiti di attivazione, in relazione al bisogno rilevato, dei singoli attori della rete (unità mobili, servizi e presidi sanitari/sociali).

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Realizzazione dei centri di accoglienza a *bassissima soglia*, rendendo più rapide e meno burocratizzate le procedure di accettazione per soddisfare la domanda potenziale che è in continua crescita;
- Istituire strutture di accoglienza temporanea a bassa soglia per gli stranieri e più in generale operare sul fronte della condizione abitativa, coinvolgendo le strutture di accoglienza (ad esempio, istituendo strutture di seconda accoglienza anche per gli irregolari) e i servizi sociali territoriali.
- Promozione di cooperative al fine di sopperire alla mancanza delle opportunità lavorative per i senza fissa dimora.
- Utilizzare le scuole in disuso per creare strutture di accoglienza per risolvere il problema della mancanza di luoghi di accoglienza temporanea per gli stranieri senza fissa dimora.
- Istituzione di una struttura di accoglienza diurna aperta per tutta la giornata; presenza di personale specializzato all'interno dei centri di prima accoglienza per l'accompagnamento delle persone in grave disagio psichico;
- Intervenire sul sistema complessivo di pubblicizzazione dei servizi educativi per adulti stranieri attraverso un ri-adequamento dei servizi di informazione, accoglienza e orientamento (Comuni, Centri per l'Impiego, Informagiovani, etc.);
- Attivazione centralizzata di un servizio di mediazione linguistico/culturale che, a chiamata, consenta di dare risposta appropriata e puntuale a richieste di supporto del mediatore (in particolare in situazioni/casi di criticità);
- Intervenire in favore degli immigrati detenuti mediante l'attivazione di sportelli che si avvalgano di figure di mediatore linguistico- culturale e l'attivazione collegamenti stabili tra gli enti competenti per facilitare lo scambio di informazioni su iniziative di formazione e lavoro e per la creazione di opportunità specifiche. Facilitare l'accesso alle misure alternative alla detenzione per gli immigrati privi di assistenza legale e di garanzie (alloggio, lavoro ecc.) attraverso l'attivazione di sportelli per assistenza legale all'interno o all'esterno del carcere.
- Realizzare campi di accoglienza per i ROM più piccoli, destinati ad accogliere singole comunità, che spesso presentano difficoltà di convivenza, e maggiormente attrezzati.

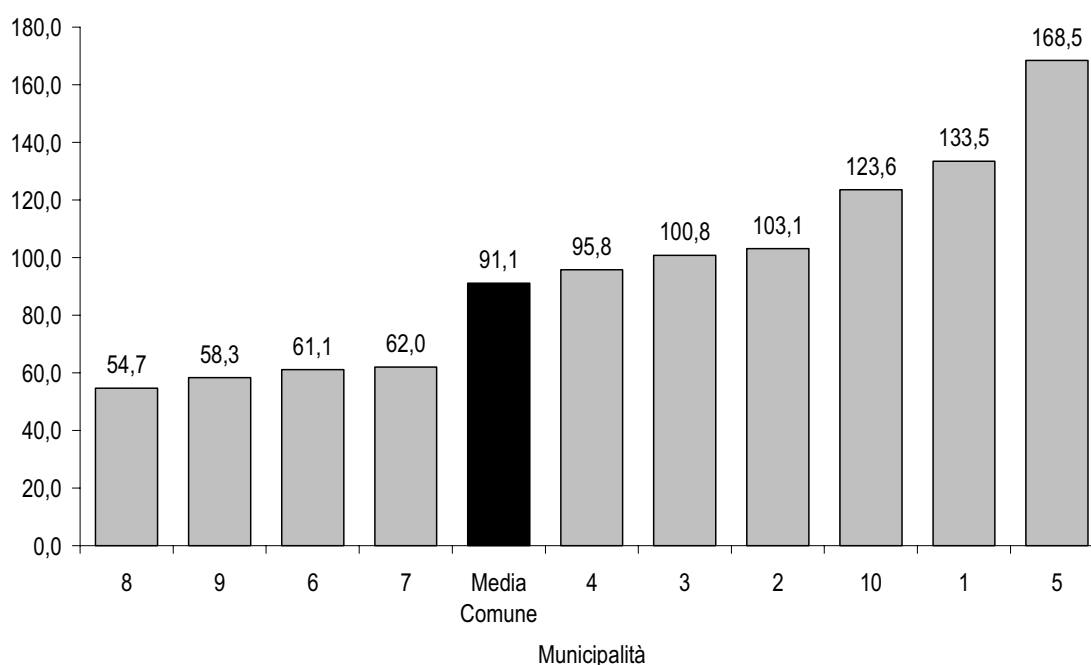
Area Anziani e Disabili

1. I bisogni della popolazione e la domanda di servizi

Pur mantenendo un profilo demografico sensibilmente più giovane rispetto alle altre grandi aree urbane italiane, anche la città di Napoli è interessata da un progressivo processo d'invecchiamento della popolazione per effetto congiunto della riduzione della natalità e soprattutto per l'allungamento dell'aspettativa di vita media. In riferimento alla piramide delle età, per il comune di Napoli non si registra un calo della natalità simile alle altre aree urbane del paese, attenuando sensibilmente il cosiddetto "invecchiamento dalla base". In maniera analoga a quanto si osserva nel resto del paese, nelle classi di età più anziane l'incidenza della componente femminile è più elevata.

Il processo d'invecchiamento, tuttavia, non riguarda in maniera omogenea tutto il territorio comunale, ma come si evidenzia dai dati disponibili disarticolati per municipalità, si manifesta in maniera più accentuata nelle municipalità 5, 1, 10, mentre conservano un profilo nettamente più giovane le municipalità 8, 9, 6 e 7 (Grafico 1).

Grafico 1 – Indice di vecchiaia* per municipalità (2001)



Fonte: Istat, *14 Censimento della popolazione, 2001*; nostra elaborazione.

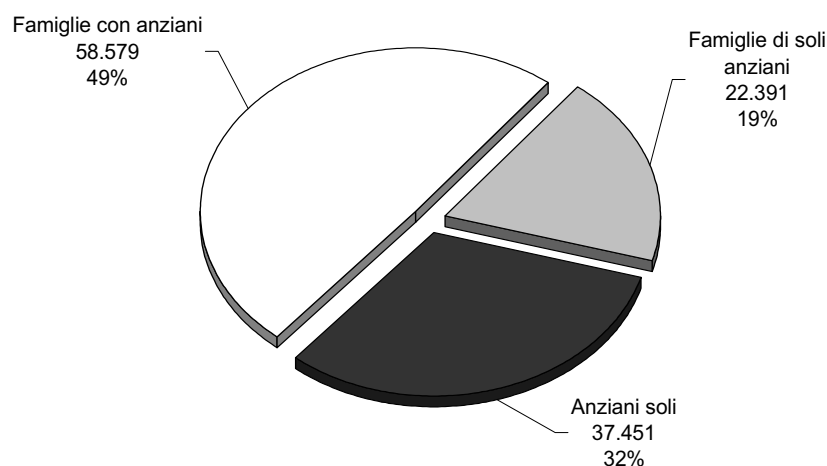
* Rapporto tra la popolazione con 65 anni e più e quella con meno di 15 anni.

Si tratta di differenze che sono frutto dell'interazione di numerosi fattori che vanno ricollegati, da una parte, alla diversa composizione socio-economica dei singoli quartieri a cui sono collegati modelli di convivenza, scelte riproduttive e stili di vita; dall'altra, sono il risultato della diversa storia dei singoli quartieri e dall'andamento del mercato immobiliare da cui dipendono, tra l'altro, le scelte di domicilio e i flussi di mobilità inter e intra-comunali.

Di particolare rilevanza in termini d'assistenza risulta l'indicatore degli anziani con più di 65 anni che vivono da soli. Nella città Napoli il 24% delle persone oltre la soglia dei 65 anni vivono da soli e si tratta in maggioranza di donne, in una quota crescente all'avanzare dell'età. Analizzando, invece, il dato degli anziani in famiglia (Grafico 2), si osserva che le famiglie in cui è presente un anziano sono 58.579, mentre le famiglie di soli anziani sono 22.239. In termini di distribuzione per municipalità, gli anziani che vivono da soli sono in percentuale più elevata nelle municipalità 1, 2, 4, dove si attestano intorno al 28%. Anche in questo caso, la distribuzione degli anziani è ricollegabile alla composizione socio-economica dei quartieri, in

quanto nelle aree dove si osservano più elevati livelli di disagio sociale, si riduce il numero degli anziani che vivono da soli, in quanto nelle altre aree la convivenza con familiari è legata al fatto che, avendo un reddito da pensione, questi rappresentano una preziosa risorsa economica che compensa il peso assistenziale che comporta per la famiglia di accoglienza.

Grafico 2 – Distribuzione delle famiglie con anziani a Napoli per tipo di famiglia



Fonte: Istat, 14 Censimento della popolazione, 2001; nostra elaborazione.

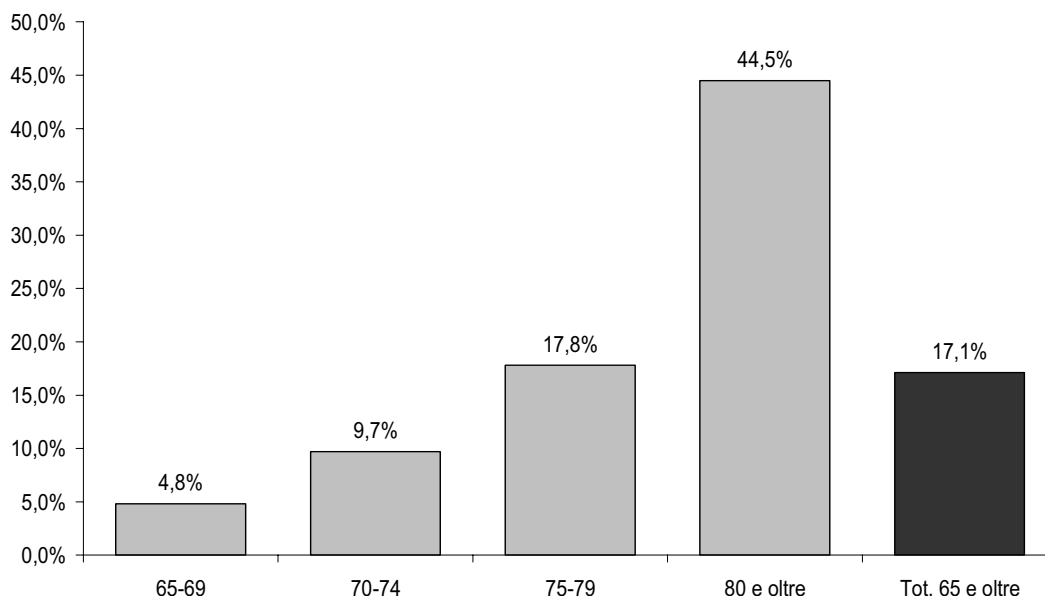
Va sottolineata la rilevanza della portata dell'invecchiamento demografico in quanto, da un lato, cresce e si intensifica la *domanda d'assistenza* in relazione al fatto che con l'aumento dell'età media di vita aumentano le probabilità di essere affetti da patologie invalidanti (spesso plurime) e si allunga anche il periodo di vita in condizioni di non piena autonomia. Ciò accresce quantitativamente la domanda di cura, mentre qualitativamente essa diventa più complessa con l'emergere di una sempre più spinta articolazione e integrazione di diverse forme di servizi socio-sanitari. D'altro lato, però, l'allungamento della speranza di vita in buona salute rende più rilevante un approccio globale – soprattutto in una logica preventiva – di contrasto ai processi di desocializzazione che oggi operano superate certe soglie d'età, mirante cioè a rispondere ad una sempre più ampia *domanda d'inclusione sociale* degli anziani e di promuovere l'invecchiamento attivo. Si tratta di ripensare alla vecchiaia non più come età dell'inattività e agli anziani non sempre come soggetti bisognosi di assistenza, ma come risorse per la comunità che li accoglie. In questa direzione si rende necessaria innanzitutto una forte integrazione con i servizi socio-lavorativi per contrastare i processi di espulsione precoce dal mercato del lavoro e promuovere percorsi di riattivazione lavorativa degli anziani; allo stesso tempo, però, risulta sempre più rilevante immaginare modalità di attivazione degli anziani anche fuori dal mercato del lavoro, in attività di utilità sociale e di impegno civile.

Alla popolazione anziana in parte si sovrappone la popolazione disabile: secondo le stime del Centro studi interistituzionale i disabili nella popolazione con oltre 65 anni ammontano a 26.820, pari al 17,1%. A dispetto del valore medio, nella popolazione con oltre 80 anni l'incidenza della disabilità riguarda 14.386 individui, ovvero quasi un anziano su due (44,5%) (Grafico 3).

In relazione al fenomeno della disabilità, però, più in generale si sconta una grave carenza informativa. I dati disponibili a livello comunale sono limitati e incompleti e quindi non restituiscono un'adeguata descrizione del fenomeno tale da poter essere di supporto alla programmazione sociale. Va, tuttavia, evidenziato si tratta di una grave lacuna informativa che riguarda l'intero paese e non solo il Comune di Napoli. Infatti, nonostante la disponibilità d'informazioni statistiche rappresenti un presupposto fondamentale per predisporre risposte adeguate ai bisogni dei disabili, in Italia non si è ancora giunti ad un insieme organico e completo di dati sui vari aspetti della disabilità, con la conseguenza che non si è in grado di dire con precisione quante siano le persone con disabilità, il tipo di disabilità e così via. Esistono, inoltre, problemi connessi alla stessa definizione istituzionale di "disabile" non sempre univoca, ma anche condizionata da problemi di accertamento medici dello stato di

disabilità e dalla sua stessa natura processuale e dinamica. Più chiara, perché vincolata da fattispecie giuridiche, è la distinzione tra "disabilità" (l. 104/92) e "invalidità" (l. 118/1971), sulla base della quale vengono erogati differenti forme di assistenza. L'assenza di dati precisi sulla composizione della popolazione disabile per classi d'età e di informazioni qualitative sul tipo di disabilità risulta essere un grave ostacolo anche nel campo delle politiche d'integrazione dei disabili in ambito scolastico e in quelle per l'inserimento occupazionale.

Grafico 3 – Stima dell'incidenza percentuale della disabilità nella popolazione anziana con oltre 65 anni d'età, per classi d'età



Fonte: Centro Studi Interistituzionale, *Profilo di comunità della città di Napoli 2006*; nostra elaborazione.

Secondo i dati disponibili, con riferimento al 2003 e solo per 7 municipalità su 10, nel comune di Napoli gli invalidi civili accertati erano 20.550, gli invalidi civili al 100% ammontavano a 3.412, mentre gli invalidi civili con accompagnamento erano pari a 6.452. I disabili, ai sensi della l. 104/92, erano pari a 6.450.

2. Il sistema d'offerta

Area Anziani

Il sistema di offerta per gli anziani si articola in tre macro aree: quella relativa alle politiche residenziali, quella delle politiche domiciliari e di sostegno ai *care-giver* e, infine, quella che comprende le attività di socializzazione ed aggregazione.

In relazione alle *politiche residenziali*, secondo i dati del Centro Studi Interistituzionale, riferiti al 2005, risultano inseriti in strutture residenziali convenzionate circa 455 anziani, di cui il 60% in case riposo e il restante 40% in strutture per persone non autosufficienti (i cronicari). Per queste ultime strutture dovrebbe essere previsto un percorso di riconversione nel rispetto delle recenti normative regionali in materia e nell'ambito del più generale processo d'integrazione socio-sanitario.

Le *politiche domiciliari e di sostegno ai care-giver* riguardano un insieme di servizi che supportano nella vita quotidiana l'anziano e la famiglia in cui è inserito, al fine di garantirne il mantenimento più a lungo possibile nel contesto ambientale e relazione di appartenenza. Gli interventi che rientrano nelle politiche domiciliari operano secondo un approccio che punta a sviluppare un "progetto di cura" personalizzato per l'anziano, modulando i diversi servizi in funzione dei bisogni dell'anziano e dei care-giver familiari. I servizi che rientrano in questa macro-area sono il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che al 2006 sosteneva 900 anziani; il Servizio di Telesoccorso che viene erogato a 650 persone tra anziani e disabili; il servizio di Pony della Solidarietà che consiste in interventi di aiuto leggero nella gestione della vita quotidiana (3.087 utenti); l'assegno di cura Anziani in Famiglia che riguarda 3.856 famiglie che assistono un anziano.

Diverso obiettivo hanno le *attività di socializzazione e di aggregazione* che si sono rivolte all'integrazione sociale degli anziani, incentivando la socialità, l'attività relazionale, la mobilitazione sociale e, più in generale, il miglioramento della qualità della vita complessiva dell'anziano. Per facilitare la socializzazione e l'aggregazione sono attualmente presenti sul territorio cittadino quattro Centri polifunzionali (Villa Medusa a Bagnoli, Villa Nestore a Piscinola, Villa Capriccio al quartiere Stella e Villa Taverna del Ferro a San Giovanni a Teduccio) che accolgono, però, prevalentemente anziani che abitano nelle prossimità degli stessi. Tra le iniziative orientate, invece, all'attivazione degli anziani va segnalata l'attività del "Nonno civico" con compiti di vigilanza nei pressi delle scuole che coinvolge 650 anziani con lo scopo di attribuire un ruolo sociale all'anziano e di favorirne per questa via l'integrazione sociale. Di grande impatto sociale, soprattutto per gli anziani in buona salute, risultano le iniziative di carattere culturale quali il Turismo sociale (1985 utenti che beneficiano di voucher da utilizzare in agenzie viaggi convenzionate) e il progetto "Estate serena" che riguarda invece il turismo cittadino.

Al di là dei servizi erogati appaiono rilevanti anche alcuni dati relativi agli interventi di carattere strettamente sanitario che riguardano lo stato di salute degli anziani. Secondo i dati dell'ASL (UU.OO.AA. Anziani Napoli 1) i soggetti affetti da malattia di Alzheimer lieve-moderata presi in carico nel 2005 erano pari al 3,1 % della popolazione anziana della città. In termini di copertura del vaccino antinfluenzale nella campagna di vaccinazione 2005-2006 si è raggiunto un livello sensibilmente disomogeneo tra le Municipalità e comunque il dato complessivo comunale (53,9%) è inferiore al 75% di copertura che viene indicato dalle organizzazioni sanitarie come l'obiettivo minimo da perseguire. In termini di ospedalizzazione i dati che si registrano a Napoli sono più elevati sia rispetto a quelli che si registrano nel resto della Campania che al resto del territorio nazionale nel caso degli anziani compresi nella fascia 65-74 anni; nel caso degli oltre i 74 anni (i cosiddetti grandi anziani) si registrano tassi di ospedalizzazione più bassi rispetto all'Italia nel suo complesso.

Tassi di ospedalizzazione degli anziani per mille abitanti per aree territoriali e classi d'età (2006)

	65-74 anni			>74 anni		
	Ordinari	DH	Totali	Ordinari	DH	Totali
Napoli	348,7	87,8	436,5	412,8	52,8	465,6
Campania	312,4	65,1	377,4	411,3	46,7	458,0
Italia	291,0	88,3	379,3	440,1	83,8	523,9

Fonte: Centro Studi Interistituzionale, *Profilo di comunità della città di Napoli 2006*; nostra elaborazione.

A livello territoriale, l'analisi dei dati evidenzia che il tasso di ospedalizzazione totale non è tanto correlato al numero degli anziani residenti nelle rispettive Municipalità, quanto alle caratteristiche sociali dei quartieri.

Area Disabili

Il sistema dell'offerta dei disabili si articola in tre macro-aree che riguardano il servizi domiciliari, gli interventi di aiuto personale per l'autonomia e la comunicazione e le attività aggregative e di socializzazione.

Come per l'area anziani, i *servizi domiciliari e di sostegno alle famiglie dei disabili* si propongono di assistere i disabili assicurando la loro permanenza nel proprio ambiente di vita, con interventi che sostengono le famiglie nelle attività di cura quotidiane. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nel 2005 ha riguardato 400 persone residenti nel comune di Napoli. A questo intervento si somma l'Assistenza indiretta che consiste in un contributo economico per il parziale rimborso della spesa per un assistente attualmente erogato in favore di 20 nuclei familiari.

Rientra nell'ambito degli *interventi di aiuto personale per l'autonomia e la comunicazione* l'assistenza materiale scolastica che riguarda circa mille alunni disabili che frequentano scuole cittadine. L'obiettivo della misura è quello di favorire l'integrazione scolastica dei disabili. Il comune, inoltre, mette a disposizione un servizio di trasporto dedicato per alunni disabili di cui beneficiano attualmente 100 utenti.

Nell'ambito delle *Attività aggregative e di socializzazione* rientra l'offerta di due Centri aggregativi per ragazzi disabili che per 40 utenti offrono attività di socializzazione e laboratoriali. In questo ambito, inoltre, rientra il progetto "Sole" che nel 2005 ha coinvolto 176 disabili che sono stati guidati in un percorso di reinserimento sociale. Il progetto, infatti, prevede la partecipazione ad opportunità culturali, sociali e lavorative che agevolano l'acquisizione di competenze funzionali alla costruzione di un processo autonomo di inserimento sociale in contesti non specifici per la disabilità.

Area Anziani - Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Sostegno alle famiglie nei compiti di cura (e agli anziani soli al proprio domicilio)</i>	Anziani in Famiglia	€	3.816.000,00	24,3
	Assistenza Domiciliare Integrata	€	2.777.222,22	17,7
	Pony della Solidarietà	€	501.000,00	3,2
	Telesoccorso	€	408.126,16	2,6
<i>Totale</i>		€	7.502.348,38	47,8
<i>La Socialità Interventi e servizi per l'aggregazione e la partecipazione</i>	Turismo Sociale	€	619.896,50	4,0
	Estate Serena	€	400.000,00	2,5
	Nonni Civici	€	914.855,00	5,8
<i>Totale</i>		€	1.934.751,50	12,3
<i>La Tutela e la Protezione Sociale Servizi residenziali</i>	Ricovero in Case di Riposo convenzionate	€	6.254.685,97	39,9
	<i>Totale</i>	€	6.254.685,97	39,9
Totale complessivo		€	15.691.785,85	100,0

Area Disabili- Risorse impegnate per tipologia di attività

<i>Sostegno alle famiglie nei compiti di cura</i>	Assistenza domiciliare integrata	€	2.221.777,78	25,7
	Assistenza Indiretta	€	1.000.000,00	11,5
<i>Totale</i>		€	3.221.777,78	37,2
<i>Valorizzare la diversità e garantire pari diritti e non discriminazione</i>	Servizio di aiuto personale ad alunni disabili	€	3.000.000,00	34,6
	Servizi Trasporto Disabili	€	2.150.108,50	24,8
<i>Totale</i>		€	5.150.108,50	59,5
<i>La Socialità Interventi e servizi per l'aggregazione e la partecipazione</i>	Centri Aggregativi per ragazzi disabili	€	159.990,00	1,8
	Progetto Sole	€	130.000,00	1,5
<i>Totale</i>		€	289.990,00	3,3
Totale complessivo		€	8.661.876,28	100,0

3. Direzioni per la programmazione

Dimensione: Sostegno alle famiglie nella funzione genitoriale e nei compiti di cura

L'introduzione e la realizzazione del sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata rappresenta il principale punto di forza delle politiche di assistenza agli anziani e di sostegno alle famiglie nei compiti di cura. L'ADI è andata a integrare e a migliorare un sistema articolato di servizi di assistenza domiciliare già presenti, assistenze domiciliari sia sanitarie che erogano visite mediche a domicilio e prestazioni infermieristiche, quale ad esempio l'assistenza domiciliare geriatria, sia sociali con l'ADA e l'ADH (ormai confluite nell'ADI) destinate a fornire servizi di cure per gli anziani e disabili. Tale servizio rappresenta un modello d'integrazione socio-sanitaria e di flessibilità operativa; può quindi considerarsi una sorta di buona pratica a cui ispirarsi per migliorare l'intera rete dei servizi d'assistenza. Ci sono diversi aspetti a sostegno di tali considerazioni: in primo luogo la presa in carico dell'utente avviene in maniera unitaria e congiunta da parte sia del Comune che dell'ASL. In questa maniera l'utente nella sua globalità viene messo al centro dei servizi i quali si adoperano per fornire una risposta personalizzata e modulare, ovvero che si adatta all'evoluzione del caso. Altri elementi positivi che fanno dell'ADI una buona pratica sono l'unicità dello sportello di accesso, l'unicità della gestione, la presenza di un fondo comune, gestito congiuntamente, ma amministrato dal Comune. Il servizio raggiunge circa 500 anziani, viene erogato per tutto l'anno ed è disponibile tutti i giorni della settimana, compresi i festivi, in funzione di quanto previsto dal progetto personalizzato licenziato dall'Unità di Valutazione Integrata.

Si riscontra, tuttavia, una grave insufficienza quantitativa dell'offerta di ADI rispetto alla domanda, in termini di ore prestate, di assistenza notturna e festiva, di unità di personale a disposizione per utente, carenza dovuta essenzialmente all'esiguità delle risorse finanziarie impegnate. Emergono inoltre alcune criticità nell'organizzazione del servizio. In primo luogo la scarsa partecipazione alle sedute dell'UVI dei medici di medicina generale e/o dei pediatri di libera scelta (nel caso ad esempio dei minori disabili), che data la prossimità e la familiarità con l'utente potrebbero rappresentare un supporto cruciale per il coordinamento e la modulazione dell'offerta di ADI. Emerge, più in generale, il bisogno di un coordinamento più forte di tutto il sistema delle assistenze domiciliari. Altri aspetti organizzativi su cui si dovrebbe intervenire sono: a) la carenza di interazioni istituzionalizzate fra gli operatori delle cooperative del terzo settore per momenti di confronto e coordinamento delle strategie di intervento; c) la scarsa professionalità di alcuni operatori, d) l'eccessiva burocratizzazione delle procedure amministrative che, in pratica, comportano la compilazione di troppi moduli, con aggravio del lavoro e spreco di risorse temporali con la riduzione complessiva dell'efficacia del servizio.

Per quanto riguarda l'assistenza indiretta, che consiste nell'erogazione dei contributi economici per acquistare servizi di cura dal mercato, è necessario distinguere tra le misure dedicate agli anziani e quelle per i disabili. Nel caso dei disabili, il servizio di Assistenza indiretta – di cui beneficavano 75 disabili per il prossimo anno – rappresenta un efficace strumento di sostegno per le famiglie che assistono persone disabili gravi, permettendo il ricorso al mercato per l'acquisto delle prestazioni professionali più adeguate rispetto alle peculiarità del caso e del contesto familiare in cui il disabile è inserito (reclutando per esempio badanti, familiari o persone in grado di fornire prestazioni infermieristiche).

Nel caso degli anziani una forma di assistenza indiretta è il servizio di "Anziani in famiglia". Sebbene siano stati effettuati negli anni diversi interventi correttivi del servizio, intervenendo sui criteri di accesso, la quantità e le modalità di erogazione del contributo, che ha portato ad una riduzione dei beneficiari a meno di 3.000 utenti, la misura presenta ancora molte criticità. Accanto ai servizi di assistenza diretta o indiretta, va poi evidenziata la presenza di interventi di sostegno di natura diversa, che completano il sistema di offerta introducendo forme di supporto più immediato e tempestivo. Si tratta del servizio dei Pony della solidarietà, che si è dimostrato di grande aiuto per la gestione della vita quotidiana per gli anziani e, in parte, anche per i disabili con difficoltà di mobilità e il cui punto di forza principale è rappresentato dalla bassa soglia d'accesso, dall'estrema facilità di fruizione e dalla rapidità dell'intervento, e del Telesoccorso che si sta configurando sempre di più come un servizio di ascolto telefonico,

una sorta di “Telefono Amico” (segretariato sociale e/o accompagnamento sociale), un mutamento che ha in una certa misura arricchito l’ispirazione originaria del servizio.

OBIETTIVI INCREMENTALI

1. Potenziare, perfezionare e ampliare il sistema integrato di cure domiciliari: si tratta di un obiettivo prioritario dal momento che le cure domiciliari integrate sono un servizio innovativo che risponde adeguatamente alla domanda di assistenza sociale. L’offerta, tuttavia, è quantitativamente troppo ridotta rispetto alla domanda e, quindi, è emersa l’opportunità di potenziare il servizio, con un incremento delle risorse ed un ampliamento dell’offerta da includere nel sistema integrato. Per migliorare, invece, il servizio sembra necessario, oltre a quanto detto, porre maggiore attenzione alle esigenze dei disabili. Il servizio per alcune aree territoriali, è stato percepito come sbilanciato in termini di competenze degli operatori verso l’area anziani. Si richiede una maggiore preparazione degli operatori per poter soddisfare le esigenze dei disabili. Il potenziamento del sistema di cure domiciliari integrate (ADI) potrebbe essere un modo per soddisfare adeguatamente la domanda di assistenza. Inoltre, sono da potenziare e migliorare tutte le azioni che permettono all’utente di continuare a vivere presso il proprio domicilio, conservando il proprio contesto socio-relazionale.
2. Incentivare l’integrazione socio-sanitaria: questo elemento è stato largamente riconosciuto come il punto di forza e di vera innovazione del servizio di ADI e che dovrebbe essere esteso anche ad altri servizi che richiedono il lavoro congiunto di operatori sanitari e sociali. L’esperienza finora condotta ha prodotto un’integrazione non solo della gestione e dell’amministrazione, ma anche un’integrazione professionale tra operatori sanitari e sociali che ha consentito di acquisire modalità di lavoro congiunte, una condivisione degli obiettivi, la capacità di cogliere bisogni prima rimasti inespressi e soprattutto l’elaborazione e la condivisione di un approccio di cura globale rispetto al singolo caso.

OBIETTIVI INNOVATIVI

1. Introduzione del servizio di sostegno psicologico nell’ADI: molti partecipanti al Tavolo hanno evidenziato come talvolta si renda necessario un supporto psicologico agli utenti, ma anche ai *care giver* e/o ai familiari di utenti con particolari patologie che sono sottoposti a stress psicologici che compromettono gli stessi equilibri familiari (ad esempio ai familiari di malati di Alzheimer).
2. Introduzione di un tutor per i minori disabili: si propone l’istituzione di una figura di accompagnamento (tutor) per i minori disabili (in particolare quelli con problemi mentali e comportamentali) che siano di supporto nella vita quotidiana, anche per facilitare l’accesso alla scuola e agli stessi servizi d’assistenza e che affianchino i *care giver* nei compiti di cura, anche per dare sollievo alle famiglie.

Dimensione: La Socialità

I *Centri aggregativi* costituiscono un elemento centrale delle politiche tese a favorire la socializzazione e l’aggregazione. Essi garantiscono efficaci processi relazionali, forniscono opportunità per la costruzione di reti amicali e affettive, contribuiscono all’attribuzione di senso al quotidiano e migliorano concretamente la qualità della vita degli anziani e dei disabili che ne usufruiscono.

Sul territorio cittadino esistono 4 centri destinati agli anziani, dislocati in quattro aree diverse della città, che tuttavia non riescono a soddisfare la domanda che emerge dai territori. I centri risultano molto frequentati, con una utenza stimata intorno alle 2.000 unità. Da alcune analisi emerge, tuttavia, come l’utenza provenga quasi esclusivamente dalle zone limitrofe ai centri

aggregativi: ciò è il risultato sia della scarsa capacità alla mobilità degli anziani, unita allo scarso numero di centri disponibili.

Per quel che riguarda i centri dedicati ai disabili, la situazione appare ancora più critica. Ci sono solo 2 centri dedicati ai disabili medio-lievi che oltre ad attività di socializzazione offrono anche attività laboratoriali. In realtà non si tratta di strutture dedicate esclusivamente ai disabili, ma si rivolgono alla fascia d'età giovanile dai 14 ai 24 anni al fine di favorire l'inserimento e l'integrazione in contesti non specifici. È stato osservato che in assenza di altre strutture, alcuni disabili frequentano tali centri anche un volta superata la soglia d'età massima.

Il turismo sociale è un servizio che ha come principali destinatari gli anziani, ma che nel tempo ha servito anche quote di utenti disabili. E' una attività in forte crescita e che ha generato una forte aspettativa da parte del territorio. Il numero di utenti che ne hanno usufruito in passato, pari a 1.985, è destinato quindi ad aumentare notevolmente. L'architettura del servizio prevede un elevato livello di diversificazione dell'offerta e un'ampia autonomia decisionale per l'utente che può scegliere tra le agenzie convenzionate il tipo di viaggio e la destinazione, personalizzando così il viaggio a proprio gradimento.

Nel periodo estivo sono inoltre programmate, nell'ambito dell'iniziativa Estate serena, un insieme di attività ricreative e di turismo sociale cittadino, destinate essenzialmente agli anziani. Il servizio attivato dal Comune funziona attraverso un *call center* che risponde ai bisogni sociali dell'utenza durante i mesi estivi (luglio e agosto 12 ore al giorno, tutti i giorni, festivi compresi) dando informazioni sulle iniziative, ma anche attivando i servizi in caso di necessità. Il servizio è stato poi potenziato dall'integrazione con l'assistenza geriatrica a cura del Dipartimento Anziani dell'ASL, che a sua volta ha messo a disposizione dell'utenza un *call center* sanitario per i mesi estivi in grado di rispondere ai bisogni sanitari e, all'occorrenza, di attivare i servizi sociali laddove necessario.

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Individuazione di nuovi centri aggregativi: in questa dimensione rimane prioritaria la creazione di nuovi centri diurni di aggregazione. In particolare per i disabili si tratta di creare un'offerta oggi quasi inesistente; un'attenzione particolare va rivolta ai disabili in età adulta che praticamente non hanno spazi di aggregazione e di assistenza durante la giornata e sono pertanto completamente a carico delle famiglie.
- Rendere fruibili i servizi già esistenti: oltre che impegnarsi nella creazione di nuove strutture per l'aggregazione si dovrebbe puntare a rendere più accessibili e fruibili quelle già esistenti, puntando soprattutto al miglioramento dei trasporti (potenziando il trasporto dedicato) e più in generale incentivando attività che supportano e agevolano la mobilità, sia degli anziani, sia dei disabili che frequentemente hanno rilevanti problemi in tal senso.
- Promuovere l'invecchiamento attivo: assumere l'anziano in buona salute come una risorsa a disposizione della comunità e promuovere iniziative che incentivino l'attivazione sociale, in attività fuori e dentro al mercato, il volontariato, la partecipazione sociale e politica. Questo approccio contribuisce a contrastare il processo di desocializzazione degli anziani, a restituirgli un ruolo sociale attribuendo senso alla vita quotidiana e garantendo più elevati livelli di integrazione sociale e di benessere individuale e sociale.
- Migliorare e potenziare gli interventi di reinserimento per gli anziani e disabili: potenziare ad esempio la misura dei "Nonni civici", affiancandole altre misure di analoga ispirazione (per esempio gli "Orti del nonno", la cura del verde pubblico, etc.).

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Favorire forme leggere di aggregazione per gli anziani: ricerca di interventi che incentivino le forme di aggregazione spontanea degli anziani già presenti sul territorio, ad esempio attrezzando e migliorando luoghi pubblici già abitualmente frequentati dagli anziani: giardinetti, bar, piazze etc.
- Favorire la fruizione da parte dei disabili delle opportunità del territorio: per favorire l'integrazione sociale e la socialità dei disabili si suggerisce di far in modo che i luoghi di svago e ritrovo cittadini siano maggiormente fruibili da parte dei disabili e, in riferimento ai giovani disabili, di fare in modo di aprire i centri di aggregazioni giovanile già presenti su territorio.
- Creazione di una Banca del tempo: sarebbe auspicabile coinvolgere nella costituzione di una Banca del tempo gli anziani in buona salute i quali si metterebbero a disposizione di altri anziani bisognosi di assistenza. Questo tipo di iniziativa risponderebbe anche al bisogno di attivazione sociale degli anziani, in un'ottica di invecchiamento attivo, e di contrasto ai processi di desocializzazione. Tale iniziativa, in termini organizzativi, dovrebbe essere articolata a livello di municipalità e, per incentivare la partecipazione degli anziani si potrebbero istituire per gli aderenti alla Banca del tempo dei vantaggi e/o agevolazioni nell'accesso ai servizi (per esempio corsie presenziali per la fruizioni di alcuni servizi, tempi di attesa ridotti, etc.).
- Creazione di iniziative per la trasmissione di esperienze e memoria: incentivare iniziative culturali di trasmissione intergenerazionale di esperienze (recupero della memoria storica, delle competenze di mestieri professionali, della cultura popolare, dei saperi tradizionali, etc.) attraverso la progettazione di interventi integrati socio-educativi (da realizzare con le istituzioni scolastiche), socio-lavorative per la trasmissione dei saperi professionali tradizionali. Anche in questo caso si tratta di incentivare l'attivazione degli anziani, la socializzazione e l'aggregazione.

Dimensione: La Comunità Educante

Il servizio di aiuto personale agli alunni disabili risulta particolarmente sviluppato ed ha visto un trend crescente sia in termini di beneficiari e che di risorse impiegate. Le misure di sostegno scolastiche rivolte ai minori disabili vedono coinvolti circa 1.000 alunni di scuola primaria e secondaria, media e superiore: 600 beneficiano di *assistenza specialistica* e 400 beneficiano di *accudienza materiale scolastica*. In relazione ai nuovi sviluppi della normativa in materia di disabilità, alcune competenze sono state trasferite dal Comune alle scuole (in particolare relativamente all'accudienza materiale) ma, di fatto, non sono state assunte dall'Ufficio Scolastico Regionale; il Comune, con un notevole impegno di risorse economiche, ha supplito a tali carenze in via straordinaria. Va evidenziato inoltre come la drastica riduzione del numero di insegnanti di sostegno abbia comportato non pochi problemi per l'inserimento scolastico degli alunni disabili. In tema di inserimento scolastico si registra l'avvio di collaborazioni su base progettuale con alcune scuole presenti sul territorio per i bambini disabili per elaborare progetti congiunti e personalizzati. Di particolare rilievo è il progetto "Scuola in rete" (Laboratori esperienziali di logopedia e psicomotricità con finalità di tipo abilitativi-educativi) finalizzato alla prevenzione del disagio e dei disturbi neuropsicologici.

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Migliorare e riorganizzare il sistema di servizi/interventi per integrazione scolastica dei ragazzi disabili: in particolare si dovrebbe avviare uno stretto confronto con le istituzioni scolastiche territoriali e regionali al fine di rivedere la suddivisione delle competenze, di coordinare le attività svolte e di avviare la sperimentazione di collaborazioni

interistituzionali, con progetti congiunti socio-educativi, nel campo dell'integrazione dei minori in età scolare.

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Favorire attività di osservazione e prevenzione della disabilità in fase prescolare e scolare: tra i tanti limiti del sistema informativo sulla disabilità, quello che riguarda i bambini in età prescolare risulta particolarmente grave, perché ritarda l'individuazione della disabilità e ostacola le attività di prevenzione e di intervento precoce. In alcuni casi, infatti, la disabilità può essere rilevata in età prescolare e con un'opportuna attenzione alle sue prime manifestazioni in questa fase della vita, si potrebbero individuare i soggetti con disabilità, fare una diagnosi precoce e avviare le opportune terapie, con notevoli vantaggi socio-sanitari. Il progetto "Scuola in rete" va in questa direzione e si tratta di una direzione che andrebbe perseguita in maniera più estesa e condivisa.

Dimensione: Valorizzazione della diversità e garanzia di pari diritti e non discriminazione

Nella città di Napoli persistono gravi problemi di accessibilità dovuti alla presenza di numerose barriere architettoniche, sia in ambito privato (nonostante l'esistenza di incentivi monetari all'abbattimento delle barriere architettoniche) che in ambito pubblico (nonostante gli interventi strutturali già effettuati e gli sforzi continui). Un nodo rilevante è la mancanza di sanzioni rigorose rispetto ai trasgressori della normativa a favore dei disabili.

In questo ambito il Comune ha il compito di gestire i fondi che vengono assegnati a livello regionale finalizzati all'erogazione di contributi economici per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati.

Per ciò che concerne la mobilità delle persone disabili, il Comune offre un servizio di trasporto dedicato ai minori disabili per il tragitto casa-scuola e per l'accompagnamento ai centri riabilitativi che raggiunge circa 70 minori. Esso rappresenta una prima esperienza positiva per sostenere la mobilità dei disabili in modo diretto. Il Comune è anche impegnato nel promuovere un servizio di trasporti pubblici accessibili ai disabili. È stato notato, tuttavia, che nonostante gli adeguamenti strutturali operati, resta comunque un sensibile problema di accessibilità del trasporto pubblico sostanzialmente dovuto a ragioni ambientali (per esempio fermate dei bus occupate da automobili, scarsa sensibilità nel lasciare libero l'accesso ai posti dedicati, etc.) e organizzative (sollevatori sprovvisti di operatore, o spesso fuori servizio). Tutto ciò non riesce a garantire ai disabili una buona mobilità sul territorio cittadini.

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Promuovere ulteriormente i processi di abbattimento delle barriere architettoniche: oltre all'erogazione dei contributi economici a sostegno delle azioni di abbattimento delle barriere architettoniche, sarebbe auspicabile un'azione di sensibilizzazione del rispetto delle norme a favore dei disabili e una attività mirata a ristabilire una cultura della legalità in materia.
- Promuovere azioni di sensibilizzazione culturale: nonostante i progressi compiuti fino ad oggi, sembra ancora necessario programmare campagne di sensibilizzazione culturale sul tema della disabilità, con l'obiettivo di abbattere le barriere e gli ostacoli culturali e sociali all'integrazione dei disabili e di promuovere orientamenti e atteggiamenti non discriminatori, ispirati al rispetto delle differenze.

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Introduzione di una “Carta utente” per i servizi: per favorire una maggiore integrazione e la vita autonoma e ricca di senso sia agli anziani che ai disabili, i partecipanti al Tavolo hanno proposto di trasformare alcune forme di contributo economico, in contributi vincolati all’acquisto di servizi. Si potrebbe introdurre una carta di credito (prepagata) per l’acquisto di servizi convenzionati riguardanti sia attività assistenziali, sia anche attività ricreative, ludiche e sportive. La carta potrebbe, d’altra parte, essere utilizzata anche per rimborsi per quanti si prestano a fare attività di volontariato.
- Sostenere la vita autonoma: tutte le politiche per disabili ed anziani (autosufficienti o parzialmente autosufficienti) dovrebbero puntare a favorire la vita autonoma. L’eliminazione delle barriere, il sostegno alla mobilità, l’aiuto personale, le politiche di inserimento lavorativo, dovrebbero rientrare in un unico progetto integrato e personalizzato. Rispetto ad alcune tipologie di disabili adulti, il Tavolo suggerisce di puntare anche sulla creazione di alloggi (adeguatamente attrezzati dal punto di vista tecnologico, ergonomico che integrino i principi della domotica, etc.) che facilitino la vita autonoma e la fuoriuscita dalla famiglia d’origine (quando possibile).
- Incentivare l’impiego delle nuove tecnologie al fine di migliorare l’integrazione sociale di anziani e disabili: risulta, in ogni caso, necessario esplorare le possibilità d’integrazione sociale offerte dalle nuove tecnologie che, opportunamente impiegate, possono contribuire a migliorare le attività di assistenza (tecnologie assistive) e più in generale la qualità della vita, ampliando le possibilità di comunicazione e di relazione (tecnologie dell’informazione e della comunicazione – ICT).
- Servizi di trasporto a chiamata dedicato: per favorire la mobilità è necessario introdurre un sistema di servizi flessibili e personalizzati. È ipotizzabile un servizio di trasporto a richiesta.
- Migliorare l’inserimento occupazionale dei disabili attraverso una maggiore integrazione tra i servizi assistenziali e quelli che si occupano della promozione dell’occupazione

Dimensione: La tutela e la protezione sociale

Nonostante l’indubbio valore attribuito a tutte le politiche che cercano di mantenere anziani e disabili presso i loro domicilio e con le loro famiglie, va sottolineato anche il ruolo essenziale dei servizi di residenzialità e semi-residenzialità per una certa quota di utenti che non può essere assistita se non attraverso la sua istituzionalizzazione. In questo caso è necessario distinguere fra l’area anziani e l’area disabili: se nel primo caso esiste un’offerta sia da parte del Comune che da parte dell’ASL, nel caso dei disabili è stata sottolineata la completa assenza di strutture residenziali che talvolta implica il ricovero in strutture improprie.

L’offerta comunale si divide sostanzialmente in due tipo di strutture residenziali: le case albergo, ovvero le case di riposo convenzionate, e i croniciari, che però sono in via di trasformazione. Queste strutture accolgono 452 utenti in 17 sedi distribuite su tutto il territorio. Tali strutture hanno come punti di forza l’assenza di liste di attesa, i tempi rapidi di risposta, procedure snelle, la buona distribuzione territoriale e basso livello di compartecipazione richiesto (che è fra i più bassi d’Italia).

A questo sistema di offerta comunale si associa una offerta di RSA Anziani: sul territorio sono presenti, al momento, 5 strutture per un totale di 148 posti. L’offerta è insufficiente rispetto alla domanda, e, di conseguenza, determina l’allungamento della lista unica di attesa sita presso il Dipartimento Assistenza Anziani. Inoltre, il ricovero a permanenza, in alcune RSA, di pazienti dimessi dagli ex manicomi comporta un ulteriore rallentamento del turnover degli ospiti.

Questa offerta ovviamente è integrata dalla presenza di case di riposo non convenzionate totalmente private, per le quali, tuttavia, non sono disponibili informazioni sulla ricettività.

Alle strutture residenziali si affiancano quelle semiresidenziali rappresentate dai Centri Diurni Alzheimer. Questa modalità assistenziale consente di mantenere l'anziano demente nel suo abituale ruolo, in ambito familiare, evita o ritarda la istituzionalizzazione ed, infine, permette anche un riposo assistenziale diurno ai familiari. Tuttavia il numero di Centri diurni è assolutamente insufficiente (2 strutture nella città di Napoli a gestione diretta dell'ASL) e comporta la presenza, come per le RSA, di una lunga lista unica di attesa.

Si registra la totale mancanza di strutture riabilitative e sociali residenziali e semiresidenziali per disabili cronici, con patologie gravi. Esistono quindi soluzioni per i disabili anziani, mentre sono assenti soluzioni dirette ai disabili giovani. Ciò porta ad una sovra domanda di prestazioni riabilitative ambulatoriali (in certi casi richieste impropriamente) che in Campania e a Napoli porta a livelli di prestazioni erogate sensibilmente più elevati che nelle altre aree del paese. Situazione analoga si registra per alcuni casi di ricoveri impropri in strutture residenziali.

OBIETTIVI INCREMENTALI

- Creazione di strutture residenziali e semiresidenziali per i disabili: questa azione viene considerata prioritaria dai partecipanti al Tavolo. Nel caso dei disabili si tratta di colmare una grave carenza (sia da parte del comune che da parte dell'ASL) per quel che riguarda le strutture residenziali. Inoltre sarebbe necessaria la creazione di centri diurni semiresidenziali in compartecipazione Comune-ASL per poter coniugare attività socio-educative ad attività riabilitative, avendo particolare attenzione per alcuni soggetti (oligofrenici, down, etc.) soprattutto al raggiungimento della maggiore età, momento in cui spesso si interrompono senza altre alternative i percorsi socio-educativi avviati, anche per il venir meno anche del supporto ricevuto dalle scuole.
- Revisione e riqualificazione del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale per anziani: nonostante un giudizio positivo sul funzionamento delle case albergo, è stato evidenziato un problema relativo alla carenza di iniziative di animazione sociale: scarsità di attività di socializzazione, impossibilità di inserire gli anziani nelle attività di gestione e di cura della casa albergo (sarebbe interessante prevedere anche forme sperimentali di autogestione). Altro nodo critico è il lento processo di riconversione dei cronici. Tale processo è rallentato dalla mancanza di alternative per l'accoglienza dei degenti ricoverati, fra cui si registra anche la presenza di ex manicomiali che attualmente non sono collocabili altrove, per assenza di strutture adeguate.

OBIETTIVI INNOVATIVI

- Progettare una pluralità di opzioni residenziali: i componenti del Tavolo considerano come linea di sviluppo la possibilità di prevedere altre forme di accoglienza diverse dagli istituti quali la casa sociale o la comunità alloggio e di prevedere azioni per il "Dopo di noi".
- Cercare forme di integrazione socio-sanitaria nelle strutture residenziali: si dovrebbero istituire forme di integrazione per riqualificare l'offerta. Inoltre in questo modo si potrebbe rispondere alle esigenze di quegli anziani o disabili che sono in fasi intermedie di perdita di autosufficienza in cui non è necessaria la sanitarizzazione, ma è sufficiente una forma leggera di assistenza sanitaria (ad esempio introducendo l'assistenza domiciliare integrata anche presso i domicili sociali).
- Pensare a forme di accoglienza flessibile: sarebbero necessarie strutture di accoglienza nel caso di necessità limitate nel tempo (poche ore al giorno, solo alcuni giorni della settimana), o di necessità saltuarie (periodo estivo, periodo di particolare necessità dei *care giver*, etc.). Oppure l'istituzione di Comunità alloggio da integrarsi con le strutture riabilitative per alcune tipologie di utenti (minori, giovani, etc.) che hanno bisogno di attività di integrazione e socializzazione, formazione professionale, etc.

- Progettare interventi per il disagio abitativo di anziani e disabili: programmare misure d'intervento d'emergenza nei casi della perdita della dimora (per esempio per lo sfratto esecutivo) che riguardano anziani soli o disabili.